

Программа Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 (HMO D-SNP), предлагаемая согласно плану Kaiser Foundation Health Plan, Inc., регион Южная Калифорния

## ***Справочник участника***

1 января 2024 г. – 31 декабря 2024 г.

### **Ваше страховое покрытие ухода и лекарственных препаратов в рамках программы Senior Advantage Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP), предлагаемой согласно плану Kaiser Foundation Health Plan, Inc., регион Южная Калифорния**

#### ***Справочник участника: Введение***

В настоящем **Справочнике участника**, также известном как свидетельство о страховом покрытии, содержится информация о вашем страховом покрытии в рамках нашего плана до 31 декабря 2024 года. В нем разъясняются услуги здравоохранения, услуги в области охраны психического здоровья (психические расстройства и расстройства, вызванные употреблением веществ), условия покрытия рецептурных лекарств, а также долговременного ухода и поддержки. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в **главе 12** этого **Справочника участника**.

**Это важный юридический документ. Храните его в надежном месте.**

В настоящем **Справочнике участника** слова «мы», «нас», «наш» или «наш план» обозначают программу **Senior Advantage Medicare Medi-Cal**.

Этот документ бесплатно предоставляется на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, фарси, корейском, русском, испанском, тагальском и вьетнамском языке.

Вы можете бесплатно получить этот документ напечатанным в других форматах, например с крупным шрифтом, шрифтом Брайля и (или) в виде аудиозаписи, позвонив в отдел обслуживания участников по телефону, указанному внизу этой страницы. Звонок бесплатный.

Позвоните в отдел обслуживания участников, чтобы:

- запросить предпочтительный язык, кроме английского, и (или) альтернативный формат;
- направить долгосрочный запрос относительно будущих рассылок и сообщений; **а также**
- изменить долгосрочный запрос относительно предпочтительного языка и (или) формата.

Бесплатные услуги перевода доступны 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете запросить помощь устного переводчика, а также информационные материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативном формате. Вы также можете запросить дополнительные приспособления и вспомогательные устройства в наших учреждениях. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**. Линия работает 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Номер для пользователей ТТУ: **711**.

### **Заявления об отказе от ответственности**

- ❖ Kaiser Permanente — это план НМО D-SNP, который подразумевает заключение договоров в рамках программ Medicare и Medi-Cal. Регистрация в Kaiser Permanente зависит от возобновления договора.
- ❖ Медицинское страхование в рамках этого плана является «минимальным необходимым страховым покрытием» (QHC). Оно удовлетворяет требованию об индивидуальной совместной ответственности Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании (ACA). Дополнительную информацию относительно требования об индивидуальной совместной ответственности см. на веб-сайте Управления по налогам и сборам (IRS) по ссылке **[www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)**.
- ❖ На медицинские услуги, которые предоставляются участникам Kaiser Permanente в рамках Medi-Cal, распространяются условия, ограничения и исключения договора между Kaiser Foundation Health Plan, Inc. и Департаментом здравоохранения штата Калифорния (DHCS), как указано в этом **Справочнике участника** и во всех поправках к нему.

## Глава 1. Вы участник программы. С чего начать

---

### Введение

В этой главе содержится информация о плане медицинского страхования **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**, в котором указаны и согласованы все предоставляемые вам услуги в рамках программ Medicare и Medi-Cal, а также сведения о вашем участии в плане. Здесь также говорится о том, чего вам следует ожидать и какую другую информацию вы будете получать от нас. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе этого **Справочника участника**.

### Содержание главы 1

A.	Ознакомление с планом.....	3
B.	Информация о программах Medicare и Medi-Cal.....	3
	B1. Программа Medicare.....	3
	B2. Программа Medi-Cal .....	3
C.	Преимущества нашего плана .....	4
D.	Территория обслуживания нашего плана.....	5
E.	Что дает вам право быть участником плана.....	6
F.	Чего ожидать, когда вы станете участником нашего плана медицинского страхования.....	6
G.	Прикрепленная к вам команда медицинских специалистов и ваш план лечения.....	9
	G1. Команда медицинских специалистов.....	9
	G2. План лечения .....	9
H.	Ваши ежемесячные расходы на план Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP).....	10
I.	Ваш Справочник участника .....	10
J.	Другая важная информация, которую вы получаете от нас .....	10
	J1. Ваша идентификационная карта участника .....	10
	J2. Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек .....	11

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Определение поставщиков услуг, входящих в сеть .....	12
Определение аптек, входящих в сеть.....	12
J3. Список покрываемых лекарств .....	12
J4. Свидетельство о страховом покрытии .....	13
К.    Поддержание вашей учетной записи участника в актуальном состоянии.....	13
К1. Конфиденциальность личной медицинской информации (Personal Health Information, PHI).....	14

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

---

## А. Ознакомление с планом

Наш план предоставляет услуги Medicare и Medi-Cal лицам, имеющим право на участие в обеих программах. Наш план охватывает врачей, больницы, аптеки, поставщиков услуг по долговременному уходу и поддержке, поставщиков услуг охраны психического здоровья и других поставщиков медицинских услуг. У нас также есть координаторы лечения и команда медицинских специалистов, которые помогут вам координировать ваших поставщиков и услуги. Все они взаимодействуют, чтобы обеспечить вам необходимое лечение.

Kaiser Permanente предоставляет услуги здравоохранения непосредственно участникам в рамках комплексной программы медицинского обслуживания. Health Plan, Plan Hospitals и Southern California Permanente Medical Group (далее — Medical Group) сотрудничают, чтобы предоставлять нашим участникам качественные услуги. Наша программа медицинского обслуживания предоставляет вам доступ к покрываемым услугам, которые могут вам понадобиться. Сюда относится плановое обслуживание, стационарное обслуживание, услуги лабораторий, услуги экстренной и неотложной медико-санитарной помощи, а также другие льготы, описанные в настоящем **Справочнике участника**. Кроме того, наши программы санитарного просвещения предлагают отличные способы защиты и улучшения вашего здоровья.

---

## В. Информация о программах Medicare и Medi-Cal

### В1. Программа Medicare

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для следующих групп людей:

- люди в возрасте 65 лет и старше;
- некоторые люди в возрасте до 65 лет с определенными ограниченными возможностями;
- люди с терминальной стадией хронической болезни почек (почечная недостаточность).

### В2. Программа Medi-Cal

Medi-Cal — это название калифорнийской программы Medicaid. Программа Medi-Cal находится в ведении штата и оплачивается штатом и федеральным правительством. Программа Medi-Cal помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами оплачивать услуги по долговременному уходу и поддержке (Long-Term Services and Supports, LTSS) и другие медицинские расходы. Она покрывает дополнительные услуги и лекарственные препараты, не покрываемые программой Medicare.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

Каждый штат самостоятельно устанавливает указанные ниже пункты:

- что считается доходом и ресурсами;
- кто имеет право участвовать;
- какие услуги покрываются;
- стоимость услуг.

Штаты могут решать, как запускать свои программы, при условии, что они следуют федеральным правилам.

Программа Medicare и штат Калифорния одобрили наш план. Вы можете получать услуги Medicare и Medi-Cal по нашему плану до тех пор, пока:

- мы предлагаем этот план **и**
- программа Medicare и штат Калифорния одобряют этот план.

Даже если наш план перестанет действовать в будущем, это не повлияет на ваше право на получение услуг Medicare и Medi-Cal.

---

## С. Преимущества нашего плана

Теперь вы будете получать все покрываемые вашим планом услуги Medicare и Medi-Cal, включая рецептурные лекарства. **Вам не требуется вносить никаких дополнительных средств, чтобы присоединиться к этому плану медицинского страхования.**

Мы согласуем ваши льготы по программам Medicare и Medi-Cal для их большей эффективности. Некоторые из преимуществ включают в себя нижеследующие.

- Вы можете взаимодействовать с нами для удовлетворения **большинства** ваших потребностей в медико-санитарной помощи.
- За вами закрепят команду медицинских специалистов, которую вы сами выберете. В нее могут входить следующие лица: вы сами, ваш опекун, врачи, медсестры, консультанты и другие медицинские работники.
- У вас есть доступ к координатору лечения. Это человек, который взаимодействует с вами, нашим планом страхования и прикрепленной к вам командой медицинских специалистов, чтобы помочь составить план лечения.
- Вы можете самостоятельно управлять своим лечением с помощью команды и координатора лечения.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Прикрепленная к вам команда медицинских специалистов и координатор лечения вместе с вами разработают план лечения с учетом **ваших** потребностей в области здравоохранения. Прикрепленная к вам команда медицинских специалистов помогает координировать необходимые услуги. Например, прикрепленная к вам команда медицинских специалистов следит за тем, чтобы:
- ваши врачи знали обо всех лекарствах, которые вы принимаете, могли убедиться, что вы принимаете правильные лекарства, а также уменьшить возможное побочное действие этих лекарств;
- результаты ваших анализов были переданы всем вашим врачам и другим поставщикам медицинских услуг, по мере необходимости.

**Новые участники Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1:** в большинстве случаев вы будете зарегистрированы в нашем **плане Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** для получения льгот по программе Medicare в 1-й день месяца после подачи заявления на участие в программе **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Вы по-прежнему можете получать услуги Medi-Cal в рамках предыдущего плана медицинского страхования Medi-Cal в течение еще одного дополнительного месяца. После этого вы будете получать услуги программы Medi-Cal в рамках **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. У вас не будет перерыва в страховом покрытии по программе Medi-Cal. Если у вас есть вопросы, позвоните по номеру **1-800-443-0815** (TTY: **711**). Линия доступна с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю.

---

## D. Территория обслуживания нашего плана

Территория обслуживания этого плана включает **округ Orange County** в Калифорнии. Также в нашу территорию обслуживания входят:

- **округ Los Angeles**, за исключением острова Каталина
- **округ Riverside**, за исключением следующих почтовых индексов: 92028, 92225-26, 92239, 92254, 92274, 92536, 92539, 92549 и 92561.
- **Округ San Bernardino**, за исключением следующих почтовых индексов: 92242, 92252, 92256, 92267-68, 92277-78, 92280, 92284-86, 92301, 92304, 92309-12, 92323, 92327, 92332, 92338, 92342, 92347, 92356, 92363-66, 92368, 92398, 93516, 93555, 93562 и 93592.
- **Округ San Diego**, за исключением следующих почтовых индексов: 91905-06, 91934, 91948, 92004, 92036, 92066 и 92070.

Только люди, которые проживают на нашей территории обслуживания, могут присоединиться к нашему плану.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Вы не можете продолжать пользоваться услугами нашего плана, если переезжаете за пределы нашей территории обслуживания.** Обратитесь к главе 10 этого Справочника участника для получения дополнительной информации о последствиях переезда за пределы нашей территории обслуживания.

---

## **Е. Что дает вам право быть участником плана**

Вы имеете право на участие в нашем плане до тех пор, пока вы:

- проживаете на нашей территории обслуживания (лица, находящиеся в заключении, не считаются проживающими на географической территории обслуживания, даже если они физически там находятся);
- на момент регистрации вам исполнился 21 год и больше;
- у вас есть Medicare части А и В;
- являетесь гражданином Соединенных Штатов или находитесь на территории Соединенных Штатов на законных основаниях **и**
- в настоящее время подходите для участия в программе Medi-Cal.

Если вы потеряете право на участие в программе Medi-Cal и при этом у вас будут основания полагать, что вы сможете вернуть его в течение 4 месяцев, вы по-прежнему имеете право на участие в нашем плане.

Чтобы получить больше информации, обратитесь в отдел обслуживания участников.

---

## **Ф. Чего ожидать, когда вы станете участником нашего плана медицинского страхования**

Когда вы присоединяетесь к нашему плану, вы проходите оценку риска для здоровья (health risk assessment, HRA) в течение 90 дней до или после даты вступления в силу вашей регистрации.

Мы должны заполнить для вас HRA. HRA является основой для разработки вашего плана лечения. Проверка HRA включает в себя вопросы для определения ваших медицинских, психических и функциональных потребностей.

Мы свяжемся с вами, чтобы заполнить HRA. Мы можем заполнить HRA во время личного посещения, посредством телефонного звонка или электронного письма.

Мы вышлем вам более подробную информацию об HRA.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



**Если наш план является для вас новым**, вы можете в течение определенного времени продолжать пользоваться услугами своих врачей, если они не включены в нашу сеть. Мы называем это непрерывностью ухода. Если они не включены в нашу сеть, вы можете пользоваться услугами своих нынешних медицинских специалистов и сохранять разрешения на получение услуг в течение 12 месяцев при условии соблюдения всех следующих условий:

- Вы, ваш представитель или ваш поставщик медицинских услуг подали нам запрос на разрешение продолжать использовать вашего текущего поставщика медицинских услуг.
- Мы установили, что у вас имеются установившиеся рабочие отношения с поставщиком услуг первичной или специализированной медико-санитарной помощи, за некоторыми исключениями. Когда мы говорим «установившиеся отношения», это означает, что вы обращались к поставщику медицинских услуг, не включенному в нашу сеть, по крайней мере один раз по поводу неэкстренной ситуации в течение 12 месяцев до даты вашей первоначальной регистрации в нашем плане.
  - Мы определяем факт установившихся отношений, просматривая вашу медицинскую информацию или другую информацию, которую вы нам предоставляете.
  - У нас есть 30 дней, чтобы ответить на ваш запрос. Вы можете попросить нас принять решение быстрее, в таком случае мы должны будем ответить в течение 15 дней. Если вам угрожает опасность, мы должны предоставить ответ в течение 3 дней.
  - Вы или ваш поставщик медицинских услуг должны предоставить документацию о существующих отношениях и согласиться с определенными условиями при подаче запроса.

**Примечание.** Вы можете подать такой запрос в отношении поставщиков медицинского оборудования длительного пользования в течение как минимум 90 дней, пока мы не выдадим разрешение на аренду нового оборудования и не поручим сетевому поставщику услуг доставить его. Несмотря на то, что вы не можете подать подобный запрос в отношении поставщиков транспортных или других вспомогательных услуг, вы можете запросить предоставление вам транспортных или других дополнительных услуг, не включенных в наш план.

После окончания периода непрерывности ухода вы должны будете начать пользоваться услугами врачей и других поставщиков медицинских услуг, которые включены в сеть нашего плана Medicare Medi-Cal, если только мы не заключим соглашение с вашим врачом, ранее не входившим в нашу сеть. Сетевой поставщик услуг — это поставщик, который сотрудничает с нашим планом медицинского страхования. Обратитесь к главе 3 этого Справочника участника для получения дополнительной информации о лечении.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Если ваш поставщик медицинских услуг прекратит сотрудничество с нами,** возможно, вы сможете по-прежнему получать услуги у этого поставщика. Это является еще одной формой непрерывности ухода.

Если срок действия договора с группой поставщиков медицинских услуг, закрепленной за вами, прекращается, мы направим вам письменное уведомление не менее чем за 60 дней до прекращения действия договора (или как можно скорее). Мы также направим вам письменное уведомление не менее чем за 60 дней до расторжения договора с больницей, которая находится в пределах 15 миль от вашего места жительства. В определенных ситуациях вы можете продолжать посещать поставщика медицинских услуг из этой группы или обслуживаться в этой больнице в течение 12 месяцев и дольше.

**В дополнение к перечисленным выше критериям** для получения непрерывности ухода должны выполняться следующие условия:

- Ваше страховое покрытие в рамках программы Medi-Cal должно действовать в дату получения таких услуг
- Поставщик медицинских услуг выражает согласие с нашими стандартными договорными условиями и положениями
- Эти услуги необходимы с медицинской точки зрения и покрывались бы данным планом в соответствии со Справочником участника, если бы вы получили их у поставщика услуг, входящего в сеть
- Вы подаете запрос относительно непрерывности ухода в течение установленных сроков:
- В течение 30 дней (или как можно скорее) с даты вступления в силу страхового покрытия, если вы являетесь новым участником в рамках стандартной программы непрерывного ухода. Запросы, полученные по истечении 30 дней, будут рассматриваться в индивидуальном порядке.
- В течение 30 дней с даты выхода поставщика медицинских услуг из нашей сети поставщиков Medi-Cal. Запросы, полученные по истечении 30 дней, будут рассматриваться в индивидуальном порядке.
- Kaiser Permanente не имеет документально подтвержденных жалоб относительно некачественного обслуживания у поставщиков медицинских услуг, не входящих в сеть

Мы не покрываем оплату услуг по непрерывности ухода, предоставленных поставщиками, не входящими в нашу сеть, если верно одно из следующих заявлений:

- Услуги не покрываются нашим планом Medicare Medi-Cal.
- Ваш поставщик медицинских услуг, не входящий в нашу сеть, не будет работать с нами. В таком случае вам необходимо найти нового поставщика медицинских услуг, включенного в нашу сеть.

---

**Если у вас возникли вопросы,** позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

Не все услуги могут покрываться в рамках непрерывности ухода. Чтобы получить дополнительную информацию о непрерывности ухода, запросить определенные услуги или заказать экземпляр нашей политики «Выполнение покрываемых страховкой услуг», свяжитесь с нашим отделом обслуживания участников.

Обратитесь к **главе 3** этого **Справочника участника** для получения дополнительной информации о лечении.

---

## **Г. Прикрепленная к вам команда медицинских специалистов и ваш план лечения**

### **G1. Команда медицинских специалистов**

Команда медицинских специалистов может помочь вам продолжать получать необходимое лечение. В состав команды медицинских специалистов может входить ваш врач, координатор лечения или другой медицинский работник по вашему выбору.

Координатор лечения — это человек, обученный помогать вам в организации необходимого лечения. За вами закрепляют координатора лечения, когда вы регистрируетесь в нашем плане. Это лицо также направит вас к другим общественным ресурсам, которые наш план может не предоставлять, и будет работать с вашей командой медицинских специалистов, чтобы помочь координировать ваше лечение. Чтобы получить дополнительную информацию о вашем координаторе лечения и команде медицинских специалистов, позвоните нам по номерам, указанным внизу страницы.

### **G2. План лечения**

Прикрепленная к вам команда медицинских специалистов работает с вами над составлением плана лечения. План лечения содержит информацию для вас и ваших врачей о том, какие услуги вам необходимы и как их получить. Сюда входят медицинские услуги, услуги по охране психического здоровья, а также услуги по долговременному уходу и поддержке или другие услуги.

Ваш план лечения учитывает указанное ниже.

- ваши цели в отношении медико-санитарной помощи и
- график получения необходимых вам услуг.

Ваша команда медицинских специалистов побеседует с вами после завершения HRA. У вас спросят об услугах, в которых вы нуждаетесь. Они также расскажут вам об услугах, получение которых вы, возможно, захотите обдумать. Ваш план лечения будет создан на основе ваших потребностей и целей. Прикрепленная к вам команда медицинских специалистов обновляет ваш план лечения по крайней мере раз в год.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Н. Ваши ежемесячные расходы на план Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP)

Наш план не предполагает страховых взносов.

## I. Ваш Справочник участника

Настоящий **Справочник участника** является частью нашего договора с вами. Это означает, что мы должны следовать всем правилам, изложенным в этом документе. Если вы считаете, что мы сделали что-то, что противоречит этим правилам, вы можете обжаловать наше решение. Для получения информации относительно апелляций обратитесь к **главе 9** этого **Справочника участника** или позвоните по номеру **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Вы можете запросить **Справочник участника**, позвонив в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы. Вы также можете ознакомиться со **Справочником участника** на нашем веб-сайте по адресу внизу страницы или загрузить его.

Договор действует в течение месяцев, на протяжении которых вы зарегистрированы в нашем плане, с 1 января 2024 года по 31 декабря 2024 года.

## J. Другая важная информация, которую вы получаете от нас

Другая важная информация, которую мы вам предоставляем, включает вашу идентификационную карту участника, информацию о доступе к **Справочнику поставщиков медицинских услуг и аптек** и информацию о том, как получить доступ к **Списку лекарственных препаратов, покрываемых планом страхования**, также известному как *Фармакологический справочник (Formulary)*.

## J1. Ваша идентификационная карта участника

В рамках нашего плана вы получаете одну карту для получения услуг Medicare и Medi-Cal, включая услуги по долговременному уходу и поддержке, некоторые услуги по охране психического здоровья и рецептурные препараты. Вы должны показывать эту карту, когда получаете какие-либо услуги или рецепты. Вот образец идентификационной карты участника:



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Если ваша идентификационная карта участника повреждена, утеряна или украдена, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу страницы, немедленно. Мы вышлем вам новую карту.

Пока вы являетесь участником нашего плана, вам не нужно использовать свою красно-бело-синюю карточку Medicare или карточку Medi-Cal для получения большинства услуг. Храните эти карты в надежном месте на случай, если они вам понадобятся позже. Если вы предъявите свою карту Medicare вместо идентификационной карты участника, поставщик медицинских услуг может выставить счет Medicare вместо нашего плана, и вы можете его получить. Обратитесь к **главе 7** этого **Справочника участника**, чтобы узнать, что делать, если вы получили счет от поставщика медицинских услуг.

Помните, что ваша карта Medi-Cal или идентификационная карта получателя льгот (Benefits Identification Card, BIC) необходимы для доступа к таким услугам;

- специализированные услуги психиатрической помощи, которые вы можете получить в рамках плана психиатрической помощи (mental health plan, МНП) округа.
- Услуги Medi-Cal Rx
- Услуги поддерживающего лечения на дому
- 1915(c) Альтернативные услуги на дому и по месту жительства
- Стоматологические услуги Medi-Cal

## **J2. Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек**

В **Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек** перечислены поставщики и аптеки, входящие в сеть нашего плана. Пока вы являетесь участником нашего плана, вы должны получать покрываемые услуги у поставщиков, входящих в сеть.

Вы можете запросить **Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек** (в электронном или бумажном виде), позвонив в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы. Вы также можете ознакомиться со **Справочником поставщиков медицинских услуг и аптек** по адресу [kp.org/directory](http://kp.org/directory). Печатные копии Справочника поставщиков медицинских услуг и аптек будут отправлены вам по почте в течение трех рабочих дней.

В **Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек** перечислены поставщики медицинских услуг и медицинского оборудования длительного пользования, входящие в сеть. Все наши поставщики, входящие в сеть, принимают карты Medicare и Medicaid, если не указано иное. В случае, если вам нужна услуга, которая не покрывается нашим планом, но оплачивается программой Medi-Cal, мы можем направить вас в государственное агентство Medi-Cal, чтобы найти поставщика медицинских услуг, не входящего в сеть, который может предоставить вам лечение, покрываемое Medi-Cal.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

### Определение поставщиков услуг, входящих в сеть

- К поставщикам услуг, входящим в нашу сеть, относятся:
- врачи, медсестры и другие профессиональные работники здравоохранения, услугами которых вы можете пользоваться в качестве участника нашего плана;
- клиники, больницы, учреждения сестринского ухода и другие учреждения, которые предоставляют медицинские услуги в рамках нашего плана; **и**
- лица, оказывающие услуги по долговременному уходу и поддержке, службы охраны психического здоровья, агентства услуг здравоохранения на дому, поставщики медицинского оборудования длительного пользования и другие лица, предоставляющие товары и услуги, которые вы получаете в рамках программ Medicare или Medi-Cal.

Поставщики услуг, входящие в сеть, соглашаются принимать полную оплату покрываемых услуг в рамках нашего плана.

### Определение аптек, входящих в сеть

- Аптеки, входящие в сеть, соглашаются отпускать лекарства по рецепту для участников нашего плана. Используйте **Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек**, чтобы найти сетевую аптеку, услугами которой вы хотите воспользоваться.
- За исключением экстренных ситуаций, вы должны получать лекарства по рецепту в одной из аптек нашей сети, если хотите, чтобы наш план помог вам их оплатить.

Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы. Как отдел обслуживания участников, так и наш веб-сайт могут предоставить вам самую актуальную информацию об изменениях относительно аптек и поставщиков медицинских услуг, состоящих в сети.

### Ж3. Список покрываемых лекарств

План включает в себя **Перечень лекарственных препаратов, покрываемых планом страхования**. Для краткости мы называем его «Перечень препаратов». В нем указано, какие рецептурные лекарства входят в наш план.

В Перечне препаратов также указаны правила или ограничения в отношении каких-либо лекарств, например ограничение по количеству препарата, которое вы можете получить. Дополнительную информацию см. в **главе 5** этого **Справочника участника**.

Раз в год мы отправляем вам информацию о том, как получить доступ к Перечню препаратов, однако в течение года могут происходить некоторые изменения. Чтобы получить самую свежую информацию о том, какие лекарства покрываются планом, позвоните в отдел обслуживания участников или посетите наш веб-сайт по адресу [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx).

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

#### **J4. Свидетельство о страховом покрытии**

Когда вы пользуетесь льготами на рецептурные лекарства по части D программы Medicare, мы высылаем вам сводку, чтобы вы могли понимать и отслеживать платежи за эти рецептурные лекарства. Эта сводка называется **свидетельством о страховом покрытии** (Explanation of Benefits, EOB).

В ЕОВ указана общая сумма, которую вы или другие лица от вашего имени потратили на рецептурные лекарства по части D программы Medicare, и общая сумма, которую мы заплатили за каждое из ваших рецептурных лекарств по части D в течение месяца. Документ ЕОВ не является счетом. В ЕОВ имеется и другая информация о лекарствах, которые вы принимаете, например данные о повышении цен и других доступных лекарствах с более низким долевым участием в расходах.

Вы можете поговорить со своим лечащим врачом об этих вариантах с более низкой стоимостью. В **главе 6** этого **Справочника участника** содержится более подробная информация об ЕОВ и о том, как с его помощью вы можете отслеживать страховое покрытие лекарственных препаратов.

Вы также можете попросить предоставить вам ЕОВ. Чтобы получить копию, обратитесь в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы.

Вы также можете ознакомиться с **ЕОВ для части D** онлайн, не ожидая, пока вам вышлют экземпляр по почте. Посетите страницу [kp.org/goinggreen](http://kp.org/goinggreen) и войдите в систему, чтобы узнать больше о том, как безопасно просмотреть в Интернете **ЕОВ для части D**.

---

#### **К. Поддержание вашей учетной записи участника в актуальном состоянии**

Вы можете поддерживать свою учетную запись участника в актуальном состоянии, сообщая нам об изменении ваших данных.

Так мы сможем проверять правильность имеющейся у нас информации. Нашим поставщикам, входящим в сеть, и аптекам также нужна достоверная информация о вас. **Они используют вашу учетную запись, чтобы узнать, какие услуги и лекарственные препараты вы получаете и сколько за них платите.**

Сообщите нам сразу, если с вами произойдет что-либо из указанного ниже:

- изменение вашего имени, адреса или номера телефона;
- изменения в любом другом плане медицинского страхования, например от вашего работодателя, работодателя вашего супруга/супруги или сожителя/сожительницы, либо в плане компенсации работникам;

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

- иски об ответственности, такие как иски в результате несчастного случая, связанного с автомобилем;
- госпитализация в центр сестринского ухода или больницу;
- получение помощи в больнице или отделении неотложной помощи;
- замена опекуна (или любого ответственного за вас лица) **или**
- участие в клиническом исследовании. (**Примечание.** Вы не обязаны сообщать нам о клиническом исследовании, в котором вы участвуете или начинаете участвовать, но мы рекомендуем это сделать).

В случае изменения какой-либо информации позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы.

### **K1. Конфиденциальность личной медицинской информации (Personal Health Information, PHI)**

Информация в вашей учетной записи участника может включать личную медицинскую информацию. Федеральные законы и законы штата требуют, чтобы мы сохраняли вашу личную медицинскую информацию в тайне. Мы защищаем вашу личную медицинскую информацию. Для получения более подробных сведений о том, как мы защищаем вашу PHI, обратитесь к главе 8 этого **Справочника участника**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



## Глава 2. Важные телефонные номера и ресурсы

---

### Введение

В этой главе приведена контактная информация важных ресурсов, которые могут помочь вам получить ответы на вопросы о нашем плане и ваших медицинских льготах. Из этой главы вы также узнаете о том, как связаться с вашим координатором лечения и другими лицами, чтобы они позаботились о ваших интересах. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе этого **Справочника участника**.

### Содержание главы 2

A.	Отдел обслуживания участников .....	16
	Решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы относительно медицинского обслуживания.....	17
	Решения о страховом покрытии рецептурных лекарств по части D .....	19
	Апелляции относительно рецептурных лекарств по части D .....	20
	Жалобы относительно рецептурных лекарств по части D .....	21
	Запросы на оплату.....	22
B.	Ваш координатор лечения.....	23
C.	Программа консультирования и защиты прав в рамках медицинского страхования (HICAP).....	25
D.	Линия сестринских консультаций.....	26
E.	Организация по улучшению качества (QIO).....	27
F.	Программа Medicare .....	28
G.	Программа Medi-Cal .....	29
H.	Омбудсмен по вопросам регулируемого медицинского обслуживания и психологической помощи Medi-Cal .....	30
I.	Социальные службы округа.....	31
J.	Специализированный план предоставления услуг психиатрической и психологической помощи округа.....	33
K.	Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния .....	35

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

L.	Программы помощи в оплате рецептурных лекарств .....	35
L1.	Дополнительная помощь .....	35
L2.	Программа медикаментозной помощи для больных СПИД (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) .....	37
M.	Социальное обеспечение.....	37
N.	Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (Railroad Retirement Board, RRB).....	38
O.	Другие источники .....	39
P.	Программа Medi-Cal Dental .....	40

## А. Отдел обслуживания участников

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-800-443-0815</b> Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
<b>ТТУ</b>	<b>711</b> Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00.
<b>ПОЧТА</b>	Ваш местный отдел обслуживания участников (адрес см. в <b>Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек</b> ).
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<b>kr.org</b>

Обратитесь в отдел обслуживания участников, чтобы получить ответы на:

- вопросы о плане;
- вопросы по поводу страховых случаев или выставления счетов.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

## Решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы относительно медицинского обслуживания

<b>ЗВОНОК</b>	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00.</p> <p>Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.</p> <p>Если решение по страховому покрытию, апелляция или жалоба отвечает требованиям для ускоренного рассмотрения, изложенным в <b>главе 9</b>, позвоните в отдел по ускоренному рассмотрению по номеру телефона <b>1-888-987-7247</b>, с 08:30 до 17:00, с понедельника по субботу.</p>
<b>ТТУ</b>	<p><b>711</b></p> <p>Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00.</p>
<b>ФАКС</b>	<p>Если решение по страховому покрытию, апелляция или жалоба отвечает требованиям для ускоренного рассмотрения, отправьте ваш запрос в отдел по ускоренному рассмотрению факсом по номеру <b>1-888-987-2252</b>.</p>
<b>ПОЧТА</b>	<p>Если ваш вопрос связан с решением по страховому покрытию или жалобой, напишите в местный отдел обслуживания участников (см. адрес в <b>Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек</b>).</p> <p>Если ваш вопрос касается стандартной апелляции, напишите по адресу, указанному в уведомлении об отказе, которое мы вам отправили.</p> <p>Если ваше решение по страховому покрытию, апелляция или жалоба отвечают требованиям для ускоренного рассмотрения, отправьте письмо на следующий адрес.</p> <p>Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<p>Вы можете подать жалобу на наш план непосредственно в Medicare. Чтобы подать жалобу в Medicare онлайн, перейдите по ссылке <b><a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a></b>.</p>

Свяжитесь по указанным выше номерам, чтобы получить помощь со следующим:

- Решения о страховом покрытии предоставленной вам медико-санитарной помощи.
- Решение о страховом покрытии медико-санитарной помощи содержит информацию о:
  - ваших льготах и покрываемых услугах **или**
  - сумме, которую мы платим за оказываемые вам медико-санитарные услуги.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

- Позвоните нам, если у вас возникнут вопросы по поводу решения о страховом покрытии предоставляемой вам медико-санитарной помощи.
- Чтобы узнать больше о решениях о страховом покрытии, обратитесь к **главе 9** этого **Справочника участника**.
- Подача апелляции в отношении предоставляемой вам медико-санитарной помощи.
- Апелляция — это формальный способ попросить нас пересмотреть и изменить решение, которое мы приняли в отношении вашего страхового покрытия, если вы считаете, что мы допустили ошибку, либо с ним не согласны.
- Чтобы узнать больше о подаче апелляции, обратитесь к **главе 9** этого **Справочника участника** или свяжитесь с отделом обслуживания участников.
- Жалобы в отношении предоставляемой вам медико-санитарной помощи.
- Вы можете подать жалобу на нас или любого поставщика медицинских услуг (включая поставщика, входящего или не входящего в сеть). Поставщик услуг, входящий в сеть, — это поставщик, который сотрудничает с нашим планом. Вы также можете подать жалобу на качество оказанной вам медицинской помощи нам или в Организацию по повышению качества обслуживания (QIO) (см. **раздел F**).
- Вы можете позвонить нам и изложить свою жалобу по телефону 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00.
- Если ваша жалоба касается решения о страховом покрытии предоставляемой вам медико-санитарной помощи, вы можете подать апелляцию (см. раздел выше).
- Вы можете отправить жалобу относительно нашего плана в Medicare. Вы можете воспользоваться онлайн-формой по адресу [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Или обратиться за помощью, позвонив по телефону **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.
- Вы можете подать жалобу на наш план в Программу омбудсменов Medicare Medi-Cal по телефону **1-888-804-3536**. С понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00 (за исключением официальных праздничных дней).
- Подробную информацию о подаче жалобы относительно предоставляемой вам медико-санитарной помощи см. в **главе 9** этого **Справочника участника**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

**Решения о страховом покрытии рецептурных лекарств по части D**

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-877-645-1282</b> Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
<b>ТТУ</b>	<b>711</b> Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00.
<b>ФАКС</b>	<b>1-844-403-1028</b>
<b>ПОЧТА</b>	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<b>kp.org</b>

Свяжитесь по указанным выше номерам, чтобы получить помощь со следующим:

- Решения о страховом покрытии ваших лекарств.
- Решение о страховом покрытии ваших лекарственных препаратов содержит информацию о:
  - ваших льготах и покрываемых лекарствах **или**
  - сумме, которую мы платим за ваши лекарства.
- Лекарства, не покрываемые Medicare, такие как безрецептурные лекарства и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Подробную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)). Вы также можете позвонить в отдел обслуживания клиентов Medi-Cal Rx по телефону **1-800-977-2273** (ТТУ 711).
- Дополнительную информацию в отношении решений о ваших рецептурных лекарствах см. в **главе 9** этого **Справочника участника**.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Апелляции относительно рецептурных лекарств по части D**

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-866-206-2973</b> Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 08:30 до 17:00. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
<b>ТТУ</b>	<b>711</b> Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00.
<b>ФАКС</b>	<b>1-866-206-2974</b>
<b>ПОЧТА</b>	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<b>kp.org</b>

Свяжитесь по указанным выше номерам, чтобы получить помощь со следующим:

- Апелляции по поводу ваших лекарственных препаратов.
- Апелляция — это способ попросить нас изменить решение о страховом покрытии.
- Дополнительную информацию о подаче апелляции относительно ваших рецептурных лекарств см. в **главе 9** этого **Справочника участника**.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Жалобы относительно рецептурных лекарств по части D**

<b>ЗВОНОК</b>	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00.</p> <p>Если жалоба отвечает требованиям для ускоренного рассмотрения, позвоните в отдел по части D по номеру <b>1-866-206-2973</b> с 08:30 до 17:00 с понедельника по пятницу. Детальную информацию о том, отвечает ли ваша проблема требованиям для ускоренного рассмотрения, см. в <b>главе 9</b>.</p> <p>Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.</p>
<b>ТТУ</b>	<p><b>711</b></p> <p>Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00.</p>
<b>ФАКС</b>	<p>Если ваша жалоба отвечает требованиям ускоренного рассмотрения, отправьте ваш запрос факсом в отдел по вопросам части D по номеру <b>1-866-206-2974</b>.</p>
<b>ПОЧТА</b>	<p>Если у вас стандартная жалоба, напишите в местный отдел обслуживания участников (см. данные местных отделений в <b>Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек</b>).</p> <p>Если ваша жалоба отвечает требованиям ускоренного рассмотрения, отправьте ее по адресу:</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<p>Вы можете подать жалобу на наш план непосредственно в Medicare. Чтобы подать жалобу в Medicare онлайн, перейдите по ссылке <b><a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a></b>.</p>

Свяжитесь по указанным выше номерам, чтобы получить помощь со следующим:

- Жалобы по поводу ваших лекарств.
- Вы можете подать жалобу на нас или на любую аптеку. Это включает в себя жалобы в отношении ваших рецептурных лекарств.
- Если ваша жалоба касается решения о страховом покрытии ваших рецептурных лекарств, вы можете подать апелляцию. (См. раздел выше).

Вы можете отправить жалобу относительно нашего плана в Medicare.

Вы можете воспользоваться онлайн-формой по адресу

**[www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)**. Или обратиться за помощью, позвонив по телефону **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

Дополнительную информацию о подаче жалобы относительно ваших рецептурных лекарств см. в **главе 9** этого **Справочника участника**.

### Запросы на оплату

<b>ЗВОНОК</b>	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00.</p> <p><b>Примечание.</b> Если вы запрашиваете оплату препарата по части D, назначенного входящем в сеть поставщиком медицинских услуг и полученного в сетевой аптеке, позвоните в наш отдел по вопросам части D по номеру <b>1-866-206-2973</b> с 08:30 до 17:00 с понедельника по пятницу.</p> <p>Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.</p>
<b>ТТУ</b>	<p><b>711</b></p> <p>Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00.</p>
<b>ПОЧТА</b>	<p>По вопросам медицинского обслуживания пишите по адресу:</p> <p>Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004</p> <p>Лекарственные препараты части D</p> <p>Если вы запрашиваете оплату препарата части D, назначенного и отпущенного поставщиком медицинских услуг, вы можете отправить ваш запрос по номеру факса <b>1-866-206-2974</b> или почтой по адресу:</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<b>kp.org</b>

Свяжитесь по указанным выше номерам, чтобы получить помощь со следующим:

- Оплата медико-санитарной помощи или лекарств, которые вы уже оплатили.

Дополнительную информацию о том, как попросить нас вернуть вам деньги или оплатить полученный вами счет, см. в **главе 7** этого **Справочника участника**.

Если вы попросите нас оплатить счет, а мы отклоним какую-либо часть вашего запроса, вы можете обжаловать наше решение. См. **главу 9** этого **Справочника участника**.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



## В. Ваш координатор лечения

Мы предлагаем вам бесплатные услуги по координированию необходимой медико-санитарной помощи. Мы согласуем действия с другими программами, чтобы вы получили все необходимые с медицинской точки зрения услуги, покрываемые программами Medi-Cal или Medicare, даже если эти услуги покрываются другой программой, а не нашей.

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-800-443-0815</b> Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
<b>TTY</b>	<b>711</b> Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00.
<b>ПОЧТА</b>	Ваш местный отдел обслуживания участников (адрес см. в <b>Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек</b> ).
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<b>kp.org</b>

Обратитесь к вашему координатору лечения, чтобы получить помощь относительно нижеследующего.

- Вопросы относительно предоставляемой вам медико-санитарной помощи.
- Вопросы относительно получения услуг в области психического здоровья (психических расстройств и расстройств, вызванных употреблением веществ).
- Вопросы о льготах на стоматологические услуги.
- Вопросы по транспортировке на прием к врачу.

Услуги по долговременному уходу и поддержке (LTSS) включают в себя услуги для взрослых, предоставляемые по месту жительства (CBAS) и в учреждениях сестринского ухода (NF).

Иногда вы можете получить помощь в решении ваших повседневных медицинских и бытовых проблем. В отношении соответствующих критериям участников мы покрываем долгосрочные услуги и уход, предоставляемые в следующих типах учреждений или домов длительного ухода:

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Учреждения квалифицированного сестринского ухода
- Учреждения подострой помощи
- Учреждения промежуточного ухода, в том числе:
- Учреждения промежуточного ухода / ухода по проблемам с развитием (ICF/DD)
- Учреждения промежуточного ухода / реабилитационные учреждения ухода по проблемам с развитием (ICF/DD-H)
- Учреждения промежуточного ухода / сестринского ухода по проблемам с развитием (ICF/DD)

Если вы имеете право на получение услуг долгосрочного ухода, мы позаботимся о том, чтобы вас поместили в медицинское учреждение или заведение, обеспечивающее уровень ухода, наиболее соответствующий вашим медицинским потребностям.

Возможно, вы также сможете получить эти услуги:

- Услуги для пожилых лиц и инвалидов по месту жительства.
- Услуги поддерживающего лечения на дому, предоставляемые агентством социальных услуг вашего округа

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

## С. Программа консультирования и защиты прав в рамках медицинского страхования (НІСАР)

В рамках Программы консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (НІСАР) участники программы Medicare могут получить бесплатные консультации по медицинскому страхованию. Консультанты НІСАР могут ответить на ваши вопросы и помочь найти способ решения вашей проблемы. Обученные консультанты НІСАР есть в каждом округе. Их услуги бесплатные.

Программа НІСАР не связана ни с какой страховой компанией или планом медицинского страхования.

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-800-434-0222</b> С понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00
<b>ТТУ</b>	<b>711</b>
<b>ПОЧТА</b>	Офис НІСАР в вашем округе.
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<b><a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a></b>

Обратитесь в НІСАР за помощью, если у вас есть:

- вопросы о нашем плане или программе Medicare.
- Консультанты НІСАР могут ответить на ваши вопросы о переходе на новый план и помочь вам:
- понять свои права;
- ознакомиться с доступными вариантами планов;
- подать жалобы на оказанную медико-санитарную помощь или лечение **и**
- устранить проблемы с вашими счетами.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

## Д. Линия сестринских консультаций

Вы не всегда знаете, какое именно лечение вам необходимо.

Иногда сложно определить, в каком лечении вы нуждаетесь. Наши лицензированные профессиональные работники здравоохранения готовы помочь вам по телефону круглосуточно и без выходных. Вы можете:

- поговорить с профессиональным работником здравоохранения, который ответит на медицинские вопросы, даст совет по лечению и поможет вам решить, следует ли немедленно обратиться к поставщику медицинских услуг;
- получить помощь при таких заболеваниях, как диабет или астма, включая советы о том, к какому поставщику медицинских услуг лучше обратиться в вашем состоянии;
- получить консультацию, если вам требуется медицинская помощь, а учреждение плана закрыто, или же вы находитесь вне нашей территории обслуживания.

Во время звонка обученный сотрудник может задавать вам вопросы, чтобы определить, на кого перевести ваш звонок.

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-833-574-2273</b> Звонок бесплатный. Круглосуточно, без выходных. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
<b>TTY</b>	<b>711</b> Звонок бесплатный.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

## Е. Организация по улучшению качества (QIO)

В нашем штате есть организация под названием Livanta. Это группа врачей и других профессиональных работников здравоохранения, которые помогают улучшить качество медицинских услуг, оказываемых участникам программы Medicare. Организация Livanta не связана с нашим планом.

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-877-588-1123</b>
<b>TTY</b>	<b>1-855-887-6668</b> Этот номер предназначен для людей, у которых есть проблемы со слухом или речью. Чтобы позвонить на него, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.
<b>ПОЧТА</b>	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<b><a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a></b>

Обратитесь в Livanta за помощью, если вы:

- имеете вопросы в отношении ваших прав на медико-санитарную помощь;
- хотите подать жалобу на полученное лечение, если:
- вас не удовлетворяет качество медицинской помощи;
- вы считаете, что вас преждевременно выписывают из больницы;
- вы считаете, что должны и дальше получать медико-санитарный уход на дому, услуги в учреждении квалифицированного сестринского ухода или комплексном амбулаторном реабилитационном учреждении (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF).

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

## Е. Программа Medicare

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте от 65 лет и старше, некоторых людей в возрасте до 65 лет с ограниченными возможностями и людей с терминальной стадией хронической болезни почек (постоянная недостаточность почек, требующая диализа или трансплантации почки).

Центры обслуживания программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) — федеральное агентство, отвечающее за программу Medicare.

<b>ЗВОНОК</b>	<p><b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b></p> <p>Звонки на этот номер бесплатны; звонить можно круглосуточно и без выходных.</p>
<b>TTY</b>	<p><b>1-877-486-2048</b> Звонок бесплатный.</p> <p>Этот номер предназначен для людей, у которых есть проблемы со слухом или речью. Чтобы позвонить на него, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.</p>
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<p><b>medicare.gov</b></p> <p>Это официальный веб-сайт Medicare. На нем представлена самая свежая информация о программе Medicare. Веб-сайт содержит информацию о больницах, центрах сестринского ухода, врачах, агентствах услуг здравоохранения на дому, центрах диализа, стационарных реабилитационных центрах и хосписах.</p> <p>На нем можно найти ссылки на полезные веб-сайты и номера телефонов. На веб-сайте также есть документы, которые вы можете распечатать прямо со своего компьютера.</p> <p>Если у вас нет компьютера, вы можете зайти на этот веб-сайт с компьютера местной библиотеки или центра для пожилых людей. Или же вы можете позвонить в Medicare по указанному выше номеру и попросить сотрудников помочь в поиске. Они найдут информацию на веб-сайте и предоставят ее вам.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Г. Программа Medi-Cal

Medi-Cal — это калифорнийская версия программы Medicaid. Это государственная программа медицинского страхования, обеспечивающая необходимыми медицинскими услугами лиц с низкими доходами, включая семьи с детьми, пожилых людей, инвалидов, детей и подростков, находящихся под опекой, а также беременных женщин.

Льготы программы Medi-Cal распространяются на медицинские, стоматологические, психиатрические услуги, а также на услуги по долговременному уходу и поддержке.

Вы зарегистрированы как участник программ Medicare и Medi-Cal. Если у вас есть вопросы о льготах Medi-Cal, позвоните своему координатору плана лечения. Если у вас есть вопросы о регистрации в плане Medi-Cal, позвоните в отдел вариантов здравоохранения.

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-800-430-4263</b> С понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00.
<b>ТТУ</b>	<b>1-800-430-7077</b> Этот номер предназначен для людей, у которых есть проблемы со слухом или речью. Чтобы позвонить на него, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.
<b>ПОЧТА</b>	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/</a>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## Н. Омбудсмен по вопросам регулируемого медицинского обслуживания и психологической помощи Medi-Cal

Специалисты Управления омбудсмена защищают ваши интересы. Сотрудники управления отвечают на вопросы при наличии проблем или жалоб и помогут вам разобраться, что следует делать дальше. Сотрудники Управления омбудсмена также помогут вам с решением проблем в отношении обслуживания или выставления счетов. Они не связаны ни с нашим планом, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. Их услуги бесплатны.

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-888-452-8609</b> Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00.
<b>ТТУ</b>	<b>711</b> Звонок бесплатный.
<b>ПОЧТА</b>	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
<b>ЭЛ. ПОЧТА</b>	<b>MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov</b>
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<b><a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/medical/Pages/MMCDOofficeoftheOmbudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/medical/Pages/MMCDOofficeoftheOmbudsman.aspx</a></b>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.



## I. Социальные службы округа

Если вам нужна помощь с получением льгот по программе Medi-Cal с оплатой за услуги, обратитесь в агентство социальных услуг вашего округа.

Обратитесь в агентство социальных услуг вашего округа для подачи заявления на получение услуг помощи на дому, что позволит оплатить услуги, необходимые вам для того, чтобы вы могли оставаться в безопасности в своем собственном доме. К таким услугам могут относиться помощь в приготовлении еды, купании, одевании, стирке или транспортировке.

По любым вопросам, связанным с вашим правом на участие в программе Medi-Cal, обращайтесь в агентство социальных услуг вашего округа.

### Департамент общественных социальных услуг округа Лос-Анджелес

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-866-613-3777</b> <b>1-626-569-1399</b> <b>1-310-258-7400</b> <b>1-818-701-8200</b>  Звонок бесплатный.  С понедельника по пятницу с 07:30 до 19:30. В субботу с 08:00 до 16:30. Кроме праздничных дней
<b>ТТУ</b>	<b>711</b>
<b>ПОЧТА</b>	Найдите адрес ближайшего местного отделения.
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<a href="https://dpss.lacounty.gov/en.html">https://dpss.lacounty.gov/en.html</a>

### Агентство социальных услуг округа Orange County

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-855-541-5411</b>  Звонок бесплатный.  24 часа в сутки, 7 дней в неделю
<b>ТТУ</b>	<b>711</b>
<b>ПОЧТА</b>	Найти ближайшее отделение
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<a href="https://ssa.ocgov.com">ssa.ocgov.com</a> <a href="https://www.ochealthinfo.com/services-programs/mental-health-crisis-recovery/navigation-help-resources/oc-links">https://www.ochealthinfo.com/services-programs/mental-health-crisis-recovery/navigation-help-resources/oc-links</a>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

**Департамент общественных социальных услуг округа Riverside**

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-877-410-8827</b> Звонок бесплатный.
<b>ТТУ</b>	<b>711</b>
<b>ПОЧТА</b>	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<a href="https://rivcodpss.org/">https://rivcodpss.org/</a>

**Агентство оказания помощи взрослым и пожилым людям округа San Bernardino**

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-909-891-3900</b>
<b>ТТУ</b>	<b>711</b>
<b>ПОЧТА</b>	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<a href="https://dpss.lacounty.gov/en.html">https://dpss.lacounty.gov/en.html</a>

**Департамент здравоохранения и социального обеспечения округа San Diego**

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-866-262-9881</b> Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 07:00 до 17:00
<b>ТТУ</b>	<b>711</b>
<b>ПОЧТА</b>	Найдите адрес ближайшего местного отделения.
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<a href="https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medical_program/index.html">https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medical_program/index.html</a>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## Ж. Специализированный план предоставления услуг психиатрической и психологической помощи округа

Специализированные услуги психиатрической и психологической помощи Medi-Cal доступны вам в рамках плана предоставления услуг психиатрической и психологической помощи (mental health plan, МНП) округа, если вы соответствуете необходимым критериям.

### Департамент психического здоровья округа Los Angeles

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-800 854-7771</b> Звонок бесплатный. Звонки на этот номер бесплатны; звонить можно круглосуточно и без выходных. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
<b>TTY</b>	<b>711</b> Звонок бесплатный

### Служба оказания помощи в области психического здоровья и восстановления округа Orange County

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-855 625-4657</b> Звонок бесплатный. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
<b>TTY</b>	<b>711</b> Звонок бесплатный

### Департамент психического здоровья округа Riverside

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-800-706-7500</b> Звонок бесплатный. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
<b>TTY</b>	<b>711</b> Звонок бесплатный

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

**Департамент психического здоровья округа San Bernardino**

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-888 743-1478</b> Звонок бесплатный. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
<b>TTY</b>	<b>711</b> Звонок бесплатный.

**Департамент услуг по охране психического здоровья округа San Diego**

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-888-724-7240</b> Звонок бесплатный. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
<b>TTY</b>	<b>711</b> Звонок бесплатный.

Обратитесь к сотрудникам специализированного плана предоставления услуг психиатрической и психологической помощи округа за помощью относительно указанного ниже.

- Вопросы о специальных услугах охраны психического здоровья, предоставляемых округом.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.  
Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## К. Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния

Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния (DMHC) отвечает за регулирование планов медицинского страхования. Сотрудники справочного центра DMHC могут помочь вам с апелляциями и жалобами относительно услуг в рамках программы Medi-Cal.

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-888-466-2219</b> Представители DMHC доступны с 08:00 до 18:00, с понедельника по пятницу.
<b>TDD</b>	<b>1-877-688-9891</b> Этот номер предназначен для людей, у которых есть проблемы со слухом или речью. Чтобы позвонить на него, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.
<b>ПОЧТА</b>	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
<b>ФАКС</b>	<b>1-916-255-5241</b>
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<b><a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a></b>

## Л. Программы помощи в оплате рецептурных лекарств

Веб-сайт Medicare.gov ([www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)) предоставляет информацию о том, как уменьшить расходы на рецептурные лекарства. Для людей с ограниченным доходом также существуют другие программы помощи, описанные ниже.

### Л1. Дополнительная помощь

Так как вы имеете право на участие в программе Medi-Cal, вы можете претендовать на получение «дополнительной помощи» от Medicare для оплаты расходов на рецептурные лекарства по вашему плану. Вам не нужно ничего делать, чтобы получить эту «дополнительную помощь».

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b> Звонки на этот номер бесплатны; звонить можно круглосуточно и без выходных.
<b>TTY</b>	<b>1-877-486-2048</b> Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для людей, у которых есть проблемы со слухом или речью. Чтобы позвонить на него, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<b>www.medicare.gov</b>

Если вы считаете, что при получении рецептурного лекарства в аптеке вы платите неправильную сумму долевого участия в расходах, в нашем плане предусмотрена процедура, в рамках которой вы можете либо попросить помощь в получении подтверждения правильного размера вашей доли оплаты, либо, если у вас уже есть такое подтверждение, предоставить его нам.

Если вы не уверены в том, какие доказательства следует нам предоставить, обратитесь в сетевую аптеку или в отдел обслуживания участников. Доказательством часто служит письмо из государственной службы Medicaid или службы социального обеспечения, подтверждающее, что вы имеете право на получение «дополнительной помощи». Доказательством также могут служить выданные государством документы, содержащие информацию о вашем праве на получение услуг, связанных с обслуживанием на дому и по месту жительства.

Вам или назначенному вами представителю может потребоваться предоставить подтверждающие документы в сетевую аптеку при получении рецептурных лекарств, покрываемых программой согласно части D, чтобы мы могли начислить вам соответствующую сумму долевого участия в расходах, пока Центры обслуживания Medicare и Medicaid (CMS) не обновят свои данные с учетом вашего текущего статуса. После того как CMS обновит свои записи, вам больше не нужно будет представлять подтверждающие документы в аптеку. Предоставьте подтверждающие документы одним из следующих способов, чтобы мы могли направить их в CMS для обновления записей:

- Напишите в Kaiser Permanente по адресу:

California Service Center  
Тема: Best Available Evidence  
P.O. Box 232407  
San Diego, CA 92193-2407

- Отправьте их по факсу **1-877-528-8579**.
- Отнесите их в сетевую аптеку или в местный отдел обслуживания участников в сетевом учреждении.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

После получения данных о размере вашей доли в оплате мы обновим информацию в нашей системе, чтобы вы могли оплачивать правильную сумму при получении следующего рецептурного препарата в аптеке. Если вы оплатите сумму, превышающую вашу долю платежа, мы возместим вам разницу. Мы либо отправим вам чек на сумму в размере вашей переплаты, либо зачтем переплату для будущих платежей. Если аптека не взяла с вас оплату вашей доли платежа и внесла эту сумму в качестве вашего долга, мы можем произвести оплату напрямую в аптеку. Если платеж от вашего имени произвел штат, мы можем перечислить деньги непосредственно этому штату. В случае возникновения вопросов обращайтесь в отдел обслуживания участников.

## **L2. Программа медикаментозной помощи для больных СПИД (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)**

ADAP помогает людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, получить доступ к жизненно важным лекарствам для лечения ВИЧ-инфекции. Рецептурные препараты части D программы Medicare, которые также входят в список лекарственных препаратов ADAP, подпадают под программу помощи в покрытии расходов на рецептурные лекарства. Примечание. Для участия в программе ADAP, действующей в вашем штате, необходимо соответствовать определенным критериям, включая наличие подтвержденного места жительства и ВИЧ-статуса, низкий уровень дохода, определенный штатом, и статус незастрахованного/не полностью застрахованного лица. В случае смены плана сообщите об этом местному сотруднику службы ADAP, чтобы продолжать получать помощь. Для получения информации о критериях соответствия, оплачиваемых препаратах или о том, как зарегистрироваться в программе, позвоните в колл-центр ADAP по телефону **1-844-421-7050** с 08:00 до 17:00 с понедельника по пятницу (за исключением праздничных дней).

---

## **M. Социальное обеспечение**

Служба социального обеспечения определяет соответствие критериям и осуществляет регистрацию на участие в программе Medicare. Право на участие в программе Medicare имеют граждане США и лица, постоянно проживающие на законных основаниях, достигшие 65 лет, имеющие инвалидность или заболевание почек последней стадии (ESRD) и соответствующие определенным условиям. Если вы уже получаете чеки социального страхования, то зачисление в программу Medicare происходит автоматически. Если вы не получаете чеки Social Security, вы должны зарегистрироваться в программе Medicare. Чтобы подать заявку на участие в программе Medicare, вы можете позвонить в Службу социального обеспечения или посетить местное отделение Службы социального обеспечения.

Если вы переедете или измените свой почтовый адрес, важно, чтобы вы связались с Службой социального обеспечения и сообщили им об этих изменениях.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-800-772-1213</b> Звонки на этот номер бесплатны. С 8:00 до 19:00 с понедельника по пятницу. Вы можете воспользоваться их автоматизированной телефонной службой, чтобы получить необходимую информацию и решить некоторые вопросы в любое время суток.
<b>TTY</b>	<b>1-800-325-0778</b> Этот номер предназначен для людей, у которых есть проблемы со слухом или речью. Чтобы позвонить на него, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<b>www.ssa.gov</b>

---

## **N. Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (Railroad Retirement Board, RRB)**

RRB является независимым федеральным агентством, которое осуществляет управление комплексными программами льгот для работников железных дорог страны и членов их семей. Если вы являетесь участником программы Medicare через RRB, то в случае переезда или изменения почтового адреса вам необходимо сообщить об этом. Если у вас возникли вопросы, касающиеся ваших выплат из RRB, свяжитесь напрямую с агентством.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.



<b>ЗВОНОК</b>	<p><b>1-877-772-5772</b></p> <p>Звонки на этот номер бесплатны.</p> <p>При нажатии кнопки «0» вы можете поговорить с представителем RRB с 9:00 до 15:30 в понедельник, вторник, четверг и пятницу, а также в среду с 9:00 до 12:00.</p> <p>При нажатии кнопки «1» вы можете воспользоваться автоматической справочной линией RRB и получить необходимую информацию в любое время суток, включая выходные и праздничные дни.</p>
<b>TTY</b>	<p><b>1-312-751-4701</b></p> <p>Этот номер предназначен для людей, у которых есть проблемы со слухом или речью. Чтобы позвонить на него, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.</p> <p>Звонки на этот номер <i>не</i> являются бесплатными.</p>
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<p><b>www.rrb.gov</b></p>

## О. Другие источники

Программа ombudsmen Medicare Medi-Cal предлагает БЕСПЛАТНУЮ помощь людям, испытывающим трудности с получением или сохранением медицинской страховки, и позволяет разрешить проблемы с их планами медицинского страхования.

Если у вас есть проблемы с:

- программой Medi-Cal;
- программой Medicare;
- вашим планом медицинского страхования;
- доступом к медицинским услугам;
- обжалованием отказа в предоставлении услуг, лекарств, медицинского оборудования длительного пользования, услуг психиатрической помощи и т. д.;
- счетами за медицинское обслуживание;
- поддерживаемыми услугами на дому (In-Home Supportive Services, IHSS).

Программа ombudsmen Medicare Medi-Cal оказывает помощь в рассмотрении жалоб, апелляций и слушаний. Номер телефона программы ombudsmen: **1-888-804-3536**.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

## Р. Программа Medi-Cal Dental

Некоторые стоматологические услуги доступны в рамках стоматологической программы Medi-Cal Dental, в том числе такие:

- первичные осмотры, рентгенография, чистка и обработка фтором;
- реставрация и установка коронок;
- лечение корневых каналов зубов;
- установка частичных и полных съемных протезов, корректировка, ремонт и перебазировка.

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-800-322-6384</b> Звонок бесплатный. Льготы на стоматологические услуги доступны в рамках программы Medi-Cal Dental Fee-for-Service со сдельной оплатой и программы регулируемого стоматологического обслуживания (Dental Managed Care, ДМС). Связаться с представителями программы Medi-Cal Dental со сдельной оплатой можно с 08:00 до 17:00, с понедельника по пятницу.
<b>ТТУ</b>	<b>1-800-735-2922</b> Этот номер предназначен для людей, у которых есть проблемы со слухом или речью. Чтобы позвонить на него, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<b><a href="https://smilecalifornia.org/">https://smilecalifornia.org/</a></b>

В дополнение к программе Medi-Cal Dental со сдельной оплатой за услуги вы можете получать льготы на стоматологические услуги в рамках плана регулируемого стоматологического обслуживания. Планы регулируемого стоматологического обслуживания доступны в округе Los Angeles. Если вы хотите получить подробную информацию о стоматологических планах или вы хотите изменить стоматологические планы, позвоните в Health Care Options по телефону **1-800-430-4263** (номер для пользователей ТТУ: **1-800-430-7077**) с понедельника по пятницу, с 08:00 до 18:00. Звонок бесплатный.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

## Глава 3. Использование покрытия нашего плана для получения медицинского обслуживания и других покрываемых услуг

---

### Введение

В этой главе приведены конкретные условия и правила, которые вам необходимо знать, чтобы получить медико-санитарную помощь и другие покрываемые услуги в рамках нашего плана. В ней также рассказывается о вашем координаторе лечения, о том, как получить помощь от различных поставщиков медицинских услуг и при определенных особых обстоятельствах (в том числе от поставщиков или аптек, не входящих в сеть), что делать, если вам выставляют счет непосредственно за услуги, которые мы покрываем, а также о правилах владения медицинским оборудованием длительного пользования. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе этого **Справочника участника**.

### Содержание главы 3

A.	Информация об услугах и поставщиках .....	44
B.	Правила получения услуг, которые покрывает наш план.....	44
C.	Ваш координатор лечения.....	47
C1.	Функции координатора лечения .....	47
C2.	Как вы можете связаться со своим координатором лечения .....	47
C3.	Смена координатора лечения.....	47
D.	Помощь поставщиков медицинских услуг.....	47
D1.	Поставщик услуг первичной медико-санитарной помощи .....	47
Кто может быть поставщиком первичных медицинских услуг и каковы его функции .....	47	
Выбор поставщика первичных медицинских услуг .....	47	
Смена поставщика первичных медицинских услуг .....	48	
Услуги, которые вы можете получить без одобрения вашего поставщика первичных медицинских услуг.....	49	
D2.	Помощь специалистов и других поставщиков услуг, входящих в сеть .....	50
Направления от вашего поставщика первичных медицинских услуг .....	50	

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Направления к поставщикам услуг, входящим в сеть .....	51
Предварительное разрешение.....	51
D3. Когда поставщик услуг покидает наш план.....	52
D4. Поставщики услуг, не входящие в сеть .....	54
E. Услуги долговременного ухода и поддержки.....	55
F. Получение услуг в области психического здоровья (психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ) .....	55
F1. Медицинские услуги охраны психического здоровья Medi-Cal, предоставляемые вне нашего плана.....	56
Амбулаторные услуги .....	57
Услуги лечения с проживанием .....	57
Стационарные услуги.....	57
G. Транспортные услуги .....	58
G1. Медицинский транспорт для перевозки в неэкстренных случаях .....	58
Ограничения в отношении медицинского транспорта.....	59
G2. Немедицинская транспортировка.....	60
Ограничения в отношении немедицинского транспорта.....	61
H. Покрываемые услуги в случае оказания экстренной медицинской помощи при неотложной ситуации или во время стихийного бедствия.....	61
H1. Экстренная медицинская помощь .....	61
Покрываемые услуги в случае оказания экстренной медицинской помощи.....	62
Посткризисное обслуживание .....	62
Получение экстренной медицинской помощи в неотложной ситуации.....	63
H2. Неотложная помощь .....	64

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Неотложная помощь в зоне обслуживания нашего плана .....	64
Неотложная помощь вне территории обслуживания нашего плана .....	65
НЗ. Помощь во время стихийного бедствия .....	65
I.    Что делать, если вам выставляют счет за услуги, которые покрывает наш план.....	66
И1. Что делать, если наш план не покрывает услуги.....	66
J.    Страховое покрытие услуг здравоохранения в рамках клинического исследования .....	67
J1. Определение клинического исследования.....	67
J2. Оплата услуг, когда вы участвуете в клиническом исследовании .....	68
J3. Подробнее о клинических исследованиях .....	68
K.    Как оплачиваются оказываемые вам медицинские услуги в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения.....	68
K1. Определение религиозного немедицинского учреждения здравоохранения .....	68
K2. Услуги религиозного немедицинского учреждения здравоохранения .....	69
L.    Медицинское оборудование длительного пользования (durable medical equipment, DME).....	69
L1. Медицинское оборудование длительного пользования для участников нашего плана.....	69
L2. Владение медицинским оборудованием длительного пользования, если вы перейдете на программу Original Medicare .....	70
L3. Льготы на кислородное оборудование для участников нашего плана .....	71
L4. Кислородное оборудование при переходе на программу Original Medicare или другой план Medicare Advantage (MA) .....	72

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

---

## А. Информация об услугах и поставщиках

**Услуги** — это медико-санитарная помощь, услуги по долговременному уходу и поддержке, расходные материалы, услуги по охране психического здоровья, рецептурные и безрецептурные лекарства, оборудование и другие услуги. **Покрываемые услуги** — это любые упомянутые услуги, которые оплачивает наш план. Информация о покрываемой медико-санитарной помощи, услугах по охране психического здоровья, а также долговременному уходу и поддержке приведена в **главе 4** этого **Справочника участника**. Информация о покрываемых услугах и рецептурных лекарствах приведена в **главе 5** этого **Справочника участника**.

**Поставщики медицинских услуг** — это врачи, медсестры и другие лица, которые предоставляют вам услуги и осуществляют лечение. Поставщики медицинских услуг также включают больницы, агентства услуг здравоохранения на дому, клиники и другие места, предоставляющие вам услуги здравоохранения, услуги охраны психического здоровья, медицинское оборудование и определенные услуги по долговременному уходу и поддержке.

**Поставщики услуг, входящие в сеть**, — это поставщики услуг, которые сотрудничают с нашим планом. Эти поставщики соглашаются принимать от нас полную оплату покрываемых услуг. Поставщики услуг, входящие в сеть, выставляют нам счета напрямую за уход, который они вам оказывают. Когда вы пользуетесь услугами поставщика услуг, входящего в сеть, вы обычно ничего не платите за покрываемые услуги.

---

## В. Правила получения услуг, которые покрывает наш план

Наш план покрывает все услуги, покрываемые программами Medicare и Medi-Cal. Сюда входят определенные услуги по охране психического здоровья, а также услуги по долговременному уходу и поддержке.

Наш план, как правило, оплачивает медико-санитарную помощь, услуги охраны психического здоровья и услуги по долговременному уходу и поддержке, которые вы получаете, если соблюдаете наши правила. Вы можете пользоваться страховым покрытием нашего плана, если соблюдены указанные ниже правила.

- Лечение, которое вы получаете, должно **покрываться планом**. Это означает, что оно включено в нашу таблицу льгот в **главе 4** этого **Справочника участника**.
- Лечение должно быть **необходимым с медицинской точки зрения**. Под «необходимыми с медицинской точки зрения» мы подразумеваем важные услуги, которые являются целесообразными и способствуют сохранению здоровья. Необходимое с медицинской точки зрения лечение проводится для того, чтобы люди не заболели серьезно или не стали инвалидами, а также для уменьшения сильной боли путем лечения заболеваний, болезней или травм.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Для получения медицинских услуг у вас должен быть **поставщик услуг первичной медико-санитарной помощи (primary care provider, PCP)**, входящий в сеть, который назначает лечение или советует вам обратиться к другому поставщику медицинских услуг. Участники плана должны выбрать поставщика первичных медицинских услуг, входящего в сеть.
- В большинстве случаев ваш поставщик первичных медицинских услуг, входящий в сеть, должен одобрить ваше обращение к поставщику, который не является поставщиком первичных медицинских услуг, или другим поставщикам медицинских услуг в сети нашего плана. Иными словами, он дает вам **направление**. Если вы не получите одобрения, мы можем не оплачивать услуги. Для получения дополнительной информации о направлениях см. раздел **D** данной главы.
- Вам не требуется направление от своего поставщика первичных медицинских услуг для получения экстренной помощи или неотложной помощи, для обращения к поставщику услуг по охране женского здоровья или для получения любого другого вида помощи, не предусматривающего направление от поставщика первичных медицинских услуг (подробнее об этом см. раздел **D1** в этой главе).
- **Вы должны получить медицинскую помощь от поставщиков услуг, входящих в сеть.** Обычно мы не покрываем расходы на лечение у поставщика медицинских услуг, который не сотрудничает с нашим планом медицинского страхования. Это означает, что за оказанные услуги вам придется заплатить поставщику медицинских услуг в полном объеме. Ниже приведены случаи, когда это правило не применяется.
- Мы оплачиваем экстренную или неотложную медицинскую помощь, оказанную поставщиком услуг, не входящим в сеть (дополнительную информацию об этом см. в разделе **H** этой главы).
- Если вам необходимо лечение, которое покрывает наш план, а наши поставщики услуг, входящие в сеть, не могут его провести, вы можете получить помощь у поставщика услуг, не входящего в сеть, если мы или Medical Group даст разрешение предоставление услуг до того, как они будут оказаны. В этой ситуации мы покрываем лечение, как если бы вы получили его от поставщика услуг, входящего в сеть.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Мы покрываем услуги по диализу почек, когда вы на короткое время находитесь вне территории обслуживания нашего плана или когда ваш поставщик медицинских услуг временно недоступен. Вы можете получить эти услуги в центре диализа, сертифицированном Medicare. Ваше долевое участие в расходах на диализ не может превышать долевое участие в расходах в рамках программы Original Medicare. Если вы находитесь вне территории обслуживания плана и получаете услуги диализа у поставщика медицинских услуг, не входящего в сеть плана, ваше долевое участие в расходах не может превышать долевое участие в расходах внутри сети. Однако, если ваш поставщик услуг диализа, входящий в сеть временно недоступен и вы решите получать услуги на территории обслуживания от поставщика услуг, не входящего в сеть, долевое участие в расходах на диализ может увеличиться.
- Когда вы впервые присоединяетесь к нашему плану, вы можете направить запрос о продолжении обслуживания у ваших текущих поставщиков медицинских услуг. За некоторыми исключениями, мы обязаны одобрить этот запрос, если сможем установить, что вы действительно обращались к этим поставщикам медицинских услуг ранее. См. главу 1 этого Справочника участника. Если мы удовлетворим ваш запрос, вы сможете продолжать пользоваться услугами тех поставщиков, с которыми сотрудничаете, в течение 12 месяцев. В течение этого времени ваш координатор лечения свяжется с вами, чтобы помочь вам найти поставщиков медицинских услуг, входящих в нашу сеть. По истечении 12 месяцев мы не будем покрывать ваше лечение, если вы продолжите обслуживаться у поставщиков, которые не входят в нашу сеть.
- Новые участники **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**: в большинстве случаев вы будете зарегистрированы в нашем плане **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** для получения льгот по программе Medicare в 1-й день месяца после подачи заявления на участие в программе **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Вы по-прежнему можете получать услуги Medi-Cal в рамках предыдущего плана медицинского страхования Medi-Cal в течение еще одного дополнительного месяца. После этого вы будете получать услуги программы Medi-Cal в рамках плана **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. У вас не будет перерыва в страховом покрытии по программе Medi-Cal. Если у вас есть вопросы, позвоните по номеру **1-800-443-0815** (TTY: 711). Линия доступна с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



---

## **C. Ваш координатор лечения**

### **C1. Функции координатора лечения**

Ваш координатор в рамках программы плана Special Needs отвечает за организацию вашего лечения. Он связывается с вами ежегодно для выполнения оценки риска для здоровья, а также после выписки из больницы. (Дополнительную информацию см. в **главе 2**, раздел **G**).

### **C2. Как вы можете связаться со своим координатором лечения**

Дополнительную информацию о том, как связаться с вашим координатором лечения, см. в **главе 2**, раздел **G**.

### **C3. Смена координатора лечения**

Чтобы сменить координатора лечения, свяжитесь с ним (дополнительную информацию см. в **главе 2**, раздел **G**).

---

## **D. Помощь поставщиков медицинских услуг**

### **D1. Поставщик услуг первичной медико-санитарной помощи**

Вы должны выбрать поставщика первичных медицинских услуг (primary care provider, PCP) для организации и осуществления вашего лечения.

### **Кто может быть поставщиком первичных медицинских услуг и каковы его функции**

Ваш поставщик первичных медицинских услуг — это врач, который соответствует требованиям штата и обучен оказывать вам первичную медицинскую помощь. Ваш поставщик первичных медицинских услуг также координирует ваше лечение. «Координирование» подразумевает контроль вашего лечения или консультирование с другими поставщиками услуг, входящими в сеть, относительно лечения и его эффективности. В некоторых случаях ваш поставщик первичных медицинских услуг должен получить от нас предварительное разрешение (одобрение) (подробнее см. в разделе **D2** этой главы).

### **Выбор поставщика первичных медицинских услуг**

Ваш поставщик первичных медицинских услуг обычно практикует общую медицину (так называемую медицину для взрослых или медицину внутренних болезней и семейную медицину) и иногда акушерство/гинекологию. В некоторых сетевых учреждениях вы можете выбрать в качестве поставщика первичных медицинских услуг практикующую медсестру или ассистента врача. Поставщики первичных медицинских услуг указаны в **Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек**.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Ваш поставщик первичных медицинских услуг предоставляет, назначает или разрешает необходимые с медицинской точки зрения покрываемые услуги. Ваш поставщик первичных медицинских услуг обеспечивает большую часть вашего стандартного (базового) лечения и при необходимости направляет вас к другим поставщикам услуг, входящим в сеть, для получения другой необходимой помощи. Например, чтобы обратиться к специалисту, вам обычно сначала нужно получить одобрение вашего поставщика первичных медицинских услуг (так называемое «направление к специалисту»). Есть только несколько видов покрываемых услуг, которые вы можете получить самостоятельно без предварительного обращения к вашему поставщику первичных медицинских услуг (см. раздел «Услуги, которые вы можете получить без одобрения вашего поставщика первичных медицинских услуг» этой главы).

Обратитесь к **Справочнику поставщиков медицинских услуг и аптек** или позвоните в отдел обслуживания участников для получения дополнительной информации о выборе поставщика первичных медицинских услуг и о том, какие поставщики принимают новых пациентов.

### **Смена поставщика первичных медицинских услуг**

Вы можете сменить своего поставщика первичных медицинских услуг по любой причине и в любое время. Кроме того, ваш поставщик первичных медицинских услуг может покинуть сеть нашего плана. Если ваш поставщик первичных медицинских услуг покинет нашу сеть, мы поможем вам найти нового поставщика в нашей сети. Выбранный поставщик первичных медицинских услуг будет незамедлительно закреплен за вами.

Чтобы выбрать или сменить поставщика первичных медицинских услуг, позвоните **на нашу линию выбора лечащего врача по номеру 1-888-956-1616 (TTY: 711)** с понедельника по пятницу, с 07:00 до 19:00. **Вы также можете выбрать поставщика медицинских услуг на веб-сайте [kp.org/finddoctors](http://kp.org/finddoctors).**

Во время звонка сообщите нам, посещаете ли вы других специалистов и получаете ли другие покрываемые услуги, которые требуют одобрения вашего поставщика первичных медицинских услуг (например, медико-санитарные услуги на дому, медицинское оборудование длительного пользования), чтобы мы могли сообщить вам, нужно ли вам получить направление от вашего нового поставщика первичных медицинских услуг для продолжения оказания услуг. Кроме того, если есть конкретный специалист или больница, входящие в сеть, чьи услуги вы хотите пользоваться, свяжитесь с нами, чтобы узнать, направляет ли ваш поставщик первичных медицинских услуг к этому специалисту или в эту больницу.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.  
Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

## Услуги, которые вы можете получить без одобрения вашего поставщика первичных медицинских услуг

В большинстве случаев прежде чем воспользоваться услугами других поставщиков, вы должны получить одобрение вашего поставщика первичных медицинских услуг. Это одобрение называется **направлением**. Вы можете получить услуги, подобные перечисленным ниже, без предварительного одобрения вашего поставщика первичных медицинских услуг.

- Услуги скорой помощи от поставщиков услуг, входящих и не входящих в сеть.
- Неотложная помощь от поставщиков услуг, входящих в сеть.
- Неотложная помощь от поставщиков услуг вне сети, когда вы не можете связаться с поставщиком услуг, входящим в сеть, (например, если вы находитесь вне территории обслуживания нашего плана или в выходные дни). **Примечание.** Неотложная помощь должна быть оказана немедленно и по медицинским показаниям.
- Услуги по диализу почек, которые вы получаете в диализном центре, сертифицированном Medicare, когда вы находитесь вне территории обслуживания нашего плана. Позвоните в отдел обслуживания участников, прежде чем покинуть территорию обслуживания. Мы можем помочь вам пройти диализ, пока вы в отъезде.
- Прививки от гриппа и коронавирусной инфекции COVID-19, а также прививки от гепатита В и пневмонии, если вы получаете их от поставщика услуг, входящего в сеть.
- Регулярные услуги по поддержанию женского здоровья и планированию семьи. К таким услугам относятся обследование молочной железы, скрининговая маммография (рентгенография молочной железы), мазок Папаниколау и осмотр органов малого таза, если их предоставляет поставщик услуг, входящий в сеть.
- Второе мнение от другого поставщика услуг, входящего в сеть.
- Приемы в следующих областях: оптометрия, злоупотребление веществами и психиатрия.
- Услуги хиропрактического лечения, покрываемые Medicare, если вы получаете их от поставщика услуг, входящего в сеть.
- Профилактическое медицинское обслуживание, за исключением скрининга аневризмы брюшной аорты, медикаментозной диетотерапии, сигмоидоскопии гибким эндоскопом, скрининговой колоноскопии, скрининга плотности костной ткани и лабораторных анализов.
- Кроме того, если вы имеете право на получение услуг от поставщиков услуг здравоохранения для коренных американцев, вы можете воспользоваться услугами этих поставщиков без направления.
- Приемы у специалистов, предоставляющих медицинскую помощь, обусловленную определенными обстоятельствами.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## **D2. Помощь специалистов и других поставщиков услуг, входящих в сеть**

Специалист — это врач, оказывающий медицинскую помощь при определенном заболевании или в отношении какой-либо части тела. Существует много видов специалистов.

- Онкологи занимаются лечением рака.
- Кардиологи занимаются лечением заболеваний сердца.
- Ортопеды занимаются лечением заболеваний костей, суставов и мышц.

### **Направления от вашего поставщика первичных медицинских услуг**

Если вам нужна медико-санитарная помощь, обычно вы сначала обращаетесь к своему поставщику первичных медицинских услуг. Есть только несколько видов покрываемых услуг, которые вы можете получить самостоятельно без предварительного одобрения вашего поставщика первичных медицинских услуг. Они описаны выше в разделе **D1**.

Письменное направление может быть выдано на одно посещение, а может иметь постоянный характер и выдаваться на несколько посещений, если вы нуждаетесь в постоянном обслуживании. Мы обязаны выдать вам постоянное направление к квалифицированному специалисту при любом из этих состояний:

- хроническое (текущее) состояние;
- опасное для жизни психическое или физическое заболевание;
- дегенеративное заболевание или инвалидность;
- любое другое состояние или заболевание, достаточно серьезное или сложное, требующее лечения у специалиста.

При отсутствии необходимого письменного направления счет может быть не оплачен. Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу страницы.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Направления к поставщикам услуг, входящим в сеть

Когда ваш поставщик первичных медицинских услуг назначает лечение, недоступное у него (например, специализированное лечение), он при необходимости направит вас к специалисту или другому поставщику услуг, входящему в сеть. Если ваш поставщик первичных медицинских услуг направит вас к специалисту, входящему в сеть, такое направление будет ориентировано на конкретный план лечения. Ваш план лечения может включать постоянное направление, если вам предписано постоянное лечение у специалиста. Мы вышлем вам письменное направление для первичной консультации или определенного количества посещений специалиста, входящего в сеть. После первоначальной консультации со специалистом, входящим в сеть, вы должны снова обратиться к своему поставщику первичных медицинских услуг, если только мы не разрешили дополнительные посещения, как указано в письменном направлении, которое вам дали. Не обращайтесь снова к специалисту, входящему в сеть, после вашего первоначального визита, если мы не указали дополнительные визиты в вашем направлении. В противном случае услуги могут не покрываться.

## Предварительное разрешение

Для получения услуг и товаров, перечисленных ниже, вашему поставщику услуг, входящему в сеть, необходимо будет заранее получить одобрение от нашего плана или Medical Group (это называется получением «предварительного разрешения»). Обсуждение таких запросов на разрешение будет проводиться только лицензированными врачами или иными медицинскими специалистами с соответствующей лицензией. Если вы не согласны с такими решениями, вы можете подать апелляцию, как описано в **главе 9**.

- Услуги и товары, указанные в **главе 4** со сноской (†).
- Если ваш поставщик услуг, входящий в сеть, решит, что вам требуются покрываемые услуги, недоступные у поставщиков услуг, входящих в сеть, он порекомендует Medical Group направить вас к поставщику услуг, не входящему в сеть, в пределах или за пределами нашей территории обслуживания. Назначенное Medical Group соответствующее лицо санкционирует предоставление услуг, если он или она определит, что покрываемые услуги необходимы с медицинской точки зрения и недоступны у поставщика услуг, входящего в сеть. Направление к поставщикам услуг, не входящим в сеть, будет осуществляться по конкретному плану лечения, который может включать постоянное направление, если предписано постоянное лечение. В нем указывается срок действия направления без необходимости получать дополнительное одобрение от нас. Если вы не знаете, какие услуги были одобрены, обратитесь к своему поставщику услуг, входящему в сеть. Если специалист, не входящий в сеть, считает, что вам нужно вернуться к нему за дополнительным лечением, обязательно проверьте, распространяется ли направление на дополнительное лечение. Если нет, свяжитесь со своим поставщиком услуг, входящим в сеть.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- После того как мы получим уведомление о том, что после оказания экстренной помощи вам требуется постстабилизационная помощь от поставщика услуг, не входящего в сеть, мы обсудим ваше состояние с этим поставщиком. Если мы решим, что вам требуется постстабилизационный уход и этот уход будет покрыт, если вы получите его от поставщика услуг, входящего в сеть, мы разрешим вам лечение у поставщика услуг, не входящего в сеть, только в том случае, если мы не сможем договориться о том, чтобы поставщик услуг, входящий в сеть, (или другой назначенный поставщик) оказывал помощь. Обратитесь к **разделу Н** этой главы для получения дополнительной информации.
- Необходимая с медицинской точки зрения хирургическая коррекция пола и связанные с ней процедуры.
- Уход в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения, описанный в **разделе J** этой главы.
- Если ваш поставщик услуг, входящий в сеть, предоставляет письменное или электронное направление на оценку необходимости трансплантации, региональный консультативный комитет или совет Medical Group по трансплантации или конференция по случаю (если таковая существует) одобрит направление, если определит, что вы являетесь потенциальным кандидатом на пересадку органов и услуга покрывается в соответствии с правилами Medicare. В случаях когда не существует комитета или совета по трансплантации, Medical Group направит вас к врачу (врачам) в центре трансплантации и санкционирует услуги, если врач (-и) центра трансплантации определит, что это необходимо с медицинской точки зрения, или если они покрываются в соответствии с рекомендациями Medicare. Примечание. Врач сети может провести или разрешить пересадку роговицы без проведения процедуры разрешения на трансплантацию от Medical Group.

### **D3. Когда поставщик услуг покидает наш план**

Поставщик услуг, входящий в сеть, с которым вы сотрудничаете, может покинуть наш план. Если один из ваших поставщиков услуг покидает наш план, у вас есть определенные права и средства защиты, которые кратко описаны ниже.

- Даже если наша сеть поставщиков услуг изменится в течение года, мы должны предоставить вам непрерывный доступ к квалифицированным поставщикам услуг.
- Мы уведомим вас о том, что ваш поставщик медицинских услуг покидает наш план, чтобы у вас было время выбрать нового поставщика.
  - Если из нашего плана выходит ваш поставщик первичной медицинской помощи или услуг по охране психического здоровья, мы уведомим вас, если вы обращались к этому поставщику в течение последних трех лет.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Если из плана выходят другие поставщики услуг, мы уведомим вас, если вы приписаны к этому поставщику, получаете от него помощь в настоящее время или наблюдались у него в течение последних трех месяцев.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного поставщика медицинских услуг, входящего в сеть, для дальнейшего удовлетворения ваших потребностей в медицинском обслуживании.
- Если вы в настоящее время проходите лечение или лечебные процедуры у своего нынешнего поставщика медицинских услуг, вы имеете право запросить продолжение необходимого с медицинской точки зрения лечения или лечебных процедур, и мы вместе с вами постараемся уладить этот вопрос.
- Мы предоставим вам информацию о различных доступных вам периодах регистрации и возможных вариантах смены плана.
- Если мы не сможем найти подходящего вам квалифицированного сетевого специалиста, мы обязаны привлечь специалиста, не входящего в сеть, для оказания вам медицинской помощи, если услуги входящего в сеть поставщика или предоставляемые им льготы недоступны или недостаточны для удовлетворения ваших медицинских потребностей. Назначенное Medical Group соответствующее лицо санкционирует предоставление услуг, если он или она определит, что покрываемые услуги необходимы с медицинской точки зрения и недоступны у поставщика услуг, входящего в сеть. Направление к поставщикам услуг, не входящим в сеть, будет осуществляться по конкретному плану лечения, который может включать постоянное направление, если предписано постоянное лечение. В нем указывается срок действия направления без необходимости получать дополнительное одобрение от нас. Если вы не знаете, какие услуги были одобрены, обратитесь к своему поставщику услуг, входящему в сеть. Если специалист, не входящий в сеть, считает, что вам нужно вернуться к нему за дополнительным лечением, обязательно проверьте, распространяется ли направление на дополнительное лечение. Если нет, свяжитесь со своим поставщиком услуг, входящим в сеть.
- Если вы считаете, что мы заменили вашего предыдущего поставщика неквалифицированным поставщиком или что мы ненадлежащим образом организуем ваше лечение, вы имеете право подать жалобу на качество обслуживания в группу QIO, жалобу на качество лечения или и то, и другое. (Дополнительную информацию см. в **главе 9**).

Если вы обнаружите, что один из ваших поставщиков услуг покидает наш план, свяжитесь с нами. Мы можем помочь вам в поиске нового поставщика медицинских услуг и организации вашего лечения. Звоните нам по номеру **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.  
Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

#### **D4. Поставщики услуг, не входящие в сеть**

Если вы пользуетесь услугами поставщика медицинских услуг, не входящего в сеть, этот поставщик должен отвечать критериям участия в программах Medicare и (или) Medi-Cal.

- Мы не можем оплатить услуги поставщика, не подходящего для участия в Medicare и (или) Medi-Cal.
- Если вы воспользуетесь услугами поставщика, не соответствующего критериям участия в Medicare, вы должны оплатить полную стоимость полученных вами услуг.
- Поставщик медицинских услуг должен сообщить вам, если он не соответствует критериям участия в программе Medicare.

Лечение, которое вы получаете у поставщика услуг, не входящего в сеть, не покрывается, за исключением указанных ниже ситуаций.

- Экстренная или неотложная медицинская помощь, которую вы получаете от поставщика услуг, не входящего в сеть. Для получения дополнительной информации об этом, а также для того, чтобы узнать, что означает экстренная или неотложная медицинская помощь, см. раздел **D1** этой главы.
- Мы или Medical Group утверждаем направление к поставщикам услуг, не входящим в сеть, указанным в **разделе D2** этой главы.
- Услуги по диализу почек, которые вы получаете в сертифицированном Medicare диализном центре, когда вы временно находитесь за пределами нашей территории обслуживания.
- Если вы посещаете территорию обслуживания компании Kaiser Permanente в другом регионе, вы можете получить определенную медицинскую помощь, покрываемую Medicare и предусмотренную этим **Справочником участника**, от назначенных поставщиков на этой территории обслуживания. Обращайтесь в наш отдел обслуживания участников, находящийся вдали от дома, по номеру **1-951-268-3900** (TTY 711), круглосуточно, без выходных (кроме праздничных дней) или посетите наш веб-сайт по адресу **kp.org/travel** для получения дополнительной информации о медицинской помощи при посещении другой территории обслуживания компании Kaiser Permanente, включая информацию о страховом покрытии и местоположении учреждения. Офисы Kaiser Permanente находятся в округе Колумбия, Калифорнии, Колорадо, Джорджии, Гавайях, Мэриленде, Орегоне, Вирджинии и Вашингтоне. Примечание. Сотрудники нашей телефонной линии по вопросам ухода за больными вне дома также могут ответить на вопросы о покрываемых услугах неотложной или срочно необходимой помощи, которые вы получаете вне сети, в том числе о том, как получить возмещение.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



- Что касается услуг Medi-Cal, вы можете обратиться к поставщику услуг, не входящему в сеть, без направления или предварительного разрешения для получения услуг скорой помощи или медицинской помощи, обусловленной определенными обстоятельствами. Вы также можете обратиться к поставщику услуг, не входящему в сеть, для получения неотложной помощи, если находитесь на территории, на которой мы не работаем. Если вам нужны амбулаторные услуги психиатрической помощи, вы можете обратиться либо к поставщику услуг, входящему в сеть, либо к поставщику психиатрических услуг округа без предварительного разрешения. У вас должно быть направление или предварительное разрешение для любых других услуг, предоставляемых поставщиками, не входящими в сеть, иначе они не будут покрываться.
- Примечание. Американские индейцы могут получить помощь у поставщика медицинских услуг для коренных американцев, не входящего в нашу сеть, без направления.

---

## **Е. Услуги долговременного ухода и поддержки**

Услуги долговременного ухода и поддержки позволяют остаться дома и избежать пребывания в больнице или в учреждении квалифицированного ухода. В рамках нашего плана вы имеете доступ к определенным услугам по уходу за больными, включая квалифицированный уход в учреждениях сестринского ухода, услуги по обслуживанию взрослого населения по месту жительства (CBAS) и услуги по месту жительства в рамках Community Support. Другой вид услуг по долговременному уходу и поддержке — программа поддерживающих услуг на дому In Home Supportive Services, которая предоставляется через агентство социальных услуг вашего округа.

- Дополнительную информацию об услугах по долговременному уходу и поддержке можно получить у своего врача или координатора по уходу.

---

## **Г. Получение услуг в области психического здоровья (психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ)**

У вас есть доступ к необходимым с медицинской точки зрения услугам охраны психического здоровья, которые покрывают программы Medicare и Medi-Cal. Мы предоставляем доступ к услугам охраны психического здоровья, покрываемым программой Medicare, а также услугам по лечению психических расстройств легкой и средней степени тяжести, покрываемым программой Medi-Cal. Наш план не оплачивает специализированные услуги психиатрической помощи, покрываемые программой Medi-Cal, однако они доступны вам в рамках плана предоставления услуг психиатрической помощи. Для получения дополнительной информации об услугах психиатрической помощи, доступных в рамках вашего окружного плана охраны психического здоровья, обращайтесь по следующим контактам:

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Департамент психического здоровья округа Los Angeles, телефон:  
**1-800-854-7771 (TTY: 711)**
- Служба оказания помощи в области психического здоровья и восстановления округа Orange County, телефон: **1-855-625-4657 (TTY 711)**
- Департамент психического здоровья округа Riverside, телефон:  
**1-800-706-7500 (TTY 711)**
- Департамент психического здоровья округа San Bernardino, телефон:  
**1-888-743-1478 (TTY 711)**
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа San Diego, телефон:  
**1-888-724-7240 (TTY 711)**

### **F1. Медицинские услуги охраны психического здоровья Medi-Cal, предоставляемые вне нашего плана**

Специализированные услуги психиатрической и психологической помощи Medi-Cal доступны вам в рамках плана предоставления услуг психиатрической и психологической помощи (МНР) округа, если вы соответствуете критериям для получения доступа к специализированным услугам по охране психического здоровья.

- Специализированные услуги психиатрической помощи по программе Medi-Cal, покрываемые **Департаментом психического здоровья округа Los Angeles**, телефон: **1-800-854-7771 (TTY 711)**
- Специализированные услуги психиатрической помощи по программе Medi-Cal, покрываемые Службой оказания помощи в области психического здоровья и восстановления округа Orange County, телефон: 1-855-625-4657 (TTY 711)
- Специализированные услуги психиатрической помощи по программе Medi-Cal, покрываемые **Департамент психического здоровья округа Riverside**, телефон: **1-800-706-7500 (TTY 711)**
- Специализированные услуги психиатрической помощи по программе Medi-Cal, покрываемые **Департамент психического здоровья округа San Bernardino**, телефон: **1-888-743-1478 (TTY 711)**
- Специализированные услуги психиатрической помощи по программе Medi-Cal, покрываемые **Департамент услуг по охране психического здоровья округа San Diego**, телефон **1-888-724-7240 (TTY 711)**

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

### Амбулаторные услуги

- Услуги психиатрической помощи (обследования, разработка плана, терапия, реабилитация и сопутствующие услуги).
- Лекарственное обеспечение.
- Услуги интенсивной терапии в дневном стационаре.
- Реабилитационные услуги в дневном стационаре.
- Услуги по кризисному вмешательству.
- Услуги по кризисной стабилизации.
- Адресные услуги по ведению пациентов.
- Услуги поведенческой терапии.

### Услуги лечения с проживанием

- Терапевтические услуги для взрослых по месту жительства.
- Услуги кризисного вмешательства по месту жительства.

### Стационарные услуги

- Больничное обслуживание острого психиатрического состояния в условиях медицинского стационара.
- Профессиональное психиатрическое обслуживание в условиях медицинского стационара.
- Услуги психиатрического лечебного учреждения.

Если вы соответствуете критериям для получения этих услуг, то услуги Medi-Cal или Организованного медицинского обслуживания Drug Medi-Cal доступны для вас через следующие организации:

- Департамент психического здоровья округа Los Angeles, телефон: **1-800-854-7771** (TTY: 711)
- Служба оказания помощи в области психического здоровья и восстановления округа Orange County, телефон: **1-855-625-4657** (TTY 711)
- Департамент психического здоровья округа Riverside, телефон: **1-800-706-7500** (TTY 711)
- Департамент психического здоровья округа San Bernardino, телефон: **1-888-743-1478** (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа San Diego, телефон: **1-888-724-7240** (TTY 711)

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Медицинское обслуживание по программе Drug Medi-Cal включает:

- Услуги по интенсивному амбулаторному лечению.
- Услуги по стационарному лечению.
- Услуги по амбулаторному избавлению от медикаментозной зависимости.
- Услуги по лечению наркомании.
- Услуги по лечению зависимости от препаратов опиоидного типа налтрексоном.

Организованное медицинское обслуживание Drug Medi-Cal включает:

- Амбулаторное и интенсивное амбулаторное лечение.
- Предоставление лекарственных препаратов для лечения зависимости (также называемые медикаментозным лечением).
- Стационарное лечение.
- Лечение синдрома отмены.
- Услуги по лечению наркомании.
- Услуги по восстановлению.
- Координацию лечения.

В дополнение к услугам, перечисленным выше, вы можете получить доступ к услугам добровольной стационарной детоксикации, если соответствуете критериям.

---

## G. Транспортные услуги

### G1. Медицинский транспорт для перевозки в неэкстренных случаях

Вы имеете право на перевозку неэкстренным медицинским транспортом, если у вас есть медицинские потребности, которые не позволяют вам воспользоваться автомобилем, автобусом, поездом или такси для поездок на прием. Неэкстренный медицинский транспорт может быть предоставлен для получения покрываемых услуг, таких как посещение любого врача, стоматолога, психиатра, нарколога и фармацевта. Вы можете запросить неэкстренную медицинскую транспортировку, обратившись к своему сетевому поставщику медицинских, стоматологических или наркологических услуг. Ваш поставщик медицинских услуг решит, какой вид транспорта вам необходим. Неэкстренная медицинская транспортировка может осуществляться машиной скорой помощи, санитарным фургонем, фургоном для перевозки кресел-каталок или воздушным транспортом.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Медицинский транспорт для перевозки в неэкстренных случаях используется при наличии условий, приведенных ниже.

- Существуют физические ограничения или медицинские противопоказания, из-за которых вы не можете воспользоваться автобусом, такси, автомобилем или фургоном, чтобы прибыть на прием.
- Вам необходима помощь водителя, чтобы добраться от транспортного средства к месту жительства или месту оказания медицинских услуг в связи с инвалидностью или нетрудоспособностью, связанной с психическим расстройством, а также вернуться обратно.
- Данную услугу потребовал врач, принадлежащий к сети, и для нее было получено предварительное разрешение.

Если ваш врач считает, что вы нуждаетесь в перевозке медицинским транспортом, он должен сделать соответствующее предписание. Для получения дополнительной информации о том, как запланировать перевозку медицинским транспортом, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру внизу этой страницы.

### **Ограничения в отношении медицинского транспорта**

Для неэкстренных ситуаций наш план покрывает самый дешевый медицинский транспорт, отвечающий вашим медицинским потребностям, который может доставить вас от вашего дома до ближайшего поставщика медицинских услуг, где вас смогут принять. Это значит, что, например, если отсутствуют какие-либо физические ограничения или медицинские противопоказания к перевозке в фургоне для кресел-каталок, наш план не будет платить за машину скорой помощи. Ваш план покрывает перевозку воздушным медицинским транспортом, если это необходимо по медицинским показаниям. Вы не можете получить медицинскую транспортировку, если программа Medicare или Medi-Cal не покрывает эту услугу.

Если программа Medi-Cal покрывает назначенный тип приема к врачу, но не через наш медицинский план, мы не будем оплачивать медицинскую транспортировку. Однако мы можем помочь вам заказать необходимую транспортировку. Если вам необходима медицинская транспортировка в пределах нашей зоны обслуживания или для поездки к поставщику медицинских услуг, не входящему в сеть, мы оплатим медицинскую транспортировку, только если мы одобрили ее для вас.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## G2. Немедицинская транспортировка

Льготы на перевозку немедицинским транспортом включают в себя проезд к месту приема и обратно для получения услуги, разрешенной вашим поставщиком медицинских услуг. Вас могут отвезти бесплатно, если вы:

- едете на прием и обратно для получения услуги, утвержденной вашим поставщиком медицинских услуг, или
- забираете рецептурные препараты и медицинские расходные материалы.

Наш план разрешает пользоваться машиной, такси, автобусом или иным общественным/личным транспортом, чтобы добраться в место оказания немедицинских услуг, утвержденных вашим поставщиком. Мы предоставляем самый дешевый вид немедицинского транспорта, который отвечает вашим потребностям.

Иногда вам могут возместить расходы на поездки на личном транспортном средстве. Наш план должен одобрить это **до** того, как вы совершите поездку, и вы должны сказать нам, почему вы не можете совершить поездку другим способом, например на автобусе. **Вы не можете получить компенсацию, если сами управляете автомобилем.** Для возмещения пробега требуется следующее:

- водительские права водителя;
- свидетельство о регистрации транспортного средства водителя;
- подтверждение страхования автомобиля для водителя.

Чтобы попросить отвезти вас для получения разрешенных услуг, позвоните нашему поставщику транспортных услуг по номеру **1-844-299-6230** (TTY: **711**) по меньшей мере за три рабочих дня (с понедельника по пятницу) до назначенного приема. Если прием **срочный**, позвоните как можно скорее. Во время звонка будьте готовы предоставить такую информацию:

- вашу идентификационную карту Kaiser Permanente;
- дату и время назначенных визитов для получения медицинских услуг;
- адрес места, где вас нужно забрать, и адрес места назначения;
- нужно ли вас возить назад;
- будет ли вас кто-нибудь сопровождать (например, родитель/законный опекун или лицо, осуществляющее уход).

**Примечание.** Коренные американцы могут обратиться в свою местную медицинскую клинику для коренных американцев, чтобы запросить немедицинскую транспортировку.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Ограничения в отношении немедицинского транспорта

Наш план покрывает самый дешевый немедицинский транспорт, отвечающий вашим медицинским потребностям, который может доставить вас от вашего дома до ближайшего поставщика медицинских услуг, где можно записаться на прием. **Вы не можете управлять автомобилем самостоятельно или получить компенсацию напрямую.**

Немедицинский транспорт **не** предоставляется в указанных ниже случаях.

- Чтобы добраться до места получения услуг, необходима машина скорой помощи, санитарный фургон, фургон для кресел-каталок или другой вид неэкстренного медицинского транспорта.
- Вам необходима помощь водителя, чтобы добраться от транспортного средства к месту жительства или месту оказания медицинских услуг в связи с физическим или психическим заболеванием, а также чтобы вернуться обратно
- Вы нуждаетесь в кресле-каталке и не можете без помощи водителя сесть в автомобиль и выйти из него.
- Мы не покрываем эту услугу программы Medicare.
- Данная услуга не оплачивается планом Medi-Cal.

---

## Н. Покрываемые услуги в случае оказания экстренной медицинской помощи при неотложной ситуации или во время стихийного бедствия

### Н1. Экстренная медицинская помощь

Экстренная медицинская помощь требуется в случае, если у вас возникает медицинское состояние с такими симптомами, как сильная боль или серьезная травма. Это состояние настолько серьезное, что если медицинская помощь не будет оказана незамедлительно, вы или любой человек со среднестатистическими знаниями в области здравоохранения и медицины можете ожидать нижеследующего.

- Серьезный риск для вашего здоровья или здоровья вашего будущего ребенка.
- Серьезное ухудшение функций организма.
- Серьезное нарушение функций внутренних органов или частей тела.
- Если речь идет о беременной женщине в период активной родовой деятельности, когда:
  - недостаточно времени, чтобы безопасно перевести вас в другую больницу до родов;
  - перевод в другую больницу может представлять угрозу для вашего здоровья или безопасности, а также для здоровья или безопасности вашего будущего ребенка.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Покрываемые услуги в случае оказания экстренной медицинской помощи

Мы покрываем услуги экстренной медицинской помощи, указанные ниже. Врачи, оказывающие экстренную медицинскую помощь, определяют, насколько стабильно ваше состояние и когда завершится экстренная ситуация. Вы можете получить покрываемую неотложную медицинскую помощь в любое время, в любой точке США или за ее пределами.

Если вам требуется экстренная медицинская помощь, выполните указанные ниже действия.

- **Обратитесь за помощью как можно быстрее.** Позвоните в службу **911** либо обратитесь в ближайшее отделение скорой помощи или больницу. В случае необходимости вызовите машину скорой помощи. Вам **не** нужно одобрение или направление от вашего поставщика первичных медицинских услуг. Вам не нужно обращаться к поставщику, входящему в сеть. Вы можете получить экстренную медицинскую помощь, в том числе вызвать машину скорой помощи, в любое время, когда она вам понадобится, в любой точке США, на их территории или по всему миру, у любого поставщика медицинских услуг, имеющего соответствующую государственную лицензию.

## Посткризисное обслуживание

**Как можно скорее сообщите сотрудникам нашего плана о вашей экстренной ситуации.** Мы проконтролируем оказание вам экстренной медицинской помощи.

Вы или кто-то другой должны позвонить нам, чтобы сообщить об оказанной экстренной медицинской помощи, обычно в течение 48 часов. Однако вы не будете платить за услуги скорой помощи, если сообщите нам позже указанного срока. Номер, по которому нужно позвонить, указан на обратной стороне вашей идентификационной карты участника плана.

Мы будем сотрудничать с врачами, предоставляющими экстренную помощь, чтобы помочь вам организовать и контролировать ваше лечение. Когда экстренная ситуация завершится, вам понадобится последующее врачебное наблюдение для подтверждения стабилизации вашего состояния. Ваши врачи продолжат лечить вас и свяжутся с нами, чтобы составить планы, если вам потребуется дополнительное лечение. Мы оплатим ваше последующее лечение после стабилизации состояния в соответствии с применимым законодательством. Очень важно, чтобы ваш поставщик медицинских услуг позвонил нам, чтобы получить разрешение на лечение после стабилизации состояния, **до** того как вы получите помощь от поставщика услуг, не входящего в сеть. Прежде чем мы оплатим медицинские услуги после стабилизации состояния, поставщик, оказывающий вам эти услуги, должен получить от нас разрешение. В большинстве случаев вы понесете расходы только в том случае, если поставщик, не входящий в сеть, или мы уведомим вас об этой потенциальной возможности.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



Чтобы получить предварительное разрешение на предоставление вам медицинских услуг после стабилизации состояния от поставщика, не входящего в сеть, поставщик медицинских услуг должен позвонить нам по номеру **1-800-225-8883** (TTY: **711**). Он также может позвонить нам по номеру телефона, указанному на обороте вашей идентификационной карты Kaiser Permanente. Поставщик медицинских услуг должен позвонить нам до того, как вам будут оказаны услуги.

Когда поставщик медицинских услуг позвонит нам, мы обсудим с вашим лечащим врачом имеющуюся медицинскую проблему. Если мы сочтем, что вам необходимы медицинские услуги после стабилизации состояния, мы дадим разрешение на предоставление покрываемых услуг. В некоторых случаях мы можем организовать предоставление услуг поставщиком, входящем в сеть.

Если мы решим, что вас будет обслуживать больница, учреждение квалифицированного сестринского ухода или другой поставщик услуг, входящие в сеть, возможно, мы одобрим предоставление услуг по транспортировке, которые необходимы с медицинской точки зрения, для вашей доставки к поставщику медицинских услуг. Сюда могут относиться особые услуги по транспортировке, которые мы обычно не оплачиваем.

Вам следует узнать у поставщика медицинских услуг, на какие услуги (в том числе по транспортировке) мы предоставили разрешение. Мы оплачиваем только те услуги или сопутствующие услуги по транспортировке, на которые дали разрешение. Если вы обратитесь за услугами, которые мы не оплачиваем, и получите их, мы не сможем оплатить поставщику эти услуги.

Медицинские услуги после стабилизации состояния также включают медицинское оборудование длительного пользования (durable medical equipment, DME) при условии выполнения всех требований, изложенных ниже.

- Страхование покрытия медицинского оборудования длительного пользования см. В **главе 4** этого **Справочника участника**.
- Согласно медицинским показаниям вы должны иметь медицинское оборудование длительного пользования после выписки из больницы.
- Медицинское оборудование длительного пользования связано с экстренной медицинской помощью, оказанной вам в больнице.

### **Получение экстренной медицинской помощи в неэкстренной ситуации**

Иногда бывает трудно понять, требует ли ваша проблема физического или психического здоровья оказания экстренной медицинской помощи. Вы можете обратиться за экстренной медицинской помощью, и врач скажет, что на самом деле ситуация не была экстренной. До тех пор пока вы разумно полагали, что вашему здоровью угрожает серьезная опасность, мы покрываем ваше лечение.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

После того как врач скажет, что экстренная помощь не требуется, мы покрываем ваше дополнительное лечение только в том случае, если:

- вы обращаетесь к поставщику услуг, входящему в сеть, **или**
- дополнительная помощь, которую вы получаете, считается «неотложной помощью» и вы следуете правилам ее получения. См. следующий раздел.

## **Н2. Неотложная помощь**

Неотложная помощь — это лечение, которое вы получаете в ситуации, которая не является экстренной, однако требует немедленного оказания помощи. Например, в выходные дни у вас может обостриться существующее заболевание или возникнуть сильная боль в горле, требующая лечения.

### **Неотложная помощь в зоне обслуживания нашего плана**

В большинстве случаев мы покрываем неотложную помощь только в том случае, если:

- вы получаете эту помощь от поставщика услуг, входящего в сеть, **и**
- вы следуете правилам, описанным в этой главе.

Если обращение к поставщику услуг, входящему в сеть, представляется невозможным или нецелесообразным, мы покрываем неотложную помощь, которую вы получаете от поставщика услуг вне сети.

Вы не всегда знаете, какое именно лечение вам необходимо. Вот почему наши медсестры-консультанты всегда готовы оказать вам помощь по телефону. Медсестры-консультанты — это дипломированные медсестры, специально обученные оценке медицинских симптомов и предоставлению консультаций по телефону, когда это необходимо с медицинской точки зрения. Независимо от того, звоните ли вы за консультацией или записываетесь на прием, вы можете обратиться к медсестре-консультанту.

Они часто могут ответить на вопросы о незначительных проблемах, подсказать, что делать, если учреждение сети закрыто, или посоветовать, что делать дальше, включая запись на прием к врачу для получения неотложной медико-санитарной помощи в тот же день, если целесообразно с медицинской точки зрения. Чтобы связаться с медсестрой-консультантом, которая доступна 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, или записаться на прием, см. номера телефонов для консультации или записи в **Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек**.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Неотложная помощь вне территории обслуживания нашего плана

Когда вы находитесь вне территории обслуживания нашего плана, вы, возможно, не сможете получить медицинскую помощь от поставщика услуг, входящего в сеть. В этом случае наш план покрывает неотложную помощь, которую вы получаете от любого поставщика медицинских услуг.

Наш план покрывает услуги неотложной помощи по всему миру за пределами Соединенных Штатов при указанных ниже обстоятельствах.

- Вы временно находитесь вне нашей территории обслуживания.
- Эти услуги были необходимы для лечения непредвиденной болезни или травмы, чтобы предотвратить серьезное ухудшение состояния вашего здоровья.
- Было бы неразумно откладывать лечение до тех пор, пока вы вернетесь на нашу территорию обслуживания.
- Услуги были бы оплачены, если бы их оказал поставщик услуг, входящий в сеть.

### НЗ. Помощь во время стихийного бедствия

Если губернатор штата Калифорния, министр здравоохранения и социальных служб США или президент Соединенных Штатов объявит чрезвычайное положение в вашем географическом регионе, вы по-прежнему имеете право на медицинскую помощь, покрываемую нашим планом.

Посетите наш веб-сайт, чтобы узнать больше о том, как получить необходимую помощь во время объявленного бедствия: **kp.org**.

Во время объявленного бедствия, если вы не можете воспользоваться услугами поставщика, входящего в сеть, вы можете получить помощь от сторонних поставщиков услуг по тарифу долевого участия в расходах сети. Если во время объявленного бедствия вы не можете воспользоваться услугами аптеки, входящей в сеть, вы можете приобрести рецептурные лекарства в аптеке, не входящей в сеть. Дополнительную информацию см. В главе 5 этого Справочника участника.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## I. Что делать, если вам выставляют счет за услуги, которые покрывает наш план

Если поставщик услуг отправляет вам счет вместо того, чтобы направить его в наш план, вы должны попросить нас оплатить нашу долю счета.

**Вы не должны оплачивать счет самостоятельно. Если вы это сделаете, мы, возможно, не сможем вернуть вам деньги.**

Если вы заплатили больше, чем предусмотрено планом долевого участия в расходах для покрываемых услуг, или получили счет на полную стоимость покрываемых медицинских услуг, обратитесь к **главе 7** этого Справочника участника, чтобы узнать, что делать в таком случае.

## II. Что делать, если наш план не покрывает услуги

Наш план покрывает все услуги:

- которые признаны необходимыми с медицинской точки зрения и
- которые перечислены в таблице льгот нашего плана (см. **главу 4** этого **Справочника участника**), и
- которые вы получаете, следуя правилам плана.

Если вы получаете услуги, которые не покрываются нашим планом, **вы оплачиваете полную стоимость самостоятельно.**

Если вы хотите узнать, платим ли мы за какие-либо медицинские услуги или уход, вы имеете право спросить нас. Вы также имеете право попросить об этом в письменной форме. Если мы сообщим вам, что не будем оплачивать оказываемые вам услуги, вы имеете право обжаловать наше решение.

В **главе 9** этого **Справочника участника** объясняется, что делать, если вы хотите, чтобы мы оплатили медицинскую услугу или товар. В нем также рассказывается, как обжаловать наше решение о страховом покрытии. Позвоните в отдел обслуживания участников, чтобы узнать больше о ваших правах на апелляцию.

На оплату некоторых услуг у нас установлен лимит. Если вы превысите лимит, то заплатите полную стоимость дополнительных услуг такого рода. Для получения информации о конкретных ограничениях по льготам см. **главу 4**. Позвоните в отдел обслуживания участников, чтобы узнать, каковы лимиты льгот и сколько льгот вы использовали.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## **Ж. Страховое покрытие услуг здравоохранения в рамках клинического исследования**

### **Ж1. Определение клинического исследования**

Клиническое исследование (также называемое клиническим испытанием) — это способ, с помощью которого врачи тестируют новые виды медико-санитарной помощи или лекарственных препаратов. Для участия в клинических исследованиях, одобренных Medicare, обычно приглашают добровольцев.

Как только Medicare одобрит исследование, в котором вы хотите принять участие, с вами свяжется лицо, работающее над этим исследованием. Это лицо расскажет вам об исследовании и выяснит, можете ли вы в нем участвовать. Вы можете принимать участие в исследовании до тех пор, пока соответствуете обязательным условиям. Вы должны ознакомиться со своими обязанностями в ходе исследования и согласиться их выполнять.

Вы можете оставаться участником нашего плана на время участия в исследовании. Таким образом, наш план продолжает покрывать ваши расходы на услуги и лечение, не связанные с исследованием.

Если вы хотите принять участие в клиническом исследовании, одобренном Medicare, вам **не** нужно получать разрешение у нас или вашего поставщика услуг первичной медико-санитарной помощи. Поставщики медицинских услуг, которые оказывают вам медицинскую помощь в рамках исследования, **не** обязательно должны входить в сеть. Обратите внимание, что это не относится к льготам по нашему плану, которые предусматривают в качестве компонента клинические испытания или регистрацию для получения льготы. Сюда входят определенные льготы, предусмотренные решениями о национальном покрытии (NCD) и решениями об освобождении для медицинских изделий (IDE), которые могут потребовать предварительного разрешения и соблюдения других правил плана.

### **Мы рекомендуем вам сообщить нам об этом до того, как вы примете участие в клиническом исследовании.**

Если вы планируете участвовать в клиническом исследовании, покрываемом для участников программы Original Medicare, вам или вашему координатору лечения следует связаться с отделом обслуживания участников, чтобы сообщить нам, что вы примете участие в клиническом исследовании.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## **J2. Оплата услуг, когда вы участвуете в клиническом исследовании**

Если вы добровольно участвуете в клиническом исследовании, одобренном Medicare, вы ничего не платите за покрываемые услуги в рамках этого исследования. Программа Medicare оплачивает услуги, охватываемые исследованием, а также обычные расходы, связанные с вашим лечением. Как только вы присоединитесь к клиническому исследованию, одобренному Medicare, вам предоставят покрытие на большинство услуг и товаров, которые вы получаете как участник исследования. К ним относятся:

- Проживание и питание во время пребывания в больнице, которые оплатила бы программа Medicare, даже если бы вы не принимали участие в исследовании.
- Операция или другая медицинская процедура, которая проводится в рамках исследования.
- Лечение любого побочного действия и осложнений от нового лечения.

Если вы участвуете в исследовании, **не одобренном Medicare**, вы оплачиваете любые расходы, связанные с участием.

## **J3. Подробнее о клинических исследованиях**

Более подробную информацию об участии в клинических исследованиях можно получить, прочитав статью «Medicare и клинические исследования» на сайте Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). Вы также можете обращаться по номеру **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** круглосуточно, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру ТТУ **1-877-486-2048**.

---

## **К. Как оплачиваются оказываемые вам медицинские услуги в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения**

### **К1. Определение религиозного немедицинского учреждения здравоохранения**

Религиозное немедицинское учреждение здравоохранения — это место, которое предоставляет помощь, которую вы обычно получаете в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода. Если получение медицинской помощи в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода противоречит вашим религиозным убеждениям, мы покрываем расходы на лечение в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения.

Эта льгота распространяется только на стационарные услуги Medicare часть А (немедицинские услуги здравоохранения).

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## **K2. Услуги религиозного немедицинского учреждения здравоохранения**

Чтобы получить услуги религиозного немедицинского учреждения здравоохранения, вы должны подписать юридический документ, в котором говорится, что вы против получения медицинского лечения, которое «не является исключением».

- Медицинское лечение, которое «не является исключением», — это любая помощь, которая является **добровольной и не требуется** в соответствии с федеральным законодательством, законодательством штата или местным законодательством.
- Медицинское лечение, которое «является исключением», — это любая помощь, которая **не является добровольной и требуется** в соответствии с федеральным законодательством, законодательством штата или местным законодательством.

Чтобы наш план покрывал помощь, которую вы получаете в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения, она должна соответствовать указанным ниже условиям.

- Учреждение, предоставляющее медицинскую помощь, должно быть сертифицировано Medicare.
- Покрытие услуг нашим планом ограничено нерелигиозными аспектами ухода.
- Если вы получаете услуги этого учреждения, которые предоставляются вам на его территории:
- У вас должно быть заболевание, которое позволило бы вам получить покрываемые услуги по стационарному лечению в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода;
- Вы должны получить разрешение от нас до того, как вас примут в учреждение, иначе ваше пребывание **не** будет покрыто.

**Примечание.** На покрываемые услуги распространяются те же ограничения и условия долевого участия в расходах, что и для услуг, предоставляемых поставщиками услуг, входящими в сеть, как описано в **главах 4 и 12**.

---

## **L. Медицинское оборудование длительного пользования (durable medical equipment, DME)**

### **L1. Медицинское оборудование длительного пользования для участников нашего плана**

Товары, относящиеся к медицинскому оборудованию длительного пользования, соответствуют таким критериям:

- изделие предназначено для многократного использования;
- изделие прежде всего и обычно используется в медицинских целях;

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- изделие, как правило, приносит пользу только лицу с заболеванием или травмой;
- изделие подходит для применения в домашних условиях;
- изделие необходимо вам для выполнения повседневной деятельности (activities of daily living, ADLs).

Получение медицинского оборудования длительного пользования требует предварительного разрешения. Страховое покрытие распространяется на самые дешевые товары, соответствующие вашим медицинским потребностям. Поставщика выбираем мы. Вы должны вернуть нам оборудование или справедливую рыночную стоимость оборудования, когда такое оборудование перестанет покрываться страховкой.

Медицинское оборудование длительного пользования включает определенные необходимые с медицинской точки зрения товары, заказанные поставщиком, такие как кресла-каталки, костыли, матрасы с электроприводом, товары для диабетиков, больничные кровати, заказанные поставщиком для использования на дому, внутривенные инфузионные насосы, устройства, генерирующие речь, кислородное оборудование и принадлежности, небулайзеры и ходунки.

Вы всегда являетесь владельцем определенных предметов, таких как протезы.

Этот раздел содержит информацию об аренде медицинского оборудования длительного пользования. В рамках программы Original Medicare лица, арендующие определенные типы медицинского оборудования длительного пользования, становятся его владельцами после внесения доплаты за него в течение 13 месяцев. Как участник нашего плана, вы **не** будете владеть медицинским оборудованием длительного пользования, независимо от того, на какой срок вы его арендуете.

Даже если у вас было медицинское оборудование длительного пользования в течение 12 месяцев подряд в рамках программы Medicare до того, как вы присоединились к нашему плану, вы **не** будете владеть оборудованием.

## **L2. Владение медицинским оборудованием длительного пользования, если вы перейдете на программу Original Medicare**

В рамках программы Original Medicare люди, арендующие определенные виды медицинского оборудования длительного пользования, становятся их владельцами через 13 месяцев. В плане Medicare Advantage (MA) можно установить количество месяцев, в течение которых пациент должен арендовать определенные виды медицинского оборудования длительного пользования, прежде чем стать его владельцем.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



**Примечание.** Вы можете найти определения программы Original Medicare и планов МА в главе 12. Более подробную информацию о них можно найти в справочнике *Medicare & You* 2024. Если у вас нет экземпляра этой брошюры, вы можете получить ее на сайте Medicare ([www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)) или позвонив по телефону **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-877-486-2048**.

Если программа Medi-Cal не выбрана, то для того, чтобы стать владельцем медицинского оборудования длительного пользования, вам необходимо произвести 13 платежей подряд по программе Original Medicare или произвести установленное планом МА количество платежей подряд, если:

- вы не стали владельцем медицинского оборудования длительного пользования во время участия в нашем плане; **и**
- вы выходите из нашего плана и получаете свои льготы по программе Medicare вне какого-либо плана медицинского обслуживания в рамках программы Original Medicare или плана МА.

Если до присоединения к нашему плану вы производили платежи за медицинское оборудование длительного пользования в рамках программы Original Medicare или плана МА, **эти платежи не учитываются при расчете платежей, которые вам необходимо произвести после выхода из нашего плана.**

- Для того чтобы стать владельцем медицинского оборудования длительного пользования, вам придется сделать 13 новых платежей подряд по программе Original Medicare или установленное планом МА количество новых платежей подряд.
- Возвращение в программу Original Medicare или к плану МА не предусматривает каких-либо дальнейших исключений.

### **Л3. Льготы на кислородное оборудование для участников нашего плана**

Если вы имеете право на получение кислородного оборудования, покрываемого программой Medicare, и являетесь участником нашего плана, мы покрываем такое:

- аренда кислородного оборудования;
- доставка кислорода и компонентов;
- трубки и сопутствующие аксессуары для доставки кислорода и компонентов;
- обслуживание и ремонт кислородного оборудования.

Вы должны вернуть кислородное оборудование, если оно вам больше не нужно по медицинским показаниям или вы выходите из нашего плана.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

#### **L4. Кислородное оборудование при переходе на программу Original Medicare или другой план Medicare Advantage (МА)**

Когда кислородное оборудование необходимо вам по медицинским показаниям и **вы выходите из нашего плана и переходите на Original Medicare**, вы арендуете оборудование у поставщика на 36 месяцев. Ваши ежемесячные арендные платежи покрывают кислородное оборудование, а также расходные материалы и услуги, перечисленные выше.

Если в соответствии с медицинскими показаниями вы нуждаетесь в кислородном оборудовании **по истечении 36 месяцев аренды**, ваш поставщик должен предоставить:

- кислородное оборудование, расходные материалы и услуги еще в течение 24 месяцев;
- кислородное оборудование и расходные материалы на срок до 5 лет, если необходимо по медицинским показаниям.

Если кислородное оборудование все еще необходимо по медицинским показаниям **по истечении 5-летнего периода**:

- Ваш поставщик больше не обязан предоставлять его, и вы можете получить замену оборудования у любого поставщика.
- Начинается новый пятилетний период.
- Вы арендуете оборудование у поставщика на 36 месяцев.
- Затем ваш поставщик предоставляет кислородное оборудование, расходные материалы и услуги еще в течение 24 месяцев.
- Новый цикл начинается каждые 5 лет, пока кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям.

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям **и вы выходите из нашего плана и переходите на другой план МА**, этот план будет покрывать по крайней мере то же, что и программа Original Medicare. Вы можете выяснить у представителя нового плана МА, какое кислородное оборудование и принадлежности покрываются планом и каковы будут ваши расходы.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Глава 4. Таблица льгот

---

### Введение

Эта глава содержит информацию об услугах, покрываемых нашим планом, любых ограничениях на эти услуги и ваших расходах по каждой услуге. В этом разделе также представлена информация о льготах, не покрываемых нашим планом. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе этого Справочника участника.

**Новые участники Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1:** в большинстве случаев вы будете зарегистрированы в нашем плане **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** для получения льгот по программе Medicare в 1-й день месяца после подачи заявления на участие в программе **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Вы по-прежнему можете получать услуги Medi-Cal в рамках предыдущего плана медицинского страхования Medi-Cal в течение еще одного дополнительного месяца. После этого вы будете получать услуги программы Medi-Cal в рамках **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. У вас не будет перерыва в страховом покрытии по программе Medi-Cal. Если у вас есть вопросы, позвоните по номеру **1-800-443-0815** (TTY: **711**). Линия доступна с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю.

### Содержание главы 4

A.	Ваши покрываемые услуги и расходы.....	75
A1.	Во время кризиса в области здравоохранения .....	75
B.	Правила, запрещающие поставщикам выставять вам счета за услуги.....	75
C.	Таблица льгот нашего плана.....	76
D.	Таблица льгот нашего плана.....	78
E.	Льготы, покрытие которых не предусмотрено нашим планом .....	156
E1.	California Community Transitions (CCT) .....	156
	Услуги по координации перехода CCT .....	156
	Услуги, не связанные с переходом в рамках CCT.....	157
	Без изменений в покрытии лекарственных препаратов.....	157
E2.	Программа Medi-Cal Dental.....	157

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

E3. Услуги хосписа .....	158
E4. Поддерживающие услуги на дому (In-Home Supportive Services, IHSS).....	159
E5. 1915(c) Альтернативные услуги на дому и по месту жительства.....	159
E6. Услуги оценки Местного агентства образования (Local Education Agency, LEA) .....	163
E7. Услуги LEA в соответствии с положениями Главы 22 Свода законов США, Раздел 51360.....	163
E8. Услуги лабораторий, оказываемые в рамках Государственной программы исследования альфа-фетопротеина в сыворотке крови .....	163
E9. Молитва или духовное исцеление .....	163
F. Льготы, не предусмотренные нашим планом, программами Medicare или Medi-Cal.....	163
Исключения DeltaCare USA.....	169

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

---

## А. Ваши покрываемые услуги и расходы

Эта глава содержит информацию об услугах, покрываемых нашим планом, и ваших расходах по каждой услуге. В ней также представлена информация об услугах, не покрываемых нашим планом. Информацию о льготах на лекарственные препараты см. в **главе 5** этого **Справочника участника**. В этой главе также содержится информация об ограничениях для некоторых услуг.

Некоторые услуги покрываете вы за счет собственных средств — это так называемая доплата. Это фиксированная сумма (например, \$5), которую вы платите каждый раз, когда получаете услугу. Вы вносите доплату, когда получаете медицинскую услугу.

Если вам нужна консультация относительно покрываемых услуг, обращайтесь в отдел обслуживания участников по номеру **1-800-443-0815** (TTY: **711**) 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00.

### A1. Во время кризиса в области здравоохранения

В случае объявления чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения из-за заболевания мы бесплатно покроем для вас следующие услуги:

- Профилактические услуги, включая иммунизацию, с рекомендованными профилактическими услугами, определенными рабочими группами А и В Службы профилактических мероприятий США.
- Услуги и продукты, необходимые для скрининга, тестирования и диагностики заболевания, ставшего причиной чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения.
- Терапевтическое одобрение или разрешение FDA на экстренное использование для лечения заболевания.

---

## В. Правила, запрещающие поставщикам выставить вам счета за услуги

Мы не разрешаем нашим поставщикам услуг, входящим в сеть, выставить вам счета за покрываемые услуги. Мы платим нашим поставщикам медицинских услуг напрямую, и вы не получаете счета. Это условие соблюдается даже в том случае, если мы платим поставщику меньше той цены, которую он запрашивает за услугу.

**Поставщик медицинских услуг не должен выставить вам счет за покрываемые услуги.**

В ином случае см. **главу 7** этого **Справочника участника** или позвоните в отдел обслуживания участников.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## С. Таблица льгот нашего плана

В Таблице льгот указаны услуги, которые оплачивает наш план. Покрываемые услуги изложены в алфавитном порядке вместе с пояснениями к ним.

**Мы оплачиваем услуги, перечисленные в Таблице льгот, при соблюдении следующих правил.**

- Мы должны предоставлять вам услуги, покрываемые программами Medicare и Medi-Cal, в соответствии с правилами этих программ.
- Услуги (включая медицинское обслуживание, услуги, расходные материалы, оборудование и рецептурные препараты части В) должны быть необходимыми по медицинским показаниям. «Необходимыми по медицинским показаниям» являются услуги, расходные материалы и лекарства, необходимые для предотвращения, диагностики или лечения заболеваний и соответствующие принятым стандартам медицинской практики.
- Вы получаете лечение у поставщика услуг, входящего в сеть. Поставщик услуг, входящий в сеть, — это поставщик медицинских услуг, который работает вместе с нами. В большинстве случаев обслуживание, полученное от поставщика медицинских услуг, не входящего в сеть, не будет покрываться, если только это не экстренная или срочно необходимая помощь или если представители вашего плана или поставщик медицинских услуг, входящий в сеть, не выдали вам направление. Дополнительную информацию о получении услуг у поставщиков, которые входят или не входят в сеть, см. в **главе 3** этого **Справочника участника**.
- Ваш поставщик первичных медицинских услуг (primary care provider, PCP) или команда медицинских специалистов организуют и осуществляют ваше лечение. В большинстве случаев ваш поставщик первичных медицинских услуг должен одобрить ваше обращение к поставщику, который не является вашим поставщиком первичных медицинских услуг, или другим поставщикам медицинских услуг в сети нашего плана. Иными словами, он дает вам направление. В **главе 3** этого **Справочника участника** см. дополнительную информацию о получении направления и ситуациях, в которых оно **не** требуется.
- Мы покрываем некоторые услуги, перечисленные в Таблице льгот, только в том случае, если ваш врач или другой поставщик услуг, входящий в сеть, сначала получит наше разрешение. Эта процедура называется получением предварительного разрешения. В Таблице льгот покрываемые услуги, для которых требуется предварительное разрешение, помечены знаком сноски (†). Дополнительную информацию о предварительном разрешении, в том числе других услугах, требующих предварительного разрешения и не указанных в Таблице льгот, см. в **главе 3**.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Все профилактических услуг бесплатны. Профилактические услуги помечены таким вот яблоком 🍏 в Таблице льгот.
- **Услуги по месту жительства.** Услуги Community Supports могут быть доступными в рамках вашего индивидуального плана обслуживания. Community Supports — это приемлемые с медицинской точки зрения и экономически выгодные альтернативные услуги или условия. Такие услуги являются дополнительными. Если вы соответствуете требованиям, эти услуги могут помочь вам вести более независимый образ жизни. Они **не** заменяют льготы, которые вы уже получаете в рамках программы Medi-Cal. Услуги доступны не во всех регионах. Не все участники имеют право на получение Community Supports. Вы должны соответствовать определенным критериям. Для получения дополнительной информации об услугах Community Supports обратитесь к своему поставщику первичных медицинских услуг или позвоните в отдел обслуживания участников.


---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**D. Таблица льгот нашего плана**

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
 <p><b>Скрининг аневризмы брюшной аорты</b></p> <p>Мы оплачиваем одно ультразвуковое исследование для лиц из группы риска. План покрывает это исследование только при наличии определенных факторов риска и направления от вашего врача, фельдшера, практикующей медсестры или клинической медсестры.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>
<p><b>Акупунктура при хронической боли внизу спины†</b></p> <p>Мы оплачиваем до двух амбулаторных услуг акупунктуры в течение одного календарного месяца или чаще, если необходимы по медицинским показаниям.</p> <p>Мы также оплачиваем до 12 сеансов акупунктуры в течение 90 дней, если у вас хроническая боль внизу спины, которая:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• длится 12 недель и более;</li> <li>• неспецифическая (не имеет системной причины, которая может быть идентифицирована, например, не связана с метастатическим, воспалительным или инфекционным заболеванием);</li> <li>• не связана с хирургическим вмешательством;</li> <li>• не связана с беременностью.</li> </ul> <p>Кроме того, мы оплачиваем дополнительные восемь сеансов акупунктуры при хронической боли внизу спины, если вы почувствуете улучшение. Вы не можете пройти более 20 сеансов акупунктуры при хронической боли внизу спины в год.</p> <p>Сеансы акупунктуры необходимо прекратить, если вы не будете наблюдать изменений в вашем состоянии.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Акупунктура, не покрываемая Medicare†</b></p> <p>Обычно мы покрываем сеансы акупунктуры исключительно при лечении тошноты или как часть общей программы контроля боли при лечении хронической боли.</p> <p>Услуги акупунктуры также могут быть вам доступны в рамках страхового покрытия Medi-Cal. Согласно условиям программы Medi-Cal, мы оплачиваем услуги акупунктуры, необходимые с медицинской точки зрения для предупреждения, изменения или устранения ощущения сильной постоянной хронической боли, вызванной известным заболеванием. Для получения амбулаторных услуг акупунктуры вам не нужно направление или предварительное разрешение. Эти услуги акупунктуры покрываются, если их предоставляют поставщики медицинских услуг, входящие в сеть, или сетевые поставщики медицинских услуг American Specialty Health. Для получения дополнительной информации об услугах акупунктуры, покрываемых программой Medi-Cal, позвоните в American Specialty Health по номеру <b>1-800-678-9133</b> (TTY: <b>711</b>).</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Анонимные услуги для взрослых участников, покрываемые программой Medi-Cal</b></p> <p>Взрослые участники (18 лет и старше) могут не хотеть обращаться к своему поставщику первичных медицинских услуг для получения определенных анонимных или конфиденциальных услуг. В таком случае вы можете выбрать любого врача или клинику для получения следующих услуг:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● планирование семьи / контроль рождаемости (включая услуги по стерилизации);</li> <li>● тест на беременность и консультирование;</li> <li>● исследования на ВИЧ/СПИД, профилактика и лечение;</li> <li>● исследования на инфекции, передаваемые половым путем, профилактика и лечение;</li> <li>● лечение после полового насилия;</li> <li>● амбулаторные услуги по прерыванию беременности.</li> </ul> <p>Для предоставления услуг тестирования на беременность, планирования семьи, контроля рождаемости или лечения инфекций, передаваемых половым путем, врач или клиника не обязательно должны входить в сеть Kaiser Permanente. Вы можете выбрать любого поставщика медицинских услуг Medi-Cal и обращаться к нему без направления или предварительного разрешения. Чтобы получить помощь в поиске поставщика услуг Medi-Cal, который не входит в сеть Kaiser Permanente, позвоните в отдел обслуживания участников.</p> <p>Мы не покрываем услуги поставщика, не входящего в сеть, которые не относятся к анонимным услугам. Чтобы получить помощь в поиске врача или клиники, предоставляющих эти услуги, или транспорта для прибытия в учреждение, где предоставляются эти услуги, позвоните в отдел обслуживания участников. Вы также можете позвонить на линию для записи на прием и получения консультаций и пообщаться с лицензированным медицинским работником (круглосуточно, без выходных).</p>	<p><b>\$0</b></p>


Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Скрининг злоупотребления алкоголем и консультирование</b></p> <p>Мы оплачиваем один скрининг злоупотребления алкоголем (SABIRT) для взрослых участников, злоупотребляющих алкоголем и не имеющих алкогольной зависимости. Услуга также предоставляется беременным.</p> <p>Если у вас положительный результат скрининга на злоупотребление алкоголем, вы можете получить до четырех коротких индивидуальных консультаций ежегодно (если вы можете и готовы воспринимать информацию во время консультации) у квалифицированного поставщика первичных медицинских услуг или практикующего врача в учреждении первичной медико-санитарной помощи.</p> <p>Если вам нужны дополнительные услуги по консультированию и лечению, помимо тех, что покрываются программой Medicare, вы можете получить их в рамках плана услуг психиатрической помощи округа. Округ предоставляет услуги по лечению расстройств, вызванных употреблением веществ, участникам программы Medi-Cal, которые соответствуют правилам медицинской необходимости. Телефонные номера всех округов см. на веб-сайте</p> <p><b><a href="http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPCcontactList.aspx">http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPCcontactList.aspx</a></b></p>	<p><b>\$0</b></p>



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Услуги экстренной транспортировки</b></p> <p>Покрываемые услуги скорой помощи включают наземные и воздушные (самолет и вертолет) виды транспорта. Транспорт скорой помощи доставит вас в ближайшее учреждение, где вам могут оказать помощь.</p> <p>Ваше состояние должно быть настолько серьезным, что другие способы транспортировки могут угрожать вашему здоровью или жизни.</p> <p>В иных (неэкстренных) случаях мы должны дать разрешение на услуги срочной транспортировки. В случаях, не являющихся экстренными, мы можем оплатить вызов машины скорой помощи. Ваше состояние должно быть настолько серьезным, что другие способы транспортировки могут угрожать вашей жизни или здоровью. Дополнительную информацию о неэкстренной транспортировке см. в <b>главе 3</b>.</p> <p>Мы также оплачиваем услуги лицензированной машины скорой помощи в любой точке мира без предварительного разрешения (включая вызов через систему экстренного реагирования 911, если она доступна), если вы обоснованно полагаете, что ваше состояние требует оказания экстренной медицинской помощи и клинической поддержки, доступной при экстренной транспортировке.</p>	<p>Если вы имеете право на помощь с долевым участием в расходах Medicare в рамках программы Medi-Cal, вы платите <b>\$0</b>. В ином случае вы платите <b>\$150</b> за поездку в один конец.</p>
<p> <b>Ежегодные плановые медицинские осмотры</b></p> <p>Плановые медицинские осмотры покрываются страховкой, если осмотр является приемлемым с медицинской точки зрения профилактическим лечением в соответствии с общепринятыми профессиональными стандартами практики.</p>	<p><b>\$0</b></p>



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
 <p><b>Ежегодный профилактический осмотр</b></p> <p>Вы можете проходить ежегодный осмотр. После определения текущих факторов риска составляется или обновляется ваш план профилактики. Мы оплачиваем один осмотр в 12 месяцев.</p> <p><b>Примечание.</b> Ваш первый ежегодный профилактический осмотр не может состояться в течение 12 месяцев после профилактического приема «Добро пожаловать в Medicare». Тем не менее вам не нужно приходить на прием «Добро пожаловать в Medicare», чтобы иметь право на ежегодный профилактический осмотр после того, как в течение 12 месяцев у вас была страховка Medicare часть В.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Профилактика астмы</b></p> <p>Вы можете пройти обучение по вопросам лечения астмы и оценку домашней обстановки на наличие триггеров, обычно встречающихся дома у людей с плохо контролируемой астмой.</p>	<p><b>\$0</b></p>
 <p><b>Измерение костной массы</b></p> <p>Мы оплачиваем определенные процедуры для участников, соответствующих требованиям (как правило, для лиц с риском потери костной массы или развития остеопороза). В ходе этих процедур специалист определяет костную массу, выявляет потерю костной массы или оценивает ее качество.</p> <p>Мы оплачиваем услуги один раз в 24 месяца или чаще, если необходимо по медицинским показаниям. Мы также оплачиваем услуги врача, который изучает результаты и дает заключение.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
 <p><b>Обследование на выявление рака молочной железы (маммография)</b></p> <p>Мы оплачиваем такие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• одна исходная маммография в возрасте от 35 до 39 лет;</li> <li>• одна скрининговая маммография каждые 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше;</li> <li>• одно клиническое обследование молочных желез в 24 месяца.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Услуги кардиологической (сердечной) реабилитации</b></p> <p>Мы оплачиваем услуги кардиореабилитации, такие как физические упражнения, обучение и консультирование. Участники должны соответствовать определенным условиям и иметь назначение врача.</p> <p>Мы также покрываем программы интенсивной кардиореабилитации.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>
 <p><b>Посещение для снижения риска сердечно-сосудистых (сердечных) заболеваний (терапия сердечно-сосудистых заболеваний)</b></p> <p>Мы оплачиваем один прием в год и более, если необходимо по медицинским показаниям, у вашего поставщика услуг первичной медико-санитарной помощи, с целью снизить риск развития у вас сердечно-сосудистых заболеваний. Во время приема ваш врач может:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• обсудить применение аспирина,</li> <li>• измерить ваше артериальное давление, <b>и (или)</b></li> <li>• дать вам рекомендации о правильном питании.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план		Ваша доля расходов
	<p><b>Анализы для выявления сердечно-сосудистых (сердечных) заболеваний</b></p> <p>Мы оплачиваем анализы крови для выявления сердечно-сосудистых заболеваний один раз в пять лет (60 месяцев). Эти анализы крови также помогают выявить какие-либо нарушения из-за высокого риска сердечных заболеваний.</p>	\$0
	<p><b>Скрининг рака шейки матки и влагалища</b></p> <p>Мы оплачиваем такие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Для всех женщин: мазок Папаниколау и гинекологический осмотр один раз в 24 месяца.</li> <li>• Для женщин с высоким риском развития рака шейки матки или влагалища: один мазок Папаниколау каждые 12 месяцев.</li> <li>• Для женщин фертильного возраста, у которых в течение последних трех лет наблюдались аномальные результаты мазка Папаниколау: один мазок Папаниколау каждые 12 месяцев.</li> <li>• Для женщин 30–65 лет: анализ на вирус папилломы человека (ВПЧ) или мазок Папаниколау плюс ВПЧ один раз в 5 лет.</li> </ul>	\$0

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.


Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Услуги хиропрактики</b></p> <p>Мы оплачиваем такие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Коррекция позвоночника для правильной осанки. Эти покрываемые Medicare услуги предоставляются мануальным терапевтом, входящим в сеть. Список мануальных терапевтов, входящих в сеть, см. в <b>Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек.</b></li> <li>• Medi-Cal может покрывать услуги мануального терапевта, если они получены в медицинском центре, удовлетворяющем федеральным требованиям (Federally Qualified Health Center, FQHC), или сельской клинике (Rural Health Clinic, RHC), которые входят в сеть Kaiser Permanente. Для получения услуг в FQHC и RHC вам может потребоваться направление. Чтобы получить подробную информацию об услугах FQHC или RHC, позвоните в отдел обслуживания участников.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.




Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
 <p><b>Обследование на выявление рака толстой и прямой кишки</b></p> <p>Мы оплачиваем такие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Колоноскопия не имеет ограничений по возрасту и оплачивается один 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 рака толстой и прямой кишки, и один раз в 24 месяца для пациентов с высоким риском после предыдущей скрининговой колоноскопии или бариевой клизмы.</li> <li>• Сигмоидоскопия гибким эндоскопом для пациентов 45 лет и старше. Один раз в 120 месяцев для пациентов, не входящих в группу высокого риска, после того как пациенту была проведена скрининговая колоноскопия. Один раз в 48 месяцев для пациентов с высоким риском после последней сигмоидоскопии гибким эндоскопом или бариевой клизмы.</li> <li>• Скрининговые анализы кала на скрытую кровь у пациентов 45 лет и старше. Один раз в 12 месяцев.</li> <li>• Многоцелевая ДНК кала для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Один раз в три года.</li> <li>• Тесты на биомаркеры в крови для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не имеющих критериев высокого риска. Один раз в три года.</li> <li>• Бариевая клизма как альтернатива колоноскопии для пациентов с высоким риском спустя 24 месяца с момента последней скрининговой бариевой клизмы или последней скрининговой колоноскопии.</li> <li>• Бариевая клизма как альтернатива сигмоидоскопии гибким эндоскопом для пациентов без высокого риска и в возрасте 45 лет и старше. Один раз не менее чем через 48 месяцев после последней скрининговой бариевой клизмы или скрининговой сигмоидоскопии гибким эндоскопом.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.


Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<ul style="list-style-type: none"> <li>Скрининговые тесты на рак толстой и прямой кишки включают последующую скрининговую колоноскопию после того, как покрываемый Medicare неинвазивный скрининговый тест на рак толстой и прямой кишки, проводимый на основе кала, показывает положительный результат.</li> </ul>	
<p><b>Стоматологические услуги</b></p> <p>Health Plan заключила соглашение с компанией Delta Dental в штате Калифорния («Delta Dental») о предоставлении вам программы DeltaCare® USA Dental HMO. Организация DeltaCare USA предоставляет комплексную стоматологическую помощь через сеть стоматологов, которые заключают договора с Delta Dental на предоставление стоматологических услуг. Информацию о поставщиках стоматологических услуг см. в <b>Списке поставщиков стоматологических услуг</b>.</p>	<p><b>\$0</b> для покрываемых услуг, описанных в разделе «Стоматологические услуги (программа DeltaCare USA Dental HMO)» в конце этой таблицы.</p>
<p>Мы оплачиваем некоторые стоматологические услуги, включая, помимо прочего, чистку, пломбирование и протезирование зубов. Услуги, не входящие в покрытие, можно получить в рамках стоматологической программы Medi-Cal, описанной в <b>разделе E</b>.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p> <b>Скрининг депрессии</b></p> <p>Мы оплачиваем один скрининг депрессии ежегодно. Скрининг должен проводиться в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, которые могут обеспечить последующее лечение и (или) направление к специалистам.</p>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.


Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
 <p><b>Обследование на диабет</b></p> <p>Мы оплачиваем это обследование (включая тесты на определение уровня глюкозы натощак), если у вас имеется какой-либо из следующих факторов риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• повышенное артериальное давление (гипертензия), 1-я степень;</li> <li>• аномальные уровни холестерина и триглицеридов (нарушение соотношения липидов крови) в анамнезе;</li> <li>• ожирение;</li> <li>• повышенный уровень сахара в крови (глюкоза) в анамнезе.</li> </ul> <p>Анализы могут покрываться в некоторых других случаях, например если у вас избыточная масса тела и сахарный диабет в семейном анамнезе.</p> <p>В зависимости от результатов анализов вы можете пройти до двух обследований на диабет каждые 12 месяцев.</p>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
 <p><b>Обучение диабетическому самоконтролю, услуги и расходные материалы</b></p> <p>Для всех участников, страдающих диабетом (независимо от того, используют они инсулин или нет), мы оплачиваем услуги, указанные ниже.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• †Принадлежности для контроля уровня глюкозы в крови, в том числе следующие: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Устройство для мониторинга уровня глюкозы в крови.</li> <li>• Тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови.</li> <li>• Ланцетные устройства и ланцеты.</li> <li>• Решения для контроля уровня глюкозы для проверки точности тест-полосок и устройств.</li> </ul> </li> <li>• †Для людей с диабетом, страдающих диабетической стопой в тяжелой форме, мы оплачиваем следующее: <ul style="list-style-type: none"> <li>• одна пара сшитой по индивидуальному заказу лечебной обуви (вместе со стельками), включая примерку, и две дополнительные пары стелек каждый календарный год <b>или же</b></li> <li>• одна пара ботинок с дополнительной глубиной, включая примерку, и три пары стелек каждый год (без нестандартных съемных стелек, поставляемых с такими ботинками).</li> </ul> </li> <li>• †В некоторых случаях мы оплачиваем обучение, которое поможет вам держать диабет под контролем. За подробной информацией обратитесь в отдел обслуживания участников.</li> </ul> <p><b>Примечание.</b> Вы можете пройти обучение по самоконтролю диабета в рамках программы, не входящей в наш план, которая признана Американской диабетической ассоциацией и одобрена Medicare.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Услуги доулы</b></p> <p>Для беременных мы оплачиваем девять посещений доулы в предродовой и послеродовой период, а также сопровождение во время родов и родоразрешения.</p>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Медицинское оборудование длительного пользования и расходные материалы†</b></p> <p>Определение медицинского оборудования длительного пользования см. в <b>главе 12</b> этого Справочника участника.</p> <p>Мы оплачиваем такие позиции:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• кресла-каталки, в том числе кресла-каталки с электроприводом;</li> <li>• костыли;</li> <li>• матрасы с электроприводом;</li> <li>• сухая нажимная подкладка для матраца;</li> <li>• расходные материалы для диабетиков;</li> <li>• медицинские кровати, заказанные поставщиком медицинских услуг для использования в домашних условиях;</li> <li>• внутривенный инфузионный насос и стойка;</li> <li>• устройства, генерирующие речь;</li> <li>• кислородное оборудование и расходные материалы;</li> <li>• небулайзеры;</li> <li>• ходунки;</li> <li>• трости (стандартные, с изогнутой ручкой, или четырехопорные) и запасные расходные материалы;</li> <li>• приспособление для вытяжения шейного отдела, которое крепится в дверном проеме;</li> <li>• стимулятор формирования костной ткани;</li> <li>• оборудование для диализа.</li> </ul> <p>Покрытие может распространяться и на другие позиции.</p> <p style="text-align: center;"><b>Продолжение перечня льгот на следующей странице</b></p>	<p>Если вы имеете право на помощь с долевым участием в расходах Medicare в рамках программы Medi-Cal, вы платите <b>\$0</b>. В ином случае вы покрываете <b>20 %</b> сострахования, за исключением пикфлоуметров и оборудования для терапии ультрафиолетовым светом, за которые вы платите <b>\$0</b>.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Медицинское оборудование длительного пользования и расходные материалы (продолжение)</b></p> <p>Мы оплачиваем все необходимое по медицинским показаниям оборудование длительного пользования, которое обычно покрывают программы Medicare и Medi-Cal. Если наш поставщик в вашем регионе не предлагает продукцию определенной марки или производителя, вы можете спросить их, могут ли они заказать ее для вас. Актуальный список поставщиков см. на нашем веб-сайте по адресу <a href="http://kp.org/directory">kp.org/directory</a>.</p>	
<p>Мы также оплачиваем следующие виды медицинского оборудования длительного пользования, не покрываемые Medicare, когда оно необходимо по медицинским показаниям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• принадлежности для удлинения медицинской кровати;</li> <li>• протекторы для пятки или локтя, благодаря которым использование современных приспособлений для уменьшения давления не понадобится или будет сведено к минимуму;</li> <li>• устройство для ионофореза для лечения гипергидроза, когда антиперспиранты противопоказаны и гипергидроз вызвал медицинские осложнения (например, кожную инфекцию) или мешает повседневной жизнедеятельности;</li> <li>• реанимационный мешок, если у пациента с трахеостомой имеются серьезные проблемы с отведением секрета, и ему требуется процедура лаважа и отсасывания с помощью глубокого дыхания через реанимационный мешок;</li> <li>• оборудование для терапии ультрафиолетовым светом при заболеваниях, отличных от псориаза, по мере медицинской необходимости, включая оборудование для терапии ультрафиолетовым светом в домашних условиях, если (1) получение оборудования одобрено в рамках процесса предварительного разрешения нашего плана, как описано в <b>главе 3</b> и (2) оборудование предоставляется в пределах нашей территории обслуживания. (Страховое покрытие оборудования для терапии ультрафиолетовым светом распространяется</li> </ul>	

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p>на стандартное оборудование или расходные материалы, соответствующие вашим медицинским потребностям. Мы примем решение об аренде или покупке оборудования и выберем поставщика. Вы должны вернуть нам оборудование или справедливую рыночную стоимость оборудования, когда такое оборудование перестанет покрываться страховкой.);</p>	
<p><b>Экстренная медицинская помощь</b></p> <p>Экстренная медицинская помощь — это услуги, которые:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• предоставляются поставщиком медицинских услуг, обученным их оказывать, и</li> <li>• необходимы для лечения в экстренной ситуации.</li> </ul> <p>Экстренное медицинское состояние — это медицинское состояние, которое характеризуется сильной болью или серьезной травмой. Состояние является настолько серьезным, что при отсутствии немедленной медицинской помощи может, по мнению любого лица со средним уровнем знаний о здоровье и медицине, привести к перечисленным исходам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Серьезный риск для вашего здоровья или здоровья вашего будущего ребенка.</li> <li>• Серьезное ухудшение функций организма.</li> <li>• Серьезное нарушение функций внутренних органов или частей тела.</li> <li>• Если речь идет о беременной женщине в период активной родовой деятельности, когда: <ul style="list-style-type: none"> <li>• недостаточно времени, чтобы безопасно перевести вас в другую больницу до родов;</li> <li>• перевод в другую больницу может представлять угрозу для вашего здоровья или безопасности, а также для здоровья или безопасности вашего будущего ребенка.</li> </ul> </li> </ul> <p>Разделение затрат на необходимые услуги скорой помощи, оказываемые поставщиками в сети и вне ее, не отличается.</p> <p><b>У вас есть страховое покрытие экстренной медицинской помощи по всему миру.</b></p>	<p><b>\$0</b></p> <p>†Если вы получаете экстренную медицинскую помощь в больнице, не входящей в сеть, и нуждаетесь в стационарном медицинском обслуживании после того, как ваше состояние стабилизируется, вы должны вернуться в сетевую больницу, чтобы страховое покрытие и далее распространялось на ваше лечение; либо же вы должны проходить стационарное лечение в больнице, которая не входит в сеть, однако одобрена нашим планом, и при этом ваши расходы будут соответствовать долевному участию в расходах для больницы, входящей в сеть.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Услуги планирования семьи</b></p> <p>Закон позволяет вам выбирать любого поставщика услуг, как сетевого, так и внесетевого, для оказания вам определенных услуг по планированию семьи. То есть любого врача, клинику, больницу, аптеку или центр планирования семьи.</p> <p>Мы оплачиваем такие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обследование по планированию семьи и медицинское лечение.</li> <li>• Лаборатория планирования семьи и диагностические тесты.</li> <li>• Методы планирования семьи (ВМК/ВМС, имплантаты, инъекции, противозачаточные таблетки, пластырь или кольцо).</li> <li>• Расходные материалы для планирования семьи по рецепту (презерватив, губка, пена, пленка, диафрагма, колпачок).</li> <li>• Консультирование и диагностика бесплодия и сопутствующие услуги.</li> <li>• Консультирование, анализы, обследование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).</li> <li>• Консультирование и тестирование на ВИЧ, СПИД и другие состояния, связанные с ВИЧ.</li> <li>• Постоянная контрацепция (чтобы выбрать этот метод планирования семьи, вам должно быть 21 год или больше. Вы должны подписать федеральную форму согласия на стерилизацию не менее чем за 30 дней, но не более чем за 180 дней до даты операции).</li> <li>• Консультации по вопросам генетики.</li> </ul> <p>Мы также оплачиваем некоторые другие услуги по планированию семьи. Тем не менее вы должны обращаться к поставщику нашей сети за следующими услугами:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лечение медицинских состояний бесплодия (кроме искусственного оплодотворения).</li> <li>• Лечение СПИДа и других состояний, связанных с ВИЧ;</li> <li>• Генетическое обследование.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Льготы, касающиеся поддержания хорошего состояния здоровья (Программа здорового старения и физических упражнений Silver&amp;Fit® Healthy Aging and Exercise)</b></p> <p>Условия программы Silver&amp;Fit изложены ниже.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вы можете записаться в фитнес-центр, участвующий в программе Silver&amp;Fit, и пользоваться услугами стандартного пакета (например, использование оборудования фитнес-центра или занятия под руководством инструктора, которые не требуют дополнительной платы). Если вы оформляете членство в фитнес-центре Silver&amp;Fit, применяются следующие условия:</li> <li>• Сотрудники фитнес-центра знакомят вас с центром и оборудованием.</li> <li>• Услуги, предлагаемые фитнес-центрами, зависят от местоположения. Любые нестандартные услуги фитнес-центра, за которые обычно взимается дополнительная плата (например, плата за корт или услуги личного тренера), недоступны для вас в рамках программы Silver&amp;Fit.</li> <li>• Чтобы стать членом фитнес-центра, участвующего в программе Silver&amp;Fit, зарегистрируйтесь через <a href="http://kp.org/SilverandFit">kp.org/SilverandFit</a> и укажите ваше местоположение. Затем вы можете распечатать или загрузить «Приветственное письмо», которое содержит вашу карту Silver&amp;Fit с идентификационным номером фитнес-центра, которую вы предоставите в выбранном фитнес-центре.</li> <li>• После регистрации вы можете переходить в другой фитнес-центр, участвующий в программе Silver&amp;Fit, раз в месяц, и такое изменение вступает в силу с первого числа следующего месяца (возможно, вам потребуется заключить новый договор о членстве в фитнес-центре).</li> </ul> <p><b>Продолжение перечня льгот на следующей странице</b></p>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону


**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Льготы, касающиеся поддержания хорошего состояния здоровья (Программа здорового старения и физических упражнений Silver&amp;Fit® Healthy Aging and Exercise) (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Если вы хотите заниматься дома, вы можете выбрать один фитнес-комплект для занятий дома на календарный год. Существует много фитнес-комплектов для занятий дома на выбор, в том числе носимый фитнес-трекер, комплекты для пилатеса, силовых упражнений, плавания и йоги. Комплекты можно менять, однако после выбора комплект не подлежит обмену. Чтобы выбрать комплект, посетите веб-сайт <b>kp.org/SilverandFit</b> или позвоните в отдел обслуживания Silver&amp;Fit.</li> <li>• Получите доступ к онлайн-сервисам Silver&amp;Fit на веб-сайте <b>kp.org/SilverandFit</b>, которые по запросу предоставляют видеоролики с тренировками, планы тренировок, а также функции Well-Being Club, информационному бюллетеню и другим полезным функциям. Расширенная функция Well-Being Club на веб-сайте Silver&amp;Fit позволяет участникам просматривать персонализированные ресурсы, а также посещать занятия и мероприятия в прямом эфире.</li> </ul> <p>См. дополнительную информацию о программе Silver&amp;Fit и список участвующих фитнес-центров и комплектов для занятий дома на веб-сайте <b>kp.org/SilverandFit</b> или позвоните в отдел обслуживания клиентов Silver&amp;Fit по номеру <b>1-877-750-2746 (TTY 711)</b>, с понедельника по пятницу, с 05:00 до 18:00 по тихоокеанскому стандартному времени.</p> <p>Программа Silver&amp;Fit предоставляется компанией American Specialty Health Fitness, Inc., дочерней компанией American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&amp;Fit является зарегистрированной на федеральном уровне торговой маркой ASH и используется в данном документе с разрешения вышеупомянутой компании. Фитнес-центры и фитнес-сети, участвующие в программе, могут отличаться в зависимости от местоположения; их также можно менять.</p>	

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
 <p><b>Программы медицинского просвещения</b></p> <p>Мы предлагаем множество программ, ориентированных на определенные состояния здоровья. Примеры программ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• уроки санитарного просвещения;</li> <li>• уроки по питанию;</li> <li>• прекращение курения и употребления табачных изделий;</li> <li>• горячая линия сестринской помощи.</li> </ul> <p>В рамках наших программ Healthy Lifestyle для здорового образа жизни наш план покрывает ряд групповых занятий по санитарному просвещению, в том числе «здоровое сердце» (healthy heart), «жизнь с хроническими заболеваниями и депрессией» (living with chronic conditions and depression). Занятия, предусмотренные программами Healthy Lifestyle, проводит сертифицированный инструктор по вопросам здоровья или другой квалифицированный специалист в области здравоохранения.</p> <p>Мы также оплачиваем различные консультации в рамках медицинского просвещения, программы и материалы, которые помогут вам принять активное участие в защите и улучшении вашего здоровья, включая программы по борьбе с хроническими заболеваниями (например, диабет и астма). Вы также можете участвовать в программах, которые мы не покрываем и стоимость которых вам, возможно, придется оплатить.</p> <p>Дополнительную информацию о санитарном просвещении, наших программах и материалах вы можете получить в местном отделе обучения по вопросам здравоохранения, в нашем отделе обслуживания участников или на веб-сайте <b>kp.org</b>.</p>	<p><b>\$0</b></p>


Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Аудиологические услуги</b></p> <p>Мы оплачиваем исследование остроты слуха и тест на равновесие, которые проводит ваш поставщик медицинских услуг. Эти исследования помогают определить, нуждаетесь ли вы в лечении. Они покрываются как амбулаторное лечение, если вы получаете их у врача, аудиолога или другого поставщика медицинских услуг, отвечающего требованиям.</p> <p><b>Слуховые аппараты</b></p> <p>Мы покрываем слуховые аппараты, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вы проходите обследование на предмет потери слуха.</li> <li>• Слуховой аппарат необходим по медицинским показаниям.</li> <li>• Врач выписал вам рецепт.</li> </ul> <p>Страховое покрытие распространяется на наиболее дешевые аппараты, соответствующие вашим медицинским потребностям. Мы сами выберем поставщика слухового аппарата. Мы оплачиваем один слуховой аппарат, за исключением ситуаций, когда по одному слуховому аппарату в каждое ухо необходимо для достижения существенно лучшего результата, чем при использовании одного аппарата.</p> <p>Мы оплачиваем следующее для каждого покрываемого слухового аппарата:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ушные вкладыши, необходимые для примерки;</li> <li>• один стандартный аккумулятор;</li> <li>• посещения для проверки правильной работы аппарата;</li> <li>• посещения для чистки и настройки слухового аппарата;</li> <li>• ремонт слухового аппарата.</li> </ul> <p>Мы покроем замену слухового аппарата в таких случаях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Слуховой аппарат не помогает при вашем уровне потери слуха.</li> <li>• Ваш слуховой аппарат утерян, украден или сломан (и его нельзя починить), и это произошло не по вашей вине. Вы должны предоставить нам заявление с описанием инцидента.</li> </ul> <p>Страховое покрытие не распространяется на:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• замену аккумуляторных батарей слухового аппарата.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
 <p><b>Скрининг на ВИЧ</b></p> <p>Мы оплачиваем один скрининг на ВИЧ каждые 12 месяцев для лиц, которые:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• запрашивают скрининговый тест на ВИЧ или же</li> <li>• входят в группу повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией.</li> </ul> <p>Для беременных женщин мы оплачиваем до трех скрининговых тестов на ВИЧ во время беременности.</p> <p>Мы также оплачиваем дополнительные обследования на ВИЧ, если рекомендовано вашим поставщиком первичных услуг.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Доставка еды на дом</b></p> <p>В рамках Medi-Cal вы можете претендовать на страховое покрытие доставки еды на дом в рамках программы поддержки сообщества Community Supports. Услуги Community Supports доступны не во всех регионах, и вы должны соответствовать определенным критериям. Обратитесь к врачу за дополнительной информацией об услугах Community Supports в рамках Medi-Cal.</p>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Агентство услуг здравоохранения на дому</b></p> <p>Прежде чем вы сможете получить медико-санитарные услуги на дому, врач должен уведомить нас, что вы в них нуждаетесь. Услуги предоставляются агентством услуг здравоохранения на дому. Вы должны быть прикованы к дому, то есть выход из дома требует больших усилий.</p> <p>Иногда мы оплачиваем и другие услуги, не указанные в перечне ниже. Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• уход квалифицированной медсестры и сотрудника по оказанию медико-социальной помощи на дому в течение неполного рабочего дня или с перерывами (чтобы уход покрывался льготой по медико-санитарному уходу на дому, общая продолжительность ухода квалифицированной медсестры и сотрудника по оказанию медико-социальной помощи должна составлять менее 8 часов в день и 35 часов в неделю);</li> <li>• физиотерапия, эрготерапия и логопедия;</li> <li>• медицинские социальные услуги;</li> <li>• медицинское оборудование и принадлежности.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p> <p><b>Примечание.</b> Долевое участие в расходах на медико-санитарные услуги на дому и позиции, предоставляемые в соответствии с рекомендациями Medicare, не предусмотрено. Однако будет взиматься соответствующая доля участия в расходах, указанная в другом разделе этой Таблицы льгот, если позиция покрывается другой льготой (например, медицинское оборудование длительного пользования, не предоставленное агентством услуг здравоохранения на дому).</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Инфузионная терапия в домашних условиях†</b></p> <p>Наш план оплачивает инфузионную терапию в домашних условиях, то есть лекарственные препараты или биологические вещества, которые вам вводят в вену или под кожу в домашних условиях. Для проведения инфузионной терапии в домашних условиях необходимы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• лекарственный препарат или биологическое вещество, такое как противовирусный препарат или иммуноглобулин;</li> <li>• оборудование, такое как насос; а также</li> <li>• расходные материалы, такие как трубка или катетер.</li> </ul> <p>Наш план покрывает услуги инфузионной терапии в домашних условиях, которые включают, помимо прочего:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• профессиональные услуги, в том числе услуги медсестры, предоставляемые в соответствии с вашим планом лечения;</li> <li>• обучение участников, которое пока не покрывается льготой на медицинское оборудование длительного пользования;</li> <li>• удаленное наблюдение; а также</li> <li>• услуги по контролю выполнения инфузионной терапии в домашних условиях и лекарственных препаратов для инфузионной терапии, предоставляемых квалифицированным поставщиком услуг инфузионной терапии в домашних условиях.</li> </ul>	<p><b>\$0</b> за профессиональные услуги, обучение и мониторинг. Отдельные позиции (такие как препараты Medicare часть В, медицинское оборудование длительного пользования и товары медицинского назначения), необходимые для проведения внутривенной инфузии в домашних условиях, могут подлежать долевному участию в расходах согласно информации в других разделах этой Таблицы льгот, в зависимости от позиции.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p>Мы покрываем лекарственные препараты и расходные материалы для инфузий на дому, если выполняются все следующие условия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ваше рецептурное лекарство указано в нашем фармацевтическом справочнике Medicare часть D.</li> <li>• Мы одобрили ваш рецептурный препарат для инфузионной терапии в домашних условиях.</li> <li>• Ваш рецепт выписан поставщиком, входящем в сеть, а препарат выдан в сетевой аптеке препаратов для инфузионной терапии на дому.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p><b>Примечание.</b> Если покрываемый расходный материал или лекарственный препарат для инфузионной терапии в домашних условиях получен не в сетевой аптеке препаратов для инфузионной терапии на дому, на расходный материал или лекарственный препарат может распространяться применимое доленое участие в расходах, указанное для услуги в других разделах этой брошюры.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.


Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.



Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Услуги хосписа</b></p> <p>Вы имеете право выбрать хоспис, если ваш поставщик медицинских услуг и главный врач хосписа решат, что ваш прогноз самый пессимистический. Это означает, что у вас неизлечимая болезнь и вам осталось жить не более шести месяцев. Вы можете получить уход в рамках любой хосписной программы, сертифицированной Medicare. Наш план предоставляет помощь в поиске сертифицированных Medicare хосписных программ на территории обслуживания плана. Ваш врач хосписа может быть как сетевым, так и внесетевым поставщиком услуг.</p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• лекарственные препараты для лечения симптомов и боли;</li> <li>• временный (краткосрочный) уход;</li> <li>• уход на дому.</li> </ul> <p><b>Хосписные услуги и услуги, покрываемые частью А или В программы Medicare, которые связаны с последней стадией вашего неизлечимого заболевания, подлежат оплате по программе Medicare.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дополнительную информацию см. в разделе Е этой главы.</li> </ul> <p><b>Услуги, покрываемые нашим планом, но не покрываемые согласно части А или В программы Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Наш план покрывает услуги, не покрываемые согласно части А или В программы Medicare. Мы покрываем услуги независимо от того, связаны они с вашим неизлечимым заболеванием или нет. Вы оплачиваете свою долю участия в расходах за эти услуги.</li> </ul> <p><b>Лекарственные препараты, для которых предусмотрены льготы в рамках нашего плана Medicare часть D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекарственные препараты никогда не покрываются одновременно хосписом и нашим планом. Дополнительную информацию см. в главе 5 этого Справочника участника.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Примечание.</b> Если вам требуется лечение за пределами хосписа, позвоните своему координатору лечения и (или) в отдел обслуживания участников, чтобы договориться об услугах. Лечение за пределами хосписа — это медицинская помощь, не связанная с вашим неизлечимым заболеванием.</p> <p>Наш план покрывает консультационные услуги хосписа (только один раз) для неизлечимо больного участника, который не выбрал льготы хосписа.</p>	
<p> <b>Иммунизация</b></p> <p>Мы оплачиваем такие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• прививка от пневмонии;</li> <li>• прививки от гриппа, один раз в сезон гриппа осенью и зимой, и дополнительные прививки от гриппа, если необходимо по медицинским показаниям;</li> <li>• прививка от гепатита В, если вы входите в группу высокого или среднего риска заражения гепатитом В;</li> <li>• прививки от коронавирусной инфекции COVID-19;</li> <li>• другие прививки, если вы находитесь в группе риска и они соответствуют правилам страхового покрытия программы Medicare часть В.</li> </ul> <p>Мы оплачиваем другие вакцины, соответствующие правилам покрытия Medicare часть D. Подробнее см. в <b>главе 6</b> вашего <b>Справочника участника</b>.</p>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Стационарное медицинское обслуживание</b></p> <p>Мы оплачиваем и другие необходимые с медицинской точки зрения услуги, не указанные в перечне покрываемых услуг ниже. Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• полуотдельная палата (или отдельная палата, если необходимо по медицинским показаниям);</li> <li>• питание, включая специальные диеты;</li> <li>• услуги квалифицированной медсестры;</li> <li>• расходы на лечение в специальном отделении, таком как отделение интенсивной терапии и кардиологии;</li> <li>• лекарственные препараты;</li> <li>• лабораторные анализы;</li> <li>• рентгенография и другие рентгенологические услуги;</li> <li>• необходимые хирургические и медицинские принадлежности;</li> <li>• приспособления, такие как кресла-каталки;</li> <li>• услуги, предоставляемые в операционной и реанимации;</li> <li>• физиотерапия, эрготерапия и логопедия;</li> <li>• стационарное лечение зависимости от психоактивных веществ;</li> <li>• в некоторых случаях такие виды трансплантации: роговицы, почки, почки/поджелудочной железы, сердца, печени, легкого, сердца/легкого, костного мозга, стволовых клеток, тонкой кишки/мультивисцеральная.</li> </ul> <p><b>Продолжение перечня льгот на следующей странице</b></p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление. Необходимо получить разрешение на стационарное медицинское обслуживание в медицинском учреждении, не входящем в сеть, после стабилизации вашего состояния.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Стационарное медицинское обслуживание (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Если вам необходима трансплантация, специалисты центра трансплантации, утвержденного Medicare, рассмотрят ваш случай и решат, являетесь ли вы кандидатом на трансплантацию. Можно выбрать местных поставщиков услуг по трансплантации либо поставщиков за пределами территории обслуживания. Если местным поставщикам услуг по трансплантации подходит ставка Medicare, вы можете получить услуги по трансплантации в местном медицинском учреждении или другом медицинском учреждении вне схемы обслуживания вашего района. Если наш план предусматривает предоставление услуг по трансплантации в медицинском учреждении вне схемы обслуживания вашего района и вы выберете этот вариант, мы организуем или оплатим проживание и транспортные расходы для вас и еще одного человека в соответствии с нашими правилами проезда и проживания, информацию о которых можно получить в отделе обслуживания участников;</li> <li>• препараты крови, включая их хранение и введение;</li> <li>• услуги терапевта.</li> <li>• <b>Примечание.</b> Чтобы стать пациентом стационара, ваш врач должен выписать распоряжение о вашей официальной госпитализации в стационар. Даже если вы останетесь в больнице на ночь, вас все равно могут считать «амбулаторным пациентом». Если вы не уверены, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом, вам следует обратиться к персоналу больницы.</li> </ul>	

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<ul style="list-style-type: none"> <li>Вы также можете найти дополнительную информацию в информационном бюллетене Medicare под названием «Амбулаторный или стационарный пациент? Если вы участник плана Medicare — просто спросите!» Этот информационный бюллетень можно найти в Интернете по адресу <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> или заказать, позвонив по номеру <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>. Номер для пользователей ТТУ: <b>1-877-486-2048</b>. Эти бесплатные номера доступны для звонка 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.</li> </ul>	
<p><b>Стационарное лечение в психиатрической больнице</b></p> <p>Мы оплачиваем услуги психиатрической помощи, оказываемые в стационарном медицинском учреждении.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Если вам 65 лет и больше, мы оплачиваем услуги, предоставляемые вам в Institute for Mental Diseases (IMD).</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kr.org/medicare](http://kr.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Стационарное лечение: покрываемые услуги, оказываемые в учреждении квалифицированного сестринского ухода во время непокрываемого пребывания в стационаре.</b></p> <p>Мы оплачиваем ваше пребывание в стационаре, только если оно обоснованно и необходимо с медицинской точки зрения.</p> <p>Однако в определенных ситуациях, когда стационарное лечение не покрывается планом, мы можем оплатить услуги, которые вы получаете во время пребывания в учреждении сестринского ухода. За подробной информацией обратитесь в отдел обслуживания участников.</p> <p>Иногда мы оплачиваем и другие услуги, не указанные в перечне ниже. Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• услуги врача;</li> <li>• диагностические тесты, в частности лабораторные анализы;</li> <li>• рентгенография, радиевая и изотопная терапия, включая необходимые материалы и услуги;</li> <li>• перевязочные материалы;</li> <li>• шины, гипсовые повязки и другие приспособления, применяемые при переломах и вывихах;</li> <li>• протезы и ортопедические приспособления, кроме стоматологических, включая замену или ремонт таких приспособлений. Такие приспособления полностью или частично заменяют:</li> <li>• <b>внутренний орган тела (включая прилегающие ткани) или</b></li> <li>• <b>функцию органа, который не работает или работает ненадлежащим образом;</b></li> <li>• ортезы для ног, рук, спины и шеи, бандажи, протезы ног, рук и глаз. Покрытие распространяется на регулировку, ремонт и замену приспособления, которые выполняются в случае его поломки, износа, потери или изменения вашего состояния;</li> <li>• физиотерапия, логопедия и эрготерапия.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.


Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Услуги и расходные материалы при заболеваниях почек</b></p> <p>Мы оплачиваем такие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Услуги по обучению уходу при заболеваниях почек и принятию правильных решений относительно лечения. У вас должна быть 4-я стадия хронической болезни почек, и ваш врач должен дать вам соответствующее направление. Мы оплачиваем до шести сеансов обучения уходу при заболеваниях почек.</li> <li>• Лечение диализом в стационаре, если вас госпитализировали для оказания специализированного лечения.</li> <li>• Обучение самостоятельному выполнению диализа вас и других лиц, которые помогают вам на дому.</li> <li>• Определенные услуги на дому, такие как необходимые визиты обученного диализного персонала для проверки выполнения процедуры диализа в домашних условиях, оказания помощи в чрезвычайных ситуациях, а также проверки вашего диализного оборудования и условий водоснабжения.</li> <li>• Стандартные лабораторные анализы для контроля эффективности диализа.</li> <li>• Одно плановое посещение кабинета нефролога в месяц.</li> <li>• Процедуры создания сосудистого и перитонеального доступа в условиях стационара при соблюдении определенных критериев.</li> <li>• Внеплановые посещения кабинета нефролога.</li> <li>• Процедуры создания сосудистого и перитонеального доступа в условиях медицинского офиса.</li> </ul> <p>Ваша льгота на лекарства по программе Medicare часть В покрывает некоторые лекарственные препараты для диализа. См. «Рецептурные препараты Medicare часть В» в таблице льгот.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

	Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диализное оборудование и расходные материалы для применения в домашних условиях.</li> <li>• Амбулаторное лечение диализом, включая лечение диализом при временном пребывании за пределами территории обслуживания, как описано в <b>главе 3</b> этого Справочника <b>участника</b>, или когда ваш поставщик этой услуги временно недоступен.</li> </ul>	<p>Если вы имеете право на помощь с долевым участием в расходах Medicare в рамках программы Medi-Cal, вы платите <b>\$0</b>. Иначе вы платите <b>20 %</b> в рамках состраховования.</p>
	<p><b>Обследование на выявление рака легких</b></p> <p>Наш план покрывает выполнение обследования на выявление рака легких каждые 12 месяцев, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• вам от 50 до 77 лет, и</li> <li>• вы посещаете врача или другого квалифицированного поставщика медицинских услуг для принятия решения, и</li> <li>• вы выкуривали не менее 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет без признаков или симптомов рака легких либо курите в настоящее время или бросили курить в течение последних 15 лет.</li> </ul> <p>Кроме первого обследования, наш план покрывает еще одно обследование ежегодно по предписанию вашего врача или другого квалифицированного поставщика медицинских услуг.</p>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
 <p><b>Лечебное питание</b></p> <p>Эта льгота предназначена для людей с диабетом или заболеванием почек, при котором не требуется диализ. Также предоставляется после трансплантации почки при наличии соответствующего предписания вашего врача.</p> <p>Мы оплачиваем три часа индивидуального консультирования в течение первого года, когда вы получаете лечебное питание в рамках программы Medicare. Мы можем одобрить получение дополнительных услуг, если они необходимы вам по медицинским показаниям.</p> <p>После мы будем оплачивать два часа индивидуального консультирования ежегодно. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменятся, вы сможете получить больше часов лечения согласно предписанию врача. Врач должен снова назначать эти услуги и обновлять предписание ежегодно, если вам требуется лечение в следующем календарном году. Мы можем одобрить получение дополнительных услуг, если они необходимы вам по медицинским показаниям.</p> <p>Мы также оплачиваем консультации по вопросам питания/рациона, не связанного с диабетом или хронической почечной недостаточностью, которые проводит поставщик услуг, входящий в сеть.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>
 <p><b>Программа Medicare по предотвращению диабета (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b></p> <p>Наш план покрывает предоставление услуг по предотвращению диабета MDPP. MDPP разработана с целью помочь вам улучшить навыки здорового образа жизни. Программа практического обучения состоит из таких блоков:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• долгосрочное изменение пищевых привычек и</li> <li>• повышение физической активности, а также</li> <li>• способы снижения массы тела и поддержания здорового образа жизни.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Рецептурные лекарства в рамках Medicare часть B†</b></p> <p>Рецептурные лекарства, указанные ниже, покрываются в рамках Medicare часть B. Наш план покрывает следующие лекарственные препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• лекарства, которые вы обычно не принимаете самостоятельно и которые вводят вам в виде инъекций или инфузий, пока вы находитесь под наблюдением врача, в амбулаторном отделении больницы или амбулаторном хирургическом центре;</li> <li>• инсулин, поставляемый через единицу медицинского оборудования длительного пользования (например, необходимую с медицинской точки зрения инсулиновую помпу);</li> <li>• лекарственные препараты, которые вы принимаете с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзеров), разрешенного нашим планом;</li> <li>• факторы свертывания, которые вы получаете в виде инъекций при гемофилии;</li> <li>• иммунодепрессанты, если вас зарегистрировали как участника Medicare часть A во время пересадки органа;</li> <li>• препараты от остеопороза для инъекций. Мы оплачиваем эти лекарственные препараты, если вы находитесь дома, у вас перелом кости, который, как подтверждает врач, связан с постменопаузальным остеопорозом, и вы не можете самостоятельно вводить лекарство;</li> <li>• антигены;</li> <li>• некоторые пероральные противораковые препараты и препараты от тошноты;</li> </ul> <p><b>Продолжение перечня льгот на следующей странице</b></p>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Рецептурные лекарства в рамках Medicare часть В (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• некоторые лекарственные препараты для диализа в домашних условиях, в том числе гепарин, антидот гепарина (по медицинским показаниям), местные анестетики и средства, стимулирующие эритропоэз (такие как Erogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® или Darbepoetin Alfa);</li> <li>• иммуноглобулин для внутривенного введения при лечении первичных иммунодефицитов в домашних условиях.</li> </ul> <p>Мы также покрываем расходы на некоторые вакцины в рамках льгот на рецептурные препараты Medicare части D.</p> <p>Льготы на рецептурные препараты для амбулаторного лечения см. в <b>главе 5</b> этого <b>Справочника участника</b>. Она также содержит правила получения покрытия рецептурных препаратов.</p> <p>В <b>главе 6</b> этого <b>Справочника участника</b> указано, сколько вы платите за рецептурные препараты для амбулаторного лечения в рамках нашего плана.</p>	


Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Услуги учреждения сестринского ухода, покрываемые программой Medicare</b></p> <p>Учреждение сестринского ухода — это организация, которая предоставляет услуги по уходу за людьми, которым не нужно находиться в больнице, но которые не могут получить уход на дому.</p> <p>Оплачиваемые нами услуги включают, помимо прочего, следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• полуотдельная палата (или отдельная палата, если необходимо по медицинским показаниям);</li> <li>• питание, включая специальные диеты;</li> <li>• услуги медсестры;</li> <li>• физиотерапия, эрготерапия и логопедия;</li> <li>• респираторная терапия;</li> <li>• лекарства, которые выдаются вам в рамках вашего плана лечения. (Сюда входят вещества, которые естественным образом присутствуют в организме, например, факторы свертывания крови);</li> <li>• препараты крови, включая их хранение и введение;</li> <li>• медицинские и хирургические принадлежности, обычно предоставляемые учреждениями сестринского ухода;</li> <li>• стандартные лабораторные анализы в учреждениях квалифицированного сестринского ухода;</li> <li>• рентгенография и другие стандартные радиологические услуги, предоставляемые учреждениями сестринского ухода;</li> <li>• пользование приспособлениями, такими как кресла-каталки, которые обычно предоставляются учреждениями сестринского ухода;</li> <li>• услуги врача/практикующего медицинского работника;</li> <li>• медицинское оборудование длительного пользования;</li> </ul> <p><b>Продолжение перечня льгот на следующей странице</b></p>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<ul style="list-style-type: none"> <li>• стоматологические услуги, в том числе протезирование;</li> <li>• льготы на офтальмологические услуги;</li> <li>• обследования органов слуха;</li> <li>• хиропрактическое лечение;</li> <li>• услуги подиатра.</li> </ul> <p>Обычно указанные услуги вам предоставляют в учреждениях сети. Однако вы можете получить лечение в учреждении, не входящем в нашу сеть. Вы можете получить лечение в следующих учреждениях, если им подходит размер покрытия, предусмотренный нашим планом:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• учреждение сестринского ухода или дом престарелых, в котором вы проживали непосредственно перед тем, как попасть в больницу (пока в нем предоставляются услуги сестринского ухода);</li> <li>• учреждение сестринского ухода, в котором проживает ваш (гражданский/гражданская) супруг/супруга на момент вашей выписки из больницы.</li> </ul>	
 <p><b>Скрининг ожирения и терапия для снижения веса</b></p> <p>Если ваш индекс массы (ИМТ) тела равен 30 и выше, мы оплачиваем консультации, которые помогут вам похудеть. Консультация должна предоставляться в учреждении первичной медико-санитарной помощи. Таким образом, вы можете решить проблему в рамках вашего комплексного плана профилактики. Подробную информацию вы можете получить у своего поставщика первичных медицинских услуг.</p>	<b>\$0</b>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Услуги в рамках программы по лечению опиоидной зависимости (Opioid treatment program, OTP)</b></p> <p>Наш план оплачивает следующие услуги по лечению расстройства, вызванного употреблением опиоидов (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• услуги по введению лекарств;</li> <li>• регулярные обследования;</li> <li>• лекарства, одобренные Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA), и, если применимо, назначение и выдача этих лекарств;</li> <li>• консультации по употреблению психоактивных веществ;</li> <li>• индивидуальная и групповая терапия;</li> <li>• исследование на наличие наркотических или химических веществ в организме (токсикологическое исследование).</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>
<p><b>Амбулаторные диагностические тесты, терапевтические услуги и расходные материалы</b></p> <p>Мы оплачиваем и другие необходимые с медицинской точки зрения услуги, не указанные в перечне покрываемых услуг ниже. Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• рентгенография;</li> <li>• лучевая (радиевая и изотопная) терапия, включая материалы, используемые техниками, и расходные материалы;</li> <li>• хирургические расходные материалы, такие как перевязочные материалы;</li> <li>• шины, гипсовые повязки и другие приспособления, применяемые при переломах и вывихах;</li> <li>• лабораторные анализы;</li> <li>• препараты крови, включая их хранение и введение;</li> <li>• другие амбулаторные диагностические тесты.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Амбулаторное наблюдение</b></p> <p>Услуги амбулаторного наблюдения предоставляются в случаях, когда необходимо определить необходимость в госпитализации либо перед выпиской.</p> <p>Чтобы на услуги амбулаторного наблюдения распространялось покрытие, они должны соответствовать критериям Medicare и считаться обоснованными и необходимыми. Услуги по амбулаторному наблюдению покрываются только в том случае, если предоставляются по предписанию врача или другого лица, уполномоченного госпитализировать пациентов или назначать амбулаторные анализы в соответствии с законом штата о лицензировании и подзаконными актами о персонале больницы.</p> <p><b>Примечание.</b> Если поставщик медицинских услуг не вынес решение о вашей госпитализации, вы являетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете суммы долевого участия за амбулаторные больничные услуги. Даже если вы останетесь в больнице на ночь, вас все равно могут посчитать «амбулаторным пациентом». Уточните у персонала больницы, являетесь ли вы амбулаторным пациентом, если у вас есть сомнения относительно вашего статуса.</p> <p>Вы также можете найти дополнительную информацию в информационном бюллетене Medicare под названием «Амбулаторный или стационарный пациент? Если вы участник плана Medicare — просто спросите!» Этот информационный бюллетень можно найти в Интернете по адресу <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> или заказать, позвонив по номеру <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>. Номер для пользователей ТТУ: <b>1-877-486-2048</b>. Эти бесплатные номера доступны для звонка 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.</p>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Амбулаторно-поликлинические услуги</b></p> <p>Мы оплачиваем необходимые с медицинской точки зрения услуги, которые вы получаете в амбулаторном отделении больницы для диагностики либо лечения болезни или травмы, такие как:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Услуги в отделении неотложной помощи или амбулаторной клинике, такие как амбулаторная хирургия или услуги наблюдения.</li> <li>• Благодаря наблюдению ваш врач сможет определить, нужно ли вас госпитализировать.</li> <li>• Иногда вы можете провести ночь в больнице и все еще будете считаться амбулаторным пациентом.</li> </ul> <p>Подробную информацию о стационарном или амбулаторном лечении см. в этом информационном бюллетене: <b><a href="http://www.medicare.gov/media/11101">www.medicare.gov/media/11101</a></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• лабораторные анализы и диагностические исследования, за которые больница выставляет счет;</li> <li>• психиатрическая помощь, включая помощь в рамках программы частичной госпитализации, если врач подтверждает, что без нее потребовалось бы стационарное лечение;</li> <li>• рентгенография и другие радиологические услуги, за которые больница выставляет счет;</li> <li>• материалы медицинского назначения, такие как шины и гипсовые повязки;</li> <li>• профилактические осмотры и услуги, перечисленные в Таблице льгот;</li> <li>• некоторые лекарственные препараты, которые вы не можете принимать самостоятельно.</li> <li>• При прохождении стоматологических процедур в учреждении, входящем в сеть, мы покрываем общую анестезию и услуги учреждения, связанные с анестезией, если выполнены все приведенные условия: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ у вас проблемы с развитием или наблюдается ухудшение состояния здоровья;</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.



Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ваш клинический статус или основное заболевание требуют, чтобы стоматологическая процедура проводилась в больнице или амбулаторном хирургическом центре;</li> <li>○ стоматологическая процедура обычно не требует общей анестезии.</li> <li>● Мы не оплачиваем какие-либо другие услуги, связанные со стоматологическими процедурами, например услуги стоматолога, за исключением случаев, когда эти услуги покрываются DeltaCare или Medi-Cal Dental.</li> </ul>	

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Амбулаторная психиатрическая помощь</b></p> <p>Мы оплачиваем услуги психиатрической помощи, которые оказывают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• лицензированный психиатр или врач;</li> <li>• клинический психолог;</li> <li>• клинический социальный работник;</li> <li>• клиническая медсестра-специалист;</li> <li>• лицензированный профессиональный психолог-консультант;</li> <li>• лицензированный специалист по вопросам семьи и брака;</li> <li>• практикующая медсестра;</li> <li>• ассистент врача;</li> <li>• любой другой специалист в области психического здоровья, имеющий квалификацию Medicare, если это разрешено действующим законодательством штата;</li> </ul> <p>Иногда мы оплачиваем и другие услуги, не указанные в перечне ниже. Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• услуги клиники;</li> <li>• дневной стационар;</li> <li>• услуги психосоциальной реабилитации;</li> <li>• частичная госпитализация или интенсивные амбулаторные программы;</li> <li>• индивидуальные и групповые психиатрические оценки и лечение;</li> <li>• психологическое тестирование при наличии клинических показаний для оценки психического здоровья;</li> <li>• амбулаторные услуги в целях контроля лекарственной терапии;</li> <li>• амбулаторные лабораторные исследования, лекарства, расходные материалы и добавки;</li> <li>• консультации психиатра.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Амбулаторные реабилитационные услуги</b></p> <p>Мы оплачиваем физиотерапию, эрготерапию и логопедию.</p> <p>Амбулаторные реабилитационные услуги оказывают в амбулаторном отделении больницы, кабинете частного психотерапевта, реабилитационном центре, предоставляющем комплексные услуги (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF), и других учреждениях.</p> <p>Мы также покрываем такие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• физиотерапия для предотвращения падений для взрослых, которые находятся в группе риска, по предписанию врача;</li> <li>• физиотерапия, эрготерапия и логопедия в рамках нашей организованной, междисциплинарной программы реабилитации на дневном стационаре.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>
<p><b>Амбулаторная помощь лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами.</b></p> <p>Иногда мы оплачиваем и другие услуги, не указанные в перечне ниже. Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• скрининг злоупотребления алкоголем и консультирование;</li> <li>• лечение злоупотребления наркотическими веществами;</li> <li>• групповое и индивидуальное консультирование у квалифицированного клинициста, в том числе психотерапевта по вопросам брака и семьи;</li> <li>• подострое течение детоксикации в рамках программы предоставления лицам с зависимостью ухода с проживанием;</li> <li>• помощь пациентам с алкогольной или наркотической зависимостью в центре лечения амбулаторных больных;</li> <li>• лечение налтрексоном (вивитрол) с пролонгированным высвобождением.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Амбулаторная хирургия</b></p> <p>Мы оплачиваем амбулаторную хирургию и услуги, предоставляемые в поликлиниках больниц и амбулаторных хирургических центрах.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Безрецептурные товары для поддержания хорошего самочувствия</b></p> <p>Мы также покрываем безрецептурные товары (Over-the-Counter, OTC) с бесплатной доставкой, указанные в нашем каталоге OTC. Вы можете заказать безрецептурные товары с ограничением ежеквартальных льгот до <b>\$250</b>. Минимальная сумма каждого заказа: \$25. Ваш заказ не может превышать ваш квартальный лимит пособия. Любая неиспользованная часть ежеквартального ограничения льгот не переносится на следующий квартал. (Ваш лимит льгот обновляется 1 января, 1 апреля, 1 июля и 1 октября).</p> <p>Для просмотра нашего каталога и выполнения заказа онлайн, посетите веб-сайт <b>kp.org/otc/ca</b>. Вы можете сделать заказ по телефону или заказать доставку печатного каталога по почте, позвонив по номеру <b>1-833-569-2360</b> (TTY: <b>711</b>) с 07:00 до 18:00 по тихоокеанскому стандартному времени, с понедельника по пятницу.</p> <p>У вас может быть дополнительное страховое покрытие некоторых безрецептурных товаров, покрываемых в рамках программы Medi-Cal через программу Medi-Cal Rx. Для получения дополнительной информации о Medi-Cal Rx обращайтесь в отдел обслуживания клиентов Medi-Cal Rx по телефону <b>1-800-977-2273</b> круглосуточно, 7 дней в неделю. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру <b>711</b>, с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00. Вы также можете посетить веб-сайт Medi-Cal Rx по адресу <b>https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/</b>.</p>	<p>Вы платите <b>\$0</b> сверх ограничения ежеквартальных льгот в <b>\$250</b>.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Безрецептурные товары для замещения никотина</b></p> <p>Мы покрываем некоторые безрецептурные препараты никотиновой заместительной терапии, одобренные FDA. Поставщик услуг, входящий в сеть, заказывает препараты, и вы получаете их в одной из аптек сети. Мы предоставляем запас препаратов на период до 100 дней дважды в течение календарного года.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Частичная госпитализация</b></p> <p>Частичная госпитализация — это структурированная программа активного психиатрического лечения. Ее предлагают как амбулаторную услугу в больнице или общественном центре психического здоровья. Программа предусматривает более интенсивное оказание помощи, чем лечение, которое вы получаете в кабинете вашего врача или психотерапевта. При этом вам не нужно постоянно находиться в больнице.</p> <p>Интенсивная амбулаторная помощь — это структурированная программа активной поведенческой (психической) терапии, предоставляемая в виде амбулаторной помощи в больнице, общественном центре психического здоровья, медицинском центре, имеющем федеральную квалификацию, или сельской поликлинике, которая является более интенсивной, чем помощь, получаемая в вашем учреждении, офисе врача или терапевта, но менее интенсивная, чем частичная госпитализация.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Паллиативная медицинская помощь</b></p> <p>Мы покрываем услуги по оказанию паллиативной помощи всем участникам, которые соответствуют критериям получения этих услуг по плану Medi-Cal. Паллиативная медицинская помощь помогает снизить уровень физического, эмоционального, социального и духовного дискомфорта у участника сети с серьезным заболеванием. Участник может получать паллиативную медицинскую помощь одновременно с лечением.</p> <p>Паллиативная медицинская помощь предусматривает оказание услуг, указанных ниже.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Заблаговременное планирование медицинской помощи.</li> <li>• Оценка паллиативной медицинской помощи и консультация хосписа для стационарных пациентов.</li> <li>• План ухода, включая все разрешенные виды паллиативной и лечебной помощи.</li> <li>• План формирования команды медицинских специалистов, в том числе из таких: <ul style="list-style-type: none"> <li>• доктор медицины или врач-остеопат;</li> <li>• ассистент врача;</li> <li>• дипломированная медсестра;</li> <li>• лицензированная профессиональная медицинская сестра или практикующая медсестра;</li> <li>• социальный работник;</li> <li>• капеллан.</li> </ul> </li> <li>• Координация лечения.</li> <li>• Контроль интенсивности боли и симптомов.</li> <li>• Услуги психиатрической помощи и медицинские социальные услуги.</li> </ul> <p>Взрослые участники в возрасте от 21 года не могут одновременно получать паллиативную помощь и услуги хосписа. Если вы получаете паллиативную помощь и соответствуете критериям для получения услуг хосписа, вы можете в любое время обратиться с просьбой перевести вас в программу по предоставлению услуг хосписа.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Услуги врача/поставщика, включая посещения кабинета врача</b></p> <p>Мы оплачиваем такие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Необходимые с медицинской точки зрения медицинские или хирургические услуги, которые предоставляются в: <ul style="list-style-type: none"> <li>● кабинете врача,</li> <li>● сертифицированном амбулаторном хирургическом центре,</li> <li>● амбулаторном отделении больницы,</li> </ul> </li> <li>● консультация, диагностика и лечение у специалиста;</li> <li>● проверка слуха и равновесия, которую проводит ваш поставщик первичных медицинских услуг, если ее назначил ваш врач с целью выяснить, нужна ли вам в лечении.</li> <li>● Мы оплачиваем некоторые стоматологические услуги, если они являются неотъемлемой частью специфического лечения основного заболевания пациента. В качестве примера можно привести восстановление челюсти после перелома или травмы, удаление зубов при подготовке к лучевой терапии рака челюсти.</li> <li>● Мы также оплачиваем стоматологические услуги, необходимые для того, чтобы убедиться в отсутствии инфекций в ротовой полости, прежде чем вас внесут в список ожидания на трансплантацию аллогенных стволовых клеток/костного мозга, сердца, почек, печени, легких, поджелудочной железы или нескольких органов. В случае срочной трансплантации эти услуги могут быть предоставлены после трансплантации. Вы можете получить указанные ниже услуги. <ul style="list-style-type: none"> <li>● осмотр и обследование полости рта;</li> <li>● услуги по лечению, включая удаление, необходимое для проведения трансплантации;</li> <li>● рентгеновские снимки зубов;</li> <li>● чистка;</li> <li>● обработка зубов препаратами фтора;</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Для некоторых специализированных или стоматологических услуг может потребоваться направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<ul style="list-style-type: none"> <li>• вызовы на дом врача из сети (или поставщика услуг, который входит в сеть и является зарегистрированной медсестрой или медбратом) в пределах нашей территории обслуживания, если, по мнению поставщика, входящего в сеть, домашние условия являются оптимальными для лечения;</li> <li>• лечение ультрафиолетовым излучением;</li> <li>• второе мнение от другого поставщика услуг, входящего в сеть, перед хирургической операцией. В рамках вашего страхового покрытия Medi-Cal, если поставщик услуг, входящий в сеть, недоступен или вам нужно второе мнение для другой услуги, мы организуем эту услугу.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Продолжение перечня льгот на следующей странице</b></p>	

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Услуги врача/поставщика, включая посещения кабинета врача (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Некоторые телемедицинские услуги, в том числе: первичная и специализированная помощь, которая включает стационарные услуги больницы, услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода, услуги кардиологической реабилитации и пульмональной реабилитации, услуги скорой помощи, неотложную медицинскую помощь, частичную госпитализацию, медико-санитарные услуги на дому, эрготерапию, услуги по охране психического здоровья, лечение заболеваний стоп, психиатрическую помощь, физиотерапию и лечение речевых патологий, программу лечения опиоидной зависимости, амбулаторную рентгенографию, амбулаторно-поликлинические услуги, врачебное наблюдение, амбулаторное лечение зависимости от психоактивных веществ, услуги диализа, льготы на продукты питания /диетическое питание, санитарное просвещение, обучение действиям при заболеваниях почек и самоконтролю при диабете, обследования органов слуха, подготовка к операции или пребывание в больнице, а также последующие посещения после пребывания в больнице, операции или посещения отделения экстренной помощи. Отдел телемедицинских консультаций предоставляет услуги только в том случае, если поставщик услуг, входящий в сеть, считает это приемлемым с точки зрения клинической практики.</li> <li>У вас есть возможность получить эти услуги при личном посещении или с помощью телемедицинских технологий. Если вы решите получить одну из этих услуг с помощью телемедицинских технологий, обратитесь к поставщику услуг, входящему в сеть, который предлагает такие услуги. Мы предлагаем следующие услуги с задействованием телемедицинских технологий:</li> </ul> <p><b>Продолжение перечня льгот на следующей странице</b></p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Услуги врача/поставщика, включая посещения кабинета врача (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• интерактивные видеовизиты для получения профессиональных услуг, если, по мнению входящего в сеть поставщика услуг, помощь может быть оказана в этом формате;</li> <li>• запланированные консультации по телефону для получения профессиональных услуг, если, по мнению входящего в сеть поставщика услуг, помощь может быть оказана в этом формате.</li> <li>• Телемедицинские услуги для лиц, которые помогают больным с терминальной стадией почечной недостаточности выполнять диализ на дому, во время ежемесячных визитов в центр почечного диализа (с неограниченным доступом) на базе больницы или специализированного лечебного учреждения, в учреждении гемодиализа или на дому.</li> <li>• Телемедицинские услуги для диагностики, оценки или лечения симптомов инсульта.</li> <li>• Телемедицинские услуги для участников с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, или сопутствующим психическим расстройством.</li> <li>• Телемедицинские услуги для диагностики, оценки и лечения психических расстройств, если: <ul style="list-style-type: none"> <li>• вы совершили очный визит в течение 6 месяцев до первого визита с использованием телемедицинских технологий;</li> <li>• вы совершаете очный визит каждые 12 месяцев в период получения телемедицинских услуг.</li> <li>• При определенных обстоятельствах могут быть сделаны исключения.</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Продолжение перечня льгот на следующей странице</b></p>	

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Услуги врача/поставщика, включая посещения кабинета врача (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Виртуальная регистрация (например, по телефону или видеочату) у вашего врача в течение 5–10 минут, <b>если</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• вы ранее уже обращались к этому врачу, <b>и</b></li> <li>• регистрация не связана с посещением кабинета в течение последних 7 дней, <b>и</b></li> <li>• регистрация не предполагает посещение офиса в течение 24 часов или ближайшем доступном временном интервале.</li> </ul> </li> <li>• Оценка видео и (или) изображений, которые вы отправляете врачу, а также интерпретация и последующее наблюдение врача в течение 24 часов, <b>если</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• вы ранее уже обращались к этому врачу, <b>и</b></li> <li>• оценка не связана с посещением кабинета в течение последних 7 дней, <b>и</b></li> <li>• оценка не предполагает посещение офиса в течение 24 часов или ближайшем доступном временном интервале.</li> </ul> </li> <li>• Консультации вашего врача с другими врачами по телефону, через Интернет или электронную медицинскую карту, если вы ранее уже обращались к этому врачу.</li> </ul>	


Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Услуги телемедицины в рамках вашего покрытия программы Medi-Cal.</b> Телемедицина — это способ получения услуг без необходимости физически присутствовать там же, где и поставщик услуг. Телемедицина предусматривает видеосвязь в реальном времени с вашим поставщиком медицинских услуг. Либо же вы можете обмениваться информацией с вашим поставщиком медицинских услуг посредством телемедицинских технологий, а не во время живого общения. Вы можете получить множество услуг в рамках телемедицины. Однако применение телемедицинских технологий может быть доступно не для всех покрываемых планом медицинских услуг. Вы можете связаться со своим поставщиком медицинских услуг и узнать о доступных телемедицинских услугах. Важно, чтобы и вы, и ваш поставщик дали согласие на использование телемедицины для получения определенных услуг. Вы имеете право на оказание услуг при личной встрече и не обязаны использовать телемедицину, даже если ваш поставщик медицинских услуг считает это приемлемым в вашем случае.</p>	
<p><b>Услуги подиатра</b></p> <p>Мы оплачиваем такие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика и медикаментозное или хирургическое лечение травм и заболеваний стопы (например, молоткообразного искривления пальца стопы или пяточной шпоры).</li> <li>• Обычный уход за ногами для участников с такими заболеваниями, как диабет, которые также поражают ноги.</li> </ul> <p>В рамках вашего покрытия Medi-Cal мы оплачиваем услуги подиатра как необходимые с медицинской точки зрения для диагностики заболевания стопы и ее лечения при помощи медицинских, хирургических, механических, манипулятивных методов и электротерапии. В услуги входит также лечение голеностопного сустава и сухожилий, которые соединяются со стопой, а также нехирургическое лечение мышц и сухожилий ноги, контролирующих функции стопы.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
 <p><b>Обследование на выявление рака предстательной железы</b></p> <p>Для мужчин 50 лет и старше мы оплачиваем следующие услуги один раз в 12 месяцев:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Пальцевое ректальное исследование.</li> <li>• Тест на простатспецифический антиген (ПСА).</li> </ul>	\$0
<p><b>Протезы и сопутствующие товары†</b></p> <p>Протезы полностью или частично заменяют какую-либо часть тела или функцию. Мы оплачиваем и другие приспособления, не указанные в перечне покрываемых протезных устройств. Покрываемые устройства:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• калоприемники и расходные материалы, необходимые при колостомии;</li> <li>• энтеральное и парентеральное питание, включая наборы для питания, инфузионный насос, трубки и адаптеры, растворы и расходные материалы для самостоятельных инъекций;</li> <li>• кардиостимуляторы;</li> <li>• брекететы;</li> <li>• обувь на протезы;</li> <li>• протезы рук и ног;</li> <li>• протезы молочной железы (включая бюстгальтер после мастэктомии);</li> <li>• лицевые протезы для замены внешней части лица, которая была удалена или повреждена в результате болезни, травмы или врожденного дефекта;</li> <li>• средства по уходу за кожей при недержании мочи и подгузники.</li> </ul> <p>Мы оплачиваем некоторые расходные материалы, связанные с протезами. Мы также оплачиваем ремонт или замену протезов.</p> <p>Мы предлагаем частичное покрытие после удаления катаракты или операции по удалению катаракты. Подробнее см. в разделе «Услуги, связанные со зрением» в этой таблице.</p> <p style="text-align: center;"><b>Продолжение перечня льгот на следующей странице</b></p>	\$0

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Протезы и сопутствующие товары† (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мы также оплачиваем следующие товары, не покрываемые планом Medicare:</li> <li>• компрессионные чулки с градиентом сжатия при лимфедеме;</li> <li>• определенные ортопедические ботинки после операции, если они предоставляются во время амбулаторного визита;</li> <li>• вакуумное устройство для эрекции при сексуальной дисфункции;</li> <li>• определенные герметики, защитные и увлажняющие средства, мази, необходимые для ухода за ранами по медицинским показаниям.</li> <li>• мы не покрываем зубные протезы, за исключением случаев, описанных в разделе «Стоматологические услуги».</li> </ul> <p>В рамках вашего страхового покрытия Medi-Cal мы оплачиваем расходы на протезы и ортопедические приспособления при соблюдении всех следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• изделие необходимо с медицинской точки зрения для восстановления работы части тела (только для протезирования);</li> <li>• изделие прописано вам;</li> <li>• изделие необходимо с медицинской точки зрения для поддержания работы части тела (только для протезирования);</li> <li>• изделие необходимо вам по медицинским показаниям для выполнения повседневных дел;</li> <li>• изделие необходимо для поддержания вашего здоровья;</li> <li>• изделие покрывается планом Medi-Cal.</li> </ul>	

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<ul style="list-style-type: none"> <li>• вы должны получить предварительное одобрение данного изделия. Такие изделия включают имплантируемые слуховые аппараты, протезы молочных желез / бюстгальтеры для ношения после мастэктомии, компрессионное белье в случае ожогов и протезы для восстановления функции или замены части тела или либо поддержки ослабленной или деформированной части тела. Покрытие распространяется на оборудование наименьшей стоимости, соответствующее вашим медицинским потребностям. Поставщика выбираем мы.</li> </ul>	
<p><b>Услуги легочной реабилитации</b></p> <p>Мы оплачиваем программы легочной реабилитации для участников с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) со степенью тяжести от средней до очень тяжелой. Врач или поставщик медицинских услуг, занимающиеся лечением ХОБЛ, должны выдать вам направление на легочную реабилитацию.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.


Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и психических заболеваний†</b></p> <p>Мы покрываем оказание следующих услуг в лицензированном стационарном лечебном учреждении, которое предоставляет круглосуточное индивидуальное лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и психических заболеваний. Услуги, которые выходят за рамки патронажного ухода, обычно предоставляются в рамках программы стационарного лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и психических заболеваний в лицензированном стационарном лечебном учреждении:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• индивидуальное и групповое консультирование;</li> <li>• медицинские услуги;</li> <li>• медикаментозный мониторинг;</li> <li>• проживание и питание;</li> <li>• лекарственные препараты, прописанные входящим в сеть поставщиком в рамках вашего плана ухода в лечебном учреждении с проживанием в соответствии с нашими рекомендациями по фармацевтическому справочнику, если их назначает вам медицинский персонал соответствующего учреждения;</li> <li>• планирование выписки.</li> </ul> <p>В нашей программе стационарного лечения не указан необходимый с медицинской точки зрения граничный период лечения психических заболеваний и зависимости от психоактивных веществ, если оно предписано входящим в сеть поставщиком услуг.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
 <p><b>Обследование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), и консультирование</b></p> <p>Мы оплачиваем обследования на хламидиоз, гонорею, сифилис и гепатит В. Эти обследования покрываются для беременных женщин и некоторых лиц с повышенным риском заражения ИППП. Необходимо соответствующее направление поставщика первичных медицинских услуг. Мы оплачиваем соответствующие анализы один раз в 12 месяцев или в определенное моменты времени в период беременности.</p> <p>Мы также оплачиваем до двух очных высокоинтенсивных поведенческих консультаций в год для сексуально активных взрослых с повышенным риском заражения ИППП. Длительность консультации: 20–30 минут. Мы оплачиваем эти консультации в качестве профилактических услуг только в том случае, если они предоставляются поставщиком первичных медицинских услуг. Консультации должны проводиться в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, например в кабинете врача.</p>	<p><b>\$0</b></p>


Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (SNF)</b></p> <p>Иногда мы оплачиваем и другие услуги, не указанные в перечне ниже. Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• полуотдельная палата или отдельная палата, если необходимо по медицинским показаниям;</li> <li>• питание, включая специальные диеты;</li> <li>• услуги медсестры;</li> <li>• физиотерапия, эрготерапия и логопедия;</li> <li>• лекарства, которые вы получаете в рамках вашего плана лечения, включая вещества, которые естественным образом присутствуют в организме, например факторы свертывания крови;</li> <li>• препараты крови, включая их хранение и введение;</li> <li>• медицинские и хирургические принадлежности, предоставляемые учреждениями сестринского ухода;</li> <li>• лабораторные анализы в учреждениях квалифицированного сестринского ухода;</li> <li>• рентгенография и другие радиологические услуги, обычно предоставляемые учреждениями сестринского ухода;</li> <li>• приспособления, такие как кресла-каталки, которые обычно предоставляются учреждениями сестринского ухода;</li> <li>• услуги врача или поставщика медицинских услуг.</li> </ul> <p>Обычно указанные услуги вам предоставляют в учреждениях сети. Однако вы можете получить лечение в учреждении, не входящем в нашу сеть. Вы можете получить лечение в следующих учреждениях, если им подходит размер покрытия, предусмотренный нашим планом:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• учреждение сестринского ухода или дом престарелых, в котором вы проживали непосредственно перед тем, как попасть в больницу (пока в нем предоставляются услуги сестринского ухода);</li> <li>• учреждение сестринского ухода, в котором проживает ваш сожитель/сожительница на момент вашей выписки из больницы.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
 <p><b>прекращение курения и употребления табачных изделий;</b></p> <p>Если вы употребляете табачные изделия, у вас нет признаков или симптомов заболевания, связанного с курением, и вы хотите или должны бросить курить:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>мы оплачиваем две попытки бросить курить в течение 12 месяцев в качестве профилактической услуги. Эта услуга бесплатна для вас. Каждая попытка бросить курить предусматривает до четырех индивидуальных консультаций.</li> </ul> <p>Если вы употребляете табачные изделия и у вас диагностировано заболевание, связанное с курением табака, либо вы принимаете лекарства, на действие которых может влиять табак:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>мы оплачиваем две попытки по прекращению курения (консультирование) в течение 12 месяцев в качестве профилактической услуги. Каждый цикл консультирования предусматривает до четырех индивидуальных приемов.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Лечебная физкультура (ЛФК) под наблюдением</b></p> <p>Мы оплачиваем ЛФК под наблюдением для участников с симптоматическими проявлениями заболевания периферических артерий (ЗПА), у которых есть направление от врача, занимающегося лечением ЗПА.</p> <p>План покрывает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• до 36 сеансов в течение 12 недель при соблюдении всех требований ЛФК под наблюдением;</li> <li>• дополнительные 36 сеансов по истечении некоторого времени, если поставщик медицинских услуг сочтет их необходимыми с медицинской точки зрения.</li> </ul> <p>Требования к сеансам ЛФК под наблюдением:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• длятся 30–60 минут при ЗПА у пациентов с судорогами в ногах из-за плохого кровотока (перемежающаяся хромота);</li> <li>• проводятся в амбулаторных условиях больницы или кабинете врача;</li> <li>• проводятся квалифицированным персоналом, обученным лечебной физкультуре при ЗПА, который следит за тем, чтобы польза превышала вред;</li> <li>• проводятся под непосредственным наблюдением врача, помощника врача или практикующей медсестры/клинической медсестры, обученных как основным, так и продвинутым методикам поддержания основных жизненных функций.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Транспортировка: медицинская транспортировка, не относящаяся к экстренной помощи†</b></p> <p>В рамках этой льготы вы можете воспользоваться транспортным средством, которое является наиболее экономичным и доступным. Среди прочего это может быть: скорая помощь, машина для перевозки лежачих больных, фургон для транспортировки больных на креслах-каталках, транспорт, предоставляемый службой перевозки престарелых и инвалидов.</p> <p>Эти виды транспорта доступны в таких случаях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ваше состояние здоровья и (или) физическое состояние не позволяет вам путешествовать на автобусе, легковом автомобиле, такси или другом виде общественного или личного транспорта и</li> <li>• может потребоваться предварительное разрешение, в зависимости от услуги.</li> </ul> <p>Дополнительную информацию о запросе неэкстренного медицинского транспорта см. в <b>главе 3</b>.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>
<p><b>Транспортировка: немедицинская транспортировка†</b></p> <p>В рамках этой льготы вы можете добираться до медицинских учреждений на легковом автомобиле, такси и других видах общественного/личного транспорта.</p> <p>Транспорт необходим для получения необходимой медицинской помощи, включая поездки на прием к стоматологу и получение рецептурных лекарств.</p> <p>Эта льгота не ограничивает вашу льготу на транспортировку неэкстренным медицинским транспортом.</p> <p>Дополнительную информацию о запросе немедицинского транспорта см. в <b>главе 3</b>.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление.</p>


Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Неотложная помощь</b></p> <p>Неотложная медико-санитарная помощь оказывается в таких случаях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• неэкстренная ситуация, требующая немедленной медицинской помощи;</li> <li>• внезапное развитие болезни;</li> <li>• травма;</li> <li>• состояние, требующее немедленного лечения.</li> </ul> <p>Если вам требуется неотложная медико-санитарная помощь, сначала попытайтесь получить ее у поставщика, входящего в сеть.</p> <p><b>В пределах территории обслуживания:</b> вы должны получить неотложную медико-санитарную помощь у входящего в сеть поставщика, за исключением случаев, когда сеть наших поставщиков временно недоступна из-за необычных и чрезвычайных обстоятельств (например, масштабной катастрофы).</p> <p><b>Вне пределов территории обслуживания:</b> у вас есть страховка на случай оказания неотложной медико-санитарной помощи во время путешествия в любой точке мира. Вы сможете воспользоваться страховкой, когда вам срочно потребуется медицинская помощь в связи с непредвиденной болезнью или травмой и у вас будут основания предполагать, что состояние вашего здоровья серьезно ухудшится, если отложить лечение до возвращения на территорию обслуживания.</p>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
 <p><b>Услуги, связанные со зрением</b></p> <p>Мы оплачиваем такие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>одна плановая проверка зрения ежегодно и</li> <li>амбулаторные услуги врача по диагностике и лечению заболеваний и травм глаз. Например, ежегодные проверки зрения на предмет диабетической ретинопатии для участников с диабетом и лечение возрастной макулярной дегенерации.</li> <li>скрининг и мониторинг диабетической ретинопатии для участников с диабетом.</li> <li>исследование полей зрения.</li> </ul> <p>Для участников в группе высокого риска возникновения глаукомы мы оплачиваем один скрининг на глаукому ежегодно. В группу высокого риска развития глаукомы входят:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>люди с семейной историей глаукомы;</li> <li>люди с диабетом;</li> <li>афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше;</li> <li>латиноамериканцы в возрасте 65 лет и старше.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление к офтальмологу.</p>
<p><b>Очки после операции по удалению катаракты:</b> Мы оплачиваем такие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Одна пара очков или контактных линз после каждой операции по удалению катаракты, когда врач вводит интраокулярную линзу. Если вам сделали две отдельные операции по удалению катаракты, вы должны получить одну пару очков после каждой операции. Вы не можете получить две пары очков после второй операции, даже если не получали очки после первой операции.</li> <li>Корректирующие линзы/оправы (и их замена), показанные после удаления катаракты без имплантации линзы.</li> </ul>	<p><b>\$0</b> для очков в соответствии с рекомендациями Medicare.</p> <p><b>Примечание.</b> Если стоимость очков, которые вы покупаете, превышает покрытие Medicare, вы оплачиваете разницу.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Очки и контактные линзы:</b> раз в 12 месяцев мы предоставляем вам возмещение в размере <b>\$350</b>, которое вы можете использовать в счет покупной цены очков в центре оптики, указанном в плане, когда врач или оптометрист прописывает вам очки либо контактные линзы для коррекции зрения. Возмещение можно использовать для оплаты следующих вариантов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• линзы для очков, когда поставщик, входящий в сеть, помещает линзы в оправу;</li> <li>• оправы для очков, когда поставщик, входящий в сеть, помещает в оправу две линзы (по крайней мере одна из которых имеет коэффициент преломления);</li> <li>• контактные линзы, подбор и выдача.</li> </ul> <p>Мы не предоставляем возмещение, если предоставили компенсацию (или другое покрытие) стоимости линз или оправы в течение предыдущих 12 месяцев.</p> <p>Возмещение можно использовать только в исходном пункте продажи. Если вы не используете возмещение в исходном пункте продажи, то не сможете использовать его позже.</p>	<p>Если стоимость очков, которые вы покупаете, превышает <b>\$350, вы оплачиваете разницу.</b></p> <p>Medi-Cal покрывает новые или сменные оправы, которые стоят <b>\$80</b> или меньше каждые 24 месяца. Если стоимость оправы, которую вы покупаете, превышает <b>\$80, вы оплачиваете разницу.</b></p>
<p><b>Линзы для очков в рамках страхового покрытия Medi-Cal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Для новых очков или очков для замены линзы предоставляются поставщиком очковых линз DHCS. Если поставщик DHCS не может предоставить вам необходимые линзы, мы организуем изготовление ваших линз в другой оптической лаборатории. Вы не будете доплачивать, если нам придется принимать меры, поскольку поставщик DHCS не может изготовить линзы для ваших очков.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Если вам нужны линзы для очков или характеристики, которые не покрываются программой Medi-Cal, то <b>вам, возможно, придется доплатить за эти улучшения.</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.


Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Сменные линзы:</b> если в течение 12 месяцев с момента первоначальной продажи очковых линз или контактных линз, стоимость которых мы возместили (или покрыли иным образом), вы предоставите рецепт, подтверждающий изменение параметра не менее чем на 0,50 диоптрий для одного или обоих глаз, мы предоставим возмещение стоимости заменяющего изделия того же типа (линза для очков или контактная линза, примерка и выдача) для одного либо обоих глаз соответственно. Предел возмещаемой стоимости для одной сменной линзы составляет <b>\$30</b> для однофокальной очковой линзы или контактной линзы (включая примерку и выдачу) и <b>\$45</b> для мультифокальной очковой линзы либо линзы двояковыпуклой формы.</p>	<p>Если стоимость линз, которые вы покупаете, превышает <b>\$30</b> предел возмещаемой стоимости для однофокальной линзы или <b>\$45</b> для мультифокальных или двояковыпуклых очковых линз, <b>вы оплачиваете разницу.</b></p>
<p><b>Специальные контактные линзы.</b> Мы покрываем специальные контактные линзы, если они прописаны врачом или поставщиком, который является оптометристом и входит в сеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• до двух контактных линз на каждый глаз с подбором и выдачей каждые 12 месяцев для лечения аниридии (отсутствие радужной оболочки), если необходимо с медицинской точки зрения.</li> <li>• Если контактные линзы (кроме контактных линз для лечения аниридии) обеспечат значительное улучшение вашего зрения, которое не могут обеспечить очковые линзы, мы оплачиваем одну пару контактных линз (включая подбор и выдачу) либо первоначальный запас одноразовых контактных линз (включая подбор и выдачу) не чаще одного раза в 12 месяцев. Однако мы не будем покрывать стоимость контактных линз, если предоставили возмещение (или иное покрытие) на контактные линзы в течение предыдущих 12 месяцев, за исключением покрытия контактных линз при аниридии.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Услуги, которые оплачивает наш план	Ваша доля расходов
<p><b>Приспособления для слабовидящих.</b> В рамках Medi-Cal мы оплачиваем расходы на приспособления для слабовидящих при соблюдении всех следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Наилучшая скорректированная острота зрения составляет 20/60 и ниже для глаза, который видит лучше, или имеется ограничение поля зрения любого глаза до 10 градусов и менее от точки фиксации.</li> <li>• Состояние, вызывающее ухудшение зрения, является хроническим и не поддается медикаментозному или хирургическому лечению.</li> <li>• Однако есть основания предполагать, что при таком физическом и психическом состоянии получателя приспособление облегчит получателю его повседневную деятельность.</li> </ul> <p>Страховое покрытие распространяется на наиболее приспособления, соответствующие медицинским потребностям участника. Страховое покрытие Medi-Cal не распространяется на электронные увеличительные устройства и устройства для глаз без линз.</p>	\$0
<p> <b>Профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare»</b></p> <p>Мы покрываем одноразовый профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare». Во время визита предоставляются такие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• проверка состояния здоровья;</li> <li>• обучение и консультирование по поводу необходимых профилактических услуг (включая обследования и прививки);</li> <li>• направление к другим специалистам, если необходимо.</li> </ul> <p><b>Примечание.</b> Мы оплачиваем профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» только в течение первых 12 месяцев вашего участия в программе Medicare часть В. Когда вы записываетесь на прием, сообщите своему врачу, что хотите запланировать профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare».</p>	\$0

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Покрываемые услуги	Ваши расходы
<p>Дополнительные стоматологические услуги (DeltaCare® USA Dental HMO Program)</p> <p>Health Plan заключила соглашение с компанией Delta Dental в штате Калифорния («Delta Dental») о предоставлении вам программы DeltaCare USA Dental HMO. Организация DeltaCare USA предоставляет комплексную стоматологическую помощь через сеть стоматологов, которые заключают договора с Delta Dental на предоставление стоматологических услуг. Информацию о поставщиках стоматологических услуг см. в Списке поставщиков стоматологических услуг.</p> <p>Указанные ниже льготы предоставляются лечащим стоматологом DeltaCare USA по усмотрению лечащего врача с учетом ограничений и исключений, указанных в этой главе. Участники должны обсудить все варианты лечения со своим стоматологом DeltaCare USA до предоставления услуг. Если услуги из перечня процедур выполняются назначенным договорным стоматологом, участник оплачивает указанную сумму своей доли. Включенные процедуры, требующие от стоматолога предоставления услуг специалистов с направлением назначенного договорного стоматолога, должны быть утверждены Delta Dental. Участник оплачивает указанную сумму своей доли за такие услуги.</p> <p>Если процедура не указана ниже, она не покрывается страховкой. Примечание. Любая услуга со звездочкой (*), указанная ниже, является покрываемой льготой только в том случае, если она предоставляется вместе с другой указанной услугой, не отмеченной звездочкой.</p> <p>Текст ниже, выделенный курсивом, специально предназначен для разъяснения предоставления льгот в рамках программ DeltaCare USA Dental HMO и не должен интерпретироваться как коды процедур, номенклатура или дескрипторы Current Dental Terminology (CDT) 2024, авторские права на которые принадлежат Американской стоматологической ассоциации (American Dental Association, ADA). ADA вправе периодически изменять коды CDT или определения. Такие обновления кодов, описаний или номенклатуры могут использоваться для объяснения покрываемых за счет страховки процедур в соответствии с федеральным законодательством.</p>	
<p><b>Диагностические услуги (Diagnostic, D0100-D0999)†</b></p> <p>D0120: периодическое обследование ротовой полости — постоянный пациент.</p>	<p>\$0</p>
<p>D0140: частичный осмотр ротовой полости — выявление проблемы.</p>	<p>\$0</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Покрываемые услуги	Ваши расходы
D0150: комплексный осмотр ротовой полости — новый или постоянный пациент.	\$0
D0160: подробная расширенная оценка состояния ротовой полости — с выявлением проблемы согласно отчету.	\$0
D0180: полная оценка состояния периодонта для нового или уже известного пациента	\$0
D0210: полная серия интраоральных рентгеновских снимков — не более 1 серии каждые 24 месяца.	\$0
D0220: первичный интраоральный рентгеновский снимок в периапикальном ракурсе.	\$0
D0230: каждый дополнительный интраоральный рентгеновский снимок в периапикальном ракурсе.	\$0
D0240: интраоральный окклюзионный рентгеновский снимок.	\$0
D0250: экстраоральная двухмерная рентгенограмма, созданная с использованием стационарного источника радиации и детектора.	\$0
D0251: экстраоральный рентгеновский снимок задних зубов.	\$0
D0270: один прикусный рентгеновский снимок.	\$0
D0272: два прикусных рентгеновских снимка.	\$0
D0274: четыре прикусных рентгеновских снимка — не более 1 серии каждые 6 месяцев.	\$0
D0330: панорамный рентгеновский снимок.	\$0
D0350: двухмерные снимки полости рта/лица, сделанные методом интраоральной или экстраоральной рентгенографии — для диагностики и лечения конкретного клинического состояния, не выявленного на рентгеновских снимках — 4 в день предоставления услуги.	\$0
D0396: 3D-печать 3D-скана поверхности зубов.	\$0
D0419: оценка скорости саливации путем измерения — 1 оценка каждые 12 месяцев.	\$0

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Покрываемые услуги	Ваши расходы
D0502: другие процедуры при патологиях ротовой полости, по уведомлению.	\$0
D0999: другие диагностические процедуры, не указанные в перечне, после предоставления отчета — включает визит в клинику, за посещение (в дополнение к другим услугам).	\$0
<b>Профилактические услуги (Preventive, D1000–D1999)</b>	
D1110: профилактическая чистка — взрослые (D1110 или D4346) в течение 6 месячного периода.	\$0
D1206: покрытие фторлаком — 1 D1206 или D1208 в течение 6 месячного периода.	\$0
D1208: местное фторирование — кроме лака — 1 D1206 или D1208 в течение 6 месячного периода.	\$0
D1354: применение кариевосстанавливающего препарата — за зуб — 1 в течение 6 месячного периода	\$0
<p><b>Услуги по реставрации (Restorative, D2000–D2999)†</b></p> <p>Покрытие включает полировку, все клеи и связующие вещества, не прямое покрытие пульпы, основы, прокладочные материалы и процедуры кислотного травления со следующими ограничениями.</p> <p>в случае замены коронок, вкладок и накладок предыдущая реставрация должна быть выполнена не ранее чем за 5 лет до этого.</p>	
D2140: амальгама — одна поверхность, молочные или постоянные зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2150: амальгама — две поверхности, молочные или постоянные зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2160: амальгама — три поверхности, молочные или постоянные зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2161: амальгама — четыре и больше поверхностей, молочные или постоянные зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2330: композиты на основе смол, одна поверхность, передние зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2331: композиты на основе смол, две поверхности, передние зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Покрываемые услуги	Ваши расходы
D2332: композиты на основе смол, три поверхности, передние зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2335: композиты на основе смол, четыре поверхности и более или угол режущего края резца (передние зубы) — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2390: коронка из композитного материала на основе смол, передние зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2391: композиты на основе смол, одна поверхность, задние зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2392: композиты на основе смол, две поверхности, задние зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2393: композиты на основе смол, три поверхности, задние зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2394: композиты на основе смол, четыре поверхности и более или угол режущего края резца (задние зубы) — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2910: повторное цементирование или закрепление вкладки, накладки, винира или восстановление частичного покрытия — не более 1 в 12 месяцев.	\$0
D2920: повторное цементирование или повторная фиксация коронки — первоначальный поставщик несет ответственность за все повторные цементирование в течение первых 12 месяцев после первоначальной установки предварительно изготовленной или обработанной в лаборатории коронки. После исходного 1-месячного периода не более 1 в 12 месяцев.	\$0
D2928: предварительно отформованная фарфоровая/керамическая коронка, постоянные зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2931: предварительно отформованная коронка из нержавеющей стали, постоянные зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2932: предварительно отформованные пластмассовые коронки, передние молочные зубы — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2933: предварительно отформованная коронка из нержавеющей стали с окном с впрессованной пластмассой — не более 1 в 36 месяцев.	\$0
D2940: защитная реставрация — не более 1 в 6 месяцев.	\$0

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Покрываемые услуги	Ваши расходы
D2952: литая штифтовая культевая вкладка в дополнение к коронке, изготовленная непрямым способом, включая подготовку канала — одна на зуб, независимо от количества установленных штифтов, и только в сочетании с допустимыми коронками (предварительно отлитыми или изготовленными в лаборатории).	\$0
D2954: предварительно отлитая штифтовая культевая вкладка в дополнение к коронке, металлический штифт; подготовка канала — одна на зуб, независимо от количества установленных штифтов, и только в сочетании с допустимыми коронками (предварительно отлитыми или изготовленными в лаборатории) на постоянных зубах с лечеными корневыми каналами.	\$0
D2976: Стабилизация брекетов – на зуб – ограничена один раз в жизни на зуб	\$0
D2989: Эксакация зуба с определением его невосстанавливаемости	\$0
<b>Эндодонтическое лечение (Endodontics, D3000–D3999)†</b> D3110: непосредственная лечебная прокладка (исключая окончательную реставрацию).	\$0
D3346: повторное лечение после предыдущей обработки корневых каналов, передние зубы — нет льготы для первоначального поставщика в течение 12 месяцев после первоначального лечения.	\$0
<b>Лечение и профилактика заболеваний пародонта (Periodontics, D4000–D4999)†</b> Включает предоперационное и послеоперационное обследование и лечение под местной анестезией.  D4341: периодонтальное вмешательство: удаление зубного камня и выравнивание поверхности корней зуба, четыре зуба и более на квадрант — не более 1 на квадрант за 24 месяца.  D4342: периодонтальное вмешательство: удаление зубного камня и выравнивание поверхности корней зуба, от одного до трех зубов на квадрант — не более 1 на квадрант за 24 месяца.  D4346: удаление зубного камня при наличии умеренного и тяжелого воспаления десен — весь рот, после осмотра ротовой полости D1110 или D4346 — 1 в течение 6 месячного периода.	\$0

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Покрываемые услуги	Ваши расходы
D4355: полная санация полости рта для комплексного пародонтологического осмотра и диагностики при последующем посещении — не более 1 процедуры в течение 12-месячного периода.	\$0
D4910: периодонтальная обработка — льгота только для пациентов, проживающих в учреждении квалифицированного сестринского ухода или учреждении промежуточного ухода; предоставляется только после удаления зубного камня, выравнивания поверхности корней зуба (D4341–D4342) и также завершения всех необходимых процедур; не более 1 процедуры за календарный квартал в течение 24 месяцев после последнего удаления зубного камня и выравнивания поверхности корней зуба.	\$0
<p><b>Услуги съемного протезирования (Prosthodontics, removable, D5000–D5899)†</b></p> <p>Перебазировка и уточнение протезного ложа не более 1 раза на протез в течение любого непрерывного 12-месячного периода. Для замены съемного или частично съемного протеза необходимо, чтобы существующий протез был установлен не ранее чем за 5 лет до этого.</p> <p><b>Примечание.</b> Для всех перечисленных зубных протезов доплата за съемный протез, перебазировку, кондиционирование тканей или ремонт включает в себя все корректировки, необходимые в течение шести месяцев после даты обслуживания. Участник должен по-прежнему иметь право на участие в программе. Услуга предоставляется согласно договору в стоматологическом учреждении, где протез был изначально установлен.</p>	
D5110: полный верхнечелюстной зубной протез.	\$0
D5120: полный нижнечелюстной зубной протез.	\$0
D5130: временный верхнечелюстной зубной протез.	\$0
D5140: временный нижнечелюстной зубной протез.	\$0
D5410: полный регулируемый верхнечелюстной зубной протез — единоразово в день предоставления услуги; 2 за 12-месячный период.	\$0
D5411: полный регулируемый нижнечелюстной зубной протез — единоразово в день предоставления услуги; 2 за 12-месячный период.	\$0
D5511: восстановление разрушенной базы полного нижнечелюстного зубного протеза. Единоразово для дуги в день предоставления услуги; не более 2 за 12-месячный период.	\$0
D5512: восстановление разрушенной базы полного верхнечелюстного зубного протеза. Единоразово для дуги в день предоставления услуги; не более 2 за 12-месячный период.	\$0

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



Покрываемые услуги	Ваши расходы
D5520: замена отсутствующих или сломанных зубов, полный съемный зубной протез (каждый зуб) — не более четырех на дугу, в день оказания услуги поставщиком; не более двух раз на дугу за 12-месячный период.	\$0
D5611: восстановление полимерной базы частично съемного нижнечелюстного зубного протеза. Единоразово для дуги в день предоставления услуги; не более 2 за 12-месячный период.	\$0
D5612: восстановление полимерной базы частично съемного верхнечелюстного зубного протеза. Единоразово для дуги в день предоставления услуги; не более 2 за 12-месячный период.	\$0
D5730: перебазировка полного верхнечелюстного зубного протеза (в присутствии пациента) — не более 1 на зубной протез за 12-месячный период.	\$0
D5731: перебазировка полного нижнечелюстного зубного протеза (в присутствии пациента) — не более 1 на протез за 12-месячный период.	\$0
D5750: перебазировка полного верхнечелюстного зубного протеза (лаборатория) — не более 1 на зубной протез за 12-месячный период.	\$0
D5751: перебазировка полного нижнечелюстного зубного протеза (лаборатория) — не более 1 на протез за 12-месячный период.	\$0
D5850: уточнение протезного ложа, верхняя челюсть — не более 2 на зубной протез за 36-месячный период.	\$0
D5851: уточнение протезного ложа, нижняя челюсть — не более 2 на зубной протез за 36-месячный период.	\$0
D5863: полный съемный верхнечелюстной зубной протез — не более 1 за пятилетний период.	\$0
D5865: полный съемный нижнечелюстной зубной протез — не более 1 за пятилетний период.	\$0

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

Покрываемые услуги	Ваши расходы
<p><b>Услуги, связанные с имплантацией зубов (Implant services, D6000–D6199)†</b></p> <p>Льгота предоставляется только в случае наличия задокументированных особых медицинских показаний, которые проверяются на предмет медицинской необходимости. Требуется предварительное разрешение. См. также ограничения и (или) исключения. Первоначальный поставщик несет ответственность за повторное цементирование в течение первых 12 месяцев после исходной установки имплантата или мостовидной коронки. Затем ограничивается 1 услугой за 12-месячный период с предыдущего повторного цементирования, выполненного тем же поставщиком.</p>	
D6092: повторное цементирование или повторная фиксация имплантата либо мостовидной коронки.	\$0
D6093: повторное цементирование или повторная фиксация имплантата либо несъемного мостовидного частичного зубного протеза.	\$0
D6096: удаление сломанного фиксирующего винта имплантата.	\$0
D6100: удаление имплантата хирургическим путем.	\$0
D6105: удаление имплантата, не требующее ни удаления кости, ни поднятия лоскута.	\$0
D6197: замена реставрационного материала, используемого для закрытия отверстия доступа в протезе с винтовой фиксацией на имплантатах, на один имплантат.	\$0
<p><b>Услуги несъемного протезирования (Prosthodontics, fixed, D6200–D6999)†</b></p> <p>Каждый ретейнер и промежуточная коронка являются частью несъемного частичного протеза или мостовидного протеза. Для замены коронки, промежуточной коронки, вкладок, накладок, дробителя нагрузок существующий мост должен быть установлен не ранее чем за 5 лет до процедуры.</p>	
D6930: Повторное цементирование или закрепление несъемного частичного протеза.	\$0
D6999: неуточненная процедура несъемного протезирования, после предоставления отчета.	\$0

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Покрываемые услуги	Ваши расходы
<b>Услуги челюстно-лицевой хирургии (Oral &amp; Maxillofacial Surgery, D7000–D7999)†</b>	
Включает предоперационное и послеоперационное обследование и лечение под местной анестезией.	
D7111: Удаление, остатки коронки — молочный зуб.	\$0
D7140: удаление прорезавшегося зуба или оголенного корня (элевация и (или) удаление щипцами).	\$0
D7210: удаление прорезавшегося зуба, требующее удаления кости и (или) деления зуба на фрагменты, включая поднятие слизисто-надкостничного лоскута при наличии показаний.	\$0
D7220: удаление ретинированного зуба — мягкая ткань.	\$0
D7230: удаление ретинированного зуба — с частичным удалением кости.	\$0
D7240: удаление ретинированного зуба — с полным удалением кости.	\$0
D7241: удаление ретинированного зуба — с полным удалением кости, нехарактерные послеоперационные осложнения.	\$0
D7250: удаление остаточного корня зуба (с разрезом).	\$0
D7270: реимплантация зуба и (или) стабилизация случайно вырванного либо смещенного зуба, только для постоянных передних зубов — один на дугу.	\$0
D7284: Эксцизионная биопсия малых слюнных желез.	\$0
D7286: биопсия мягких тканей ротовой полости — не включает патологоанатомические лабораторные исследования.	\$0
<b>Дополнительные общие услуги (D9000-D9999)†</b>	
D9110: паллиативное лечение зубной боли — за одно посещение.	\$0
D9210: местная анестезия не в сочетании с оперативными или хирургическими процедурами.	\$0
D9211: регионарная блоковая анестезия.	\$0

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Покрываемые услуги	Ваши расходы
D9212: анестезия с блоком тригеминального отдела.	\$0
D9215: местная анестезия в сочетании с оперативным или хирургическим вмешательством.	\$0
D9222: Глубокая седация/общая анестезия — первые 15 минут	\$0
D9223: глубокая седация / общая анестезия — каждые 15 минут.	\$0
D9230: вдыхание закиси азота / анксиолизис, анальгезия.	\$0
D9239: внутривенная седация при сохраненном сознании /анальгезия — первые 15 минут.	\$0
D9243: внутривенная седация/анальгезия при сохраненном сознании — каждые последующие 15 минут.	\$0
D9248: не внутривенная умеренная седация при сохраненном сознании. Единоразово в день оказания услуги.	\$0
D9310: консультация — диагностическая услуга, оказываемая другим стоматологом или врачом, чем тот, который запросил услугу. Эта процедура оплачивается только как диагностическая процедура D0120, D0140, D0150 или D0160.	\$0
D9311: консультация профессионального работника здравоохранения.	\$0
D9430: визит в клинику для наблюдения в рабочее время — никакие другие услуги не предоставляются. Единоразово в день оказания услуги.	\$0
D9440: визит в клинику для наблюдения в рабочее время — единоразово в день оказания услуги и только в случае льготного лечения.	\$0
D9910: применение десенсибилизирующего средства, только для постоянных зубов — не чаще одного раза в 12 месяцев.	\$0
D9930: лечение послеоперационных, необычных осложнений, после предоставления отчета. Единоразово в день оказания услуги.	\$0
D9986: пропущенный прием — без уведомления за 24 часа.	\$0
D9987: отмененный прием — без уведомления за 24 часа.	\$0

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

Покрываемые услуги	Ваши расходы
D9990: услуги заверенного перевода или жестового языка — за одно посещение.	<b>\$0</b>
D9991: ведение стоматологических пациентов — устранение препятствий для проведения приема.	<b>\$0</b>
D9992: ведение стоматологических пациентов — согласование лечения.	<b>\$0</b>
D9995: синхронная телестоматология; прием в реальном времени.	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D9996: асинхронная телестоматология; информация хранится и передается стоматологу для последующего просмотра.</li> </ul>	<b>\$0</b>
<p><b>Экстренная стоматологическая помощь*†</b></p> <p>Если вам требуется неотложная стоматологическая помощь, вам следует обратиться к назначенному стоматологу DeltaCare USA или в службу поддержки клиентов Delta Dental по номеру <b>1-877-644-1774</b>, с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00. EST, 7 дней в неделю с 1 октября по 31 марта, с 08:00 до 20:00. EST, (пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру <b>711</b>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Покрываемая неотложная стоматологическая помощь, предоставляемая назначенным вам стоматологом DeltaCare USA.</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Покрываемая неотложная помощь стоматолога, который не был назначен вам DeltaCare USA, ограничена суммой в <b>\$100</b>, за вычетом вашего долевого участия в расходах. Кроме того, покрываемая неотложная помощь ограничивается помощью, необходимой для стабилизации вашего состояния и обезболивания. Кроме того, вы покрываете полную стоимость стоматологической помощи, если не соблюдены условия, указанные ниже. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вы предприняли разумную попытку связаться с назначенным стоматологом DeltaCare USA, но вас не могут принять в течение 24 часов либо вы считаете, что из-за вашего состояния поездка к назначенному стоматологу DeltaCare USA является неоправданной или невозможной. Если вы являетесь новым участником программы и у вас еще нет назначенного стоматолога, вам следует обратиться в службу поддержки клиентов Delta Dental и узнать данные вашего стоматолога DeltaCare USA.</li> </ul> </li> </ul>	Вы покрываете любую сумму, которая превышает <b>\$100</b> .

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Покрываемые услуги	Ваши расходы
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вы звонили в службу поддержки клиентов Delta Dental до получения неотложной стоматологической помощи либо, учитывая ваше состояние и обстоятельства, вы должны были получить неотложную стоматологическую помощь без звонка в службу поддержки клиентов.</li> <li>• Заявку относительно покрываемых неотложных стоматологических услуг необходимо подать в Delta Dental в течение 90 дней с даты лечения, иначе вы должны предоставить доказательства того, что не имели возможности сделать это в течение указанного периода. В этом случае заявку необходимо подать в течение одного года с даты обращения. Отправьте свой иск по следующему адресу: Delta Dental Claims Department, P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023.</li> </ul>	

## Е. Льготы, покрытие которых не предусмотрено нашим планом

Мы не покрываем следующие услуги, но они доступны в рамках плана Original Medicare или плана Medi-Cal с платой за каждую оказанную услугу.

### Е1. Программа California Community Transitions (CCT)

В рамках программы California Community Transitions (CCT) местные ведущие организации помогают участникам Medi-Cal, которые имеют право на льготы и прибыли в стационарном учреждении не менее 90 дней подряд, вернуться к жизни в общине без рисков для здоровья. Программа CCT покрывает услуги по координации в течение предпереходного периода и 365 дней после перехода, чтобы помочь участнику вернуться к жизни в общине.

Вы можете получить услуги по координации перехода от любой ведущей организации CCT, которая обслуживает округ, в котором вы проживаете. Вы можете найти список ведущих организаций CCT и округов, которые они обслуживают, на веб-сайте Департамента здравоохранения по адресу: [www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT).

#### Услуги по координации перехода CCT

Medi-Cal оплачивает услуги по координации перехода. Вы ничего не платите за эти услуги.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## Услуги, не связанные с переходом в рамках ССТ

Поставщик выставляет нам счет за услуги, которые вы получили. Наш план покрывает услуги, предоставляемые после вашего перехода. Вы ничего не платите за эти услуги.

Если вы получаете услуги по координации перехода в рамках ССТ, мы оплачиваем услуги, перечисленные в Таблице льгот в разделе **D**.

## Без изменений в покрытии лекарственных препаратов

Программа ССТ **не** покрывает стоимость лекарственных препаратов. Вы продолжаете получать стандартное покрытие лекарственных препаратов в рамках нашего плана. Дополнительную информацию см. в **главе 5** этого **Справочника участника**.

**Примечание.** Если вам требуется уход на время переходного периода, не предусмотренный программой ССТ, позвоните своему координатору ухода, чтобы договориться об услугах. Под уходом во время переходного периода, не предусмотренным ССТ, подразумевается уход, **не** связанный с вашим возвращением из учреждения.

## E2. Программа Medi-Cal Dental

Некоторые стоматологические услуги доступны в рамках стоматологической программы Medi-Cal Dental, в том числе такие:

- первичные осмотры, рентгенография, чистка и обработка фтором;
- реставрация и установка коронок;
- лечение корневых каналов зубов;
- установка частичных и полных съемных протезов, корректировка, ремонт и перебазировка.

Льготы на стоматологические услуги в рамках стоматологической программы Medi-Cal Dental доступны в виде платы за услугу. Чтобы получить дополнительную информацию или помощь в поиске стоматолога, принимающего участие в программе Medi-Cal, обратитесь в службу поддержки клиентов по телефону **1-800-322-6384** (номер для пользователей ТТУ: **1-800-735-2922**). Звонок бесплатный. Свяжитесь с представителями программы Medi-Cal Dental Services можно с 08:00 до 17:00, с понедельника по пятницу. Для получения дополнительной информации вы также можете посетить веб-сайт <https://smilecalifornia.org/>.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

В дополнение к программе Medi-Cal Dental со сдельной оплатой за услуги вы можете получать льготы на стоматологические услуги в рамках плана регулируемого стоматологического обслуживания. Планы регулируемого стоматологического обслуживания доступны в округе Лос-Анджелес. Если вы хотите получить подробную информацию о стоматологических планах или вы хотите изменить стоматологические планы, позвоните в Health Care Options по телефону **1-800-430-4263** (номер для пользователей ТТУ: **1-800-430-7077**), с понедельника по пятницу, с 08:00 до 18:00. Звонок бесплатный.

Наш план предлагает дополнительные стоматологические услуги. Дополнительную информацию см. в Таблице льгот в **разделе D**.

### **E3. Услуги хосписа**

Вы имеете право выбрать хоспис, если ваш поставщик медицинских услуг и главный врач хосписа решат, что ваш прогноз самый пессимистический. Это означает, что у вас неизлечимая болезнь и вам осталось жить не более шести месяцев. Вы можете получить уход в рамках любой хосписной программы, сертифицированной Medicare. План должен помочь вам найти хосписные программы, сертифицированные Medicare. Ваш врач хосписа может быть как сетевым, так и внесетевым поставщиком услуг.

Подробнее о том, за что мы платим, пока вы получаете услуги хосписа, см. в **разделе D** Таблицы льгот.

#### **Услуги хосписа и услуги, покрываемые согласно части А или В программы Medicare которые связаны с последней стадией неизлечимого заболевания**

- Поставщик услуг хосписа выставляет счет Medicare за предоставленные вам услуги. Medicare оплачивает услуги хосписа, связанные с последней стадией вашего неизлечимого заболевания. Вы ничего не платите за эти услуги.

#### **Услуги хосписа и услуги, покрываемые согласно части А или В Medicare, которые не связаны с последней стадией неизлечимого заболевания**

- Поставщик выставит Medicare счет за оказанные вам услуги. Medicare оплатит услуги, покрываемые частью А или В программы Medicare. Вы ничего не платите за эти услуги.

#### **Лекарственные препараты, для которых предусмотрены льготы в рамках нашего плана Medicare часть D**

- Лекарственные препараты никогда не покрываются одновременно хосписом и нашим планом. Для получения дополнительной информации см. **главу 5** вашего Справочника участника.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



**Примечание.** Если вам требуется уход за пределами хосписа, позвоните своему координатору ухода, чтобы договориться об услугах. Уход за пределами хосписа не связан с последней стадией вашего неизлечимого заболевания.

#### **E4. Поддерживающие услуги на дому (In-Home Supportive Services, IHSS)**

- Программа IHSS поможет оплатить услуги, необходимые вам для того, чтобы вы могли оставаться в безопасности в своем собственном доме. IHSS рассматривается как альтернатива уходу за больными вне дома, например в домах престарелых, пансионатах учреждениях по уходу.
- Типы услуг, которые могут быть разрешены в рамках поддерживающих услуг на дому, включают уборку дома, приготовление пищи, стирку, покупку продуктов, услуги личной гигиены (такие как помощь в опорожнении кишечника и мочевого пузыря, купание, уход за собой и фельдшерские услуги), сопровождение на прием к врачу и надзор за людьми с психическими расстройствами.
- Ваш координатор по уходу может помочь вам подать заявление на получение услуг IHSS в агентстве социальных услуг вашего округа.
  - Департамент социального обслуживания округа Los Angeles, телефон: **1-866-613-3777 (TTY 711)**.
  - Агентство социальных услуг округа Orange County, телефон: **1-855-541-5411 (TTY 711)**.
  - Департамент социального обслуживания округа Riverside, телефон: **1-877-410-8827 (TTY 711)**.
  - Агентство оказания помощи взрослым и пожилым людям округа San Bernardino, телефон: **1-909-891-3900 (TTY 711)**.
  - Департамент здравоохранения и социального обеспечения San Diego, телефон: **1-866-262-9881 (TTY 711)**.

#### **E5. 1915(c) Альтернативные услуги на дому и по месту жительства**

##### **Альтернативная программа проживания с уходом (Assisted Living Waiver, ALW)**

- Альтернативная программа проживания с уходом (Assisted Living Waiver, ALW) предлагает участникам программы Medi-Cal возможность проживания с уходом в качестве альтернативы долгосрочному помещению в учреждение сестринского ухода. Цель программы ALW заключается в том, чтобы облегчить возвращение в домашнюю и общественную обстановку или предотвратить госпитализацию в учреждение квалифицированного ухода для участников программы, которым в скором времени потребуется помещение в учреждение сестринского ухода.

---

**Если у вас возникли вопросы,** позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

- Участники программы ALW, которые были переведены в программу регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal Managed Care, могут оставаться участниками альтернативной программы проживания с уходом, получая при этом льготы, предоставляемые нашим планом. Для координации получаемых вами услуг наш план сотрудничает с вашим агентством по координации услуг ALW.
- Ваш координатор лечения может помочь вам подать заявление на участие в программе ALW.

### **Альтернативные услуги на дому и по месту жительства для жителей Калифорнии с нарушениями развития (HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD)**

#### **Альтернативная калифорнийская программа свободного волеизъявления (SDP) для лиц с нарушениями развития**

- Существует две программы 1915(c), альтернативная программа HCBS-DD и альтернативная программа SDP, которые предоставляют услуги людям с диагностированными нарушениями развития, которые возникли до достижения ими 18-летнего возраста и, как ожидается, будут сохраняться в течение неопределенного времени. Обе программы представляют собой способ финансирования определенных услуг, позволяющих людям с нарушениями развития жить дома, а не в лицензированном медицинском учреждении. Расходы на эти услуги финансируются совместно федеральной программой Medicaid и штатом Калифорния. Ваш координатор лечения может помочь вам получить услуги по альтернативной программе для лиц с нарушениями развития.

#### **Альтернативная программа по уходу на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Alternative, HCBA)**

- Программа HCBA предоставляет услуги по организации ухода для лиц, подверженных риску помещения в учреждение сестринского ухода или другое стационарное учреждение. Услуги по организации ухода предоставляются междисциплинарной группой по регулируемому медицинскому обслуживанию, состоящей из медсестры и социального работника. Группа координирует услуги в рамках альтернативной программы и плана штата (например, медицинские услуги, услуги охраны психического здоровья, медико-санитарные услуги на дому и т. д.), а также организует другие услуги по долговременному уходу и поддержке, доступные в вашем населенном пункте. Регулируемое медицинское обслуживание и услуги по альтернативной программе предоставляются по месту жительства участника. Местом проживания может быть частная собственность, арендованное жилье или дом члена семьи участника.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

- Участники альтернативной программы HCBA, которые были переведены в программу регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal Managed Care, могут оставаться участниками программы HCBA и одновременно получать услуги, предоставляемые нашим планом. Для координации получаемых вами услуг наш план сотрудничает с вашим агентством, предоставляющим услуги HCBA.
- Ваш координатор лечения может помочь вам подать заявление на участие в программе ALW.

### **Альтернативная программа Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP)**

- Альтернативная программа Medi-Cal (MCWP) предоставляет комплексные услуги по ведению пациента и непосредственному уходу для ВИЧ-инфицированных в качестве альтернативы уходу в учреждениях сестринского ухода или стационарному лечению. Ведение пациента — это ориентированная на конкретного пациента командная работа зарегистрированной медсестры и специалиста по ведению пациентов. Специалисты по ведению пациентов работают с участником программы и поставщиками услуг первичной медико-санитарной помощи, семьей, опекуном (опекунами) и другими поставщиками медицинских услуг, оценивая потребности в уходе, чтобы участник программы мог оставаться дома и в обществе.
- Целями программы MCWP являются: (1) предоставление услуг на дому для людей с ВИЧ, которые в противном случае могут нуждаться в стационарном лечении; (2) помощь участникам в вопросах лечения ВИЧ; (3) улучшение доступа к социальным услугам и услугам по охране психического здоровья; (4) координация работы поставщиков медицинских услуг и исключение дублирования услуг.
- Участники альтернативной программы MCWP, которые были переведены в программу регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal Managed Care, могут оставаться участниками программы MCWP и одновременно получать услуги, предоставляемые нашим планом. Для координации получаемых вами услуг наш план сотрудничает с вашим агентством, предоставляющим услуги MCWP.
- Ваш координатор лечения может помочь вам подать заявление на участие в программе MCWP.

### **Многоцелевая программа услуг для пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)**

- Многоцелевая программа услуг для пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) предоставляет как социальные, так и медицинские услуги, помогая людям оставаться в своих домах и сообществах.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Хотя большинство участников программы также получают вспомогательные услуги на дому, MSSP осуществляет постоянную координацию ухода, связывает участников с другими необходимыми услугами и ресурсами сообщества, координирует работу с поставщиками медицинских услуг и приобретает некоторые необходимые услуги, которые не доступны в других случаях, чтобы предотвратить или отсрочить госпитализацию. Общая годовая стоимость организации ухода и других услуг должна быть ниже, чем стоимость ухода в учреждении квалифицированного ухода.
- Группа специалистов по медицинскому и социальному обслуживанию проводит полную оценку состояния здоровья и психосоциального состояния каждого участника программы MSSP для определения необходимых услуг. Затем группа специалистов совместно с участником программы MSSP, его врачом, членами семьи и другими лицами разрабатывает индивидуальный план ухода. Вы можете получить указанные ниже услуги.
  - регулируемое медицинское обслуживание;
  - дневной уход за взрослыми;
  - мелкий бытовой ремонт/обслуживание жилья;
  - дополнительные бытовые услуги, индивидуальный уход и патронаж;
  - помощь ухаживающим за пациентом лицам;
  - транспортные услуги;
  - консультационные и терапевтические услуги;
  - услуги по организации питания;
  - услуги по организации общения.
- Участники альтернативной программы MSSP, которые были переведены в программу регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal Managed Care, могут оставаться участниками программы MSSP и одновременно получать услуги, предоставляемые нашим планом. Для координации получаемых вами услуг наш план сотрудничает с вашим агентством, предоставляющим услуги MSSP.
- Ваш координатор лечения может помочь вам подать заявление на участие в программе MSSP.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Е6. Услуги оценки Местного агентства образования (Local Education Agency, LEA)**

Health Plan не предусматривает страховое покрытие услуг оценки LEA, как предусмотрено в Главе 22 Свода законов США, Раздел 51360(b), когда услуга предоставляется участнику, удовлетворяющему критериям для получения услуг LEA в соответствии с положениями Главы 22 Свода законов США, Раздел 51190.1.

**Е7. Услуги LEA в соответствии с положениями Главы 22 Свода законов США, Раздел 51360**

Health Plan не предусматривает страховое покрытие услуг LEA, предоставляемых в соответствии с Индивидуальным учебным планом (Individualized Education Plan, IEP), как указано в Кодексе об образовании, Раздел 56340 и далее, или Индивидуальным семейным планом обслуживания (Individualized Family Service Plan, IFSP), как указано в Разделе 95020 Правительственного кодекса, или услуг LEA, предоставляемых в рамках Индивидуального плана медицинского обслуживания и поддержки (Individualized Health and Support Plan, IHSP), как описано в главе 22 Свода законов США, Раздел 51360.

**Е8. Услуги лабораторий, оказываемые в рамках Государственной программы исследования альфа-фетопротейна в сыворотке крови**

Страховое покрытие услуг, оказываемых в рамках Государственной программы исследования альфа-фетопротейна в сыворотке крови, осуществляется посредством гонорарного способа оплаты (Fee-For-Service, FFS), как предусмотрено Medi-Cal.

**Е9. Молитва или духовное исцеление**

Согласно Разделу 51312 Главы 22 Свода законов США, молитвенные услуги или духовное исцеление доступны посредством гонорарного способа оплаты (Fee-For-Service, FFS), как предусмотрено Medi-Cal. Обратитесь к медицинской службе округа для получения дополнительной информации о том, как получить доступ к этим услугам.

---

**Г. Льготы, не предусмотренные нашим планом, программами Medicare или Medi-Cal**

В этом разделе представлена информация о льготах, исключенных из нашего плана. «Исключены» означает, что мы не оплачиваем эти льготы. Программы Medicare и Medi-Cal также их не покрывают.

В приведенном ниже списке описаны некоторые услуги и статьи, которые не покрываются нами ни при каких условиях, а некоторые мы исключаем в отдельных случаях.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Мы не оплачиваем исключенные медицинские льготы, указанные в этом разделе (или где-либо еще в настоящем **Справочнике участника**), кроме определенных перечисленных условий. Даже если вы получите услуги в отделении неотложной помощи, план не будет их покрывать. Если вы считаете, что наш план должен покрывать неоплачиваемую услугу, вы можете подать апелляцию. Подробную информацию об апелляциях см. в **главе 9** этого **Справочника участника**.

В дополнение к любым исключениям и ограничениям, описанным в Таблице льгот, наш план не покрывает следующие товары и услуги:

- Услуги, не считающиеся «целесообразными и необходимыми с медицинской точки зрения» в соответствии с требованиями Medicare и Medi-Cal, за исключением случаев, когда мы указываем их в перечне покрываемых услуг. Это исключение не распространяется на услуги и средства, которые не покрываются программой Original Medicare и при этом покрываются нашим планом.
- Экспериментальные медицинские и хирургические процедуры, оборудование и лекарственные препараты. Экспериментальные процедуры и товары — это те товары и процедуры, которые, по определению программы Original Medicare, не являются общепринятыми в медицинском сообществе. Они могут покрываться программой Original Medicare в рамках одобренного Medicare клинического исследования. (Дополнительную информацию о клинических исследованиях см. в главе 3).
- Отдельная палата в больнице, за исключением случаев, когда необходима по медицинским показаниям.
- Частная сиделка.
- Личные вещи в вашей палате в больнице или учреждении сестринского ухода.
- Постоянный уход на дому.
- Оплата услуг ваших близких родственников и других членов семьи.
- Необязательные или неоплачиваемые процедуры либо услуги по улучшению физических и других показателей (включая потерю веса, выпадение волос либо стимуляцию роста волос, косметические и омолаживающие процедуры, улучшение сексуальной функции, спортивных и умственных способностей), за исключением случаев, когда они необходимы по медицинским показаниям.
- Хиропрактика, за исключением мануальных манипуляций на позвоночнике в соответствии с рекомендациями по покрытию.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Обычный уход за ногами, за исключением случаев, описанных в разделе «Услуги по лечению заболеваний стоп» в разделе D Таблицы льгот.
- Ортопедическая обувь или поддерживающие приспособления, за исключением случаев, когда она является частью протеза ноги и не входит в его стоимость либо предназначена для людей с диабетической стопой.
- Операции по коррекции зрения (например, хирургическая операция LASIK).
- процедуры восстановления репродуктивной функции после стерилизации. Обратите внимание, что противозачаточные средства, отпускаемые без рецепта, покрываются программой Medi-Cal Rx.
- Услуги врача-натуропата (использование естественных или альтернативных методов лечения).
- Услуги, оказываемые ветеранам в учреждениях для ветеранов (Veterans Affairs, VA). Однако если ветеран получает неотложную помощь в госпитале для ветеранов, а доля участия в расходах по программе VA превышает долю участия в расходах по нашему плану, мы возместим эту разницу. Вы по-прежнему несете доленое участие в расходах.
- Определенные обследования и услуги:
  - для получения или сохранения рабочего места;
  - для получения страховки;
  - для получения каких-либо лицензий;
  - по распоряжению суда или для условного или досрочно-условного освобождения от отбывания наказания.
  - Это исключение не действует, если врач, принадлежащий к сети, считает эти услуги необходимыми с медицинской точки зрения.
- Товары повышенного удобства или комфортности. Страховое покрытие Medi-Cal не распространяется на товары и функции повышенного удобства, комфортности или роскоши. К ним относятся предметы, которые предназначены исключительно для удобства или комфорта участника, семьи участника или поставщика услуг здравоохранения участника. Это исключение не распространяется на молокоотсосы розничного класса, которые предоставляются женщинам после беременности. Это исключение также не распространяется на товары, одобренные для вас в рамках программы Community Supports.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Косметические услуги или процедуры. Это исключение не распространяется на следующее:
  - протезы яичка, имплантируемые в рамках оплачиваемой нами восстановительной хирургической операции;
  - протезы молочной железы, необходимые после мастэктомии или лампэктомии;
  - протезы для полной или частичной замены внешней части лица;
- Одноразовые расходные материалы. Страховое покрытие программы Medi-Cal не включает следующие одноразовые расходные материалы для домашнего использования: бинты, марля, пластырь, антисептики, повязки и эластичные бинты. Это исключение не касается одноразовых расходных материалов, которые предоставляются в рамках следующих льгот, описанных в **главе 4** («Льготы и услуги») этого **Справочника участника**:
  - диализ/гемодиализ;
  - медицинское оборудование длительного пользования;
  - медико-санитарный уход на дому;
  - уход в хосписе и паллиативная медицинская помощь;
  - медицинские расходные материалы, оборудование и устройства;
  - рецептурные лекарства;
  - протезы и сопутствующие товары.
- Услуги репродуктивной медицины:
  - услуги по устранению бесплодия в результате добровольной хирургической стерилизации и услуги по сохранению фертильности;
  - оплодотворение искусственным путем, такое как экстракорпоральное оплодотворение, перенос зигот в маточные трубы, трансплантация зрелых яйцеклеток и внесение гаметы в фаллопиеву трубу (за исключением искусственного оплодотворения и сопутствующих услуг, покрываемых Medicare).
- Товары и услуги, которые не являются товарами и услугами медико-санитарной помощи, если только они не утверждены в рамках вашего страхового покрытия Medi-Cal в рамках программы ILOS или покрытия медицинского оборудования длительного пользования Durable Medical Equipment. Например, мы не оплачиваем:

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



- обучение хорошим манерам и этикету;
- услуги обучения и поддержки для развития навыков планирования, таких как планирование повседневных дел и планирование проектов или задач;
- товары и услуги, направленные на повышение научных знаний или навыков;
- услуги обучения и поддержки для развития интеллекта;
- преподавание или репетиторство, например в области грамматики, математики и планирования времени;
- обучение чтению, независимо от того, страдаете ли вы дислексией;
- образовательное тестирование;
- обучение различным видам искусств, танцам, верховой езде, музыке, играм или плаванию, за исключением упомянутого обучения играм, если оно относится к услугам, являющимся составной частью плана поведенческой терапии и покрывается, как указано в главе 4.
- обучение навыкам с целью трудоустройства или получения профессии;
- профессиональное обучение или обучение профессиональным навыкам;
- курсы профессионального роста;
- обучение навыкам конкретной профессии или консультирование по поводу трудоустройства;
- Усовершенствования вашего дома или автомобиля, если только они не являются временными изменениями, необходимыми с медицинской точки зрения или одобренными в рамках программы Community Supports.
- Акватерапию и другие виды водной терапии. Исключение по акватерапии и другим видам водной терапии не касается услуг, которые входят в план физиотерапии и которые оплачиваются планом в рамках следующих льгот:
  - медико-санитарный уход на дому;
  - уход в хосписе и паллиативная медицинская помощь;
  - реабилитационные и абилитационные услуги;
  - обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Лечебный массаж. Это исключение не касается услуг, которые входят в план физиотерапии и которые оплачиваются планом в рамках следующих льгот:
  - медико-санитарный уход на дому;
  - уход в хосписе и паллиативная медицинская помощь;
  - реабилитационные и абилитационные услуги;
  - обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- Услуги персонального ухода (патронажные услуги), такие как помощь с выполнением повседневных действий (например: ходьба, перемещение в постель и из постели, купание, одевание, кормление, посещение туалета и прием лекарств). Это исключение не распространяется на помощь с выполнением повседневных действий, которая предоставляется в рамках покрытия, описанного в следующих подразделах:
  - уход в хосписе и паллиативная медицинская помощь;
  - услуги долговременного ухода и поддержки;
  - обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода, учреждения временного ухода или учреждения по оказанию ухода в подострых случаях;
  - Услуги по месту жительства.
- Услуги, не одобренные федеральным Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств. Мы не покрываем лекарственные средства, добавки, тесты, вакцины, устройства, радиоактивные материалы и любые другие услуги, которые согласно законодательству должны быть одобрены федеральным Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) для продажи в США, однако не получили такого одобрения. Это исключение не распространяется на следующие ситуации:
  - покрываемые услуги в рамках клинических исследований;
  - услуги, предоставляемые в рамках оплачиваемых исследовательских услуг.
- Услуги, предоставляемые лицами без лицензии. Страховое покрытие обычно не распространяется на услуги, которые предоставляются безопасно и эффективно лицами, у которых государство не требует наличия лицензий или сертификатов для предоставления медицинских услуг, и если состояние участника не требует, чтобы услуги предоставлялись лицензированным поставщиком услуг здравоохранения. Это исключение не распространяется на следующее:

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- покрываемые услуги, указанные в главе 4 этого Справочника участника.
- одобренные услуги в рамках программы Covered Community Supports;
- покрываемые услуги доулы;
- покрываемые услуги медико-санитарных работников.
- Услуги, не покрываемые планом медицинского страхования. Если услуга не оплачивается, все услуги, связанные с такой непокрываемой услугой считаются исключением. Исключение не распространяется на лечение осложнений, вызванных неоплачиваемыми услугами, если эти осложнения могут быть покрыты иным способом. Например, если вам проводят косметическую операцию, которая не покрывается страховкой, мы не будем оплачивать услуги по подготовке к операции или услуги последующего ухода. Если впоследствии у вас возникнет угрожающее жизни осложнение, например серьезная инфекция, это исключение не будет применяться и мы оплатим услуги, необходимые для лечения осложнения, при условии, что эти услуги указаны как покрываемые в этом Справочнике участника.
- Ведение детей в случаях отравления свинцом обеспечивается окружными департаментами здравоохранения. Обратитесь к медицинской службе округа для получения дополнительной информации о том, как получить услуги, предусмотренные для случаев отравления свинцом.

### Исключения DeltaCare USA

Если услуги из перечня процедур выполняются назначенным договорным стоматологом, участник оплачивает указанную сумму своей доли. Включенные процедуры, требующие от стоматолога предоставления услуг специалистов с направлением назначенного договорного стоматолога, должны быть утверждены Delta Dental. Участник оплачивает указанную сумму своей доли за такие услуги.

Стоматологическая страховка DeltaCare USA не покрывает следующие услуги и статьи расходов:

- Любая процедура, которая не указана в разделе «Дополнительные стоматологические услуги (Программа DeltaCare® USA Dental НМО)» в этой главе.
- Все связанные счета за прием, использование или пребывание в больнице, амбулаторном хирургическом центре, учреждении расширенного ухода или другом подобном учреждении.
- Потеря или кража полных съемных протезов, фиксаторов пространства и коронок.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Расходы на стоматологические услуги, понесенные в связи с любыми стоматологическими процедурами, начатыми после прекращения права на покрытие.
- Расходы на стоматологические услуги, понесенные в связи с любой стоматологической процедурой до предоставления права на участие в предоплаченной стоматологической программе. Например: подготовка зубов к установке коронки, частичных и полных зубных протезов, обработка корневых каналов на этапе выполнения.
- Врожденные пороки развития (например, врожденное отсутствие зубов, сверхкомплектные зубы, дисплазия эмали и дентина и т. д.), если они не включены в раздел «Дополнительные стоматологические услуги (Программа DeltaCare® USA Dental НМО)» в этой главе.
- Отпуск лекарств, которые обычно не поставляются в стоматологическом учреждении, если это не включено в раздел «Дополнительные стоматологические услуги (Программа DeltaCare® USA Dental НМО)» в этой главе.
- Любая процедура, которая, по профессиональному мнению стоматолога или специалиста, указанного в договоре, либо консультанта по плану стоматологического страхования:
  - имеет плохой прогноз для успешного результата и обоснованной долговечности на основании состояния зуба или зубов и (или) окружающих структур, или
  - несовместима с общепринятыми стандартами стоматологии.
- Стоматологические услуги, включая услуги стоматолога, полученные в любом стоматологическом учреждении, не указанном в договоре, за исключением случаев, когда это прямо разрешено в письменной форме либо указано в разделе «Дополнительные стоматологические услуги (Программа DeltaCare® USA Dental НМО)» в этой главе. Чтобы получить письменное разрешение, участник должен позвонить в отдел обслуживания клиентов по телефону **1-877-644-1774** с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 EST, 7 дней в неделю с 1 октября по 31 марта, с 08:00 до 20:00. EST, (пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **711**).
- Консультации по непокрываемым льготам.
- Замещение, которое выполняется исключительно из-за косметического дефекта, сошлифования, истирания, эрозии, восстановления или изменения высоты прикуса, врожденной или приобретенной деформации зубов.
- Профилактические, эндодонтические или восстановительные процедуры не являются основанием для предоставления льготы на съемные зубные протезы.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Приспособления или пломбы, необходимые для увеличения высоты прикуса, замены или стабилизации зуба, утратившего структуру в результате истирания, выравнивания зубов, периодонтального шинирования, выполнения гнатологической записи, выравнивания или лечения нарушений височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), если они не включены в раздел «Дополнительные стоматологические услуги (Программа DeltaCare® USA Dental НМО)» в этой главе.
- Первоначальный план лечения, который включает в себя удаление и восстановление окклюзионных контактов 10 и более зубов с коронками, считается полной реконструкцией полости рта в рамках предоплаченной стоматологической программы. Льготы не распространяются на коронки, предусмотренные таким планом лечения. Для других покрываемых услуг льготы сохраняются.
- Драгоценные металлы для съемных приспособлений, металлические или постоянные мягкие основания для полных протезов, фарфоровые зубы, а также определение характерных параметров и индивидуализация полных съемных протезов.
- Удаление зубов при бессимптомном/непатологическом состоянии зубов (отсутствие признаков и симптомов патологии либо инфекции), включая, помимо прочего, удаление третьих моляров.
- Методы лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, которые включают протезирование, ортодонтию и полную или частичную окклюзионную реабилитацию зубов или устранение дисфункции ВНЧС исключительно в целях лечения бруксизма.
- Вестибулопластика или расщепление альвеолярного отростка, если операция на одной дуге выполняется в тот же день, что и удаление (D7111–D7250).
- Глубокая седация / общая анестезия для покрываемых процедур в тот же день, что и анестезия, минимальная седация, ингаляция закиси азота или внутривенная седация/анальгезия с сохранением сознания.
- Внутривенная седация / обезбоживание с сохранением сознания для покрываемых процедур в тот же день, что и обезбоживание, минимальная седация, ингаляция закиси азота или глубокая седация / общая анестезия.
- Ингаляция закиси азота при выполнении других покрываемых процедур седации.
- Ортодонтическое лечение должен проводить лицензированный стоматолог. Самостоятельная ортодонтия не покрывается.
- Удаление фиксированных ортодонтических приспособлений по причинам, отличным от завершения лечения, не является покрываемым страховым возмещением.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Ограничения DeltaCare USA

Стоматологической страховкой DeltaCare USA предусмотрены ограничения для некоторых услуг и статей расходов.

- Частота предоставления некоторых льгот ограничена. Все ограничения по частоте перечислены в разделе «Дополнительные стоматологические услуги (Программа DeltaCare® USA Dental HMO)» в этой главе.
- Льгота на пломбы доступна в случае удаления кариеса, незначительного восстановления структуры зуба и замены утраченной пломбы.
- Льгота на коронки доступна, если собственной структуры зуба недостаточно для удержания пломбы или замены существующей коронки, которая не выполняет своей функции либо не подлежит восстановлению и была установлена более пяти лет назад.
- Замена имеющейся коронки или полного съемного протеза покрывается, если:
  - имеющиеся коронка или зубной протез больше не выполняют свою функцию и не подлежат ремонту или подгонке;
  - имеющиеся нефункциональные коронка или зубной протез установлены не ранее чем за пять лет до замены.
- В случае с временными частичными зубными протезами (накладными пластинами) в сочетании с несъемными или съемными приспособлениями у взрослых выполняется только замена удаленных передних зубов в период заживления, если нет возможности добавить зубы к имеющемуся частичному протезу.
- Льготы в рамках программы лечения мягких тканей ограничены теми, которые указаны в разделе «Дополнительные стоматологические услуги (Программа DeltaCare® USA Dental HMO)» в этой главе. Если участник отказывается от непокрываемых услуг в рамках программы лечения мягких тканей, это никак не повлияет на другие покрываемые льготы.
- Подгонка и уточнение протезного ложа нового съемного полного или частичного временного протеза выполняется без дополнительных затрат в течение первых шести месяцев после установки, если участник продолжает соответствовать требованиям и услуги предоставляются согласно договору в стоматологическом учреждении, где протез был изначально установлен.
- Преимущества ограничиваются либо внутриротовыми комплексными рентгенографическими изображениями (D0210), либо панорамными рентгенографическими изображениями (D0330) каждый календарный год.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

- Комплексные внутриротовые изображения могут включать любую комбинацию периапикальных и прикусных изображений.
- Панорамные изображения не считаются частью комплексной внутриротовой серии.
- Прикусы любого типа запрещены в течение 6 месяцев после внутриротовой комплексной внутриротовой серии, если только это не оправдано особыми обстоятельствами.
- Временные протезы покрываются при наличии одного или нескольких из следующих условий:
  - на рентгенограмме виден обширный или выраженный кариес, или
  - показано тяжелое периодонтальное вмешательство, или
  - отсутствует несколько зубов, что приводит к пониженной жевательной способности, отрицательно влияющей на здоровье участника.
- Льготные услуги, связанные с имплантацией зубов, предоставляются только в случае наличия задокументированных особых медицинских показаний, которые проверяются на предмет медицинской необходимости, и предварительного разрешения.  
Исключительные медицинские состояния включают в себя, без ограничений:
  - рак ротовой полости, при котором показана радикальная операция и (или) лучевая терапия и который приводит к разрушению альвеолярного отростка, когда оставшиеся костные структуры не могут поддерживать обычные зубные протезы;
  - тяжелая атрофия костной ткани нижней и (или) верхней челюсти, которую нельзя устранить с помощью вытяжения скуловой области или наращивания костной ткани, в результате которой участник не может носить обычный протез;
  - деформации костной ткани, препятствующие использованию обычных протезов (например, артрогрипоз, эктодермальная дисплазия, частичная анодонтия и ключично-черепная дисплазия).
- Некоторые из указанных процедур, выполняемые специалистом, могут считаться базовыми согласно плану медицинского страхования участника. Льготы на стоматологические услуги согласуются в соответствии с этими процедурами.
- Для выполнения глубокой седации / общей анестезии или внутривенной седации/анальгезии с сохранением сознания для покрываемых процедур следует предоставить документацию, подтверждающую медицинскую необходимость, в частности наличие ограничений ментального либо физического характера или противопоказаний к препарату для местной анестезии.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- При выполнении сопутствующих платных процедур глубокая седация / общая анестезия (D9223), закись азота (D9230), внутривенная седация / анальгезия с сохранением сознания (D9243) и терапевтические парентеральные препараты (D9610) являются льготными. В случае отказа от сопутствующих платных процедур поставщика в предварительном разрешении или оплате будет отказано. В день оказания услуги оплачивается только одна процедура анестезии, независимо от методов введения и используемых препаратов.
- Для выполнения седации с помощью невнутривенного способа введения с сохранением сознания (D9248) следует предоставить документацию, подтверждающую медицинскую необходимость, а именно наличие противопоказания ментального либо физического характера или связанного с развитием либо поведением к препарату для местной анестезии. Льгота не применяется в случае выполнения в один день с такими процедурами как глубокая седация / общая анестезия (D9223), анальгезия, минимальная седация, ингаляция закиси азота (D9230), внутривенная седация / анальгезия с сохранением сознания (D9243) либо отказа от сопутствующих процедур поставщика в день оказания услуги.
- Лечение (послеоперационных) осложнений — необычные осложнения, по уведомлению (D9930) является льготным: в случае луночкового постэкстракционного альвеолита или обширного кровотечения — в течение 30 дней со дня удаления; при удалении костных фрагментов — в течение 30 дней со дня удаления.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.



## Глава 5. Получение рецептурных лекарств для амбулаторного лечения

---

### Введение

В этой главе изложены правила получения рецептурных лекарств для амбулаторного лечения. Эти лекарства заказывает для вас врач, и вы получаете их в аптеке или по почте. К ним относятся лекарства, покрываемые Medicare часть D и Medi-Cal. В **главе 6** этого **Справочника участника** вы найдете информацию о том, сколько вы платите за эти лекарства. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе этого **Справочника участника**.

Мы также покрываем лекарственные препараты, указанные ниже, хотя информация о них не представлена в этой главе.

- Лекарственные препараты, покрываемые Medicare часть А. К ним относятся некоторые лекарства, которые вы получали, пока находились в больнице или учреждении сестринского ухода.
- Лекарственные препараты, покрываемые Medicare часть В. К ним относятся некоторые препараты для химиотерапии, некоторые лекарственные препараты, которые вам вводят во время визита к врачу или другому поставщику медицинских услуг, а также препараты, которые вы получаете в клинике диализа. Чтобы узнать больше о том, какие препараты покрываются программой Medicare часть В, см. Таблицу льгот в **главе 4** этого **Справочника участника**.
- В дополнение к части D плана Medicare и медицинскому покрытию ваши лекарства могут покрываться программой Original Medicare, если вы находитесь в хосписе Medicare. Для получения дополнительной информации см. **Раздел F** «Если вы участвуете в программе хосписа, сертифицированной Medicare».

### Правила покрытия лекарственных препаратов для амбулаторного лечения в рамках нашего плана

Обычно мы покрываем ваши лекарственные препараты, если вы соблюдаете правила, изложенные в этом разделе.

1. Вы должны обратиться к врачу или другому поставщику медицинских услуг, чтобы он выписал вам рецепт в соответствии с применимым законодательством штата. Обычно вы обращаетесь к поставщику первичных медицинских услуг (primary care provider, PCP). Это также может быть другой поставщик, к которому вас направил ваш поставщик первичных медицинских услуг.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

2. Имя лица, выписывающего рецепт, **не** должно быть указано в списках исключений Medicare или других подобных списках Medi-Cal.
3. Как правило, вы получаете лекарства по рецепту в аптеке, входящей в сеть.
4. Прописанный вам лекарственный препарат должен быть в нашем **Списке покрываемых лекарств**. Для краткости мы называем его «Перечень препаратов».
  - Если препарата нет в Перечне препаратов, мы можем покрыть его стоимость в качестве исключения.
  - Подробную информацию о запросе об исключении см. в главе 9.
  - Также обратите внимание, что запрос на покрытие рецептурного лекарства будет оцениваться в соответствии со стандартами программ Medicare и Medi-Cal
5. Для применения вашего лекарственного препарата должно быть утвержденное медицинское показание. Это означает, что использование препарата одобрено Управлением США по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов либо подтверждено определенными медицинскими рекомендациями. Ваш врач может помочь вам определить медицинские рекомендации для обоснования использования рецептурного лекарства.

## Содержание главы 5

A. Получение рецептурного препарата .....	178
A1. Получение рецептурного препарата в аптеке, входящей в сеть.....	178
A2. Получение рецептурного лекарства с помощью вашей идентификационной карты участника .....	178
A3. Ваши действия в случае смены аптеки, входящей в сеть .....	178
A4. Ваши действия в случае, если аптека, в которой вы обслуживаетесь, выходит из сети.....	179
A5. Специализированные аптеки .....	179
A6. Получение лекарственных препаратов по почте .....	180
Получение рецептурных лекарств по почте.....	180
Процедуры обработки почтовых заказов .....	181
A7. Получение долгосрочного запаса лекарственных препаратов.....	181

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

A8. Обслуживание в аптеке, не входящей в сеть нашего плана .....	182
A9. Возмещение за рецептурный препарат .....	183
B. Перечень препаратов нашего плана .....	183
B1. Лекарственные препараты в нашем Перечне препаратов .....	183
B2. Поиск лекарственного препарата в нашем Перечне препаратов.....	184
B3. Лекарственные препараты, отсутствующие в нашем Перечне препаратов .....	185
C. Ограничения на некоторые лекарственные препараты.....	186
D. Причины возможного отказа в покрытии вашего лекарственного препарата....	188
D1. Получение временного запаса .....	188
D2. Просьба о временной поставке .....	190
D3. Запрос об исключении .....	190
E. Изменения страхового покрытия ваших лекарственных препаратов.....	191
F. Страхование лекарственных препаратов в особых случаях.....	193
F1. В больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода на период пребывания, покрываемого нашим планом.....	193
F2. В учреждении долгосрочного ухода.....	193
F3. В программе хосписа, сертифицированной Medicare .....	194
G. Программы по безопасному применению лекарственных препаратов и обращению с ними.....	194
G1. Программы по безопасному применению лекарственных препаратов .....	194
G2. Программы по обращению с лекарственными препаратами.....	195
G3. Программа по обращению с лекарственными препаратами для безопасного применения опиоидных лекарств .....	196

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## **А. Получение рецептурного препарата**

### **А1. Получение рецептурного препарата в аптеке, входящей в сеть**

Обычно мы оплачиваем рецептурные препараты, только если вы получаете их в любой из аптек, входящих в нашу сеть. Аптека, входящая в сеть, — это аптека, которая соглашается выдавать рецептурные лекарства для участников нашего плана. Вы можете воспользоваться услугами любой из аптек, входящих в нашу сеть.

Чтобы найти сетевую аптеку, просмотрите **Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек**, посетите наш веб-сайт или обратитесь в отдел обслуживания клиентов.

### **А2. Получение рецептурного лекарства с помощью вашей идентификационной карты участника**

Чтобы получить лекарство, **предъявите свою идентификационную карту участника** в сетевой аптеке. Аптека, входящая в сеть, выставляет нам счет в размере нашей доли стоимости вашего покрываемого рецептурного лекарства. Возможно, вам придется оплатить в аптеке свою часть, когда будете забирать лекарство.

Помните, что ваша карта Medi-Cal или идентификационная карта получателя льгот (Benefits Identification Card, BIC) необходимы для доступа к лекарственным препаратам, покрываемым Medi-Cal Rx.

Если у вас не окажется при себе идентификационной карты участника или карты BIC, когда вы будете получать рецептурное лекарство, попросите работника аптеки позвонить нам, чтобы мы предоставили необходимую информацию.

Если сотрудник аптеки не сможет получить необходимую информацию, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость рецептурного препарата. Затем вы можете обратиться к нам, чтобы мы возместили вам нашу долю стоимости. **Если вы не можете заплатить за лекарственный препарат, немедленно свяжитесь с отделом обслуживания участников.** Мы сделаем все возможное, чтобы помочь вам.

- Порядок возврата денег см. в **главе 7** этого **Справочника участника**.
- Если вам нужна помощь в получении рецептурного лекарства, обратитесь в отдел обслуживания участников.

### **А3. Ваши действия в случае смены аптеки, входящей в сеть**

Если вам нужна помощь с переходом в новую аптеку, входящую в сеть, обратитесь в отдел обслуживания участников.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

#### **A4. Ваши действия в случае, если аптека, в которой вы обслуживаетесь, выходит из сети**

Если аптека, в которой вы обслуживаетесь, выходит из сети нашего плана, вам необходимо найти новую сетевую аптеку.

Чтобы найти новую сетевую аптеку, просмотрите **Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек**, посетите наш веб-сайт или обратитесь в отдел обслуживания клиентов.

#### **A5. Специализированные аптеки**

Иногда рецептурные лекарства выдаются в специализированной аптеке.

К специализированным аптекам относятся:

- Аптеки, поставляющие препараты для инфузионной терапии в домашних условиях;
- Аптеки, которые снабжают лекарствами лиц, проживающих в учреждениях долгосрочного ухода, таких как учреждениях сестринского ухода.
  - Обычно в учреждениях долгосрочного ухода есть собственные аптеки. Если вы проживаете в учреждении долгосрочного ухода, мы позаботимся о том, чтобы вы могли получить необходимые лекарственные препараты в аптеке учреждения.
  - Если аптека вашего учреждения долгосрочного ухода не входит в нашу сеть или у вас возникли трудности с получением ваших лекарств в учреждении долгосрочного ухода, обратитесь в отдел обслуживания участников.
- Аптеки, обслуживающие такие программы: Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health. За исключением неотложных ситуаций, этими аптеками могут пользоваться только коренные американцы или коренные жители Аляски.
- Аптеки, отпускающие лекарства, которые FDA разрешают продавать только в определенных местах или которые требуют особого обращения, координации поставщика услуг или обучения их применению. (Примечание. Такой сценарий — скорее исключение).

Чтобы найти специализированную аптеку, просмотрите **Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек**, посетите наш веб-сайт или обратитесь в отдел обслуживания клиентов.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## А6. Получение лекарственных препаратов по почте

Чтобы получить определенные виды лекарственных препаратов в рамках нашего плана, вы можете воспользоваться услугами почтовой службы. Как правило, это лекарства, которые вы принимаете на регулярной основе при хроническом заболевании либо длительном течении заболевания. Лекарственные препараты, которые можно получить из аптеки отправления заказов почтой в рамках нашего плана, отмечены в нашем Перечне препаратов как лекарства для доставки по почте.

В рамках услуги доставки лекарств по почте вы можете заказать запас лекарств не более чем на 100 дней. За 100-дневный запас вы доплачиваете столько же, сколько и за месячный запас.

### Получение рецептурных лекарств по почте

Чтобы узнать больше о получении рецептурных лекарств по почте, посетите местную сетевую аптеку или наш веб-сайт по адресу [kp.org/refill](http://kp.org/refill). Вы можете заказать новый запас рецептурных препаратов без особых усилий с вашей стороны, как указано ниже.

- Зарегистрируйтесь и оформите онлайн-заказ на сайте [kp.org/refill](http://kp.org/refill).
- обращайтесь по номеру **1-866-206-2983** (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 07:00 до 19:00 или выделенному номеру, указанному в рецепте, и далее следуйте инструкциям. Когда вас попросят выбрать вариант доставки, обязательно укажите доставку почтой.
- Отправьте свой рецепт или запрос на пополнение запасов, заполнив форму почтового заказа, которую можно получить в любой сетевой аптеке Kaiser Permanente.

Когда вы заказываете пополнение запаса с доставкой на дом через Интернет, по телефону или в письменной форме, вы должны оплатить свою долю расходов при размещении заказа (за обычную доставку Почтовой службой США (United States Postal Service, USPS) плата за доставку не взимается). По желанию вы можете указать аптеку, входящую в сеть, в которой хотите забрать и оплатить рецептурные лекарства. Обратитесь в аптеку, входящую в сеть, если у вас есть вопросы о том, можно ли отправить ваш рецепт по почте, или ознакомьтесь с нашим Перечнем препаратов и узнайте подробнее о лекарственных препаратах, которые можно получить по почте.

Обычно рецептурные лекарства, отправляемые почтой, приходят в течение 5 дней. Если ваш заказ задерживается, позвоните по номеру, указанному выше или на этикетке флакона рецептурного препарата. Кроме того, если вы не можете дождаться доставки рецептурных лекарств из нашей аптеки для отправления заказов почтой, вы можете получить срочный запас, позвонив в местную розничную сетевую аптеку, указанную в вашем

**Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек** или на веб-сайте [kp.org/directory](http://kp.org/directory). Имейте в виду, что вы можете заплатить больше, если получите 100-дневный запас в сетевой розничной аптеке, а не из нашей аптеки для отправления заказов почтой.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## Процедуры обработки почтовых заказов

Служба отправления заказов почтой следует разным процедурам, когда получает новые рецепты от вас, из офиса вашего поставщика услуг, и в случае повторного выполнения ваших почтовых заказов.

### 1. Аптека отправления заказов почтой получает рецепт из офиса вашего поставщика услуг

После того как аптека получит рецепт от поставщика медицинских услуг, она свяжется с вами, чтобы узнать, хотите ли вы получить лекарственный препарат незамедлительно или через какое-то время.

- В этом случае вы можете убедиться, что аптека доставляет необходимое лекарственное средство (включая концентрацию, количество и форму), и при необходимости отклонить или отложить доставку заказа, пока вам не выставили счет и не отправили заказ.
- Отвечайте каждый раз, когда сотрудник аптеки связывается с вами, чтобы дать указания относительно нового рецепта и предотвратить любые задержки с доставкой.

### 2. Пополнение рецептурных лекарств по почте

- Для пополнения запасов обратитесь в вашу аптеку за 5 дней до истечения срока действия вашего текущего рецепта, чтобы вовремя получить следующий заказ.

Укажите оптимальный способ связи, чтобы сотрудник аптеки мог связаться с вами и подтвердить заказ перед отправкой. При размещении заказа укажите текущую контактную информацию на случай, если нам понадобится связаться с вами.

## A7. Получение долгосрочного запаса лекарственных препаратов

Вы можете получить долгосрочный запас поддерживающих лекарственных препаратов из Перечня препаратов нашего плана. Поддерживающие препараты — это препараты, которые вы принимаете на регулярной основе при хроническом заболевании или длительном течении заболевания.

Вы можете получить запас поддерживающих лекарственных препаратов в некоторых аптеках, входящих в сеть. За 100-дневный запас вы доплачиваете столько же, сколько и за месячный запас. Информацию о том, какие аптеки могут предоставить вам долгосрочный запас поддерживающих лекарственных препаратов, см. в **Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек**. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников, чтобы получить дополнительную информацию.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Чтобы получить долгосрочный запас поддерживающих лекарственных препаратов определенного вида, вы можете воспользоваться услугами доставки заказа почтой в рамках нашего плана. Для получения подробной информации о доставке заказа почтой, см. **раздел А6.**

### **А8. Обслуживание в аптеке, не входящей в сеть нашего плана**

Как правило, мы оплачиваем лекарства, которые вы получаете в аптеках, не входящих в сеть, только в том случае, если вы не можете воспользоваться услугами аптеки сети.

Мы оплачиваем рецептурные лекарства, отпускаемые в аптеке, не входящей в сеть, в указанных ниже случаях.

- Если, путешествуя по Соединенным Штатам и их территориям за пределами нашей зоны обслуживания, вы заболели или у вас закончились рецептурные препараты, покрываемые частью D, мы оплатим рецептурные лекарства, выданные в аптеке, не входящей в сеть с учетом ограниченных возможностей и исключительных обстоятельств в соответствии с нашими инструкциями к фармацевтическому справочнику в рамках Medicare часть D.
- Если вам нужен рецептурный препарат Medicare часть D в сочетании с покрываемой экстренной медицинской помощью, оказываемой поставщиком, не входящим в сеть, или неотложной медицинской помощью вне зоны обслуживания, мы покроем до 30-дневного запаса из аптеки, не входящей в сеть. Примечание. Если рецептурные лекарства прописываются и предоставляются за пределами Соединенных Штатов и их территорий в рамках покрываемой экстренной или неотложной помощи, мы оплачиваем запас не более чем на 30 дней за 30-дневный период. Эти лекарственные препараты не покрываются программой Medicare часть D; следовательно, платежи за эти лекарства не учитываются при достижении этапа страхового покрытия в чрезвычайной ситуации.
- Если вы не можете получить покрываемое лекарство своевременно на нашей территории обслуживания из-за отсутствия круглосуточной аптеки, входящей в сеть, в пределах разумного расстояния. Мы можем не оплатить ваш рецепт, если здравомыслящий человек мог бы приобрести лекарственный препарат в аптеке, входящей в сеть, в обычное рабочее время.
- Если вы пытаетесь получить рецептурное лекарство, которое не всегда имеется в наличии в сетевой аптеке вашего района или доступно через нашу аптеку с доставкой по почте (включая дорогостоящие лекарственные препараты).
- Если вы не можете получить рецептурные лекарства в аптеке, входящей в сеть, во время стихийного бедствия.

В указанных выше случаях сначала обратитесь в отдел обслуживания участников и узнайте, есть ли поблизости аптека, входящая в сеть.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



## A9. Возмещение за рецептурный препарат

Если вы вынуждены приобрести рецептурный препарат в аптеке, не входящей в сеть, вы оплатите его полную стоимость, а не свою долю. Затем вы можете обратиться к нам, чтобы мы возместили вам нашу долю стоимости.

Если вы оплатите полную стоимость рецептурного лекарства, покрываемого программой Medi-Cal Rx, вы можете получить компенсацию от аптеки после того, как программа Medi-Cal Rx оплатит рецепт. В качестве альтернативы вы можете попросить Medi-Cal Rx вернуть вам деньги, подав заявку «Medi-Cal о возмещении личных расходов (Conlan)» Дополнительную информацию можно найти на веб-сайте Medi-Cal Rx: [medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/).

Подробную информацию см. в главе 7 этого Справочника участника.

---

## B. Перечень препаратов нашего плана

У нас есть **Перечень покрываемых лекарственных препаратов**. Для краткости мы называем его «Перечень препаратов».

Мы выбираем лекарства из Перечня с помощью команды врачей и фармацевтов. Перечень препаратов также содержит правила, которым необходимо следовать, чтобы получить лекарственные препараты.

Как правило, мы оплачиваем лекарственный препарат из Перечня препаратов нашего плана, если вы следуете правилам, изложенным в этой главе.

### B1. Лекарственные препараты в нашем Перечне препаратов

Наш Перечень препаратов содержит лекарственные препараты, покрываемые частью D программы Medicare.

Большинство рецептурных лекарств, которые вы получаете в аптеке, покрываются вашим планом. Другие лекарственные препараты, такие как безрецептурные лекарства и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Подробную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)). Вы также можете позвонить в отдел обслуживания клиентов Medi-Cal Rx по телефону **1-800-977-2273**. Для получения рецептурных препаратов в рамках программы Medi-Cal Rx возьмите с собой идентификационную карту получателя страховой выплаты (Beneficiary Identification Card, BIC) Medi-Cal Rx.

Наш Перечень препаратов включает патентованные и непатентованные лекарственные препараты, а также биоаналоги.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Патентованный лекарственный препарат — это рецептурное лекарство, которое продается под торговой маркой его производителя. Патентованные лекарства с более сложным составом (например, лекарственные препараты на основе белка), называются биологическими препаратами. В нашем Перечне препаратов «лекарственный препарат» может означать лекарственный или биологический препарат.

Непатентованные лекарственные препараты имеют те же активные ингредиенты, что и патентованные. Поскольку состав биологических препаратов более сложный, чем у обычных лекарств, они имеют свои непатентованные аналоги, называемые биоаналогами. Как правило, непатентованные лекарственные препараты и биоаналоги действуют так же, как и патентованные или биологические препараты, и при этом стоят меньше. Для многих патентованных и биологических препаратов существует альтернатива в виде непатентованных лекарственных препаратов и биоаналогов. Поговорите со своим поставщиком медицинских услуг, если у вас есть вопросы о том, подойдет ли вам непатентованный или патентованный препарат.

## **В2. Поиск лекарственного препарата в нашем Перечне препаратов**

Чтобы узнать, есть ли ваш лекарственный препарат в нашем Перечне препаратов, вы можете выполнить указанные ниже действия.

- Проверьте последний Перечень препаратов, который мы разместили в электронном виде на нашем веб-сайте.
- Посетите веб-сайт нашего плана по адресу [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx). Перечень препаратов на нашем сайте всегда актуальный.
- Позвоните в отдел обслуживания участников, чтобы узнать, есть ли лекарственный препарат в нашем Перечне препаратов, или попросить копию списка.
- Лекарственные препараты, для которых не предусмотрены льготы в рамках нашего плана Medicare часть D, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Подробную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)).
- Воспользуйтесь нашим «Инструментом определения льгот в реальном времени» по адресу [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) или позвоните в отдел обслуживания участников. Этот инструмент позволяет найти лекарственные препараты, включенные в Перечень препаратов, и определить сумму, которую вам необходимо будет заплатить, а также узнать, есть ли в Перечне альтернативные препараты, которые могут использоваться для лечения того же заболевания.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

### **В3. Лекарственные препараты, отсутствующие в нашем Перечне препаратов**

Мы покрываем не все рецептурные лекарства. Некоторые препараты не включены в наш Перечень препаратов, потому мы не можем их покрывать согласно закону. В других случаях мы решили не включать лекарственный препарат в наш Перечень препаратов.

Наш план не оплачивает лекарственные препараты, описанные в этом разделе. Это лекарственные препараты, **исключенные из страхового покрытия**. Если вы получили рецепт на исключенный лекарственный препарат, возможно, вам придется заплатить за него самостоятельно. Если вы считаете, что в вашем случае мы должны оплатить исключенный лекарственный препарат, вы можете подать апелляцию. Подробную информацию об апелляциях см. в **главе 9** этого **Справочника участника**.

Три общих правила для исключенных лекарственных препаратов представлены ниже.

- Страхование лекарственных препаратов для амбулаторного лечения нашего плана (которое включает лекарственные препараты части D программы Medicare) не охватывает лекарственный препарат, которое уже покрывается частью A или B программы Medicare. Наш план оплачивает лекарства, покрываемые частью A или B программы Medicare, но эти лекарственные препараты не считаются частью ваших льгот по рецептурным препаратам для амбулаторного лечения.
- Наш план не покрывает лекарственные препараты, приобретенные за пределами Соединенных Штатов и их территорий.
- Использование препарата должно быть одобрено Управлением США по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов или подтверждено определенными медицинскими рекомендациями для лечения вашего состояния. Ваш врач может назначить определенный лекарственный препарат, даже если он не был одобрен для лечения вашего состояния. Это называется «использование, не предусмотренное инструкцией». Наш план обычно не покрывает лекарства, прописанные для использования не предусмотренного инструкцией.
- В рамках программы Medi-Cal, большинство амбулаторных рецептурных препаратов покрываются Medi-Cal Rx как услуга с использованием гонорарного способа оплаты. Чтобы на него распространялось страховое покрытие Medi-Cal Rx, лекарственный препарат должен входить в Перечень препаратов по договору страхования (Contract Drug List, CDL) программы Medi-Cal или должен быть предварительно одобрен для вас в рамках программы Medi-Cal Rx. Ваш поставщик медицинских услуг может сообщить вам, включен ли лекарственный препарат в CDL программы Medi-Cal Rx.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Кроме того, по закону программы Medicare или Medi-Cal не могут покрывать виды лекарственных препаратов, перечисленные ниже.

- Лекарственные препараты для повышения фертильности.
- Лекарственные препараты для облегчения симптомов кашля или простуды.\*
- Лекарственные препараты, используемые в косметических целях или для стимулирования роста волос.
- Витамины и минеральные препараты, отпускаемые по рецепту, за исключением пренатальных витаминов и фтористых препаратов\*.
- Лекарственные препараты, используемые для лечения сексуальной или эректильной дисфункции.
- Лекарственные препараты, используемые для лечения анорексии, снижения или увеличения массы тела.\*
- Препараты для амбулаторного лечения, если компания-изготовитель заявляет, что только она должна выполнять анализы или оказывать услуги.
- \*Некоторые продукты могут покрываться программой Medi-Cal. Подробную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)).

---

## С. Ограничения на некоторые лекарственные препараты

В отношении некоторых рецептурных препаратов существуют особые правила, ограничивающие то, как и когда их покрывает наш план. Обычно наши правила призывают вас приобретать лекарство, которое подходит для вашего состояния здоровья, является безопасным и эффективным. Когда безопасный недорогой лекарственный препарат работает так же хорошо, как и более дорогой, мы ожидаем, что ваш поставщик медицинских услуг назначит более дешевый вариант.

**Если для вашего препарата действует особое правило, это обычно означает, что вы или ваш поставщик медицинских услуг должны принять дополнительные меры, чтобы мы покрыли этот лекарственный препарат.** Например, ваш врач поставщик медицинских услуг сначала сообщит нам ваш диагноз или предоставит результаты анализов крови. Если вы или ваш поставщик медицинских услуг считаете, что наше правило не должно применяться к вашей ситуации, попросите нас сделать исключение. Мы можем согласиться либо не разрешить вам использовать препарат без принятия дополнительных мер.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Подробную информацию о запросе об исключениях см. в **главе 9** этого **Справочника участника**.

### **1. Ограничение использования патентованного лекарства при наличии непатентованного лекарственного препарата**

Как правило, непатентованный лекарственный препарат действует так же, как и патентованный, и при этом обычно стоит дешевле. Если существует непатентованный вариант патентованного лекарства, в аптеках нашей сети вы получите непатентованный лекарственный препарат.

- Обычно мы не платим за патентованное лекарство, если есть непатентованный вариант.
- Однако если ваш поставщик медицинских услуг предоставил нам медицинское обоснование того, почему непатентованный лекарственный препарат или другие покрываемые лекарства, предназначенные для лечения того же состояния, вам не подойдут, мы оплатим патентованное лекарство.
- Размер вашей доплаты может быть выше за патентованный лекарственный препарат или оригинальный биологический продукт, чем за непатентованный препарат или взаимозаменяемый биоаналог.

### **2. Предварительное одобрение от плана**

Для некоторых рецептурных препаратов вы или ваш врач должны получить одобрение от нашего плана. Если лекарственный препарат не будет одобрен, мы можем его не оплатить.

### **3. Количественные ограничения**

Некоторые препараты вы можете получать в ограниченном количестве. Речь идет о так называемых количественных ограничениях. Например, мы можем ограничить количество рецептурного препарата, которое вы будете получать за раз.

Чтобы узнать, применимы ли какие-либо из приведенных выше правил к лекарственному препарату, который вы принимаете или хотите принимать, ознакомьтесь с нашим Перечнем препаратов. Чтобы получить актуальную информацию, позвоните в отдел обслуживания участников или посетите наш веб-сайт по адресу [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx). Если вы не согласны с нашим решением о страховом покрытии по любой из вышеуказанных причин, вы можете подать апелляцию. См. **главу 9** этого **Справочника участника**.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## **Д. Причины возможного отказа в покрытии вашего лекарственного препарата**

Мы стараемся, чтобы ваше страховое покрытие лекарственных было выгодным для вас, однако иногда оно не соответствует вашим ожиданиям. Пример.

- Наш план не покрывает лекарственный препарат, который вы хотите принять. Лекарственный препарат может отсутствовать в нашем Перечне препаратов. Мы можем покрыть непатентованную версию лекарственного препарата, а не патентованную, которую вы хотите принимать. Лекарственный препарат может быть новым, и мы еще не проверяли его на предмет безопасности и эффективности.
- Наш план покрывает лекарственный препарат, однако существуют особые правила или ограничения. Как изложено в разделе выше **разделе С**, на некоторые лекарственные препараты, покрываемые нашим планом, распространяются правила, ограничивающие их использование. В некоторых случаях вы или ваш лечащий врач можете попросить нас сделать исключение.

Вы можете предпринять некоторые шаги, если наше покрытие лекарственного препарата вас не устраивает.

### **D1. Получение временного запаса**

В некоторых случаях мы можем предоставить вам временный запас лекарственного препарата, если он отсутствует в нашем Перечне препаратов или его действие каким-либо образом ограничено. В этом случае у вас есть время, чтобы обсудить со своим поставщиком медицинских услуг приобретение другого лекарственного препарата или попросить нас покрыть его стоимость.

**Вы можете получить временный запас лекарственного препарата, если соблюдены два правила, изложенные ниже.**

1. Лекарственный препарат, который вы принимаете:
  - исключен из нашего Перечня препаратов или же
  - никогда не был в нашем Перечне препаратов, или же
  - на него распространяется действие какого-либо ограничения.
2. Вы должны быть в одной из следующих ситуаций:
  - Вы были участником нашего плана в прошлом году.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Мы покрываем временный запас вашего лекарственного препарата **в первые 90 дней календарного года.**
- Этот временный запас рассчитан на период до 30 дней.
- Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, вы можете получить лекарство повторно, чтобы обеспечить себе запас не более чем на 30 дней. Вы должны получать рецептурный препарат в аптеке, входящей в сеть.
- Аптеки, отпускающие товары для долгосрочного ухода, могут выдавать рецептурные препараты небольшими порциями, чтобы предотвратить их нецелевое использование.
- Вы — новый участник нашего плана.
  - Мы покрываем временный запас вашего лекарственного препарата в первые 90 дней вашего участия в плане.
  - Этот временный запас рассчитан на период до 30 дней.
  - Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, вы можете получить лекарство повторно, чтобы обеспечить себе запас не более чем на 30 дней. Вы должны получать рецептурный препарат в аптеке, входящей в сеть.
  - Аптеки, отпускающие товары для долгосрочного ухода, могут выдавать рецептурные препараты небольшими порциями, чтобы предотвратить их нецелевое использование.
- Вы являетесь участником нашего плана более 90 дней, живете в учреждении длительного ухода и вам необходимо безотлагательно пополнить запас лекарств.
  - Мы единовременно покрываем запас на 31 день или менее, если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней. Это в дополнение к временному запасу, о котором шла речь выше.
  - Если вы поступаете больницу, учреждение квалифицированного сестринского ухода или длительного ухода либо вас переводят в другое учреждение, предоставляющее услуги ухода, либо вас выписывают домой, это называется изменением уровня ухода. Если ваш уровень ухода изменится, вам может потребоваться дополнительный запас лекарственного препарата. Как правило, мы покрываем месячный запас ваших лекарственных препаратов по части D в течение этого переходного периода обслуживания, даже если препарат не входит в наш Перечень препаратов.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## D2. Просьба о временной поставке

Чтобы запросить временный запас лекарственного препарата, позвоните в отдел обслуживания участников.

После получения временного запаса лекарственного препарата как можно скорее обсудите со своим поставщиком медицинских услуг ваши действия на случай, когда ваш временный запас закончится. Вы можете выбрать один из вариантов, предложенных ниже.

- Перейдите на другой лекарственный препарат.

Наш план может покрывать другой лекарственный препарат, который вам подходит. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников и попросить предоставить вам список покрываемых лекарственных препаратов, назначаемых для того же состояния. Ваш поставщик медицинских услуг может найти в этом списке покрываемый лекарственный препарат, который вам подойдет.

### ИЛИ

- Направьте запрос об исключении.

Вы и ваш поставщик медицинских услуг можете попросить нас сделать исключение. Например, вы можете попросить нас покрыть лекарственный препарат, которого нет в нашем Перечне препаратов, или не применять ограничения относительно покрытия. Если ваш поставщик медицинских услуг предоставит нам веское обоснование для исключения, он может помочь вам с запросом.

## D3. Запрос об исключении

Если лекарственный препарат, который вы принимаете, будет исключен из нашего Перечня препаратов или каким-либо образом ограничен в следующем году, мы разрешаем вам запросить исключение до следующего года.

- Мы сообщаем вам обо всех изменениях в покрытии вашего препарата на следующий год. Направьте запрос об исключении, чтобы в следующем году мы покрывали препарат в соответствии с вашими нуждами.
- Мы отвечаем на ваш запрос об исключении в течение 72 часов после получения (или заявления с обоснованием от вашего врача).

Подробную информацию о запросе об исключении см. в **главе 9** этого **Справочника участника**.

Если вам нужна помощь с отправкой запроса об исключении, обратитесь в отдел обслуживания участников.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



## Е. Изменения страхового покрытия ваших лекарственных препаратов

Большинство изменений в страховом покрытии лекарственных препаратов происходят 1 января, однако мы можем добавлять позиции в наш Перечень препаратов или удалять их в течение года. Мы также можем изменять наши правила в отношении лекарственных препаратов. Например, мы можем:

- требовать или не требовать предварительное одобрение лекарственного препарата (разрешение от нас до получения препарата);
- добавить или изменить количество лекарственного препарата, которое вы можете получить (количественные ограничения);
- добавить или изменить ограничения поэтапной терапии для лекарственного препарата (вы должны попробовать один лекарственный препарат, прежде чем мы покроем другой).

Дополнительную информацию об этих правилах см. в разделе С.

Если вы принимаете лекарственный препарат, который мы покрывали в **начале** года, мы, как правило, не отменяем и не меняем страховое покрытие этого лекарственного препарата **в остальное время года**, пока:

- на рынке не появится новый, более дешевый лекарственный препарат, который так же эффективен, как и препарат из нашего Перечня препаратов, **или же**
- мы узнаем, что лекарственный препарат небезопасен, **либо**
- лекарственный препарат будет изъят из продажи.

Чтобы получить дополнительную информацию о том, что происходит в случае изменения нашего Перечня препаратов, вы всегда можете:

- Ознакомьтесь с нашим текущим Перечнем препаратов онлайн по адресу **kp.org/seniorrx** или
- позвонить в отдел обслуживания участников, чтобы проверить актуальный Перечень препаратов.

Некоторые изменения в нашем Перечне препаратов отображаются **незамедлительно**. Пример.

- **Появляется новый непатентованный лекарственный препарат.** Иногда на рынке появляется новый непатентованный лекарственный препарат, который действует так же эффективно, как и патентованный из нашего Перечня препаратов. Когда это происходит, мы можем удалить патентованное лекарство и добавить новый непатентованный препарат, при этом для вас стоимость нового лекарственного препарата останется прежней или станет ниже.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Когда мы добавляем новый непатентованный лекарственный препарат, мы также можем принять решение оставить в списке патентованный, изменив при этом правила или ограничения его страхового покрытия.

- Мы можем не сообщать вам об этом до того, как внесем изменение, однако отправим вам информацию сразу после такого изменения.
- Вы или ваш поставщик медицинских услуг можете запросить «исключение» из этих изменений. Мы отправим вам уведомление с инструкциями относительно направления запроса об исключении. Обратитесь к **главе 9** этого **Справочника участника** для получения дополнительной информации о лечении.
- **Лекарственный препарат снят с продажи.** Если Управление США по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов признает, что лекарственный препарат, который вы принимаете, небезопасен, или его производитель снимает препарат с продажи, мы удаляем его из нашего Перечня препаратов. Если вы принимаете такой лекарственный препарат, мы сообщим вам об этом. Ваш лечащий врач также узнает об этом изменении и может вместе с вами подобрать другой лекарственный препарат для вашего состояния.

**Мы можем вносить другие изменения, влияющие на лекарственные препараты, которые вы принимаете.** Мы заранее сообщаем вам о таких изменениях в нашем Перечне препаратов. Эти изменения могут произойти в таких случаях:

- FDA предоставляет новые рекомендации или новые клинические рекомендации по применению лекарственного препарата;
- мы добавляем непатентованный лекарственный препарат, который не является новым на рынке, **и**
  - заменяем *патентованный* лекарственный препарат в нашем Перечне препаратов, или
  - изменяются принципы страхового покрытия либо вводятся ограничения на использование патентованного лекарственного препарата.

В случае таких изменений мы:

- Информлируем вас не позднее чем за 30 дней до внесения изменений в наш Перечень препаратов **или**
- информируем вас и предоставляем вам 30-дневный запас лекарственного препарата после подачи вами запроса о пополнении запаса препарата.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

Это даст вам время на консультацию со своим врачом или с другим врачом, назначившим лекарственный препарат. Они могут помочь вам определить:

- есть ли в нашем Перечне препаратов аналогичный препарат, который вы можете принимать в качестве замены или
- вам следует запросить исключение в связи с этими изменениями. Подробную информацию о запросе об исключениях см. в **главе 9** этого **Справочника участника**.

**Мы можем вносить в покрытие принимаемых вами лекарственных препаратов только такие изменения, которые в настоящее время не повлияют на вас.** В случае таких изменений, если вы принимаете лекарственный препарат, который покрывается на **начало** года, его страховое покрытие, как правило, не отменяется и не изменяется **до конца года**.

- Например, если мы отменим ограничение для лекарственного препарата, который вы принимаете, то это изменение не повлияет на его прием до конца года.

---

## **Г. Страховое покрытие лекарственных препаратов в особых случаях**

### **Г1. В больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода на период пребывания, покрываемого нашим планом**

В случае вашей госпитализации в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода, покрываемой нашим планом, мы обычно оплачиваем стоимость рецептурных лекарств, пока вы пребываете в учреждении. Вы ничего не доплачиваете. После вашей выписки из больницы или учреждения квалифицированного сестринского ухода, мы покрываем ваши лекарственные препараты, если они соответствуют всем нашим правилам страхового покрытия.

Подробную информацию о страховом покрытии лекарственных препаратов и о том, за что вы должны платить, смотрите в **главе 6** этого **Справочника участника**.

### **Г2. В учреждении долгосрочного ухода**

Обычно в учреждении долгосрочного ухода, например в учреждении сестринского ухода, имеется собственная аптека или аптека, которая обеспечивает лекарственными препаратами всех пациентов, проживающих в учреждении. Если вы проживаете в учреждении долгосрочного ухода, то можете получать рецептурные лекарства в аптеке данного учреждения, если оно входит в нашу сеть.

Обратитесь к **Справочнику поставщиков медицинских услуг и аптек**, чтобы узнать, входит ли аптека вашего учреждения долгосрочного ухода в нашу сеть. Если это не так или вам нужна дополнительная информация, обратитесь в отдел обслуживания участников.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

### **F3. В программе хосписа, сертифицированной Medicare**

Лекарственные препараты никогда не покрываются одновременно хосписом и нашим планом.

- Вы можете быть зарегистрированы в программе хосписа Medicare и при этом нуждаться в обезболивающих, противорвотных, слабительных или успокоительных препаратах, которые не покрываются программой хосписа, поскольку они не связаны с прогнозом и состоянием, касающимися терминальной стадии вашей болезни. В этом случае врач, назначивший лекарственный препарат, или поставщик услуг хосписа должен уведомить специалистов нашего плана о том, что лекарственный препарат не имеет отношения к болезни, после чего мы сможем покрыть этот препарат.
- Во избежание задержек с получением каких-либо лекарственных препаратов, не связанных с болезнью, которые должен покрывать наш план, вы можете попросить своего поставщика услуг хосписа или врача, назначившего лекарственный препарат, убедиться, что мы уведомлены о том, что данный лекарственный препарат не имеет отношения к болезни. После этого вы сможете обратиться в аптеку для получения лекарства по рецепту.

Когда вы покинете хоспис, наш план страхового покрытия покроет все ваши лекарственные препараты. Во избежание задержек в аптеке после окончания срока действия льготы по программе хосписа Medicare возьмите с собой в аптеку документы, подтверждающие, что вы покинули хоспис.

Обратитесь к предыдущим частям этой главы, где рассказывается о лекарственных препаратах, покрываемых нашим планом. Дополнительную информацию о льготе по программе хосписа см. в главе 4 этого Справочника участника.

---

## **G. Программы по безопасному применению лекарственных препаратов и обращению с ними**

### **G1. Программы по безопасному применению лекарственных препаратов**

Каждый раз, когда вы получаете лекарства по рецепту, мы проверяем их на возможные проблемы, например связанные с ними ошибки, или ситуацию, когда лекарственные препараты:

- могут не понадобиться, потому что вы принимаете другой препарат, который имеет подобное действие;
- могут быть опасны для людей вашего возраста или пола;

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- могут навредить вам, если вы будете принимать их одновременно с другими препаратами;
- содержат ингредиенты, на которые у вас есть или может быть аллергия;
- содержат небезопасное количество опиоидных обезболивающих.

Если мы обнаружим потенциальную проблему, связанную с применением вами рецептурных лекарств, мы свяжемся с вашим поставщиком медицинских услуг, чтобы решить эту проблему.

## **G2. Программы по обращению с лекарственными препаратами**

В нашем плане есть программа помощи участникам со сложными медицинскими потребностями. В таких случаях вы можете иметь право на бесплатное получение услуг в рамках программы по управлению лекарственной терапией (medication therapy management, МТМ). Участие в программе является добровольным и бесплатным. Эта программа поможет вам и вашему поставщику медицинских услуг убедиться, что принимаемые лекарства способствуют улучшению вашего здоровья. Если вы подходите для участия в программе, фармацевт или другой медицинский работник подробно расскажет вам обо всех лекарственных препаратах и обсудит с вами такие вопросы:

- как получить максимальную пользу от принимаемых вами лекарственных препаратов;
- как решить любые имеющиеся у вас проблемы, такие как стоимость лекарств и реакции на лекарственный препарат;
- как лучше принимать лекарственные препараты;
- любые вопросы или проблемы, связанные с вашими рецептурными и безрецептурными лекарственными препаратами.

Затем они дадут вам:

- Краткое письменное изложение этого обсуждения. В нем содержится план действий по приему препаратов с рекомендациями о том, что вы можете сделать для наиболее эффективного применения вашими лекарственными препаратами.
- Индивидуальный список принимаемых препаратов, который включает все лекарственные препараты, которые вы принимаете, дозировку и время приема препаратов, а также причины, по которым они вам были назначены.
- Информацию о безопасной утилизации отпускаемых по рецепту лекарственных препаратов, распространение которых контролируется законом.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Обсудите со своим врачом план действий и список лекарственных препаратов.

- Берите план действий и список лекарственных препаратов с собой на прием, а также когда беседуете со своими врачами, фармацевтами и другими поставщиками услуг здравоохранения.
- Возьмите с собой список лекарственных препаратов, направляясь в лечебное учреждение или реанимационное отделение.

Программы МТМ являются добровольными и бесплатными для подходящих по критериям участников. Если у нас появится программа, которая соответствует вашим потребностям, мы зарегистрируем вас в ней и отправим вам соответствующую информацию. Если вы не захотите участвовать в программе, сообщите нам об этом, и мы выведем вас из нее.

Если у вас есть вопросы об этих программах, обратитесь в отдел обслуживания участников.

### **Г3. Программа по обращению с лекарственными препаратами для безопасного применения опиоидных лекарств**

В нашем плане имеется программа, которая может помочь ее участникам безопасно применять отпускаемые по рецепту опиоидные препараты и другие лекарственные препараты, которыми часто злоупотребляют. Она называется — программа по обращению с лекарственными препаратами (Drug Management Program, DMP).

Если вы принимаете опиоидные препараты, которые получаете от нескольких врачей или в нескольких аптеках, или если вы недавно получили чрезмерную дозу опиоидов, мы можем поговорить с вашими врачами, чтобы убедиться, что вы принимаете опиоидные препараты надлежащим образом и в соответствии с медицинскими показаниями. Если в сотрудничестве с вашими врачами мы решим, что применение вами рецептурных опиоидных или бензодиазепиновых препаратов небезопасно, мы можем ограничить способы получения вами этих лекарственных препаратов. Ограничения могут включать следующее:

- требования, чтобы вы получали все свои лекарства по рецепту в определенных аптеках и (или) у определенных врачей;
- ограничение для вас количества лекарственных препаратов, на которое распространяется наше страховое покрытие.

Если мы выясним, что к вам должно применяться одно или несколько ограничений, мы заблаговременно сообщим вам об этом в письме. В письме будет указано, ограничим ли мы покрытие этих препаратов для вас или потребуем, чтобы вы получали рецепты на эти препараты только у определенного поставщика или в определенной аптеке.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**У вас будет возможность сообщить нам, к каким врачам или в какие аптеки вы предпочитаете обращаться, а также любую другую информацию, которую, по вашему мнению, важно сообщить нам.** Если после вашего ответа мы решим ограничить для вас страховое покрытие данных лекарственных препаратов, мы отправим вам еще одно письмо, подтверждающее ограничения.

Если вы считаете, что мы допустили ошибку и не согласны с тем, что вам угрожает опасность злоупотребления рецептурными препаратами, или вы не согласны с ограничением, вы и ваш врач можете подать апелляцию. Если вы подадите апелляцию, мы рассмотрим ваш случай и предоставим вам наше решение. Если мы отклоним любую часть вашей апелляции, связанной с ограничениями вашего доступа к этим лекарственным препаратам, мы автоматически направим ваше дело в независимую экспертную организацию по рассмотрению апелляций. (Чтобы узнать больше об апелляциях и независимой экспертной организации по рассмотрению апелляций, см. главу 9 этого **Справочника участника**).

Программа DMP может не применяться к вам, если вы:

- страдаете на определенные заболевания, например рак или серповидно-клеточную болезнь;
- получаете услуги по программе хосписа, паллиативную помощь или уход как неизлечимо больной пациент; **или**
- проживаете в учреждении долгосрочного ухода.

---

**Если у вас возникли вопросы,** позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Глава 6. Сколько вы платите за рецептурные лекарства в рамках программ Medicare и Medi-Cal

---

### Введение

В этой главе рассказывается, сколько вы платите за рецептурные лекарства для амбулаторного лечения. Под термином «лекарственные препараты» подразумевается:

- лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту программы Medicare часть D, и
- лекарственные препараты и другие товары, покрываемые программой Medi-Cal Rx, и
- лекарственные препараты и другие товары, покрываемые нашим планом в качестве дополнительных льгот.
- Поскольку вы имеете право на участие в программе Medi-Cal, вы получаете Дополнительную помощь от Medicare для оплаты рецептурных лекарств, отпускаемых в рамках программы Medicare часть D. Мы отправим вам отдельный документ «**Дополнительные условия страхового покрытия для людей, получающих Дополнительную помощь с оплатой рецептурных препаратов**», (также называемый «Дополнение к субсидиям для лиц с низким доходом (Low Income Subsidy Rider)» или «LIS Rider»), в котором представлена информация о стоимости ваших лекарственных препаратов. Если у вас нет этого документа, позвоните по телефону отдела обслуживания участников и попросите LIS Rider.

**Дополнительная помощь** — это программа Medicare, которая помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами сократить расходы на рецептурные лекарства, отпускаемых в рамках части D программы Medicare, такие как страховые взносы, франшизы и доплаты. Программу Дополнительной помощи также называют субсидией для людей с низким уровнем доходов (Low-Income Subsidy, LIS).

Основные термины и их определения указаны в алфавитном порядке в последней главе этого **Справочника участника**.

Чтобы узнать больше о рецептурных лекарствах, обратитесь к нижеприведенным источникам.

- Наш Перечень покрываемых лекарственных препаратов.
  - Мы называем его «Перечнем препаратов». Он содержит такую информацию:
    - какие лекарственные препараты мы оплачиваем;
    - если есть какие-либо ограничения, касающиеся лекарственных препаратов.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



- Если вам нужен экземпляр нашего Перечня препаратов, свяжитесь с отделом обслуживания участников. Перечень препаратов в новейшей редакции также можно найти на нашем веб-сайте по адресу [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx).
- Большинство рецептурных лекарств, которые вы получаете в аптеке, покрываются нашим планом. Другие лекарственные препараты, такие как безрецептурные лекарства и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Подробную информацию см. на веб-сайте ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)). Вы также можете позвонить в отдел обслуживания клиентов Medi-Cal Rx по телефону **1-800-977-2273**. Для получения рецептурных препаратов в рамках программы Medi-Cal Rx возьмите с собой идентификационную карту получателя страховой выплаты (Beneficiary Identification Card, BIC) Medi-Cal Rx.
- Глава 5 этого Справочника участника.
  - В этой главе рассказывается, как получить рецептурные лекарства для амбулаторного лечения в рамках нашего плана.
  - В ней приведены правила, которым необходимо следовать. В ней также указано, какие виды рецептурных лекарств не покрывает наш план.
  - При использовании «Инструмента определения льгот в реальном времени» для поиска покрытия лекарственного обеспечения (см. главу 5, раздел B2), стоимость указывается в режиме «реального времени», то есть стоимость, отображаемая в инструменте, дает приблизительное представление о сумме, которую вам нужно будет оплатить за счет собственных средств. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников, чтобы получить дополнительную информацию.
- Наш Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек.
  - В большинстве случаев для получения покрываемых лекарственных препаратов необходимо обращаться в аптеку, входящую в нашу сеть. Аптеки, входящие в сеть, — это аптеки, выразившие желание работать с нами.
  - В Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек перечислены аптеки, входящие в нашу сеть. См. главу 5 этого Справочника участника, чтобы получить дополнительную информацию по аптекам, входящим в нашу сеть.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

**Содержание главы 6**

A.	Свидетельство о страховом покрытии .....	201
B.	Как вести учет расходов на лекарственные препараты.....	202
C.	Этапы оплаты лекарств по программе Medicare часть D .....	204
D.	Этап 1: этап первоначального покрытия.....	204
	D1. Выбор аптеки.....	205
	D2. Получение долгосрочного запаса лекарственного препарата.....	205
	D3. Сколько вы платите.....	205
	D4. Завершение начального этапа страхового покрытия .....	206
E.	Этап 2: этап страхового покрытия в чрезвычайной ситуации.....	207
F.	Расходы на лекарственные препараты, если ваш врач выписывает их в меньшем количестве, чем месячный запас .....	207
G.	Помощь лицам с ВИЧ/СПИДом в совместном покрытии расходов на рецептурные лекарства.....	208
	G1. Программа медикаментозной помощи для больных СПИД (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) .....	208
	G2. Если вы не зарегистрированы в ADAP .....	208
	G3. Если вы зарегистрированы в ADAP .....	208
H.	Вакцинация .....	209
	H1. Что нужно знать перед вакцинацией.....	209
	H2. Сколько вы платите за вакцинацию в рамках программы Medicare часть D.....	209

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## А. Свидетельство о страховом покрытии

Наш план отслеживает ваши рецептурные лекарства. Мы отслеживаем два вида затрат:

- на лекарственные препараты, покупаемые вами **за счет собственных средств**. Это сумма, которую вы или другие лица от вашего имени тратите на рецептурные лекарства;
- ваши **общие расходы на лекарственные препараты**. Это сумма, которую вы или другие лица от вашего имени тратите на рецептурные лекарства, плюс сумма, которую платим мы.

Когда вы получаете рецептурные лекарства в рамках нашего плана, мы отправляем вам сводную информацию под названием **Свидетельство о страховом покрытии** (Explanation of Benefits, EOB). Если вы получили один или несколько рецептов в рамках плана в течение предыдущего месяца, мы вышлем вам **Свидетельство о страховом покрытии** (Explanation of Benefits, EOB). Для краткости мы называем его «ЕОВ». ЕОВ не является счетом. В ЕОВ содержится дополнительная информация о принимаемых вами препаратах. В ЕОВ входит:

- **Информация за месяц**. В сводных данных указано, какие рецептурные лекарства вы получили в предыдущий месяц. Здесь показана общая стоимость лекарств, сумма, которую мы оплатили, и сумма, которую заплатили вы и другие лица.
- **Информация с начала года по сегодняшний день**. Это ваши суммарные расходы на лекарственные препараты и общие расходы, понесенные с 1 января.
- **Информация о ценах на лекарственные препараты**. Это общая стоимость препарата и любое процентное изменение его цены с момента первого получения.
- **Более дешевые альтернативы**. При наличии они отображаются в сводных данных под вашими текущими лекарственными препаратами. Вы можете поговорить со своим лечащим врачом, чтобы получить больше информации.

Мы предлагаем покрытие лекарственных препаратов, которые не покрывает программа Medicare.

- Платежи за эти лекарственные препараты не учитываются в ваших общих расходах за счет собственных средств.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Большинство рецептурных лекарств, которые вы получаете в аптеке, покрываются нашим планом. Другие лекарственные препараты, такие как безрецептурные лекарства и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Подробную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)). Вы также можете позвонить в отдел обслуживания клиентов Medi-Cal по телефону **1-800-977-2273**. Для получения рецептурных препаратов в рамках программы Medi-Cal Rx возьмите с собой идентификационную карту получателя страховой выплаты (Beneficiary Identification Card, BIC) Medi-Cal Rx.
- Чтобы узнать, какие препараты покрывает наш план, см. наш Перечень препаратов.

---

## В. Как вести учет расходов на лекарственные препараты

Чтобы отслеживать ваши расходы на лекарственные препараты и платежи, которые вы осуществляете, мы используем данные, получаемые от вас и вашей аптеки. Ниже перечислены действия, которые могут нам помочь.

### 1. Используйте вашу идентификационную карту участника.

Показывайте свою идентификационную карточку участника каждый раз, когда вы получаете лекарство по рецепту. Это поможет нам определить, какие рецептурные лекарства вы получаете и сколько платите.

### 2. Убедитесь, что у нас есть необходимая информация.

Предоставьте нам копии квитанций на покрываемые лекарственные препараты, за которые вы заплатили. Вы можете отправить нам запрос на компенсацию части стоимости лекарственного препарата.

Ниже перечислены несколько примеров событий, когда вы должны предоставить нам копии квитанций.

- Вы покупаете покрываемый препарат в аптеке, входящей в нашу сеть, по специальной цене или с использованием дисконтной карты, которая не является частью льгот нашего плана.
- Вы вносите доплату за лекарственные препараты, которые вы получаете в рамках программы помощи пациентам от производителя лекарственного препарата.
- Вы покупаете покрываемые лекарственные препараты в аптеке, не входящей в нашу сеть.
- Вы оплачиваете полную стоимость покрываемого лекарственного препарата.

Чтобы получить дополнительную информацию о том, как запросить у нас компенсацию части стоимости лекарственного препарата, обратитесь к **главе 7** этого **Справочника участника**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

### 3. Отправьте нам информацию о платежах, которые внесли за вас другие люди.

Платежи, внесенные определенными людьми и организациями, также считаются оплатой за счет ваших собственных средств. Например, платежи в рамках программы помощи при СПИДе (AIDS drug assistance program, ADAP), платежи, внесенные Индейской службой здравоохранения и большинством благотворительных организаций, считаются выполненными за счет собственных средств. Так вы сможете претендовать на страховое покрытие в чрезвычайной ситуации. Когда вы достигнете «Этапа страхового покрытия в критических случаях», наш план будет оплачивать все расходы на ваши лекарства по части D программы Medicare до конца года.

### 4. Проверьте отправленные нами ЕОВ.

Когда вы получите по почте документ ЕОВ, убедитесь, что в нем содержится полная и правильная информация.

- **Узнаете ли вы название каждой аптеки?** Проверьте даты. Получили ли вы лекарства в тот день?
- **Получили ли вы перечисленные лекарства?** Совпадают ли они с теми, что указаны в ваших чеках? Соответствуют ли лекарства тем, что прописал врач?

Для получения дополнительной информации вы можете позвонить в отдел обслуживания участников.

#### Что делать, если вы обнаружили ошибки в этих сводных данных?

Если что-то непонятно или кажется неправильным в этом ЕОВ, позвоните в отдел обслуживания участников.

#### Что делать в случае возможного мошенничества?

Если в этих сводных данных указаны лекарства, которые вы не принимаете, или что-то еще, что кажется вам подозрительным, пожалуйста, свяжитесь с нами.

- Свяжитесь с отделом обслуживания участников.
- Или позвоните в Medicare по номеру **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-877-486-2048**. Эти бесплатные номера доступны для звонка 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.
- Если вы подозреваете, что поставщик услуг, сотрудничающий с Medi-Cal, совершил мошенничество, растрату или злоупотребление, вы имеете право сообщить об этом, позвонив по конфиденциальному бесплатному номеру **1-800-822-6222**. Другие способы сообщить о мошенничестве в рамках Medi-Cal можно найти на сайте: [www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx).

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Если вы считаете, что в нем есть ошибка или не хватает данных, либо у вас есть какие-либо вопросы, свяжитесь с отделом обслуживания участников. Вы также можете ознакомиться с **ЕОВ** онлайн, не ожидая, пока вам вышлют экземпляр по почте. Посетите страницу **kp.org/goinggreen** и войдите в систему, чтобы узнать больше о том, как безопасно просмотреть в Интернете **ЕОВ**. Сохраните эти **ЕОВ**. Они содержат важные сведения о ваших расходах на лекарственные препараты.

## С. Этапы оплаты лекарств по программе Medicare часть D

В рамках нашего плана существует два этапа оплаты вашего страхового покрытия расходов на рецептурные лекарства Medicare часть D. Сумма, которую вы платите, зависит от того, на каком этапе вы находитесь во время назначения вам рецептурных лекарств или пополнения их запасов. Существует два этапа:

Этап 1: начальный этап страхового покрытия	Этап 2: этап страхового покрытия в критических случаях
<p>На этом этапе мы оплачиваем часть стоимости ваших лекарственных препаратов, а вы оплачиваете свою часть. Оплачиваемая вами доля называется доплатой.</p> <p>Вы начинаете с этого этапа, когда получаете первое рецептурное лекарство в текущем году.</p>	<p>На данном этапе мы осуществляем оплату всех расходов на ваши лекарственные препараты по плану до 31 декабря 2024 года.</p> <p>Вы начинаете этот этап, когда купите лекарственные препараты на определенную сумму за счет собственных средств.</p>

## D. Этап 1: этап первоначального покрытия

На начальном этапе страхового покрытия мы оплачиваем часть стоимости ваших рецептурных лекарств, а вы оплачиваете свою часть. Оплачиваемая вами доля называется доплатой. Размер доплаты зависит от того, в какой группе долевого участия в расходах находится лекарственный препарат, и где вы его получаете.

Уровни долевого участия в расходах — это группы препаратов с одинаковой доплатой. Каждый препарат в Перечне препаратов нашего плана относится к одному из двух уровней долевого участия в расходах. Как правило, чем выше номер уровня, тем выше доплата. Чтобы узнать уровни долевого участия в расходах на ваши лекарства, обратитесь к нашему Перечню лекарств.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Препараты уровней 1 и 2 имеют самый низкий размер доплаты. Это могут быть непатентованные лекарственные препараты. Доплата составляет от 0 до **\$4.50**, в зависимости от уровня вашего дохода.
- Препараты уровней 3, 4 и 5 имеют самый высокий размер доплаты. Это патентованные или специальные лекарственные препараты. Доплата составляет от **\$0** до **\$11.20**, в зависимости от уровня вашего дохода.

## D1. Выбор аптеки

Сколько вы платите за лекарственный препарат, зависит от того, получаете ли вы его в:

- сетевой аптеке **или**
- аптеке, которая не входит в нашу сеть.

В ограниченных случаях мы покрываем рецептурные препараты, полученные в аптеках, не входящих в нашу сеть. См. главу 5 этого **Справочника участника**, чтобы узнать, в каких случаях мы это делаем.

Чтобы узнать больше об этих вариантах выбора, см. главу 5 этого **Справочника участника** и наш **Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек**.

## D2. Получение долгосрочного запаса лекарственного препарата

При получении рецептурных лекарств вы можете получить долгосрочный запас некоторых лекарственных препаратов (также называемый «расширенный запас»). Долгосрочный запас — это запас препарата на срок до 100 дней. Он стоит для вас столько же, сколько и месячный запас.

Для получения подробной информации о том, где и как получить долгосрочный запас лекарственного препарата, см. главу 5 этого **Справочника участника** или **Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек** нашего плана.

## D3. Сколько вы платите

На начальном этапе страхового покрытия вы можете вносить доплату при получении лекарства по рецепту. Если стоимость вашего лекарственного препарата, покрываемого страховкой, меньше доплаты, вы платите по более низкой цене.

Свяжитесь с отделом обслуживания участников, чтобы узнать размер вашего сострахования за любой покрываемый лекарственный препарат.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Ваша доля расходов при получении месячного или долгосрочного запаса покрываемого рецептурного лекарства от:**

	<b>Сетевая аптека или служба доставки по почте нашего плана.</b>	<b>Аптеки нашей сети для пациентов, которым требуется долгосрочный уход</b>	<b>Аптека, которая не входит в нашу сеть</b>
	Запас на период до 100 дней	Запас на период до 31 дня	Запас на срок до 30 дней. В отдельных случаях покрытие ограничено. Подробнее см. В главе 5 этого Справочника участника.
<b>Долевое участие в расходах, уровень 1</b> (непатентованные лекарственные препараты)	<b>\$0–\$4.50 за рецепт, в зависимости от вашего уровня дополнительной помощи</b>		
<b>Долевое участие в расходах, уровень 2</b> (патентованные и специальные препараты)	<b>\$0–\$4.50 за рецепт, в зависимости от вашего уровня дополнительной помощи</b>		

Информацию о том, какие аптеки могут предоставить вам долгосрочный запас лекарственных препаратов, см. в **Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек**.

#### **D4. Завершение начального этапа страхового покрытия**

Начальный этап страхового покрытия заканчивается, когда сумма оплаты лекарственных препаратов за счет собственных средств достигает **\$8,000**. В этот момент начинается Этап страхового покрытия в критических случаях. С этого момента и до конца года план покрывает все ваши расходы на лекарственные препараты.

Свидетельство о страховом покрытии (EOB) помогает вам отслеживать, сколько вы заплатили за лекарственные препараты в течение года. Мы сообщим вам, если вы достигнете предела в **\$8,000**. Многие пациенты не достигают его за год.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



---

## Е. Этап 2: этап страхового покрытия в чрезвычайной ситуации

Этап страхового покрытия в чрезвычайной ситуации начинается при достижении лимита оплаты рецептурных лекарств за счет собственных средств в размере **\$8,000**. Вы остаетесь на этапе страхового покрытия в чрезвычайной ситуации до окончания календарного года. На этом этапе наш план оплатит все расходы на ваши лекарства по части D программы Medicare.

---

## Г. Расходы на лекарственные препараты, если ваш врач выписывает их в меньшем количестве, чем месячный запас

Обычно вы вносите доплату за полный месячный запас покрываемого лекарственного препарата. Однако ваш врач может выписать лекарственные препараты в меньшем количестве, чем содержит месячный запас.

- Бывают случаи, когда вы хотели бы попросить своего врача выписать меньшее количество лекарственного препарата, чем требуется для приема в течение месяца (например, когда вы впервые пробуете препарат, о котором известно, что он вызывает серьезные побочные действия).
- Если ваш врач согласен с этим, вы не будете платить за полный месячный запас некоторых лекарственных препаратов.

Если вы получаете меньше месячного запаса препарата, сумма, которую вы платите, зависит от количества дней его приема. Мы рассчитываем сумму, которую вы платите за лекарственный препарат в день («дневная ставка разделения затрат»), и умножаем ее на количество дней, в течение которых вы получаете лекарственный препарат.

- Ниже приведен пример. Допустим, доплата за ваш лекарственный препарат за полный месячный (30-дневный) запас составляет \$1.35. Это означает, что сумма, которую вы платите за лекарственный препарат, составляет менее \$0.05 в день. Если вы получаете запас препарата на 7 дней, ваш платеж составляет менее \$0.05 в день, умноженные на 7 дней: общая сумма платежа составляет менее \$0.35.
- Дневное разделение затрат позволяет вам убедиться, что лекарственный препарат эффективен для вас, прежде чем платить за весь месячный запас.
- Вы также можете попросить своего поставщика медицинских услуг выписать лекарственный препарат в количестве, меньшем, чем на полный месяц, чтобы помочь вам:
  - лучше спланировать время пополнения запасов своих лекарственных препаратов;

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- скоординировать пополнение запасов данного препарата с пополнением запасов других принимаемых вами лекарственных препаратов, и
- сократить количество походов в аптеку.

---

## **G. Помощь лицам с ВИЧ/СПИДом в совместном покрытии расходов на рецептурные лекарства**

### **G1. Программа медикаментозной помощи для больных СПИД (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)**

Программа медикаментозной помощи для больных СПИД (ADAP) помогает имеющим на это право лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом, получить доступ к жизненно важным лекарствам от ВИЧ. На рецептурные препараты для амбулаторного лечения в рамках Medicare часть D, которые также покрываются HIV, может распространяться помощь в оплате рецептурных препаратов от отдела по профилактике СПИДа Департамента общественного здравоохранения штата Калифорния для лиц, зарегистрированных в ADAP.

### **G2. Если вы не зарегистрированы в ADAP**

Для получения информации о критериях пригодности для участия, покрываемых препаратах или о том, как зарегистрироваться в программе, позвоните по телефону **1-844-421-7050** или посетите веб-сайт ADAP по адресу [www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](http://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx).

### **G3. Если вы зарегистрированы в ADAP**

ADAP может продолжать предоставлять клиентам ADAP помощь в разделении затрат долевого участия расходов на рецептурные лекарства, включенные в фармакологический справочник ADAP и получаемые в рамках части D программы Medicare. Чтобы убедиться, что вы можете и дальше получать эту помощь, сообщите своему местному сотруднику по регистрации в программе ADAP о любых изменениях в названии вашего плана Medicare часть D или номере полиса. Если вам нужна помощь в поиске ближайшего центра регистрации ADAP и (или) работника службы регистрации, позвоните по номеру **1-844-421-7050** или посетите веб-сайт, указанный выше.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## Н. Вакцинация

**Важная информация о размере вашей оплаты за вакцины:** Некоторые вакцины считаются медицинскими льготами. Другие вакцины считаются препаратами, получаемыми в рамках части D программы Medicare. Вы можете найти эти вакцины в **Списке покрываемых лекарственных препаратов** плана страхования (**Фармакологический справочник**). Наш план полностью покрывает большинство вакцин для взрослых по части D программы Medicare. Обратитесь к **Списку покрываемых лекарственных препаратов** нашего плана страхования (**Фармакологический справочник**) или свяжитесь со службой поддержки участников для получения информации о покрытии и распределении расходов на конкретные вакцины.

Страховое покрытие вакцинации в рамках части D программы Medicare состоит из двух частей:

1. Первая часть страхового покрытия касается стоимости самой вакцины. Вакцина является рецептурным препаратом.
2. Вторая часть страхового покрытия касается стоимости **вакцинации**. Например, иногда вакцину в виде инъекции вам может ввести ваш врач.

### Н1. Что нужно знать перед вакцинацией

Если вы планируете пройти вакцинацию, рекомендуем связаться с отделом обслуживания участников.

- Мы можем рассказать вам о том, как наш план покрывает вашу вакцинацию.
- Мы расскажем вам, как снизить расходы, используя аптеки и поставщиков нашей сети.
- Если вы не можете пользоваться услугами поставщиков и аптек нашей сети, мы расскажем вам, что нужно сделать, чтобы запросить оплату нашей доли затрат.

### Н2. Сколько вы платите за вакцинацию в рамках программы Medicare часть D

Сумма, которую вы платите за вакцинацию, зависит от типа вакцины (от чего вас вакцинируют).

- Получение некоторых вакцин рассматривается как льготная медицинская услуга, а не как приобретение препарата. Эти вакцины являются для вас бесплатными. Чтобы узнать о страховом покрытии этих вакцин, см. Таблицу льгот в **главе 4** этого **Справочника участника**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Другие вакцины считаются препаратами, получаемыми в рамках части D программы Medicare. Вы можете ознакомиться с этими вакцинами в Перечне препаратов нашего плана. Возможно, вам придется внести доплату за вакцины, получаемые в рамках программы Medicare часть D. Если вакцина рекомендована для взрослых организацией, называемой **Консультативным комитетом по практике иммунизации (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP)**, то вакцина обойдется вам бесплатно.

Ниже представлены три распространенных способа вакцинации, которыми можно воспользоваться в рамках части D программы Medicare.

1. В рамках части D программы Medicare вы получаете вакцину в аптеке нашей сети, и вакцинацию проводят ее сотрудники.

- За большинство вакцин для взрослых в рамках части D вам не придется ничего платить.
- За другие вакцины по части D вы оплачиваете сумму доплаты для конкретной вакцины.

2. В рамках части D программы Medicare вы получаете вакцину в кабинете своего врача, и вакцинацию проводит ваш врач.

- Вы платите доплату врачу за вакцину.
- Наш план покрывает расходы на предоставление вам прививки.
- В этой ситуации врач должен позвонить нам, чтобы мы могли убедиться, что вам нужно внести доплату только за вакцину.

3. В рамках части D программы Medicare вы получаете вакцину в аптеке и приносите ее в кабинет своего врача для введения.

- За большинство вакцин для взрослых в рамках части D вам не придется ничего платить.
- За другие вакцины по части D вы оплачиваете сумму доплаты для конкретной вакцины.
- Наш план покрывает расходы на предоставление вам прививки.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

## Глава 7. Оправка запроса на оплату части счета, который вы получили за покрываемые услуги или лекарственные препараты

---

### Введение

В этой главе рассказывается, как и когда следует отправлять нам счет для оплаты. В ней также рассказывается, как подать апелляцию, если вы не согласны с решением о страховом покрытии. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе этого **Справочника участника**.

### Содержание главы 7

A. Оправка запроса на оплату полученных вами услуг или лекарственных препаратов .....	212
B. Отправка запроса на оплату .....	216
C. Решения о страховом покрытии .....	218
D. Апелляции.....	219

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

## **А. Оправка запроса на оплату полученных вами услуг или лекарственных препаратов**

**Когда вы получили счет на полную стоимость за медицинское обслуживание или лекарственные препараты, не оплачивайте его и отправьте нам. Чтобы узнать, как отправить нам счет, перейдите к разделу В.**

- Если мы покрываем услуги или лекарственные препараты, мы осуществим оплату поставщику напрямую.
- Если мы покрываем услуги или лекарственные препараты, и вы заплатили больше, чем предусмотрено в рамках вашей части затрат, вы имеете право на возмещение.
  - Если вы оплатили услуги, покрываемые Medicare, мы вернем вам деньги.
- Если вы оплатили уже полученные услуги Medi-Cal, вы можете претендовать на возмещение (возврат денег), если отвечаете всем следующим условиям:
  - Полученная вами услуга относится к услугам, покрываемым программой Medi-Cal, и мы обязаны ее оплатить. Мы не возмещаем стоимость услуг, которые не покрываются нашим планом.
  - Вы получили покрываемую страховкой услугу после того, как стали правомочным участником плана Senior Advantage Medicare Medi-Cal.
  - Вы просите вернуть вам деньги в течение одного года с момента получения покрываемой услуги.
  - Вы предоставляете доказательство того, что вы оплатили покрываемую услугу, например подробную квитанцию от поставщика медицинских услуг.
  - Вы получили покрываемую страховкой услугу у поставщика, зарегистрированного в программе Medi-Cal в нашей сети. Вам не нужно выполнять это условие, если вы получили неотложную медицинскую помощь, услуги по планированию семьи или другую услугу, которую Medi-Cal разрешает оказывать поставщикам медицинских услуг, не входящим в сеть, без предварительного согласования (предварительного разрешения).
- Если покрываемая услуга обычно требует предварительного одобрения (предварительного разрешения), необходимо предоставить подтверждение от поставщика медицинских услуг о наличии медицинской необходимости в покрываемой услуге.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Мы сообщим вам, будут ли вам возмещены расходы, в письме, которое называется «Уведомление о принятом решении» (Notice of Action). Если вы выполнили все вышеперечисленные условия, поставщик медицинских услуг, включенный в программу Medi-Cal, должен вернуть вам всю уплаченную сумму. Если поставщик отказывается возвращать вам деньги, наш план вернет вам всю сумму, которую вы заплатили. Мы возместим вам расходы в течение 45 рабочих дней после получения заявки. Если поставщик включен в программу Medi-Cal, но не входит в нашу сеть и отказывается возвращать вам деньги, наш план вернет вам деньги, но только в размере, который был бы оплачен с использованием гонорарного способа оплаты по программе Medi-Cal. Мы вернем вам полную сумму, оплаченную за счет собственных средств за услуги скорой помощи, услуги по планированию семьи или другие услуги, которые Medi-Cal разрешает предоставлять поставщикам, не входящим в сеть, без предварительного согласования. Если вы не соответствуете одному из вышеперечисленных условий, мы не возместим вам расходы.
- Мы не возмещаем расходы, если:
  - Вы запросили и получили услуги, которые не покрываются программой Medi-Cal, например косметические услуги.
  - Услуга не входит в покрытие по программе Senior Advantage Medicare Medi-Cal.
  - Вы обратились к врачу, который не принимает программу страхования Medi-Cal, и подписали заявление, в котором указали, что хотите, чтобы вас осмотрели в любом случае, и вы готовы оплатить услуги самостоятельно.
- Если мы не покрываем услуги или лекарственные препараты, мы сообщим вам об этом.

Если у вас есть какие-либо вопросы, свяжитесь с отделом обслуживания участников. Если вы не знаете, сколько должны были заплатить, или получили счет и не знаете, что с ним делать, мы можем вам помочь. Вы также можете связаться с нами, если хотите сообщить информацию об отправленном запросе на оплату.

Ниже представлены примеры случаев, когда вам может понадобиться выслать нам запрос на возмещение вам денежных средств или оплату выставленного вами счета.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## 1. При получении экстренной или неотложной медицинской помощи от поставщика медицинских услуг, не входящего в сеть

Попросите поставщика медицинских услуг выставить нам счет.

- Если вы оплатите полную сумму при получении услуг, вы можете отправить нам запрос на компенсацию нашей доли затрат. Отправьте нам счет и доказательство любого выполненного вами платежа.
- Вы можете получить счет от поставщика медицинских услуг с просьбой об оплате, который, по вашему мнению, вы не должны были получать. Отправьте нам счет и доказательство любого выполненного вами платежа.
  - Если услуги поставщика должны быть оплачены, мы осуществим оплату поставщику напрямую.
  - Если вы заплатили за услуги по Medicare больше, чем предусмотрено в рамках вашей части затрат, мы выясним сумму нашей задолженности и возместим нашу часть расходов.

## 2. Когда поставщик, входящий в нашу сеть, отправил вам счет

Поставщики, входящие в сеть, должны всегда выставлять счета нам. При получении любых услуг или рецептов необходимо предъявлять идентификационную карту участника. Но иногда случаются ошибки, и вас могут попросить оплатить услуги или заплатить больше размера вашей доли расходов. **Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру внизу этой страницы, если вам выставили какие-либо счета.**

- Как участник плана, вы вносите доплату только тогда, когда получаете покрываемые нами услуги. Мы не разрешаем поставщикам услуг выставлять вам счета на сумму, превышающую такое значение. Это справедливо даже в том случае, если мы платим поставщику меньше, чем стоимость услуги, которую предоставляет поставщик. Даже если мы решим не оплачивать какие-то счета, вы все равно их не оплачиваете.
- Всякий раз, когда вы получаете счет от поставщика услуг, являющегося частью нашей сети, в котором, по вашему мнению, указана сумма больше, чем вы должны заплатить, отправьте нам этот счет. Мы свяжемся с поставщиком напрямую и решим проблему.
- Если вы уже оплатили счет за услуги, покрываемые программой Medicare, от поставщика услуг, являющегося частью нашей сети, но считаете, что заплатили слишком много, отправьте нам этот счет и доказательство любого выполненного вами платежа. Мы вернем вам разницу между суммой, которую вы заплатили, и суммой, которую вы задолжали в рамках нашего плана.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



### **3. Если вы были зарегистрированы в нашем плане задним числом**

Иногда ваша регистрация в плане может быть осуществлена задним числом. (Это означает, что первый день после вашей регистрации в плане уже прошел. Возможно, он даже был в прошлом году).

- Если вас включили в план задним числом и вы оплатили счет после даты регистрации в плане, вы можете попросить нас вернуть вам деньги.
- Отправьте нам счет и доказательство любого выполненного вами платежа.

### **4. Когда вы получаете рецептурные лекарства в аптеке, не входящей в нашу сеть**

Если вы пользуетесь услугами аптеки, не входящей в нашу сеть, вы оплачиваете полную стоимость рецептурного лекарства.

- Мы покрываем рецептурные препараты, полученные в аптеках, которые не входят в нашу сеть, лишь в некоторых случаях. При отправке нам запроса на компенсацию части затрат, предоставьте копии квитанции.
- См. главу 5 этого Справочника участника, чтобы получить дополнительную информацию по аптекам, не входящим в нашу сеть.

### **5. Когда вы оплачиваете полную стоимость рецептурного лекарства в рамках части D программы Medicare, потому что у вас с собой нет идентификационной карты участника плана**

Если у вас нет с собой идентификационной карты участника, вы можете попросить аптеку позвонить нам или найти информацию о вашей регистрации в плане.

- Если аптека не сможет получить информацию сразу, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость рецепта самостоятельно или вернуться в аптеку с идентификационной карточкой участника.
- При отправке нам запроса на компенсацию части затрат, предоставьте копии квитанции.

### **6. Когда вы оплачиваете полную стоимость рецептурного лекарства в рамках части D программы Medicare, которое не покрывается**

Вам может понадобиться оплатить полную стоимость рецептурного лекарства, поскольку данное лекарство не покрывается планом.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Препарат может не входить в наш **Перечень покрываемых лекарственных препаратов** (Перечень препаратов) на нашем сайте, или с ним могут быть связаны требования либо ограничения, о которых вы не знаете или которые, по вашему мнению, не распространяются на вас. Если вы решите приобрести препарат, вам, возможно, придется заплатить его полную стоимость.
  - Если вы не заплатите за препарат, но считаете, что мы должны его покрыть, вы можете запросить решение о страховом покрытии (см. главу 9 этого **Справочника участника**).
  - Если вы, ваш врач или другой врач, назначивший рецептурный препарат, считаете, что препарат вам нужен немедленно (в течение 24 часов), вы можете запросить ускоренное рассмотрение вопроса о страховом покрытии (см. главу 9 **Справочника участника**).
- При отправке нам запроса на компенсацию, предоставьте копии квитанций. В некоторых случаях нам может понадобиться дополнительная информация от вашего врача или другого лица, назначившего рецептурный препарат, чтобы возместить вам нашу долю в стоимости лекарственного препарата.

После отправки нам запроса на оплату мы рассматриваем его и решаем, следует ли покрывать услугу или лекарственный препарат. Это называется «решением о покрытии». Если мы решаем, что услуга или лекарство должны быть покрыты, мы оплачиваем нашу часть стоимости этого *препарата*.

Если ваш запрос на оплату будет отклонен, вы можете обжаловать наше решение. Чтобы узнать о том, как подать апелляцию, обратитесь к **главе 9** этого **Справочника участника**.

---

## В. Отправка запроса на оплату

Вы можете запросить возврат средств, отправив свой запрос по адресу: Если вы отправляете запрос в письменном виде, пришлите свой счет и подтверждение произведенной оплаты за услуги, покрываемые Medicare. Рекомендуется сделать копию вашего счета и квитанций для себя. **Вы должны подать иск нам в течение 12 месяцев (для медицинских исков по части C) и в течение 36 месяцев (для медицинских исков по части D) с того момента, как мы предоставили вам услугу.**

Чтобы убедиться, что при отправке запроса на оплату вы предоставили нам всю информацию, необходимую для принятия решения, вы можете заполнить нашу форму страхового требования. Заполнение данной формы не является обязательным, но она помогает нам быстрее обрабатывать информацию. Вы можете подать иск с просьбой о возмещении, выполнив указанные далее действия.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Заполните и отправьте нашу электронную форму на сайте **kp.org** и загрузите подтверждающие документы.
- Скачайте копию формы с нашего сайта (**kp.org**) или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру телефона, указанному внизу этой страницы, и попросите прислать вам форму. Отправьте заполненную форму по указанному ниже адресу в отдел по рассмотрению заявок на оплату расходов.
- Если вы не можете получить форму, то можете подать запрос на оплату, отправив в отдел обработки страховых требований указанную ниже информацию:
  - Заявление со следующей информацией:
  - Ваше имя и фамилия (имя и фамилия участника/пациента) и номер вашей медицинской карты.
  - Дата получения услуг.
  - Место получения услуг.
  - Поставщик услуг.
  - Почему вы считаете, что мы должны оплатить услуги.
  - Ваша подпись и дата подписи. (Если вы хотите, чтобы вместо вас запрос сделало другое лицо, нам также потребуется заполненная форма «Назначение представителя», которая доступна по адресу **kp.org**).
  - Копия счета, медицинская документация о получении данных услуг и квитанция, если вы оплатили данные услуги.

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

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

Kaiser Permanente  
Claims Department  
P.O. Box 7004  
Downey, CA 90242-7004

Чтобы отправить запрос на оплату лекарственного препарата части D, прописанного поставщиком услуг и полученного из сетевой аптеки, пишите по адресу, указанному ниже. Все остальные запросы по части D отправляйте по указанному выше адресу.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Kaiser Permanente  
Medicare Part D Unit  
P.O. Box 1809  
Pleasanton, CA 94566

Если у вас есть какие-либо вопросы, свяжитесь с отделом обслуживания участников. Если вы не знаете, сколько должны были заплатить, или вы получили счета и не знаете, что с ними делать, мы можем вам помочь. Вы также можете позвонить нам, чтобы предоставить нам больше информации о запросе на оплату, который вы уже нам отправили.

---

## С. Решения о страховом покрытии

**Когда мы получим ваш запрос на оплату, мы примем решение о страховом покрытии. Это означает, что мы решаем, покрывает ли наш план нужные вам услуги, изделие или лекарственный препарат. Мы также решаем, какую сумму вы должны уплатить, если это требуется.**

- Мы сообщим вам, если нам нужна дополнительная информация от вас.
- Если мы примем решение, что план покрывает услугу, изделие или лекарственный препарат и что вы следовали всем правилам для их получения, мы оплатим свою часть стоимости. Если вы уже оплатили услугу или лекарственный препарат, мы отправим вам чек на нашу часть стоимости. Если вы не заплатили, мы оплатим непосредственно поставщику медицинских услуг.

**Глава 3** этого **Справочника участника** объясняет правила покрытия ваших услуг. В **главе 5** этого **Справочника участника** объясняются правила получения покрываемых рецептурных лекарств по программе Medicare часть D.

- Если мы решим, что не будем оплачивать нашу часть стоимости услуги или лекарственного средства, мы отправим вам письмо и укажем в нем причины такого решения. В это письмо мы также расскажем о вашем праве на подачу апелляции.
- Чтобы узнать больше о решениях по страховым покрытиям, см. **главу 9**.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

---

## Д. Апелляции

Если вы считаете, что мы отклонили ваш запрос на оплату по ошибке, вы можете попросить нас поменять наше решение. Это называется «подача апелляции». Вы также можете подать ее, если не согласны с сумой, оплаченной нами.

Официальный процесс апелляции состоит из детальных процедур и имеет сроки. Чтобы узнать больше об апелляциях, см. **главу 9** этого **Справочника участника**:

- Чтобы подать апелляцию о возврате оплаченной суммы за услуги медико-санитарной помощи, см. **раздел F**.
- Чтобы подать апелляцию о возврате оплаченной суммы за лекарственный препарат, см. **раздел G**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

## Глава 8. Ваши права и обязанности

---

### Введение

Это глава содержит описание ваших прав и обязанностей как участника нашего плана. Мы должны уважать ваши права. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе этого **Справочника участника**.

### Содержание главы 8

A. Ваше право на получение услуг и информации таким способом, который отвечает вашим потребностям.....	221
B. Наша ответственность за то, чтобы вы вовремя получали доступ к покрываемым услугам и лекарственным препаратам .....	222
C. Наша обязанность защищать вашу персональную информацию относительно состояния здоровья (Personal health information, PHI).....	225
C1. Как мы защищаем вашу личную медицинскую информацию .....	226
C2. Ваше право проверять свои медицинские карты .....	226
D. Наша обязанность предоставлять вам информацию.....	226
E. Отсутствие возможности у поставщиков услуг, входящих в сеть, выставить вам счет напрямую .....	228
F. Вы имеете право выйти из нашего плана .....	228
G. Ваше право принимать решение относительно медико-санитарной помощи .....	229
G1. Вы имеете право знать варианты вашего лечения и принимать решения .....	229
G2. Ваше право определить порядок действий в случае, если вы будете не в состоянии самостоятельно принимать решения о медицинском обслуживании .....	230
G3. Что делать, если ваши указания не выполняются.....	231
H. Ваше право подавать жалобы и просить нас пересмотреть наши решения .....	231
H1. Что делать в случае несправедливого лечения или для получения более подробной информации о ваших правах .....	231

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

I.	Информация об оценках новых технологий.....	232
J.	Вы можете вносить предложения о правах и обязанностях.....	232
K.	Ваши обязанности как участника плана .....	232

---

## **А. Ваше право на получение услуг и информации таким способом, который отвечает вашим потребностям**

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам по нормам культуры и в доступной форме. Мы должны также рассказать вам о льготах плана и ваших правах таким образом, чтобы вы могли их понять. Мы должны рассказывать вам о правах каждый год, когда вы принимаете участие в нашем плане.

- Чтобы получить информацию таким образом, чтобы вы ее понимали, позвоните в отдел обслуживания участников. Наш план предусматривает услуги устного перевода, в рамках которых вы получите ответы на разных языках.
- В рамках нашего плана мы также можем предоставить материалы на разных языках, помимо английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников или напишите его сотрудников (см. **главу 2**). Обратитесь в отдел обслуживания участников, чтобы выполнить нижеследующее:
  - отправить запрос на предпочтительный язык, кроме английского, и (или) альтернативный формат;
  - сохранить вашу информацию в качестве постоянного запроса для будущих рассылок и сообщений; **а также**
  - изменить долгосрочный запрос относительно предпочтительного языка и (или) формата.

Если у вас возникли трудности при получении информации из нашего плана из-за проблем с языком или нетрудоспособности и вы хотите подать жалобу, звоните на указанные ниже телефоны.

- Программа Medicare: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Звонить можно 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТТ следует звонить по номеру **1-877-486-2048**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТТ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Управление по гражданским правам программы Medi-Cal: **1-916-440-7370**. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **711**.
- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам: **1-800-368-1019**. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-800-537-7697**.

---

## **В. Наша ответственность за то, чтобы вы вовремя получали доступ к покрываемым услугам и лекарственным препаратам**

У вас есть права как у участника нашего плана.

- Вы имеете право выбрать поставщика первичных медицинских услуг (Primary care provider, PCP) в нашей сети. Поставщик услуг, входящий в сеть, — это поставщик медицинских услуг, который работает вместе с нами. Чтобы узнать больше информации о типах поставщиков первичных медицинских услуг, которые могут действовать в качестве PCP, и о том, как выбрать PCP, см. **главу 3** вашего **Справочника участника**.
  - Чтобы узнать больше о поставщиках услуг, входящих в сеть, и о том, какие врачи, принимают новых пациентов, звоните в отдел обслуживания участников или см. **Справочник адресов поставщиков медицинских услуг и аптек**.
- Вы имеете право обратиться к специалисту по женскому здоровью без направления, а также к другим поставщикам медицинских услуг, указанных в **главе 3** вашего **Справочника участника**. Направление — это разрешение от PCP на визит к поставщику медицинских услуг, который не является вашим PCP.
- Вы имеете право получать покрываемые услуги от поставщиков услуг, входящих в сеть, в течение разумного срока.
  - Это включает право на своевременное получение услуг от специалистов.
  - Если вы не можете получить услуги в течение разумного срока, вы должны оплатить лечение, не входящее в сеть.
- Вы имеете право на получение услуг скорой помощи или неотложного лечения без предварительного разрешения.
- Вы также имеете право на получение лекарственных препаратов по рецептам в каких-либо аптеках сети без длительных задержек.
- Вы имеете право знать, когда можете пользоваться услугами поставщика медицинских услуг, не входящего в сеть. Чтобы узнать о поставщиках медицинских услуг, не входящих в сеть, см. **главу 3** вашего **Справочника участника**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



- Когда вы впервые присоединяетесь к нашему плану, вы имеете право сохранить своих текущих поставщиков медицинских услуг и разрешения на получение услуг на срок до 12 месяцев, если вы отвечаете определенным условиям. Чтобы узнать больше о том, как сохранить своих текущих поставщиков медицинских услуг и разрешения на получение услуг, см. главу 1 вашего Справочника участника.
- Вы имеет право принимать собственные решения в области здравоохранения при помощи лечащей команды и координатора лечения.
- Вы имеете право на указанное ниже:
  - Уважительное отношение и должное внимание к вашему праву на защиту личной информации и необходимости поддерживать конфиденциальность вашей медицинской информации
  - Получение информации о плане и его услугах, включая покрываемые услуги, поставщиков, входящих в сеть, а также права и обязанности участника.
  - Иметь возможность выбирать основного поставщика медицинских услуг в рамках нашей сети.
  - Знать имена и фамилии людей, предоставляющих вам медицинское обслуживание, а также уровень их профессиональной подготовки.
  - Получать медицинское обслуживание в безопасном, защищенном, чистом и доступном месте.
  - Получить альтернативное заключение у врача нашей сети в любое время.
  - Подавать претензии, в устном или письменном виде, относительно организации или полученных услуг.
  - Получать услуги по координации лечения.
  - Требовать апелляцию на решения об отмене, отсрочке или ограничении услуг или льгот.
  - Предоставление бесплатных услуг переводчика.
  - Получать бесплатную юридическую помощь в местном бюро правовой помощи или в других группах.
  - Подготовить предварительные распоряжения о медицинском обслуживании.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

- Просить о проведении слушаний в штате, если в предоставлении услуги или пособия отказано. Вы можете потребовать проведения слушания на уровне штата, только если вы уже подавали нам апелляцию и не довольны решением. Вы можете потребовать проведения слушания на уровне штата, только если вы не получили решения в течение 30 дней по поданной вами апелляции. Требовать проведения слушания на уровне штата, в том числе получения информации об обстоятельствах, при которых возможна ускоренная процедура проведения слушаний.
- Иметь доступ и получать копии, исправлять или вносить поправки в свою медицинскую документацию.
- Бесплатно получать письменные материалы для участников в альтернативных форматах (в том числе шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в аудиоформате и доступных электронных форматах) по требованию и в сроки, которые соответствуют затребованному формату, а также в соответствии с разделом 14182 (b)(12) Закона о социальном обеспечении (Welfare & Institutions Code, W&I Code) штата.
- Не испытывать ограничения или изоляции как средства принуждения, дисциплинирования, удобства или мести в любой форме.
- Открыто обсуждать информацию об имеющихся вариантах лечения и альтернативах, представленную в форме, соответствующей вашему состоянию и способности понимать, независимо от стоимости или покрытия.
- Получать копию своей медицинской документации и требовать внесения в нее поправок или изменений в соответствии с разделом 45 свода федеральных нормативных актов (Code of Federal Regulations, CFR), §164.524 и 164.526.
- Свободно пользоваться перечисленными правами без отрицательного влияния на обращение с вами со стороны Kaiser Permanente, поставщиков услуг или государства.
- Иметь доступ к услугам планирования семьи, услугам независимых родильных центров (Freestanding Birth Centers), медицинских центров, удовлетворяющих федеральным требованиям, поставщиков медицинских услуг для коренных американцев, акушерским услугам, услугам сельских медицинских центров, услугам по лечению заболеваний, передающихся половым путем, и экстренной медицинской помощи за пределами нашей сети в соответствии с федеральным законодательством.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

В главе 9 этого Справочника участника рассказывается от том, что вы можете сделать, если считаете, что не получаете услуги или лекарственные препараты в течение разумного срока. Кроме того, эта глава содержит информацию о том, что вы можете сделать, если мы отклонили страховое покрытие ваших услуг или лекарственных препаратов и вы не согласны с нашим решением.

---

## **С. Наша обязанность защищать вашу персональную информацию относительно состояния здоровья (Personal health information, PHI)**

Мы защищаем вашу персональную информацию в отношении состояния здоровья, как того требуют федеральные законы и законы штата.

- Ваша PHI включает информацию, которую вы предоставили нам во время регистрации в нашем плане. Она также включает ваши медицинские карточки и прочую медицинскую информацию и информацию относительно состояния здоровья.
- Вы имеете право контролировать использование своей личной информации о состоянии здоровья. Мы предоставляем вам письменное уведомление, в котором говорится об этих правах и объясняется, как мы защищаем конфиденциальность вашей PHI. Оно называется «Уведомлением о соблюдении конфиденциальности».
- Участники, которые могут дать согласие на получение конфиденциальных услуг, не обязаны получать разрешение другого участника на получение конфиденциальных услуг или подавать заявление на оплату конфиденциальных услуг. Kaiser Permanente будет направлять сообщения, касающиеся конфиденциальных услуг, на альтернативный указанный участником почтовый адрес, адрес электронной почты или номер телефона или, при отсутствии такого адреса, на имя участника по адресу или номеру телефона, находящимся в личном деле. Kaiser Permanente не будет раскрывать медицинскую информацию, связанную с конфиденциальными услугами, другим членам плана без письменного разрешения члена плана, получающего обслуживание. Kaiser Permanente будет удовлетворять запросы о предоставлении конфиденциальной информации в запрашиваемой форме и формате, если ее можно легко получить в запрашиваемой форме и формате или в альтернативных местах. Запрос участника на конфиденциальную передачу данных, связанную с конфиденциальными услугами, будет действителен до тех пор, пока участник не отзовет запрос или не подаст новый запрос на конфиденциальную передачу данных.
- Участники могут запросить конфиденциальную информацию, заполнив форму запроса на конфиденциальную передачу данных, которая доступна на веб-странице [kp.org](http://kp.org) в разделе «Формы запроса на конфиденциальную передачу данных».

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## **C1. Как мы защищаем вашу личную медицинскую информацию**

Мы следим за тем, чтобы неуполномоченные лица не просматривали ваши записи и не вносили в них изменения.

Кроме случаев, указанных ниже, мы не передаем вашу РНІ лицам, которые не лечат вас или не оплачивают ваше лечение. Если мы передаем их, то обязаны сначала получить ваше письменное разрешение. Вы или лицо, законно уполномоченное принимать решения от вашего лица, может дать письменное разрешение.

В некоторых случаях мы не обязаны предварительно получать ваше письменное разрешение. Эти исключения разрешены законом или требуются по закону.

- Мы должны раскрывать РНІ государственным органам, проверяющим качество лечения согласно нашему плану.
- Мы должны раскрывать РНІ на основе судебного решения.
- Мы должны передавать вашу РНІ в рамках программы Medicare. Если в рамках программы Medicare ваша РНІ раскрывается в исследовательских либо иных целях, это делается в соответствии с федеральными законами.

## **C2. Ваше право проверять свои медицинские карты**

- Вы имеете право проверять свои медицинские карточки и делать копию таких карточек. Мы можем взимать с вас плату за изготовление копии вашей медицинской документации
- Вы имеете право просить нас обновить медицинские карточки или внести в них правки. Если вы попросите нас это сделать, мы в сотрудничестве с вашим поставщиком услуг здравоохранения будем решать, следует ли вносить изменения.
- Вы имеете право знать, предоставляем ли мы доступ другим лицам к вашей личной медицинской информации и каким образом.

Если у вас есть вопросы или опасения относительно конфиденциальности вашей РНІ, позвоните в отдел обслуживания участников.

---

## **D. Наша обязанность предоставлять вам информацию**

Как участник нашего плана вы имеете право получить информацию от нас относительно нашего плана, наших поставщиков услуг, входящих в сеть, и ваших покрываемых услуг.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Если вы не говорите на английском языке, мы оказываем услуги устного перевода, чтобы вы получили ответы на вопросы относительно нашего плана. Чтобы запросить услуги переводчика, позвоните в отдел обслуживания участников. Эта услуга бесплатная для вас. Этот документ доступен на [арабском/армянском/камбоджийском/китайском/фарси, корейском/русском/испанском/тагальском/вьетнамском] языке в отделе обслуживания участников плана. Мы также предоставляем вам информацию крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудиоформате.

Если вам нужна какая-либо указанная ниже информация, позвоните в отдел обслуживания участников.

- Как выбрать или изменить планы.
- Наш план, в том числе указанное ниже.
  - Финансовая информация.
  - Как участники плана оценили нас.
  - Количество апелляций, поданных участниками.
  - Как выйти из нашего плана.
- Наши поставщики услуг, входящие в сеть, и наши сетевые аптеки, в том числе указанные ниже.
  - Как выбирать и менять поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи.
  - Квалификация наших поставщиков услуг и аптек, входящих в сеть.
  - Как мы платим поставщикам услуг в нашей сети.
- Покрываемые услуги и лекарства, в том числе:
  - Услуги (см. главы 3 и 4 этого Справочника участника) и лекарственные препараты (см. главы 5 и 6 этого Справочника участника), покрываемые нашим планом.
  - Ограничения вашего страхового покрытия и лекарственных препаратов.
  - Правила, которые вы должны выполнять, чтобы получать покрываемые услуги и лекарственные препараты.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Почему что-то не входит в покрытие и что вы с этим можете сделать (см. **главу 9** нашего **Справочника участника**), включая просьбы к нам о выполнении указанного ниже.
  - Письменно оформить информацию о том, почему что-то не входит в покрытие.
  - Изменить решение, которое мы приняли.
  - Оплатить счет, который вы получили.

---

## **Е. Отсутствие возможности у поставщиков услуг, входящих в сеть, выставлять вам счет напрямую**

Врачи, больницы и другие поставщики в нашей сети не могут просить вас оплатить покрываемые услуги. Они также не могут выставлять балансовый счет или взимать с вас плату, если мы заплатили меньше, чем просил поставщик медицинских услуг. Чтобы узнать, что делать, если поставщик услуг, входящий в сеть, пытается взимать с вас плату за покрываемые услуги, см. **главу 7** этого **Справочника участника**.

---

## **Г. Вы имеете право выйти из нашего плана**

Никто не может заставить вас остаться участником плана, если вы этого не хотите.

- Вы имеете право на получение большей части услуг здравоохранения через Original Medicare или другой план Medicare Advantage (МА).
- Вы можете получить льготы на рецептурное лекарство Medicare часть D в рамках плана рецептурных лекарств или другого плана МА.
- См. главу 10 этого Справочника участника:
  - чтобы получить информацию о том, когда вы можете присоединиться к новому плану МА или плану льгот на рецептурные лекарства;
  - чтобы узнать информацию о том, как вы получите ваши льготы в рамках программы Medi-Cal, если вы выйдете из плана.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## **G. Ваше право принимать решение относительно медико-санитарной помощи**

Вы имеете право на всю информацию ваших врачей и других поставщиков услуг здравоохранения, при помощи которой сможете принимать решения о получаемой медико-санитарной помощи.

### **G1. Вы имеете право знать варианты вашего лечения и принимать решения**

Ваши поставщики медицинских услуг должны объяснить вам ваше состояние и варианты лечения таким образом, чтобы вы поняли эту информацию. Вы имеете право на указанное ниже.

- **Знать свои варианты.** Вы имеете право на то, чтобы вам рассказали обо всех вариантах лечения.
- **Знать риски.** Вы имеете право на то, чтобы вам рассказали обо всех связанных рисках. Мы должны заблаговременно вам сказать, если услуга или лечение является частью исследовательского эксперимента. Вы имеете право отказаться принимать участие в экспериментальном лечении.
- **Получить второе мнение.** Вы имеете право проконсультироваться с другим врачом перед тем, как принимать решение относительно лечения.
- **Отказаться.** Вы имеете право отказаться от какого-либо лечения. Это включает право покинуть больницу или другое медицинское учреждение, даже если врач вам этого не советует. Вы имеете право перестать принимать прописанный лекарственный препарат. Если вы отказываетесь от лечения или прекращаете прием прописанного лекарственного препарата, мы не будем исключать вас из нашего плана. Однако если вы отказываетесь от лечения или прекращаете прием лекарственного препарата, то несете полную ответственность за то, что с вами происходит.
- **Попросить нас объяснить, почему поставщик медицинских услуг отказал в лечении.** Вы имеете право получить объяснение от нас, если поставщик медицинских услуг отказал в лечении, а вы считаете, что должны были его получить.
- **Попросить нас покрыть услугу или лекарственный препарат, которые мы отклонили или, как правило, не покрываем.** Это называется «решение о страховом покрытии». В главе 9 нашего Справочника участника рассказывается, как направить нам запрос о решении относительно страхового покрытия.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## **G2. Ваше право определить порядок действий в случае, если вы будете не в состоянии самостоятельно принимать решения о медицинском обслуживании**

Иногда люди не могут самостоятельно принимать решения относительно медико-санитарной помощи. Прежде чем такое произойдет, вы можете сделать указанное ниже.

- Заполнить письменную форму, предоставив какому-либо лицу право принимать решения относительно медико-санитарная помощь от вашего лица.
- Предоставить своим врачам письменные инструкции в отношении того, как поступать с вопросом оказания вам медико-санитарной помощи, если вы утратите возможность самостоятельно принимать решения, включая лечение, которое вы не одобряете.

Юридический документ, который вы используете, чтобы выдать указания, называется «заблаговременное распоряжение». Есть разные названия и типы такого документа.

Например, прижизненное волеизъявление и доверенность на медико-санитарную помощь.

Вы не обязаны оформлять заблаговременное распоряжение, но можете это сделать. Ниже указано, что нужно делать, если вы хотите пользоваться заблаговременным распоряжением.

- **Получите форму.** Вы можете получить форму у врача, юриста, социального работника или в юридическом агентстве. Часто в аптеках и поставщиках медицинских услуг есть такой документ. Вы можете найти и загрузить бесплатную форму из сети. Вы также можете обратиться в отдел обслуживания участников, чтобы попросить такой документ.
- **Заполните и подпишите форму.** Эта форма — это юридический документ. Вам следует подумать над тем, чтобы обратиться к юристу или лицу, которому вы доверяете, например члену семьи, или вашему РСР, чтобы они помогли вам ее заполнить.
- **Передайте копии людям, которые должны знать о такой форме.** Вам следует передать копию формы врачу. Вам также следует передать копию лицу, которое вы уполномочили принимать решения от вашего лица. Вы можете передать копии близким друзьям или членам семьи. Храните копию дома.
- Если вас госпитализировали и у вас есть заранее подписанное заблаговременное распоряжение, **возьмите копию в больницу.**
- Сотрудники больницы спросят вас, есть ли у вас подписанная форма заблаговременного распоряжения и взяли ли вы ее с собой.
- Если у вас нет подписанной формы заблаговременного распоряжения, в больнице есть такие формы и ее сотрудники попросят вас ее подписать.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



Вы имеете право на указанное ниже.

- Включить заблаговременное распоряжение в вашу медицинскую карту.
- Изменить или отменить ваше заблаговременное распоряжение в любой момент.
- Узнавать об изменениях, внесенных в законы, которые регулируют заблаговременные распоряжения. Наш план сообщит вам об изменениях в законодательстве штата не позднее, чем через 90 дней после внесения изменений.

Чтобы получить больше информации, обратитесь в отдел обслуживания участников.

### **G3. Что делать, если ваши указания не выполняются**

Если вы подписали заблаговременное распоряжение и считаете, что врач или сотрудники больницы не выполняют указания, содержащиеся в вашей форме, вы можете подать жалобу в Организацию по улучшению качества, указанную в **разделе F главы 2** этого **Справочника участника**.

---

## **Н. Ваше право подавать жалобы и просить нас пересмотреть наши решения**

В **главе 9** этого **Справочника участника** рассказывается о том, что вы можете сделать, если у вас есть проблемы или опасения относительно покрываемых услуг либо лечения. Например, вы можете попросить нас принять решение относительно страхового покрытия, подать апелляцию на изменения такого решения или подать жалобу.

Вы имеете право получать информацию о ваших апелляциях и жалобах, которые подали другие участника плана против нас. Чтобы получить эту информацию, позвоните в отдел обслуживания участников.

### **Н1. Что делать в случае несправедливого лечения или для получения более подробной информации о ваших правах**

Если вы считаете, что мы отнеслись к вам несправедливо, и это **не** связано с дискриминацией по причинам, указанным в **главе 11** нашего **Справочника участника**, или вы хотите получить информацию о своих правах, можете позвонить по указанным ниже номерам.

- Отдел обслуживания участников: **1-800-443-0815**, 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00 Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **711**.
- Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (НІСАР), телефон: **1-800-434-0222**. Чтобы получить дополнительную информацию о НІСАР, см. **главу 2, раздел Е** этого **Справочника участника**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Программа омбудсменов Medicare и Medi-Cal, телефон: **1-888-804-3536**. Чтобы узнать больше об этой программе, см. главу 2 нашего **Справочника участника**.
- Программа DHCS Ombudsman: **1-888-452-8609**, с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00.
- Программа Medicare: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; круглосуточно, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-877-486-2048**. (Вы также можете прочитать или скачать информационный буклет «Права и средства защиты Medicare», размещенный на веб-сайте Medicare 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)).

---

## I. Информация об оценках новых технологий

Быстро меняющиеся технологии влияют на здравоохранение и медицину не меньше, чем на любую другую отрасль. Чтобы определить, имеет ли новый препарат или другая медицинская разработка долгосрочные преимущества, наш план тщательно отслеживает и оценивает новые технологии для включения их в число покрываемых льгот. Эти технологии включают медицинские процедуры, медицинские приборы и новые лекарства.

---

## J. Вы можете вносить предложения о правах и обязанностях

Как участник нашего плана, вы имеете право давать рекомендации относительно прав и обязанностей, включенных в эту главу. Если у вас есть предложения, звоните в отдел обслуживания участников.

---

## K. Ваши обязанности как участника плана

Вы обязаны выполнять указанное ниже как участник плана. Если у вас есть вопросы, звоните в отдел обслуживания участников.

- Прочитайте *Справочник участника*, чтобы узнать, что покрывает ваш план, и правила, которые следует выполнять для получения покрываемых услуг и лекарственных препаратов. Чтобы узнать о:
  - покрываемых услугах, см. главы 3 и 4 вашего **Справочника участника**. В этих главах рассказывается о том, что входит и не входит в покрытие, какие правила вы должны выполнять и за что вы платите.
  - Покрываемые лекарства описываются в главах 5 и 6 вашего **Справочника участника**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

- **Расскажите нам обо всех других страховых покрытиях относительно состояния здоровья и рецептурных лекарств**, которые вы оформили. Мы обязаны убедиться, что вы используете все ваши варианты страхового покрытия при получении медико-санитарной помощи. Если у вас есть другие варианты страхового покрытия, позвоните в отдел обслуживания участников.
- **Сообщите своему врачу и всем остальным поставщикам услуг здравоохранения**, что вы являетесь участником нашего плана. При получении услуг или лекарств предъявите свое удостоверение участника.
- **Помогите своим врачам** и всем остальным поставщикам услуг здравоохранения оказать вам наилучшую помощь.
  - Предоставьте информацию, которую им следует знать о вас и вашем здоровье. Изучите максимальное количество информации о своих проблемах со здоровьем. Выполняйте план лечения и инструкции, которые вы согласовали с поставщиками медицинских услуг.
  - Обязательно сообщите своим врачам и всем остальным поставщикам медицинских услуг обо всех лекарственных препаратах, которые вы принимаете, в том числе о рецептурных лекарствах, лекарственных препаратах, выдаваемых без рецепта, витаминах и пищевых добавках.
  - Задавайте все вопросы, которые хотите. Ваши врачи и все остальные поставщики медицинских услуг обязаны объяснить вам все так, чтобы вы могли понять такую информацию. Если вы задали вопрос, но не поняли ответ, задайте его еще раз.
- **Работа с вашим координатором по уходу**, включая заполнение ежегодной оценки риска для здоровья.
- **Будьте внимательны.** Мы ожидаем, что все участники плана будут уважать права других лиц. Мы также рассчитываем, что вы будете вести себя достойно в кабинете врача, больнице и прочих заведениях поставщика медицинских услуг.
- **Платите за оказанные услуги.** Как участник плана, вы несете ответственность за указанные ниже платежи.
  - Страховые взносы в соответствии с частью А и частью В Medicare. Medi-Cal оплачивает страховые взносы по части А и части В программы Medicare для большинства участников плана.
  - За некоторые получаемые вами услуги длительного ухода и поддержки либо лекарственные препараты, покрываемые нашим планом, вы должны оплатить свою часть стоимости при получении услуги или лекарства. **Глава 4** сообщает, сколько вы должны платить за долгосрочные услуги и поддержку. **В главе 6** говорится о том, что вы должны оплачивать лекарственные препараты.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Если вы **получаете какие-либо услуги или лекарства, которые не покрываются нашим планом, вы должны оплатить их полную стоимость.** (Примечание. Если вы не согласны с нашим решением об отказе в покрытии услуги или препарата, вы можете подать апелляцию. Обратитесь к **главе 9** для получения информации о способах подачи апелляции).
- **Сообщать нам в случае смены места жительства.** Если вы планируете переехать, незамедлительно сообщите нам об этом. Позвоните в отдел обслуживания участников.
  - Если вы выезжаете за пределы территории обслуживания, вы не сможете участвовать в нашем плане. Участниками этого плана могут быть только лица, проживающие на нашей территории обслуживания. В **главе 1** вашего **Справочника участника** рассказывается о нашей территории обслуживания.
  - Мы можем помочь вам узнать, выезжаете ли вы за пределы нашей территории обслуживания. Во время специального периода регистрации вы можете выбрать план Original Medicare или зарегистрироваться в плане программы Medicare или плане рецептурных лекарств по вашему новому адресу. Мы можем рассказать, есть ли у нас план, действующий на территории вашего нового места проживания.
  - После переезда сообщите сотрудникам Medicare и Medi-Cal ваш новый адрес. **Глава 2** вашего **Справочника участника** содержит номера телефонов для Medicare и Medi-Cal.
  - **Если вы переехали, но находитесь в пределах нашей территории обслуживания, все равно сообщите нам об этом.** Информация в карточке участника должна быть актуальной, чтобы мы знали, как с вами связаться.
- **Сообщите нам, если у вас появился новый номер телефона** или лучший способ связаться с вами.
- Если у вас есть вопросы или опасения, позвоните в отдел обслуживания участников.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Глава 9. Что делать, если у вас есть проблема или жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

---

### Введение

В этой главе изложена информация о ваших правах. Прочитайте ее, чтобы узнать, что делать, если:

- у вас есть проблемы с вашим планом либо жалоба на такой план;
- вам нужны услуги, материалы или лекарственные препараты, а в рамках вашего плана они не оплачиваются;
- вы не согласны с решением, принятым в рамках вашего плана относительно лечения;
- вы считаете, что срок действия ваших покрываемых услуг заканчивается слишком рано;
- у вас есть проблема или жалоба, связанная с услугами долговременного ухода и поддержки, в том числе с услугами для взрослых на территории района (Community-Based Adult Services, CBAS) и услугами учреждения сестринского ухода (Nursing Facility, NF).

Эта глава состоит из разных разделов, чтобы вы могли легко найти нужную информацию.

**Если у вас есть проблема или жалоба, прочитайте соответствующую часть этой главы.**

Вы должны получать медико-санитарную помощь, лекарства, услуги долговременного ухода и поддержки, которые ваш врач или прочие поставщики медицинских услуг определили как необходимые для вас в рамках вашего плана медицинского обслуживания. **Если у вас возникли проблемы с медицинским обслуживанием, позвоните сотрудникам программы омбудсменов Medicare Medi-Cal по номеру телефона 1-888-804-3536, чтобы получить помощь.** В этой главе объясняются, какие варианты вы можете применять в случае возникновения различных проблем и жалоб. Вы можете в любое время позвонить сотрудникам программы Ombuds, которые помогут вам решить вашу проблему. Чтобы узнать, к кому еще вы можете обратиться со своими вопросами и как с такими лицами связаться, см. главу 2 этого Справочника участника.

---

**Если у вас возникли вопросы,** позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Содержание главы 9**

A.	Что делать, если у вас есть проблема или вопрос .....	238
A1.	О юридических терминах .....	238
B.	К кому обратиться за помощью .....	238
B1.	Больше информации и помощи .....	238
C.	Понимание жалоб и апелляций Medicare и Medi-Cal в рамках нашего плана .....	240
D.	Проблемы с вашими льготами .....	241
E.	Решения о страховом покрытии и апелляции .....	241
E1.	Решения о страховом покрытии .....	241
E2.	Апелляции .....	242
E3.	Помощь с решениями о страховом покрытии и апелляциями .....	243
E4.	Какой раздел этой главы может вам помочь .....	244
F.	Медицинское обслуживание .....	244
F1.	Использование этого раздела .....	245
F2.	Направить запрос на решение о страховом покрытии .....	246
F3.	Подача апелляции 1-го уровня .....	248
F4.	Подача апелляции 2-го уровня .....	252
F5.	Проблемы с оплатой .....	260
G.	Рецептурные лекарства в рамках Medicare Части D .....	261
G1.	Решения о страховом покрытии и апелляции части D программы Medicare .....	262
G2.	Исключения в части D .....	263
G3.	Важная информация, которую следует знать о запросе об исключении .....	264
G4.	Запрос решения о страховом покрытии, в том числе исключения .....	265
G5.	Подача апелляции 1-го уровня .....	268

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

G6. Подача апелляции 2-го уровня .....	270
H. Запрос на страховое покрытие более длительной госпитализации .....	272
H1. Получение информации о ваших правах в рамках программы Medicare .....	273
H2. Подача апелляции 1-го уровня .....	274
H3. Подача апелляции 2-го уровня .....	277
H4. Подача альтернативной апелляции 1-го уровня .....	277
H5. Подача альтернативной апелляции 2-го уровня .....	279
I. Запрос на продление покрытия определенных медицинских услуг .....	280
I1. Предварительное уведомление перед окончанием действия страхового покрытия.....	280
I2. Подача апелляции 1-го уровня.....	280
I3. Подача апелляции 2-го уровня.....	283
I4. Подача альтернативной апелляции 1-го уровня.....	284
I5. Подача альтернативной апелляции 2-го уровня.....	285
J. Перенос вашей апелляции на следующие уровни после апелляции 2-го уровня .....	286
J1. Следующие шаги для получения услуг и товаров в рамках программы Medicare.....	286
J2. Дополнительные апелляции по программе Medi-Cal .....	287
J3. Апелляция 3-го, 4-го и 5-го уровней для запросов по лекарственным препаратам части D программы Medicare .....	288
K. Как подать жалобу .....	289
K1. На какие проблемы следует подавать жалобы.....	289
K2. Внутренние жалобы .....	291
K3. Внешние жалобы .....	292

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

---

## А. Что делать, если у вас есть проблема или вопрос

В этой главе объясняется, как урегулировать проблемы и вопросы. Применимый процесс зависит от типа вашей проблемы. Используйте один процесс для решений о **страховом покрытии и апелляциях**, а второй — для **подачи жалоб** (претензий).

Чтобы обеспечить объективное и своевременное рассмотрение, для каждого процесса есть правила, процедуры и сроки, которые и мы, и вы должны выполнять.

### А1. О юридических терминах

В этой главе для некоторых правил и сроков применяются юридические термины. Многие такие термины сложно понять, поэтому мы используем более простые слова вместо определенных юридических терминов, когда это возможно. Мы используем как можно меньше аббревиатур.

Например, мы говорим:

- «подать жалобу» вместо «подать претензию»;
- «решение о страховом покрытии» вместо «определение организации», «определение льгот», «определение с повышенным риском» или «определение страхового покрытия»;
- «быстрое решение о страховом покрытии» вместо «ускоренное определение»;
- «независимая экспертная организация» вместо «независимое экспертное юридическое лицо».

Мы указали эти юридические термины, поскольку это может помочь вам более четко излагать свои мысли.

---

## В. К кому обратиться за помощью

### В1. Больше информации и помощи

Иногда сложно инициировать процесс урегулирования проблемы или следовать этому процессу, особенно в тех ситуациях, когда вы себя плохо чувствуете или у вас мало энергии. Иногда вы можете не обладать требуемой информацией для выполнения следующего шага.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



### **Помощь, предоставляемая в рамках Программы консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP)**

Вы можете позвонить консультантам Программы консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP). Консультанты HICAP могут ответить на ваши вопросы и помочь вам понять, как решить вашу проблему. Программа HICAP не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. Обученные консультанты HICAP есть в каждом округе. Их услуги бесплатные. Номер телефона HICAP: **1-800-434-0222**.

### **Помощь, предоставляемая в рамках Программы омбудсменов Medicare Medi-Cal**

Вы можете позвонить в программу омбудсменов Medicare Medi-Cal и обсудить с адвокатом ваши проблемы медицинского страхования. Они предоставляют бесплатную юридическую консультацию. Программа омбудсменов не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. Номер телефона программы: **1-888-804-3536** и ее веб-сайт: **www.healthconsumer.org**.

### **Помощь и информация, предоставляемые Medicare**

Чтобы получить больше информации и помощи, свяжитесь с сотрудниками Medicare. Есть два способа обратиться за помощью в Medicare.

- Позвонить по номеру **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; круглосуточно, 7 дней в неделю. Номер для пользователей TTY: **1-877-486-2048**.
- Посетить веб-сайт Medicare (**www.medicare.gov**).

### **Помощь, предоставляемая Департаментом здравоохранения штата Калифорния.**

Вам также может помочь уполномоченный по вопросам организованного медицинского обслуживания Medi-Cal Департамента здравоохранения штата Калифорния (DHCS). Они вам помогут, если у вас возникнут проблемы с регистрацией, сменой или выходом из плана медицинского страхования. Они также помогут вам, если вы переедете и у вас возникнут трудности с переводом программы Medi-Cal в новый округ. Вы можете позвонить уполномоченному DHCS с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00 по телефону **1-888-452-8609**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Помощь, предоставляемая Департаментом регулируемого здравоохранения штата Калифорния

Обратитесь в Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния (DMHC) за бесплатной помощью. DMHC отвечает за регулирование планов медицинского страхования. DMHC помогает людям с апелляциями относительно услуг в рамках программы Medi-Cal или проблем с оплатой. Номер телефона: **1-888-466-2219**. Лица с нарушениями слуха и речи могут звонить бесплатно (линия TDD): **1-877-688-9891**. Вы также можете посетить веб-сайт DMHC по адресу: **www.HealthHelp.ca.gov**.

Департамент управляемого здравоохранения штата Калифорния отвечает за регулирование планов здравоохранения. При наличии у вас претензий к вашему плану медицинского обслуживания, вы должны сначала позвонить в отдел обслуживания участников своего плана медицинского страхования по номеру **1-800-464-4000 (TTY 711)** и, прежде чем связываться с отделом, воспользоваться процессом рассмотрения жалоб по вашему плану медицинского страхования. Следование процедуре подачи жалобы не означает потерю имеющихся юридических прав или средств правовой защиты. Если Вам требуется помощь в отношении жалобы, связанной с неотложным случаем, или жалобы, которая не была разрешена удовлетворительным образом страховым планом, или с открытой на протяжении более 30 дней жалобой, Вы можете позвонить в департамент. Вы также можете иметь право на проведение Независимой медицинской экспертизы (IMR). Если ваш случай удовлетворяет критериям для IMR, в процессе IMR будет произведена независимая проверка медицинских решений, принятых страховой компанией в отношении медицинской необходимости предложенных услуг или лечения, решений о покрытии экспериментального или исследовательского по своей природе лечения, а также при спорных вопросах об оплате за скорую или неотложную медицинскую помощь. Для связи с сотрудниками отдела также имеется бесплатный номер телефона (**1-888-466-2219**) и линия TDD (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте департамента **https://www.dmhc.ca.gov** представлены бланки жалоб, формы заявки на независимую медицинскую экспертизу и онлайн-руководства.

---

## С. Понимание жалоб и апелляций Medicare и Medi-Cal в рамках нашего плана

У вас есть план Medicare и Medi-Cal. Информация, изложенная в этой главе, применяется ко **всем** вашим льготам Medicare и Medi-Cal. Поскольку процессы Medicare и Medi-Cal объединены, иногда используется термин «интегрированный процесс».

Иногда процессы Medicare и Medi-Cal невозможно объединить. В таких ситуациях следует применять один процесс к льготам Medicare, а другой — льготам Medi-Cal. В **разделе F4** объясняются такие ситуации.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Д. Проблемы с вашими льготами

Если у вас есть проблема или жалоба, прочитайте соответствующую часть этой главы. При помощи следующей таблицы ниже вы сможете найти правильный раздел данной главы в отношении проблемы либо жалобы.

<p><b>Ваша проблема связана со льготами или страховым покрытием?</b></p> <p>Сюда относятся проблемы покрытия (входит ли определенное медицинское обслуживание или рецептурные лекарства в покрытие), каким именно образом они покрываются и проблемы, связанные с оплатой медицинского обслуживания или рецептурных лекарств.</p>	
<p><b>Да.</b></p> <p>Моя проблема связана со льготами и страховым покрытием.</p> <p>См. <b>раздел Е</b> «Решения о страховом покрытии и апелляции».</p>	<p><b>Нет.</b></p> <p>Моя проблема не связана со льготами и страховым покрытием.</p> <p>См. <b>раздел К</b> «Как подать жалобу».</p>

## Е. Решения о страховом покрытии и апелляции

Процесс запроса решения по страховым покрытиям и подачи апелляции касается проблем, связанных с вашими льготами и страховым покрытием. Сюда относятся проблемы с платежами.

### Е1. Решения о страховом покрытии

Решение по страховому покрытию — это решение, которое мы принимаем относительно ваших льгот и страхового покрытия или относительно суммы, которую мы выплачиваем за полученные вами медицинскую помощь или лекарства. Например, врач сети вашего плана принимает (положительное) решение о страховом покрытии для вас всякий раз, когда вы получаете у него медицинскую помощь (см. **главу 4, раздел Н** этого **Справочника участника**).

Вы или ваш врач можете также связаться с нами, чтобы направить запрос на решение по страховому покрытию. Вы или ваш врач могут быть не уверены, покроем ли мы определенные медицинские услуги или откажемся предоставлять медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, вам необходимо. **Если вы хотите заблаговременно узнать, покроем ли мы медицинскую услугу, вы можете попросить нас принять решение по страховому покрытию.**

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

Мы принимаем решение по страховому покрытию каждый раз, когда определяем предмет и сумму страхового покрытия. В некоторых случаях мы можем принять решение, что услуга или лекарство больше не покрывается для вас в рамках Medicare или Medi-Cal. Если вы не согласны с этим решением по страховому покрытию, вы можете подать апелляцию.

## **E2. Апелляции**

Если вы не согласны с нашим решением по страховому покрытию, вы можете его «обжаловать». Апелляция — это официальный способ обратиться к нам с просьбой пересмотреть и изменить принятое нами решение по страховому покрытию.

Если вы впервые подаете апелляцию на решение, это называется «Апелляция 1-го уровня». В рамках апелляции мы рассматриваем наше принятое решение по страховым покрытиям, чтобы проверить, выполнили ли мы все правила должным образом. Рассматривают апелляцию другие эксперты, а не те, которые принимали отрицательное первоначальное решение.

В большинстве случаев вы должны начать процедуру обжалования с апелляции 1-го уровня. Если ваша проблема со здоровьем носит срочный характер или связана с непосредственной и серьезной угрозой вашему здоровью, или если вы испытываете сильную боль и нуждаетесь в немедленном решении, вы можете обратиться за независимой медицинской экспертизой в Департамент регулируемого здравоохранения по адресу: **www.dmhc.ca.gov**. Дополнительную информацию см. в разделе «Жалобы и независимые медицинские экспертизы (Independent Medical Review, IMR) в Департаменте регулируемого здравоохранения» далее в этой главе.

После завершения рассмотрения мы сообщим вам о нашем решении. При определенных условиях, описанных далее в этой главе, вы можете запросить ускоренную или «быструю» процедуру решения о страховом покрытии либо ускоренную апелляцию такого решения.

Если мы частично или полностью **отклоним** ваш запрос, мы сообщим вам об этом в письме. Если ваша проблема касается страхового покрытия услуги, изделия или лекарственного препарата, покрываемого частью В программы Medicare, в письме будет указано, что мы отправили ваше дело в независимую экспертную организацию для апелляции 2-го уровня. Если ваша проблема касается страхового покрытия услуги или изделия, покрываемого по части D программы Medicare или Medicaid, в письме будет указано, как самостоятельно подать апелляцию 2-го уровня. Чтобы узнать больше об апелляции 2-го уровня, см. **раздел F4**. Если ваша проблема связана с покрытием услуги или продукта, покрываемого как программой Medicare, так и Medicaid, в письме вы найдете информацию, касающуюся обоих типов апелляций 2-го уровня.

Если вас не устраивает решение в рамках апелляции 2-го уровня, есть дополнительные уровни апелляции, которые вы можете пройти.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

### Е3. Помощь с решениями о страховом покрытии и апелляциями

Ниже указано, к кому вы можете обратиться за помощью.

- **Отдел обслуживания участников:** номера указаны внизу страницы.
- Программа омбудсменов Medicare Medi-Cal, телефон: 1-888-804-3536.
- Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP): 1-800-434-0222.
- **Обратитесь в справочный центр Департамента регулируемого здравоохранения штата (DMHC) за бесплатной помощью.** DMHC отвечает за регулирование планов медицинского страхования. DMHC помогает людям с апелляциями относительно услуг в рамках программы Medi-Cal или проблем с оплатой. Номер телефона: **1-888-466-2219**. Лица с нарушениями слуха и речи могут звонить бесплатно (линия TDD): **1-877-688-9891**. Вы также можете посетить веб-сайт DMHC по адресу [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov).
- **Ваш врач или другой поставщик медицинских услуг.** Ваш врач или другой поставщик медицинских услуг могут запросить решение по страховым покрытиям или подать апелляцию от вашего имени.
- **Друг или член семьи.** Вы можете назначить другое лицо действовать от вашего имени в качестве «представителя» и запросить решение по страховым покрытиям или подать апелляцию.
- **Юрист.** Вы имеете право пользоваться услугами юриста, но вы не обязаны его нанимать, чтобы запросить решение по страховым покрытиям или подать апелляцию.
  - Позвоните своему юристу или обратитесь в местное объединение юристов либо иную службу направления. Некоторые юридические группы предоставят вам бесплатные юридические услуги, если вы отвечаете требованиям.
  - Обратитесь за юридической помощью к адвокату из программы омбудсменов Medicare Medi-Cal по номеру **1-888-804-3536**.
- Если вы хотите, чтобы юрист или иное лицо действовало в качестве вашего представителя, заполните форму для назначения представителя. Форма дает право лицу действовать от вашего имени.
- Позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы, и запросите форму для назначения представителя. Вы также можете получить бланк заявки на веб-сайте [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 [kp.org](http://kp.org). **Вы обязаны предоставить нам копию подписанной формы.**

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

#### **Е4. Какой раздел этой главы может вам помочь**

Есть четыре ситуации, затрагивающие решения о страховом покрытии и апелляции. Для каждой ситуации предусмотрены свои правила и строки. Детальная информация о каждой ситуации указана в отдельном разделе этой главы. См. соответствующий раздел.

- **Раздел F** «Медицинское обслуживание».
- **Раздел G** «Рецептурное лекарство Medicare, часть D».
- **Раздел H** «Запрос на страховое покрытие более длительной госпитализации».
- **Раздел I** «Запрос на продление покрытия определенных медицинских услуг». Положения этого раздела применяются только к следующим услугам: медико-санитарный уход на дому, услуги квалифицированного сестринского ухода и услуги комплексного амбулаторного реабилитационного учреждения (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

Если вы не знаете, какой раздел вам нужен, позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы. Вы также можете получить помощь или информацию, обратившись в правительственные организации, например к представителям Государственной программы помощи по страхованию здоровья (SHIP) (**глава 2, раздел E** этого **Справочника участника** содержит контактную информацию сотрудников такой программы).

---

### **F. Медицинское обслуживание**

В этом разделе рассказывается, что делать, если у вас есть проблемы с получением страхового покрытия за медицинское обслуживание или если вы хотите, чтобы мы оплатили вам нашу часть стоимости медицинского обслуживания, полученного вами.

В этом разделе рассказывается о ваших льготах на медицинское обслуживание и услуги, описанные в **главе 4** этого **Справочника участника**. Далее в этом разделе мы, как правило, ссылаемся на «медицинское страхование» или «медицинское обслуживание». Термин «медицинское обслуживание» включает медицинские услуги и материалы, а также рецептурные лекарства Medicare, часть B, которые являются препаратами, назначаемыми вашим врачом или медицинским работником. К рецептурным лекарствам части B программы Medicare могут применяться другие правила. В таком случае мы объясняем, как правила для рецептурных лекарств части B программы Medicare отличаются от правил для медицинских услуг и материалов.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## F1. Использование этого раздела

В этом разделе рассказывается, что вы можете сделать в каждой из указанных ниже ситуаций.

1. Вы считаете, что мы покрываем медицинское обслуживание, в котором вы нуждаетесь, но вы его не получаете.

**Что вы можете сделать.** Вы можете направить нам запрос на решение о страховом покрытии. См. **раздел F2**.

2. Мы не одобрили медицинское обслуживание, прописанное вашим врачом или поставщиком услуг здравоохранения, но, по вашему мнению, мы должны это сделать.

**Что вы можете сделать.** Вы можете обжаловать наше решение, подав апелляцию. См. **раздел F3**.

3. Вам было предоставлено медицинское обслуживание, и вы думали, что мы его покрываем, но мы не будем его оплачивать.

**Что вы можете сделать.** Вы можете обжаловать наше отрицательное решение по оплате, подав апелляцию. См. **раздел F5**.

4. Вам было предоставлено медицинское обслуживание, за которое вы заплатили. Вы думали, что мы покрываем такое медицинское обслуживание, поэтому хотите, чтобы мы вернули вам оплату.

**Что вы можете сделать.** Вы можете направить нам запрос на возврат денег. См. **раздел F5**.

5. Мы уменьшили страховое покрытие для определенных типов медицинского обслуживания или прекратили предоставлять такое покрытие, а вы считаете, что наше решение может нанести вред вашему здоровью.

**Что вы можете сделать.** Вы можете обжаловать наше решение о сокращении или прекращении медицинского обслуживания. См. **раздел F4**.

- Если страховое покрытие используется для медико-санитарного ухода на дому, услуги квалифицированного сестринского ухода и услуги комплексного амбулаторного реабилитационного учреждения, применяются специальные правила. Чтобы узнать больше, см. **раздел H** или **раздел I**.
  - Для всех остальных ситуаций, связанных с сокращением либо прекращением страхового покрытия для определенных типов медицинского обслуживания, см. этот раздел (**Раздел F**) в качестве руководства.
6. Ваше обслуживание задерживается или вы не можете найти врача.
- **Что вы можете сделать.** Вы можете подать жалобу. См. **раздел K2**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## F2. Направить запрос на решение о страховом покрытии

Если решение по страховому покрытию связано с медицинским обслуживанием, оно будет называться **интегрированным решением организации**.

- Вы, ваш врач или представитель могут направить нам запрос на решение по страховым покрытиям одним из указанных ниже способов.
- По телефону: **1-800-443-0815**, 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00, ТТУ: **711**. Если решение по страховому покрытию, апелляция или жалоба отвечает требованиям для ускоренного рассмотрения, позвоните в отдел по ускоренному рассмотрению по номеру телефона **1-888-987-7247**, с 08:30 до 17:00, с понедельника по субботу.
- По факсу: 1-888-987-2252.
- В письменной форме.
  - Если ваш вопрос связан с решением по страховому покрытию или жалобой, напишите в местный отдел обслуживания участников (см. адрес в **Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек**).
  - Если ваш вопрос касается стандартной апелляции, напишите по адресу, указанному в уведомлении об отказе, которое мы вам отправили. Если ваше решение по страховому покрытию, апелляция или жалоба отвечают требованиям для ускоренного рассмотрения, отправьте письмо на следующий адрес.  
Kaiser Permanente  
Expedited Review Unit  
P.O. Box 1809  
Pleasanton, CA 94566

### Стандартное решение о страховом покрытии

Когда мы принимаем решение, мы применяем «стандартные» сроки, если только мы не согласовали использование «ускоренных» сроков. Стандартное решение по страховому покрытию означает, что мы предоставим вам свое решение о:

- медицинском обслуживании или материалах в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса; для планов, отвечающих требованиям Закона Нокса-Кина о медицинском обслуживании — в течение 5 рабочих дней и не позднее 14 календарных дней после получения вашего запроса;
- рецептурных лекарствах Medicare, часть В в течение 72 часов после получения вашего запроса.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



## Ускоренное решение о страховом покрытии

Юридический термин для ускоренного решения по страховому покрытию — **ускоренное определение**.

Когда вы направляете нам запрос на принятие решения по страховому покрытию медицинского обслуживания или в связи с состоянием вашего здоровья вам нужен быстрый ответ, попросите нас принять ускоренное решение по страховому покрытию. Ускоренное решение по страховому покрытию означает, что мы предоставим вам свое решение о:

- медицинской услуге или товаре в течение 72 часов после получения вашего запроса или раньше, если состояние вашего здоровья требует более быстрого ответа;
- рецептурных лекарствах Medicare, часть В в течение 24 часов после получения вашего запроса.

Чтобы быстро получить решение о страховом покрытии, вы должны соответствовать двум требованиям.

- Вы запрашиваете страховое покрытие медицинского обслуживания, **которое вы еще не получили**.
- Если придерживаться стандартных сроков, **то вашему здоровью может быть нанесен серьезный вред** или может быть нарушена ваша способность функционировать.

Мы автоматически предоставим вам ускоренное решение о страховом покрытии, если ваш врач скажет нам, что этого требует состояние вашего здоровья. Если вы обратитесь к нам без подтверждения от вашего врача, то мы оставляем за собой право решить, получите ли вы ускоренное решение о страховом покрытии.

Если мы решим, что ваше состояние здоровья не соответствует требованиям для принятия ускоренного решения о страховом покрытии, мы сообщим вам об этом в письме и будем придерживаться стандартных сроков. В письме будет указано:

- Мы автоматически предоставим вам ускоренное решение о страховом покрытии, если об этом попросит ваш врач.
- Как вы можете подать «срочную жалобу» на наше решение предоставить вам стандартное решение о страховом покрытии вместо ускоренного решения. Больше информации о подаче жалобы, в том числе ускоренной жалобы, см. в **разделе К**.

**Если мы частично или полностью откажем вам в вашем запросе**, то мы отправим вам письмо с объяснением причин.

- В случае получения **отказа** вы имеете право подать апелляцию. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, то подача апелляции — это формальный способ попросить нас пересмотреть наше решение и изменить его.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Если вы решите подать апелляцию, то вы начнете с 1-го уровня апелляционного процесса (смотрите **раздел F3**).

В некоторых случаях мы можем отклонить ваш запрос на решение о страховом покрытии, что означает, что мы не будем рассматривать запрос. Запрос может быть отклонен в следующих случаях:

- если запрос неполный;
- если кто-то делает запрос от вашего имени, не имея на это законных полномочий, **или**
- если вы попросите отозвать ваш запрос.

В случае отклонения запроса на решение о страховом покрытии мы высылаем пояснение, в котором уточняется, почему запрос был отклонен и как запросить пересмотр решения об отклонении

### **F3. Подача апелляции 1-го уровня**

**Чтобы подать апелляцию**, вы, ваш врач или ваш представитель должны связаться с нами. Позвоните в отдел обслуживания участников.

Запросите стандартную апелляцию или ускоренную апелляцию письменно или позвонив в отдел обслуживания участников.

- Если ваш врач или другое лицо, выписывающее рецепты, запросит продолжение предоставления услуги или получения изделия, уже получаемых вами на момент подачи апелляции, вам может потребоваться назначить его своим представителем, который будет действовать от вашего имени.
- Если кто-то, кроме вашего врача, подает апелляцию от вашего имени, приложите заявление «Назначение представителя», уполномочивающее это лицо представлять вас. Вы можете получить бланк заявки на веб-сайте [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 [kp.org](http://kp.org).
- Мы можем принять запрос на апелляцию без формы, но мы не сможем начать или завершить рассмотрение, пока не получим ее. Если мы не получим заявление в течение 30 календарных дней после получения вашего запроса на апелляцию:
  - Мы отклоним ваш запрос и
  - Мы отправим вам письменное уведомление, объясняющее, что вы имеете право просить независимую экспертную организацию пересмотреть наше решение об отклонении вашей апелляции.

Вы должны подать апелляцию **в течение 60 календарных дней** с даты, указанной в письме, в котором мы сообщили вам о нашем решении.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Если вы пропустите срок подачи апелляции и у вас есть на это уважительная причина, мы можем предоставить вам больше времени. Веской причиной может являться, например, тяжелое заболевание или предоставление нами неверной информации о сроках подачи апелляции. При подаче апелляции объясните причину, по которой ваша апелляция не была подана вовремя.

Вы имеете право запросить у нас бесплатную копию информации о вашей апелляции. Вы и ваш врач также можете предоставить нам дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции. Этот запрос должен быть в письменной форме.

**Запросите рассмотрение апелляции в ускоренном порядке, если этого требует ваше здоровье.**

Юридический термин для «ускоренной апелляции» — «**ускоренный пересмотр**».

- Если вы подаете апелляцию на принятое нами решение о покрытии услуг, которые вы не получали, вы и (или) ваш врач решаете, нужна ли вам ускоренная апелляция.

**Мы автоматически предоставим вам ускоренное решение по апелляции, если ваш врач сообщит нам, что этого требует состояние вашего здоровья.** Если вы обратитесь к нам без подтверждения от вашего врача, то мы оставляем за собой право решить, получите ли вы ускоренное решение по апелляции.

- Если мы решим, что ваше состояние здоровья не соответствует требованиям для принятия ускоренного решения по апелляции, мы сообщим вам об этом в письме и будем придерживаться стандартных сроков. В письме будет указано:
  - Мы автоматически предоставим вам ускоренное решение по апелляции, если об этом попросит ваш врач.
  - Как вы можете подать «срочную жалобу» на наше решение предоставить вам стандартное решение по апелляции покрытия вместо ускоренного решения. Больше информации о подаче жалобы, в том числе ускоренной жалобы, см. в разделе **К**.

**Если мы сообщим вам, что отказываем вам в получении услуг или изделий, которые вы уже получаете, или сокращаем их количество, вы можете попросить о продолжении предоставления этих услуг или изделий во время процесса апелляции.**

- Если мы решим изменить или прекратить покрытие услуг или изделий, которые вы получаете, мы отправим вам уведомление, прежде чем мы предпримем какие-либо действия.
- В случае несогласия с нашим решением вы всегда можете подать апелляцию 1-го уровня.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Мы продолжим покрывать услугу или изделие, если вы запросите апелляцию 1-го уровня в течение 10 календарных дней с даты на почтовом штемпеле нашего письма или до предполагаемой даты вступления в силу решения, в зависимости от того, что наступит позднее.
  - Если вы уложите в этот срок, вы продолжите получать услугу или изделие в прежнем порядке, пока ваша апелляция 1-го уровня находится на рассмотрении.
  - Вы также продолжите получать все прочие услуги или изделия (которые не являются предметом вашей апелляции) в прежнем порядке.
  - Если вы не подадите апелляцию до этих дат, то ваше обслуживание или прием лекарств не будет продолжаться, пока вы ждете решения по апелляции.

### **Мы рассмотрим вашу апелляцию и дадим вам ответ.**

- При рассмотрении вашей апелляции мы еще раз внимательно изучим всю информацию о вашем запросе на страховое покрытие медицинского обслуживания.
- Мы проверим, были ли при **отклонении** вашего запроса соблюдены все правила.
- Мы соберем дополнительную информацию, если сочтем ее необходимой. Мы можем связаться с вами или вашим врачом для получения дополнительной информации.

### **Существуют сроки подачи ускоренной апелляции.**

- Если мы применяем ускоренные сроки, мы должны дать вам ответ **в течение 72 часов после получения вашего обращения или раньше, если состояние вашего здоровья требует более быстрого ответа**. Мы дадим вам ответ раньше, если этого требует ваше здоровье.
- Если мы не дадим вам ответ в течение 72 часов, мы должны отправить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции. После чего независимая экспертная организация рассмотрит его. Далее в этой главе мы расскажем вам об этой организации и объясним процесс подачи апелляций 2-го уровня. Если ваша проблема касается услуги или изделия, обычно покрываемого программой Medi-Cal, вы можете самостоятельно подать апелляцию 2-го уровня. Вы можете найти дополнительную информацию далее в этой главе. Мы не будем автоматически подавать за вас апелляцию 2-го уровня на предоставление услуг или товаров Medi-Cal.
- **Если мы частично или полностью одобрим ваш запрос**, мы должны разрешить или предоставить одобренное страховое покрытие в течение 72 часов после получения вашей апелляции или раньше, если того требует состояние вашего здоровья.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос**, мы направим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию на 2-й уровень апелляционного процесса.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Существуют сроки подачи стандартной апелляции.**

- Когда мы придерживаемся стандартных сроков, мы должны дать вам ответ **в течение 30 календарных дней** после получения вашей апелляции на страховое покрытие услуг, которые вы не получили.
- Если ваш запрос касается рецептурного лекарства, покрываемого программой Medicare часть В, которое вы не получали, мы дадим вам ответ **в течение 7 календарных дней** после получения апелляции или раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - Если мы не дадим вам ответ в установленный срок, мы должны отправить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции. После чего независимая экспертная организация рассмотрит его. Далее в этой главе мы расскажем вам об этой организации и объясним процесс апелляций уровня 2. Если ваша проблема связана с услугой или товаром, которые обычно покрываются программой Medi-Cal, вы можете подать апелляцию уровня 2 самостоятельно. Вы можете найти дополнительную информацию далее в этой главе. Мы не будем автоматически подавать за вас апелляцию 2-го уровня на предоставление услуг или товаров Medi-Cal.

**Если мы утвердительно ответим на часть или на весь ваш запрос**, мы должны одобрить или предоставить согласованное страховое покрытие в течение 30 календарных дней с даты получения запроса на апелляцию, или так быстро, как того требует состояние вашего здоровья, и в течение 72 часов с даты изменения нашего решения, или в течение 7 календарных дней с даты получения апелляции, если ваш запрос касается рецептурного препарата по части В программы Medicare.

**Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос, у вас есть дополнительные права на подачу апелляции:**

- Если мы частично или полностью **отклоним** ваш запрос, мы сообщим вам об этом в письме.
- Если ваша проблема касается страхового покрытия услуги или изделия, покрываемого программой Medicare, в письме будет указано, что мы отправили ваше дело в независимую экспертную организацию для апелляции 2-го уровня.
- Если ваша проблема касается страхового покрытия услуги или изделия, покрываемого программой Medi-Cal, в письме будет указано, как самостоятельно подать апелляцию 2-го уровня.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

#### F4. Подача апелляции 2-го уровня

Если мы частично или полностью **отклоним** вашу апелляцию 1-го уровня, мы сообщим вам об этом в письме. В письме будет указано, покрывается ли услуга или изделие программой Medicare, программой Medi-Cal или обеими программами сразу.

- Если ваша проблема касается услуги или изделия, обычно покрываемого программой **Medicare**, мы автоматически отправим ваше дело на 2-й уровень апелляционного процесса, как только будет завершен апелляционный процесс 1-го уровня.
- Если ваша проблема касается услуги или изделия, обычно покрываемого программой **Medi-Cal**, вы можете самостоятельно подать апелляцию 2-го уровня. В письме написано, как это сделать. Вы также можете найти дополнительную информацию далее в этой главе.
- Если ваша проблема касается услуги или изделия, покрываемого как программой **Medicare**, так и программой **Medi-Cal**, вы автоматически переходите на 2-й уровень апелляционного процесса с участием независимой экспертной организации. Помимо автоматической апелляции 2-го уровня, вы также можете подать запрос на проведение слушаний с участием штата и независимой медицинской экспертизы с участием штата. Однако независимая медицинская экспертиза не предоставляется, если вы уже представили доказательства на слушании с участием штата.

Если вы имели право на получение льгот при подаче апелляции 1-го уровня, то ваши льготы на услугу, изделие или лекарственный препарат, на которые распространяется апелляция, могут также сохраняться на 2-м уровне. Смотрите **раздел F3** для получения информации о продолжении получения льгот во время рассмотрения апелляции 1-го уровня.

- Если ваша проблема касается услуги, обычно покрываемой только программой **Medicare**, то ваши льготы по этой услуге не сохранятся в течение процесса апелляции 2-го уровня с вовлечением независимой экспертной организации.
- Если ваша проблема касается услуги, обычно покрываемой только программой **Medi-Cal**, то ваши льготы по этой услуге сохранятся, если вы подадите апелляцию 2-го уровня в течение 10 календарных дней после получения нашего письма с решением.

#### Если ваша проблема связана с услугой или изделием, обычно покрываемым Medicare

Независимая экспертная организация рассмотрит вашу апелляцию. Это независимая организация, предоставляющая свои услуги в рамках программы Medicare.

Официально независимую экспертную организацию называют «**независимое экспертное юридическое лицо**» (**Independent Review Entity, IRO**); иногда используется аббревиатура **IRE**.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.  
Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Эта организация не связана с нами и не является государственным учреждением. Эта компания была выбрана в качестве независимой экспертной организации в рамках программы Medicare, и Medicare наблюдает за их работой.
- Мы отправим информацию о вашей апелляции (ваше «дело») этой организации. Вы имеете право запросить бесплатную копию материалов вашего дела.
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.
- Специалисты по оценке независимой экспертной организации внимательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией.

**Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась в ускоренном порядке, то апелляция 2-го уровня также будет рассмотрена в ускоренном порядке.**

- Если мы рассматривали вашу апелляцию 1-го уровня в ускоренном порядке, то апелляция 2-го уровня также автоматически поступает на ускоренное рассмотрение. Независимая экспертная организация должна дать вам ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента получения вашей апелляции.

**Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась в стандартные сроки, то и апелляция 2-го уровня будет рассматриваться в стандартные сроки.**

- Если мы рассматривали вашу апелляцию 1-го уровня в стандартные сроки, то апелляция 2-го уровня также будет автоматически подлежать рассмотрению в стандартные сроки.
- Если ваш запрос касается медицинского изделия или услуги, то независимая экспертная организация должна дать ответ на апелляцию 2-го уровня **в течение 30 календарных дней** с момента получения апелляции.
- Если ваш запрос касается рецептурного лекарства, покрываемого программой Medicare часть В, то независимая экспертная организация должна дать ответ на апелляцию 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** с момента получения апелляции.

Независимая экспертная организация даст вам письменный ответ и объяснит причины.

- Если независимая экспертная организация частично или полностью одобрит ваш запрос на покрытие медицинского изделия или услуги, то мы должны незамедлительно выполнить данное решение:
  - обеспечить страховое покрытие медицинского обслуживания **в течение 72 часов** или
  - предоставить услугу в течение **5 рабочих дней** после того, как мы получим решение независимой экспертной организации по **стандартным запросам** или

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- предоставить услугу **в течение 72 часов** с даты получения решения независимой экспертной организации в случае **ускоренного запроса**.
- Если независимая экспертная организация частично или полностью одобрит запрос на рецептурное лекарство, покрываемое по части В программы Medicare, то мы должны разрешить или предоставить этот препарат:
  - **в течение 72 часов** с момента получения решения независимой экспертной организации в случае стандартного запроса или
  - **в течение 24 часов** со дня получения решения независимой экспертной организации в случае **ускоренного запроса**.
- Если независимая экспертная организация частично или полностью отклонит **вашу апелляцию**, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны одобрять (полностью или частично) ваш запрос на покрытие медицинского обслуживания. Это называется «оставить решение в силе» или «отклонить апелляцию».
  - Если ваше дело соответствует требованиям, вы сами решаете, хотите ли вы продолжать апелляционный процесс.
  - После 2-го уровня в процессе апелляции есть еще три уровня, всего уровней пять.
  - Если ваша апелляция 2-го уровня отклонена, и вы соответствуете требованиям для продолжения процесса апелляции, вы должны решить, собираетесь ли переходить на 3-й уровень и подавать третью апелляцию. Подробная информация о том, как это сделать, содержится в письменном уведомлении, которое вы получите после подачи апелляции 2-го уровня.
  - На 3-м уровне апелляцию рассматривает судья по административным делам или уполномоченный третейский судья. В **разделе J** вы можете найти дополнительную информацию о 3-м, 4-м и 5-м уровнях процесса апелляции.

### **Если ваша проблема связана с услугой или изделием, обычно покрываемым программой Medi-Cal**

#### **(1) Независимое медицинское рассмотрение**

Есть два способа подать апелляцию 2-го уровня в отношении услуг и предметов Medi-Cal: (1) подача жалобы или проведение независимой медицинской экспертизы или (2) проведение слушания с участием штата.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



Вы можете подать жалобу или запросить проведение независимой медицинской экспертизы в Справочном центре при Департаменте регулируемого здравоохранения (DMHC) штата Калифорния. После того как вы подадите жалобу, DMHC рассмотрит наше решение и вынесет заключение. Независимая медицинская экспертиза проводится в отношении любых имеющих медицинский характер услуг или продуктов, покрываемых Medi-Cal. В рамках независимой медицинской экспертизы ваш случай рассматривает врач, не входящий в наш план или специалист DMHC. Если после независимой медицинской экспертизы принято решение в вашу пользу, мы должны будем предоставить вам услугу или лечение, о которых вы просили. Вы не платите за IMR.

Вы можете подать жалобу или подать заявку на проведение независимой медицинской экспертизы, если наш план:

- отказывает в предоставлении, изменяет или задерживает предоставление услуги или лечения по программе Medi-Cal, потому что наш план не считает их необходимыми с медицинской точки зрения;
- не покрывает экспериментальное или исследовательское лечение серьезного заболевания в рамках программы Medi-Cal;
- оспаривает вопрос о том, была ли хирургическая услуга или процедура косметической или реконструктивной по своему характеру;
- не оплачивает экстренные или неотложные услуги Medi-Cal, которые вы уже получили;
- не удовлетворил вашу апелляцию 1-го уровня по услуге в рамках Medi-Cal в течение 30 календарных дней в случае стандартной апелляции или 72 часов или раньше, если этого требует состояние вашего здоровья, в случае ускоренной апелляции.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если ваш поставщик медицинских услуг подал апелляцию за вас, но мы не получили ваше заявление о назначении представителя, вам придется повторно подать апелляцию в нашу компанию, прежде чем вы сможете подать заявление о проведении независимой медицинской экспертизы 2-го уровня в Департамент регулируемого медицинского обслуживания, если только ваша апелляция не связана с непосредственной и серьезной угрозой для вашего здоровья, включая, помимо прочего, сильную боль, потенциальную угрозу жизни, потери конечностей или отказа основных функций организма.

Вы имеете право как на проведение независимой медицинской экспертизы, так и на рассмотрение слушания с участием штата, однако независимая медицинская экспертиза не будет проводиться, если вы уже представляли доказательства на слушании с участием штата по тому же вопросу.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

В большинстве случаев вы должны подать нам апелляцию, прежде чем запрашивать проведение независимой медицинской экспертизы. Для получения информации о нашем процессе подачи апелляции уровня 1 см. **раздел G5**. Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать жалобу в ДМНС или запросить проведение независимой медицинской экспертизы в Справочном центре ДМНС.

Если вам было отказано в лечении, потому что оно было экспериментальным или исследовательским, вы не обязаны сначала подавать нам апелляцию, прежде чем подать заявку на проведение независимой медицинской экспертизы.

Если ваша проблема носит неотложный характер или связана с непосредственной и серьезной угрозой вашему здоровью, или если вы испытываете сильную боль, вы можете немедленно обратиться в ДМНС, не проходя процедуру обжалования.

Вы должны **подать заявку на проведение независимой медицинской экспертизы в течение 6 месяцев** после того, как мы отправим вам письменное решение по вашей апелляции. ДМНС может принять ваше заявление и через 6 месяцев при наличии веских причин, например, у вас были медицинские показания, которые не позволили вам запросить проведение независимой медицинской экспертизы в течение 6 месяцев, или вы не получили от нас надлежащего уведомления о процессе проведения независимой медицинской экспертизы.

Чтобы запросить проведение независимой медицинской экспертизы:

- заполните форму заявления/жалобы на проведение независимой медицинской экспертизы, которую можно найти по адресу:  
**[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx)**  
или позвоните в Справочный центр ДМНС по телефону 1-888-466-2219.  
Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-688-9891.
- Если они у вас есть, приложите копии писем или других документов относительно услуги или продукта, в предоставлении которых мы отказали. Это поможет ускорить процесс проведения независимой медицинской экспертизы. Отправляйте копии документов, а не оригиналы. Справочный центр не возвращает никакие полученные документы.
- Заполните «Бланк уполномоченного помощника (Authorized Assistant Form)», если кто-то помогает вам с запросом проведения независимой медицинской экспертизы. Вы можете получить форму на сайте  
**[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx)**  
или позвонив в Справочный центр Департамента по телефону 1-888-466-2219.  
Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-688-9891.
- Отправьте по почте или факсу свои заполненные бланки заявлений вместе с любыми вложениями по адресу:

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 1-916-255-5241

- Вы также можете подать заявку/жалобу на проведение независимой медицинской экспертизы и бланк уполномоченного помощника:  
**[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx)**

Если вы подходите под условия проведения независимой медицинской экспертизы, ДМНС рассмотрит ваше дело и в течение 7 календарных дней направит вам письмо о том, что вы подходите под условия проведения независимой медицинской экспертизы. После получения от вашего плана заявления и подтверждающих документов решение о проведении независимой медицинской экспертизы будет принято в течение 30 календарных дней. Вы должны получить решение о проведении независимой медицинской экспертизы в течение 45 календарных дней с момента подачи заполненного заявления.

Если ваш случай является срочным и вы подходите под условия проведения независимой медицинской экспертизы, ДМНС рассмотрит ваше дело и в течение 2 календарных дней направит вам письмо о том, что вы подходите под условия проведения независимой медицинской экспертизы. После получения от вашего плана заявления и подтверждающих документов решение о проведении независимой медицинской экспертизы будет принято в течение 3 календарных дней. Вы должны получить решение о проведении независимой медицинской экспертизы в течение 7 календарных дней с момента подачи заполненного заявления. Если вы не удовлетворены результатами независимой медицинской экспертизы, вы можете запросить проведение слушания с участием штата.

Проведение независимой медицинской экспертизы может затянуться, если ДМНС не получит от вас или вашего лечащего врача все необходимые медицинские документы. Если вы пользуетесь услугами врача, не входящего в сеть вашего медицинского страхового плана, важно, чтобы вы получили и отправили нам медицинские документы от этого врача. Ваш план медицинского страхования должен получать копии ваших медицинских документов от врачей, входящих в сеть.

Если ДМНС решит, что ваш случай не подходит для проведения независимой медицинской экспертизы, ДМНС рассмотрит его в рамках обычного процесса рассмотрения жалоб потребителей. Ваша жалоба должна быть рассмотрена в течение 30 календарных дней с момента подачи заполненного заявления. Если ваша жалоба носит срочный характер, она будет рассмотрена быстрее.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.  
Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

## (2) Слушание на уровне штата

Вы можете обратиться в суд штата с просьбой о проведении слушаний по покрываемым Medi-Cal услугам и товарам. Если ваш врач или другой поставщик предлагает вам услугу или товар, который мы не утвердим, или мы не будем продолжать оплачивать услугу или товар, который вы уже получили, и мы отказали вам в апелляции первого уровня, вы имеете право обратиться в суд штата.

В большинстве случаев у вас есть **120 дней, чтобы подать заявление о проведении слушаний с участием штата** после того, как вам было отправлено уведомление «Решение об апелляции».

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы просите о проведении слушания на уровне штата, потому что мы сообщили вам, что услуга, которую вы получаете в настоящее время, будет изменена или прекращена, у вас есть **меньше дней для подачи заявления**, если вы хотите продолжать получать эту услугу, пока слушание на уровне штата находится на рассмотрении. Дополнительную информацию читайте в этой главе «Сохранятся ли мои льготы во время апелляций 2-го уровня».

Существует два способа подать заявление о проведении слушания на уровне штата.

1. Вы можете заполнить «Заявление о проведении слушания на уровне штата» на обратной стороне уведомления о подаче иска. Вы должны предоставить всю запрашиваемую информацию, такую как ваше полное имя, адрес, номер телефона, название плана или округа, который принял меры против вас, программы помощи, вовлеченные в процесс, и детальное обоснование того, почему вы хотите получить слушание. Затем вы можете подать свой запрос одним из указанных ниже способов.
  - В окружной отдел социального обеспечения по адресу, указанному в уведомлении.
  - В Департамент социального обслуживания штата Калифорния:  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430
  - В Отдел слушаний на уровне штата по номеру **1-916-651-5210** или **1-916-651-2789**.
2. Вы можете позвонить в Департамент социального обслуживания штата Калифорния по номеру **1-800-743-8525**. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-800-952-8349**. Если вы решили просить о проведении слушания на уровне штата по телефону, вы должны знать, что телефонные линии очень загружены.

Вам не нужно платить за слушание на уровне штата или за проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Reviews, IMR).

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Вы можете потребовать проведения IMR и слушания на уровне штата. Но если вы сперва запросили проведение слушания на уровне штата и оно уже состоялось, вы не сможете запросить IMR. В данном случае решение, принятое на слушании, становится окончательным. Решения по аптечным льготам в рамках программы Medi-Cal Rx не подлежат процедурам IMR.

В следующих разделах представлена дополнительная информация о том, как требовать проведения слушаний на уровне штата или IMR.

Жалобы и апелляции, связанные с аптечными льготами Medi-Cal Rx, не рассматриваются Kaiser Permanente. Вы можете подать жалобы и апелляции по поводу аптечных льгот Medi-Cal Rx, позвонив по телефону **1-800-977-2273** (TTY: **1-800-977-2273** и нажать **5** или **711**). Однако жалобы и апелляции, связанные с аптечными льготами, не подпадающими под Medi-Cal Rx, могут подлежать независимому медицинскому рассмотрению. Если вы не согласны с решением, связанным с вашими льготами в рамках Medi-Cal Rx, вы можете обратиться с просьбой о проведении слушания на уровне штата.

Примечание. Товары и услуги, которые вы получаете в рамках программы общественно полезных услуг Community Supports, не подлежат независимому медицинскому рассмотрению.

Отдел проведения слушаний с участием штата сообщит вам свое решение в письменной форме и объяснит причины.

- Если отдел проведения слушаний на уровне штата частично или полностью **одобрит** ваш запрос на медицинское изделие или услугу, мы должны будем разрешить или предоставить услугу или изделие **в течение 72 часов** после получения их решения.
- Если отдел проведения слушаний на уровне штата частично или полностью **отклонит** вашу апелляцию, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны одобрять (полностью или частично) ваш запрос на покрытие медицинского обслуживания. Это называется «оставить решение в силе» или «отклонить апелляцию».

Если независимая экспертная организация или отдел проведения слушаний с участием штата частично или полностью **отклонит** ваш запрос, то у вас есть право на продолжение апелляционного процесса.

Если ваша апелляция 2-го уровня рассматривалась **независимой экспертной организацией**, то вы можете подать повторную апелляцию только в том случае, если стоимость требуемой услуги или изделия в долларах соответствует определенной минимальной сумме. Судья по административным делам или уполномоченный третейский судья рассматривает апелляцию 3-го уровня. **В письме, которое вы получите от независимой экспертной организации, разъясняются ваши дополнительные права на продолжение апелляционного процесса.**

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

В письме, которое вы получите из отдел проведения слушаний на уровне штата, описана следующая возможность подачи апелляции.

Дополнительную информацию о ваших правах на продолжение апелляционного процесса после 2-го уровня смотрите в **разделе J**.

### **F5. Проблемы с оплатой**

Мы не разрешаем нашим поставщикам услуг, входящим в сеть, выставять счета за покрываемые услуги и изделия. Это касается даже тех случаев, когда мы платим поставщику медицинских услуг меньше, чем он взимает за покрываемую услугу или изделие. Вы никогда не обязаны оплачивать остаток любого счета. Единственная сумма, которую вас должны попросить заплатить, — это доплата за скорую помощь, диализ и определенные предметы медицинского оборудования длительного пользования, как описано в Таблице льгот в **главе 4** или распределении расходов, описанном в **главе 6**, если вы больше не имеете права на получение «Дополнительной помощи».

Если вы получили счет, который превышает вашу доплату за покрываемые услуги и предметы, отправьте счет нам. **Вы не должны оплачивать счет самостоятельно.** Мы свяжемся с поставщиком напрямую и решим проблему. Если вы оплатите счет, вы можете получить возмещение, если следовали правилам получения услуг или товара.

Дополнительную информацию см. в **главе 7** этого **Справочника участника**. В ней описываются ситуации, когда вам может потребоваться попросить нас вернуть вам долг или оплатить счет, полученный от поставщика услуг. В нем также рассказывается, как отправить нам документы с запросом оплаты.

Если вы просите вернуть деньги, вы просите принять решение о страховом покрытии. Мы проверим, покрывается ли оплаченная вами услуга или товар и соблюдались ли вами все правила использования страхового покрытия.

- Если услуга или товар, за который вы заплатили, покрывается, и вы следовали всем правилам, мы оплатим свою часть стоимости услуги или товара в течение 60 календарных дней после получения вашего запроса.
- Если вы еще не оплатили услугу или товар, мы отправим платеж непосредственно поставщику. Когда мы отправляем платеж, это то же самое, что **соглашаемся** на ваш запрос о решении о покрытии.
- Если услуга или товар не покрываются или вы не соблюдали все правила, мы отправим вам письмо, в котором будет сказано, что мы не будем платить за услугу или товар, и объясним, почему.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Если вы не согласны с нашим решением не платить, **вы можете подать апелляцию**. Следуйте процедуре обжалования, описанной в **разделе F3**. Следуя этим инструкциям, обратите внимание на нижеследующее.

- Если вы подаете апелляцию, чтобы мы вернули вам деньги, мы должны дать вам ответ в течение 30 календарных дней после получения вашей апелляции.
- Если вы просите нас возместить вам расходы на медицинское обслуживание, которое вы получили и оплатили самостоятельно, вы не можете просить провести апелляцию в ускоренном порядке.

Если наш ответ на вашу апелляцию **Нет**, а **Medicare** обычно покрывает услугу или товар, мы направим ваше дело в независимую экспертную организацию. Мы отправим вам письмо, если это произойдет.

- Если независимая экспертная организация отменит наше решение и скажет, что мы должны заплатить вам, мы должны отправить платеж вам или поставщику услуг в течение 30 календарных дней. Если ответ на ваше обращение **положительный**, на любом этапе процесса апелляции после уровня 2 мы должны отправить платеж вам или поставщику медицинских услуг в течение 60 календарных дней.
- Если независимая экспертная организация **отклонит** вашу апелляцию, значит, они согласны с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос. Это называется «оставить решение в силе» или «отклонить вашу апелляцию». Вы получите письмо с объяснением дополнительных прав на апелляцию, которые у вас могут быть. Дополнительную информацию о других уровнях апелляции смотрите в **разделе J**.

Если наш ответ на вашу апелляцию **отрицателен**, а также **Medi-Cal** обычно покрывает услугу или товар, вы можете самостоятельно подать апелляцию уровня 2. Для получения дополнительной информации см. **Раздел F4**.

---

## G. Рецептурные лекарства в рамках Medicare Части D

Ваши льготы в качестве участника нашего плана включают покрытие многих отпускаемых по рецепту лекарств. Большинство из них являются препаратами, которые входят в Medicare часть D. Некоторые препараты не покрываются Medicare часть D, но могут покрываться Medi-Cal. **Этот раздел относится только к апелляциям в отношении лекарственных препаратов по части D программы Medicare.** Мы будем говорить «лекарственный препарат» в оставшейся части этого раздела вместо того, чтобы каждый раз говорить «лекарственный препарат части D программы Medicare».

Чтобы препарат покрывался, он должен использоваться по медицинским показаниям. Это означает, что препарат одобрен Управлением США по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов или поддерживается определенными медицинскими рекомендациями. Чтобы узнать больше о медицинских показаниях, см. **главу 5** этого **Справочника участника**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## G1. Решения о страховом покрытии и апелляции части D программы Medicare

Ниже приведены примеры решений о страховом покрытии, которые вы просите нас принять в отношении ваших препаратов по части D программы Medicare:

- Вы просите нас сделать исключение, в том числе просите нас:
  - одобрить покрытие препарата по части D программы Medicare, которого нет в Перечне препаратов нашего плана, или
  - отменить ограничение на наше покрытие лекарственного препарата (например, ограничения на сумму, которую вы можете получить).
- Вы спрашиваете нас, покрывается ли для вас препарат (например, если ваш препарат находится в Перечне препаратов нашего плана, но мы должны одобрить его для вас, прежде чем покрыть его).

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если аптека сообщает вам, что ваш рецепт не может быть заполнен, как прописано, аптека выдает вам письменное уведомление, в котором объясняется, как связаться с нами, чтобы запросить решение о покрытии.

Первоначальное решение о покрытии лекарств по части D программы Medicare называется «**решение о страховом покрытии**».

- Вы просите нас оплатить лекарство, которое вы уже купили. Здесь запрашивается решение о страховом покрытии в отношении оплаты.

Если вы не согласны с принятым нами решением о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию на наше решение. В этом разделе рассказывается, как запросить решение о покрытии и как подать апелляцию. Используйте приведенную ниже таблицу.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.



<b>В какой из этих ситуаций вы находитесь?</b>			
<p>Вам нужен препарат, которого нет в нашем Перечне препаратов, или вы хотите, чтобы мы отменили правило или ограничение в отношении препарата, который мы покрываем.</p>	<p>Вы хотите, чтобы мы покрыли препарат из нашего Перечня препаратов, и считаете, что соответствуете правилам или ограничениям плана (например, праву на предварительное разрешение) в отношении необходимого вам препарата.</p>	<p>Вы хотите попросить нас вернуть вам деньги за лекарство, которое вы уже получили и оплатили.</p>	<p>Мы сказали вам, что мы не будем покрывать препарат или платить за него так, как вы этого хотите.</p>
<p><b>Вы можете попросить нас сделать исключение.</b> (Это тип решения о покрытии).</p>	<p><b>Вы можете запросить у нас решение о покрытии.</b></p>	<p><b>Вы можете направить нам запрос на возврат денег.</b> (Это тип решения о покрытии).</p>	<p><b>Вы можете подать апелляцию.</b> (Это означает, что вы просите нас пересмотреть свое решение).</p>
<p>Начните с раздела <b>G2</b>, а затем перейдите к разделам <b>G3</b> и <b>G4</b>.</p>	<p>См. раздел <b>G4</b>.</p>	<p>См. раздел <b>G4</b>.</p>	<p>См. раздел <b>G5</b>.</p>

## **G2. Исключения в части D**

Если лекарственный препарат не покрывается так, как вам хотелось бы, вы можете попросить нас сделать «исключение». Если ваш запрос об исключении будет отклонен, вы можете подать апелляцию по нашему решению.

В случае запроса об исключении, ваш врач или другой врач, назначающий лекарственный препарат, должен объяснить медицинские цели, по которым вам необходимо данное исключение.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Запрос на страховое покрытие лекарственного препарата, не входящего в наш Перечень препаратов, или на снятие ограничения в отношении лекарственного препарата иногда называется «фармакологическое исключение».

Вот несколько примеров исключений, которые вы, ваш врач или другой врач, назначающий лекарственный препарат, можете попросить нас сделать:

### **Страховое покрытие лекарственного препарата, которого нет в Перечне препаратов**

- Если мы решим сделать исключение и покрыть лекарственный препарат, которого нет в нашем Перечне препаратов, вы заплатите сумму франшизы, которая применяется ко всем нашим лекарственным препаратам.
- Вы не можете получить исключение в отношении оплаты обязательной франшизы для лекарственного препарата.

### **Снятие ограничения на покрываемый лекарственный препарат**

- К определенным препаратам из нашего Перечня препаратов применяются дополнительные правила или ограничения (см. главу 5 этого Справочника участника).
- Дополнительные правила и ограничения для некоторых лекарственных препаратов включают перечисленные ниже требования.
  - Необходимость использовать непатентованную версию лекарственного препарата вместо патентованного лекарства.
  - Получение нашего предварительного согласия на покрытие для вас стоимости лекарственного препарата. Иногда его называют «предварительным разрешением».

## **G3. Важная информация, которую следует знать о запросе об исключении**

### **Ваш врач или другой врач, назначающий лекарственный препарат, должен сообщить нам медицинские цели.**

Ваш врач или другой врач, назначающий лекарственный препарат, должен предоставить нам заявление, объясняющее медицинские цели запроса об исключении. Для более быстрого принятия решения включите в свой запрос об исключении данную медицинскую информацию от своего врача или другого врача, назначающего лекарственный препарат.

Наш Перечень препаратов часто включает в себя более одного препарата для лечения определенного заболевания. Это так называемые «альтернативные» лекарственные препараты. Если альтернативный лекарственный препарат так же эффективен, как и препарат в вашем запросе, и он не вызывает больше побочных действий или других проблем со здоровьем, мы обычно **не** утверждаем ваш запрос на исключение.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Мы можем одобрить или отклонить ваш запрос.**

- Если мы **одобрим** ваш запрос об исключении, такое исключение обычно действует до конца календарного года. Оно действительно до тех пор, пока ваш врач продолжает прописывать вам лекарственный препарат, и этот лекарственный препарат остается безопасным и эффективным для лечения вашего состояния.
- Если мы **отклоним** ваш запрос об исключении, вы можете подать апелляцию. См. **раздел G5**, чтобы ознакомиться с информацией о том, как подать апелляцию, если мы **отклоним** ваш запрос.

В следующем разделе рассказывается, как запросить решение по страховому покрытию, включая исключение.

**G4. Запрос решения о страховом покрытии, в том числе исключения**

- Запросить решение о желаемом страховом покрытии можно, позвонив в отдел обслуживания участников, а также написав нам или отправив нам факс. Это можете сделать вы, ваш представитель или ваш врач (или другой врач, назначающий лекарственный препарат). Укажите свое имя, контактную информацию и информацию о запросе.
- Запросить решение о покрытии можете вы, ваш врач (или другой врач, назначающий лекарственный препарат) или другое лицо, действующее от вашего имени. Вы также можете пригласить юриста, действующего от вашего имени.
- См. **раздел E3**, чтобы узнать, как назначить своего представителя.
- Чтобы запросить решение о страховом покрытии от вашего имени, вам не нужно давать письменное разрешение своему врачу или другому врачу, назначающему лекарственный препарат.
- Если вы хотите попросить нас вернуть вам деньги за лекарственный препарат, обратитесь к **главе 7** этого **Справочника участника**.
- Если вы просите об исключении, предоставьте «заявление в поддержку». Данное заявление включает в себя медицинские цели, указанные вашим врачом или другим врачом, назначающим лекарственный препарат, для запроса об исключении.
- Ваш врач или другой врач, назначающий лекарственный препарат, может отправить нам такое заявление в поддержку по факсу или по почте. Они также могут сообщить нам об этом по телефону, а затем отправить документ по факсу или по почте.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Если этого требует состояние вашего здоровья, попросите нас принять «срочное решение о страховом покрытии».**

Если ваша просьба об «срочном решении» будет отклонена, мы используем «стандартные сроки».

- **Стандартное решение о страховом покрытии** означает, что мы предоставим вам свое решение в течение 72 часов после получения заявления от вашего врача.
- **Срочное решение о страховом покрытии** означает, что мы предоставим вам свое решение в течение 24 часов после получения заявления от вашего врача.

Срочное решение по страховому покрытию называется **«ускоренное определение по страховому покрытию»**.

Вы можете получить срочное решение по страховому покрытию в приведенных ниже случаях.

- Речь идет о лекарственном препарате, которые вы не приобрели. Нельзя получить срочное решение по страховому покрытию, если вы просите нас вернуть вам деньги за уже купленный препарат.
- Ваше здоровье или дееспособность могут серьезно пострадать, если использовать стандартные сроки.

Если ваш врач или другой врач, назначающий лекарственный препарат, сообщит нам, что по состоянию вашего здоровья требуется принятие срочного решения по страховому покрытию, мы соглашаемся и предоставляем его вам. Мы отправляем вам письмо с решением.

- Если вы запросите срочное решение по страховому покрытию, не имея поддержки со стороны вашего врача или другого врача, назначающего лекарственный препарат, мы решим сами, можете ли вы получить ускоренное решение по страховому покрытию.
- Если мы установим, что ваше состояние здоровья не соответствует требованиям для срочного принятия решения по страховому покрытию, мы используем стандартные сроки.
  - Мы отправляем вам письмо с решением. В письме также указывается, как подать жалобу на наше решение.
  - Вы можете подать срочную жалобу, ответ на которую будет отправлен в течение 24 часов. Дополнительную информацию о подаче жалоб, в том числе срочных жалоб, см. в разделе **К**.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

### Сроки срочного принятия решения о страховом покрытии

- Если применяются сроки срочной процедуры принятия решения, мы обязаны дать вам ответ в течение 24 часов после получения вашего запроса. Если вы просите об исключении, мы предоставим вам ответ в течение 24 часов после получения заявления в поддержку от вашего врача. Мы предоставим вам ответ раньше, если это требуется по состоянию вашего здоровья.
- Если данный предельный срок не соблюдается, мы отправим ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса для рассмотрения независимой экспертной организацией. Чтобы узнать больше об апелляции 2-го уровня, см. **раздел G6**.
- Если мы частично или полностью **одобрим** ваш запрос, мы предоставим вам страховое покрытие в течение 24 часов после получения вашего запроса или заявления от вашего врача в вашу поддержку.
- Если мы частично или полностью **отклоним** ваш запрос, то мы отправим вам письмо с указанием причин. В письме также будет указано, как можно подать апелляцию.

### Сроки принятия стандартного решения о страховом покрытии лекарственного препарата, который вы не приобрели

- Если применяются сроки стандартной процедуры принятия решения, мы обязаны дать вам ответ в течение 72 часов после получения вашего запроса. Если вы просите об исключении, мы предоставим вам ответ в течение 72 часов после получения заявления в поддержку от вашего врача. Мы предоставим вам ответ раньше, если это требуется по состоянию вашего здоровья.
- Если данный предельный срок не соблюдается, мы отправим ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса для рассмотрения независимой экспертной организацией.
- Если мы частично или полностью **одобрим** ваш запрос, мы предоставим вам в виде исключения страховое покрытие в течение 72 часов после получения вашего запроса или заявления от вашего врача в вашу поддержку.
- Если мы частично или полностью **отклоним** ваш запрос, то мы отправим вам письмо с указанием причин. В письме также будет указано, как подать апелляцию.

### Сроки принятия стандартного решения о страховом покрытии лекарственного препарата, который вы уже купили

- Мы обязаны предоставить вам ответ в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- Если данный предельный срок не соблюдается, мы отправим ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса для рассмотрения Независимой экспертной организацией (Independent Review Organization).

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Если мы частично или полностью **одобрим** ваш запрос, мы возместим вам расходы в течение 14 календарных дней.
- Если мы частично или полностью **отклоним** ваш запрос, то мы отправим вам письмо с указанием причин. В письме также будет указано, как подать апелляцию.

## G5. Подача апелляции 1-го уровня

Апелляция в отношении нашего плана по страховому покрытию лекарственных препаратов части D программы Medicare называется **«повторное определение»**.

- Начните **стандартную или ускоренную процедуру подачи апелляции**, позвонив нам по номеру **1-866-206-2973**, отправив нам письмо или факс. Это можете сделать вы, ваш представитель или ваш врач (или другой врач, назначающий лекарственный препарат). Укажите свое имя, контактную информацию и сведения, касающиеся вашей апелляции.
- Вы должны подать апелляцию **в течение 60 календарных дней** с даты, указанной в письме, в котором мы сообщили вам о нашем решении.
- Если вы пропустите срок подачи апелляции и у вас есть на это уважительная причина, мы можем предоставить вам больше времени. Веской причиной может являться, например, тяжелое заболевание или предоставление нами неверной информации о сроках подачи апелляции. При подаче апелляции объясните причину, по которой ваша апелляция не была подана вовремя.
- Вы имеете право запросить у нас бесплатную копию информации о вашей апелляции. Вы и ваш врач также можете предоставить нам дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

**Запросите рассмотрение апелляции в ускоренном порядке, если этого требует ваше здоровье.**

Срочная апелляция также называется **«ускоренное повторное определение»**.

- Если вы подаете апелляцию на решение, принятое нами в отношении лекарственного препарата, который вы не приобретали, вы, ваш врач или другой врач, назначающий лекарственный препарат, решаете, нужна ли вам срочная апелляция.
- Требования к срочной апелляции такие же, как и для срочного решения по страховому покрытию. Для получения дополнительной информации см. **раздел G4**.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Мы рассмотрим вашу апелляцию и дадим вам ответ.

- Мы рассмотрим вашу апелляцию и еще раз внимательно изучим всю информацию о вашем запросе по страховому покрытию.
- Мы проверим, были ли при **отклонении** вашего запроса соблюдены правила.
- Мы можем связаться с вами, вашим врачом или другим врачом, назначающим лекарственный препарат, чтобы получить дополнительную информацию.

### Сроки рассмотрения срочной апелляции 1-го уровня

- При рассмотрении апелляции в срочном порядке мы должны дать вам ответ **в течение 72 часов** после получения вашей апелляции.
  - Мы предоставим вам ответ раньше, если это требуется по состоянию вашего здоровья.
  - Если мы не дадим вам ответ в течение 72 часов, мы должны отправить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции. После чего независимая экспертная организация рассмотрит вашу заявку. Для получения информации об экспертной организации и процессе рассмотрения апелляций 2-го уровня см. **раздел G6**.
- Если мы частично или полностью **одобрим** ваш запрос, мы должны разрешить или предоставить одобренное страховое покрытие в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- Если мы частично или полностью **отклоним** ваш запрос, мы отправим вам письмо, в котором объясняются причины и рассказывается, как можно подать апелляцию.

### Сроки рассмотрения стандартной апелляции 1-го уровня

- Если мы придерживаемся стандартных сроков, мы должны дать вам ответ **в течение 7 календарных дней** после получения вашей апелляции по лекарственному препарату, который вы не приобретали.
- Мы сообщим вам о своем решении раньше, если вы не приобретали лекарственный препарат и это требуется по состоянию вашего здоровья. Подайте апелляцию в срочном порядке, если вы считаете, что это требуется по состоянию вашего здоровья.
  - Если мы не предоставим вам свое решение в течение 7 календарных дней, мы должны отправить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции. После чего независимая экспертная организация рассмотрит вашу заявку. Для получения информации об экспертной организации и процессе рассмотрения апелляций 2-го уровня см. **раздел G6**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Если мы частично или полностью **одобрим** ваш запрос:

- Мы должны **обеспечить одобренное страховое покрытие** настолько быстро, насколько это требуется по состоянию вашего здоровья, но **не позднее 7 календарных дней** после того, как мы получим вашу апелляцию.
- Мы должны **возместить средства** за приобретенный вами лекарственный препарат **в течение 30 календарных дней** после того, как мы получим вашу апелляцию.

Если мы частично или полностью **отклоним** ваш запрос:

- Мы отправим вам письмо, в котором объясняются причины и указывается, как можно подать апелляцию.
- Мы должны дать вам ответ о возмещении средств за купленный вами лекарственный препарат **в течение 14 календарных дней** после получения вашей апелляции.
  - Если мы не предоставим вам свое решение в течение 14 календарных дней, мы должны отправить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции. После чего независимая экспертная организация рассмотрит вашу заявку. Для получения информации об экспертной организации и процессе рассмотрения апелляций 2-го уровня см. **раздел G6**.
- Если мы частично или полностью **одобрим** ваш запрос, мы должны возместить вам средства в течение 30 календарных дней после получения вашего запроса.
- Если мы частично или полностью **отклоним** ваш запрос, мы отправим вам письмо, в котором объясняются причины и рассказывается, как можно подать апелляцию.

## **G6. Подача апелляции 2-го уровня**

Если мы **отклоним** вашу апелляцию 1-го уровня, вы можете согласиться с нашим решением или подать другую апелляцию. Если вы решите подать еще одну апелляцию, для этого используется процесс апелляции 2-го уровня. **Независимая экспертная организация** даст экспертную оценку нашего решения, если мы **отклонили** вашу первую апелляцию. Эта организация определяет, должны ли мы изменить свое решение.

Официально независимую экспертную организацию называют «**независимое экспертное юридическое лицо**» (**Independent Review Entity, IRO**); иногда используется аббревиатура **IRE**.

Чтобы подать апелляцию 2-го уровня, вы, ваш представитель, ваш врач или другой врач, назначающий лекарственный препарат, должны обратиться в независимую экспертную организацию **в письменном виде** и попросить сделать экспертную оценку вашего дела.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



- Если мы **отклоним** вашу апелляцию 1-го уровня, в отправленном вам письме будет находиться **инструкция о том, как обратиться с апелляцией 2-го уровня** в независимую экспертную организацию. В инструкции указано, кто может подать апелляцию 2-го уровня, какие сроки вы должны соблюдать и как связаться с организацией.
- Когда вы подаете апелляцию в независимую экспертную организацию, мы отправляем в эту организацию имеющуюся у нас информацию о вашей апелляции. Эта информация называется «делом». **Вы имеете право получить бесплатную копию вашего дела.**
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

Независимая экспертная организация даст экспертную оценку вашей апелляции 2-го уровня по части D программы Medicare и предоставит свой ответ в письменном виде. См. **раздел F4** для получения дополнительной информации о независимой экспертной организации.

### Сроки рассмотрения срочной апелляции 2-го уровня

- Запросите проведение независимой экспертной организации в ускоренном порядке, если этого требует ваше здоровье.
- Если срочная процедура апелляции будет подтверждена, вам должны дать ответ **в течение 72 часов** после получения запроса на апелляцию.
- Если она частично или полностью **одобрит** ваш запрос, мы должны будем обеспечить одобренное страховое покрытие лекарственного препарата **в течение 24 часов** после получения экспертной оценки независимой экспертной организации.

### Сроки рассмотрения стандартной апелляции 2-го уровня

Если у вас подаете стандартную апелляцию 2-го уровня, независимая экспертная организация должна дать вам ответ:

- **в течение 7 календарных дней** после получения вашей апелляции по лекарственному препарату, который вы не приобретали;
- **в течение 14 календарных дней** после получения вашей апелляции для возмещения средств за купленный лекарственный препарат.

Если независимая экспертная организация частично или полностью **одобрит** ваш запрос:

- мы должны обеспечить одобренное страховое покрытие лекарственного препарата **в течение 72 часов** после получения нами решения независимой экспертной организации;
- мы должны возместить вам средства за купленный вами лекарственный препарат в течение 30 календарных дней после получения нами решения независимой экспертной организации.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Если независимая экспертная организация **отклонит** вашу апелляцию, это означает, что они согласны с нашим решением отклонить ваш запрос. Это называется «оставить решение в силе» или «отклонить апелляцию».

Если независимая экспертная организация **отклонит** вашу апелляцию 2-го уровня, вы имеете право на апелляцию 3-го уровня, если сумма страхового покрытия в долларах по лекарственному препарату, о которой вы просите, соответствует требованию к минимальной стоимости в долларах. Если сумма страхового покрытия по лекарственному препарату в долларах, о котором вы просите, меньше минимальной суммы, вы не можете подать еще одну апелляцию. В этом случае решение по апелляции 2-го уровня является окончательным.

Независимая экспертная организация отправляет вам письмо, в котором указана минимальная сумма в долларах, необходимая для подачи апелляции 3-го уровня.

Если сумма страхового покрытия по вашему запросу соответствует требованиям, вы сами решаете, хотите ли вы продолжать апелляционный процесс.

- После 2-го уровня в апелляционном процессе есть три дополнительных уровня.
- Если независимая экспертная организация **отклонит** вашу апелляцию 2-го уровня, и соблюдаются требования для продолжения апелляционного процесса, вы:
  - решаете, хотите ли вы подать апелляцию 3-го уровня;
  - обращаетесь за подробной информацией о том, как подать апелляцию 3-го уровня, к письму, которое независимая экспертная организация отправила вам после вашей апелляции 2-го уровня.
- Судья по административным делам или уполномоченный третейский судья рассматривает апелляции 3-го уровня. См. **раздел J**, чтобы получить дополнительную информацию о 3-м, 4-м и 5-м уровнях процесса апелляции.

---

## Н. Запрос на страховое покрытие более длительной госпитализации

При поступлении в больницу вы имеете право на получение всех покрываемых нами больничных услуг, необходимых для диагностики и лечения вашего заболевания или травмы. Чтобы получить дополнительную информацию о больничных услугах, покрываемых в рамках нашего плана, см. **главу 4** этого **Справочника участника**.

Во время вашего пребывания в больнице, которое покрывает наш план, ваш врач и персонал больницы будут работать с вами, чтобы подготовиться к тому дню, когда вы покинете больницу. Они также помогут организовать уход, который может понадобиться вам после выписки.

- День выписки из больницы называется «датой выписки».
- Дату выписки сообщит вам ваш врач или персонал больницы.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Если вы считаете, что вас просят выписаться из больницы слишком рано, или беспокоитесь о своем уходе после выписки из больницы, вы можете попросить о более длительном пребывании в больнице. В этом разделе рассказывается, как попросить об этом.

Несмотря на апелляции, рассмотренные в данном **разделе Н**, вы также можете подать жалобу в ДМНС и потребовать проведения независимой медицинской экспертизы для продолжения вашего пребывания в больнице. См. **раздел F4**, чтобы узнать, как подать жалобу или обратиться за независимой медицинской экспертизой в ДМНС. Вы можете запросить проведение независимого медицинского рассмотрения в дополнение к апелляции 3-го уровня или вместо нее.

## **Н1. Получение информации о ваших правах в рамках программы Medicare**

В течение двух дней после вашей госпитализации сотрудник больницы, например медсестра или социальный работник, направит вам письменное уведомление под названием «**Важное сообщение от Medicare о ваших правах**». Все участники программы Medicare получают копию этого уведомления при каждой госпитализации.

Если вы не получили уведомление, обратитесь за ним к любому сотруднику больницы. Если вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников по номерам телефонов, указанным внизу страницы. Вы также можете обращаться по номеру **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** круглосуточно, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-877-486-2048**.

- **Внимательно ознакомьтесь с уведомлением** и задавайте вопросы, если вам что-то непонятно. В уведомлении указаны ваши права как пациента больницы, в том числе на нижеперечисленное.
  - Получать услуги, покрываемые Medicare, во время и после пребывания в больнице. Вы имеете право знать, что это за услуги, кто будет за них платить, и где вы можете их получить.
  - Участвовать в принятии любых решений, касающихся продолжительности вашего пребывания в больнице.
  - Знать, куда сообщать о любых проблемах, связанных с качеством вашего лечения в больнице.
  - Подавать апелляцию, если считаете, что вас выписывают из больницы слишком рано.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- **Подпишите уведомление**, чтобы подтвердить, что вы его получили и понимаете свои права.
  - Это уведомление можете подписать вы или лицо, действующее от вашего имени.
  - Подписание уведомления показывает **только**, что вы получили информацию о своих правах. Подписание **не** означает, что вы соглашаетесь с датой выписки, которую мог сообщить вам врач или персонал больницы.
- **Сохраните свою копию** подписанного уведомления, чтобы у вас была соответствующая информация, если она вам понадобится.
  - Если вы подпишете уведомление более чем за два дня до выписки из больницы, то получите перед выпиской еще одну копию.
- Чтобы заранее ознакомиться с копией уведомления:
  - позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы
  - Позвоните сотрудникам Medicare по телефону **1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-877-486-2048**.
  - Посетите **[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)**.

## Н2. Подача апелляции 1-го уровня

Если вы хотите, чтобы мы покрыли ваше стационарное больничное обслуживание в течение более длительного времени, подайте апелляцию. Организация по улучшению качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO) рассмотрит апелляцию 1-го уровня, чтобы выяснить, подходит ли вам запланированная дата выписки с медицинской точки зрения.

Организация по улучшению качества обслуживания представляет собой группу врачей и других медицинских работников, работу которых оплачивает федеральное правительство. Данные эксперты проверяют и помогают улучшить качество обслуживания лиц, участвующих в программе Medicare. Они не являются частью нашего плана.

В Калифорнии такой Организацией по улучшению качества обслуживания является организация Livanta. Позвоните им по номеру **1-877-588-1123**. Контактная информация также содержится в уведомлении «Важное сообщение от Medicare о ваших правах» и в **главе 2**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

**Позвоните в Организацию по улучшению качества обслуживания перед выпиской из больницы и не позднее запланированной даты выписки.**

- **Если вы позвоните перед выпиской**, то сможете оставаться в больнице после запланированной даты выписки без оплаты, пока ожидаете решения Организации по улучшению качества обслуживания по своей апелляции.
- **Если вы не позвоните, чтобы подать апелляцию**, и решите остаться в больнице после запланированной даты выписки, то можете оплатить все расходы за стационарное медицинское обслуживание, которое вы будете получать после запланированной даты выписки.
- **Если вы пропустите крайний срок** для обращения в Организацию по улучшению качества обслуживания по своей апелляции, подайте апелляцию напрямую сотрудникам нашего плана. См. **раздел G4**, чтобы ознакомиться с информацией о том, как подать нам апелляцию.
- Поскольку пребывание в больнице покрывается обеими программами (Medicare и Medi-Cal), если Организация по улучшению качества обслуживания не одобрит ваш запрос о продолжении вашего пребывания в больнице, или вы считаете, что ваша ситуация является неотложной или связана с немедленной и серьезной угрозой вашему здоровью, или если вы испытываете сильную боль, вы также можете подать жалобу или обратиться за независимой медицинской экспертизой в Департамент регулируемого здравоохранения (DMHC) штата Калифорния. См. **раздел F4**, чтобы узнать, как подать жалобу или обратиться за независимой медицинской экспертизой в DMHC.

**Если нужно, попросите о помощи.** Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в любое время:

- позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы;
- позвоните в Программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) по номеру **1-800-434-0222**.

**Попросите о срочном рассмотрении.** Действуйте быстро: свяжитесь с Организацией по улучшению качества обслуживания, чтобы попросить о срочном рассмотрении вопроса вашей выписки из больницы.

Юридический термин для «срочного рассмотрения» — «неотложное рассмотрение» или «ускоренное рассмотрение».

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Что происходит во время срочного рассмотрения

- Эксперты Организации по улучшению качества обслуживания спросят вас или вашего представителя, почему вы считаете, что страховое покрытие должно продолжаться после запланированной даты выписки. Вы не обязаны писать заявление, но можете это сделать.
- Эксперты просмотрят вашу медицинскую информацию, поговорят с вашим врачом и проверят информацию, предоставленную им больницей и нашим планом.
- К полудню следующего дня после того, как эксперты сообщат нашему плану о вашей апелляции, вы получите письмо с указанием планируемой даты выписки. В письме также указываются причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что именно эта дата выписки является для вас подходящей с медицинской точки зрения.

Юридическим термином для этого письменного объяснения является «**Подробное уведомление о выписке**» (**Detailed Notice of Discharge**). Вы можете получить его образец, позвонив в отдел обслуживания участников по номерам, указанным в нижней части страницы, или по номеру **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. (Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-877-486-2048**). Вы также можете ознакомиться с образцом уведомления в Интернете по адресу [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

В течение одного полного дня после получения всей необходимой информации Организация по улучшению качества обслуживания предоставит вам ответ на вашу апелляцию.

Если Организация по улучшению качества обслуживания **одобрит** вашу апелляцию:

- мы будем предоставлять вам покрываемые услуги стационарного больничного обслуживания до тех пор, пока они вам необходимы с медицинской точки зрения.

Если Организация по улучшению качества обслуживания **отклонит** вашу апелляцию:

- она считает, что запланированная дата выписки является обоснованной с медицинской точки зрения;
- наше покрытие вашего стационарного больничного обслуживания заканчивается в полдень на следующий день после того, как Организация по улучшению качества обслуживания предоставит вам ответ на апелляцию;
- возможно, вам потребуется оплатить полную стоимость больничного обслуживания, которое вы получите после полудня на следующий день после того, как Организация по улучшению качества обслуживания предоставит вам ответ на апелляцию.
- Вы можете подать апелляцию 2-го уровня, если Организация по улучшению качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 1-го уровня, **а также** если вы останетесь в больнице после запланированной даты выписки.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

### Н3. Подача апелляции 2-го уровня

Чтобы подать апелляцию 2-го уровня, вы должны отправить в Организацию по улучшению качества обслуживания запрос на пересмотр ее решения, принятого по вашей апелляции 1-го уровня. Позвоните им по номеру **1-877-588-1123**.

Вы должны отправить такой запрос **в течение 60 календарных дней** от дня, когда Организация по улучшению качества обслуживания **отклонила** вашу апелляцию 1-го уровня. Вы можете отправить запрос на это рассмотрение, **только** если остаетесь в больнице после даты прекращения страхового покрытия вашего лечения.

Эксперты Организации по улучшению качества обслуживания:

- еще раз внимательно рассмотрят всю информацию, связанную с вашей апелляцией;
- сообщат вам решение по апелляции 2-го уровня в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса на повторное рассмотрение.

Если Организация по улучшению качества обслуживания **одобрит** вашу апелляцию:

- мы должны будем возместить вам нашу долю расходов на больничное лечение с полудня следующего дня после даты, когда Организация по улучшению качества обслуживания отклонила вашу апелляцию 1-го уровня;
- мы будем предоставлять вам покрываемые услуги стационарного больничного обслуживания до тех пор, пока они вам необходимы с медицинской точки зрения.

Если Организация по улучшению качества обслуживания **отклонит** вашу апелляцию:

- они подтвердят свое решение по вашей апелляции 1-го уровня и не будут его менять;
- вам будет вручено письмо с информацией о том, что вы можете сделать, если хотите продолжить апелляционный процесс и подать апелляцию 3-го уровня.
- Вы также можете подать жалобу или обратиться за независимой медицинской экспертизой в DMHC по вопросу продолжения вашего пребывания в больнице. См. **раздел E4**, чтобы узнать, как подать жалобу или обратиться за независимой медицинской экспертизой в DMHC.

Судья по административным делам или уполномоченный третейский судья рассматривает апелляции 3-го уровня. См. **раздел J**, чтобы получить дополнительную информацию о 3-м, 4-м и 5-м уровнях процесса апелляции.

### Н4. Подача альтернативной апелляции 1-го уровня

Крайний срок для обращения в Организацию по улучшению качества обслуживания с целью подачи апелляции 1-го уровня — 60 дней от запланированной даты выписки из больницы. Если вы пропустите крайний срок подачи апелляции 1-го уровня, вы можете воспользоваться процессом «альтернативной апелляции».

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Обратитесь в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы, и попросите нас о «срочном рассмотрении» вопроса, касающегося даты вашей выписки из больницы.

Юридический термин для «срочного рассмотрения» или «срочной апелляции» — **«ускоренная апелляция».**

- Мы изучим всю информацию о вашем пребывании в больнице.
- Мы проверим, является ли первое решение справедливым и соответствует ли оно правилам.
- Мы используем крайние сроки для процедуры рассмотрения в срочном порядке вместо стандартных сроков и сообщим вам о своем решении в течение 72 часов после того, как вы запросили срочное рассмотрение.

Если мы **одобрим** вашу апелляцию:

- мы соглашаемся с тем, что вам необходимо находиться в больнице после даты выписки;
- мы будем предоставлять вам покрываемые услуги стационарного больничного обслуживания до тех пор, пока они вам необходимы с медицинской точки зрения.
- мы возместим вам нашу долю расходов на лечение, которое вы получили с даты, когда мы сообщили вам о прекращении страхового покрытия.

Если мы **отклоним** вашу апелляцию:

- мы соглашаемся с тем, что запланированная для вас дата выписки является целесообразной с медицинской точки зрения;
- страховое покрытие вашего стационарного больничного обслуживания заканчивается в дату, о которой мы вам сообщили;
- после этой даты мы не будем оплачивать никакой части расходов;
- возможно, вам может понадобиться оплатить полную стоимость больничного лечения, которое вы получили после запланированной даты выписки, если вы продолжали оставаться в больнице.
- Мы отправим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию, чтобы убедиться, что мы соблюдали все правила. После этого ваше дело автоматически будет передано на рассмотрение апелляционного процесса 2-го уровня.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



## Н5. Подача альтернативной апелляции 2-го уровня

Мы отправим информацию для вашей апелляции 2-го уровня в независимую экспертную организацию в течение 24 часов с момента **отклонения** вашей апелляции 1-го уровня. Это будет сделано автоматически. От вас ничего не требуется.

Если вы считаете, что мы не уложились в этот или любой другой крайний срок, вы можете подать жалобу. См. **раздел К**, чтобы ознакомиться с информацией о том, как подавать жалобы.

Независимая экспертная организация быстро рассмотрит вашу апелляцию. Ее эксперты внимательно изучают всю информацию о выписке из больницы и обычно дают ответ в течение 72 часов.

Если независимая экспертная организация **одобрит** вашу апелляцию:

- мы возместим вам нашу долю расходов на лечение, которое вы получили с даты, когда мы сообщили вам о прекращении страхового покрытия;
- мы будем предоставлять вам покрываемые услуги стационарного больничного обслуживания до тех пор, пока они вам необходимы с медицинской точки зрения.

Если независимая экспертная организация **отклонит** вашу апелляцию:

- эксперты соглашаются с тем, что запланированная дата выписки из больницы является целесообразной с медицинской точки зрения;
- вам будет вручено письмо с информацией о том, что вы можете сделать, если хотите продолжить апелляционный процесс и подать апелляцию 3-го уровня.

Судья по административным делам или уполномоченный третейский судья рассматривает апелляции 3-го уровня. См. **раздел J**, чтобы получить дополнительную информацию о 3-м, 4-м и 5-м уровнях процесса апелляции.

Вы также можете подать жалобу и обратиться за независимой медицинской экспертизой в ДМНС по вопросу продолжения вашего пребывания в больнице. См. **раздел F4**, чтобы узнать, как подать жалобу или обратиться за независимой медицинской экспертизой в ДМНС. Вы можете запросить проведение независимого медицинского рассмотрения в дополнение к апелляции 3-го уровня или вместо нее.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## I. Запрос на продление покрытия определенных медицинских услуг

Этот раздел посвящен только трем перечисленным ниже типам услуг, которые вы можете получать.

- Медико-санитарный уход на дому.
- Квалифицированный сестринский уход в учреждении с квалифицированным сестринским уходом **и**
- Амбулаторный реабилитационный уход в одобренном Medicare Комплексном амбулаторном реабилитационном учреждении. Обычно это означает, что вы проходите лечение заболевания или последствий несчастного случая либо или восстанавливаетесь после серьезной операции.

Вы имеете право получать покрываемые услуги в связи с любым из этих трех типов услуг до тех пор, пока врач считает, что они вам нужны.

Когда мы решим прекратить страховое покрытие любой из них, мы обязаны сообщить вам об этом **до** окончания предоставления вам услуг. Когда ваше страховое покрытие для услуги заканчивается, мы прекращаем ее оплачивать.

Если вы считаете, что мы прекращаем страховое покрытие вашего лечения слишком рано, **вы можете подать апелляцию по нашему решению**. В этом разделе рассказывается, как подать апелляцию.

### II. Предварительное уведомление перед окончанием действия страхового покрытия

Мы отправим вам письменное уведомление, которое вы получите не позднее, чем за два дня до того, как мы прекратим оплачивать ваше лечение. Оно называется «Уведомлением об отсутствии страхового покрытия Medicare» (Notice of Medicare Non-Coverage). В уведомлении будет указана дата, когда будет прекращено страховое покрытие вашего лечения, а также предоставлена информация о способе подачи апелляции на данное решение.

Вы или ваш представитель должны подписать уведомление, чтобы подтвердить его получение. Подписание уведомления означает **только** то, что вы получили информацию. Подписание **не** означает, что вы согласны с нашим решением.

### I2. Подача апелляции 1-го уровня

Если вы считаете, что мы прекращаем страховое покрытие вашего лечения слишком рано, вы можете подать апелляцию по нашему решению. В этом разделе рассказывается об апелляционном процессе 1-го уровня и о том, что делать для подачи апелляции.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- **Соблюдайте сроки.** Сроки важны. Уточните и соблюдайте сроки, которые применяются к процедурам, которые вы должны выполнить. Наш план также должен соблюдать установленные сроки. Если вы считаете, что мы не соблюдаем сроки, вы можете подать жалобу. См. **раздел К**, чтобы получить дополнительную информацию о том, как подавать жалобы.
- **Если нужно, попросите о помощи.** Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в любое время:
  - позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы;
  - позвоните в HICAP по номеру **1-800-434-0222**.
- Свяжитесь с Организацией по улучшению качества обслуживания.
  - Обратитесь к **разделу H2** или **главе 2** этого **Справочника участника** для получения дополнительной информации об организации QIO и о том, как с ней связаться.
  - Попросите ее рассмотреть вашу апелляцию и вынести решение о том, следует ли изменить решение нашего плана.
- **Действуйте быстро и запросите «ускоренную апелляцию».** Попросите Организацию по улучшению качества обслуживания выдать экспертное заключение о том, допустимо ли прекращение страхового покрытия ваших медицинских услуг с медицинской точки зрения.

### Крайний срок для обращения в данную организацию

- Чтобы начать апелляционный процесс, вы должны связаться с Организацией по улучшению качества обслуживания до полудня дня, предшествующего дате вступления в силу решения, указанной в отправленном вам Уведомлении об отсутствии страхового покрытия Medicare.
- Если вы пропустите крайний срок для обращения в Организацию по улучшению качества обслуживания, вместо такого обращения вы можете направить апелляцию непосредственно нам. Для получения подробной информации о том, как это сделать, см. **раздел I4**.
- Если Организация по улучшению качества обслуживания не одобрит ваш запрос о продолжении страхового покрытия услуг здравоохранения, или вы считаете, что ваша ситуация является неотложной или связана с немедленной и серьезной угрозой вашему здоровью, или если вы испытываете сильную боль, вы можете подать жалобу и обратиться за независимой медицинской экспертизой в Департамент регулируемого здравоохранения (DMHC) штата Калифорния. См. **раздел F4**, чтобы узнать, как подать жалобу или обратиться за независимой медицинской экспертизой в DMHC.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Юридическим термином для письменного уведомления является «**Уведомление об отсутствии страхового покрытия Medicare**» (**Notice of Medicare Non-Coverage**). Чтобы получить его образец, позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным в нижней части страницы, или по номеру программы Medicare: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-877-486-2048**. Или получите копию онлайн по адресу [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices).

### Что происходит во время ускоренной апелляции

- Эксперты Организации по улучшению качества спросят вас или вашего представителя, почему вы считаете, что страховое покрытие должно продолжаться. Вы не обязаны писать заявление, но можете это сделать.
- Эксперты просмотрят вашу медицинскую информацию, поговорят с вашим врачом и проверят информацию, предоставленную им нашим планом.
- Наш план также отправит вам письменное уведомление с объяснением причин прекращения страхового покрытия ваших услуг. Вы получите уведомление к концу дня, в течение которого эксперты сообщили нам о вашей апелляции.

Юридическим термином для этого письменного уведомления является «**Подробное разъяснение об отсутствии страхового покрытия**» (**Detailed Explanation of Non-Coverage**).

- Эксперты сообщают вам свое решение в течение одного дня после получения всей необходимой ими информации.

Если Организация по улучшению качества обслуживания **одобрит** вашу апелляцию:

- мы будем предоставлять вам покрываемые услуги до тех пор, пока они необходимы с медицинской точки зрения.

Если Организация по улучшению качества обслуживания **отклонит** вашу апелляцию:

- ваше страховое покрытие будет прекращено в дату, о которой мы вам сообщили;
- мы прекратим оплачивать свою долю расходов по данному лечению в день, указанный в уведомлении;
- вы будете оплачивать полную стоимость этого лечения самостоятельно, если после даты окончания вашего страхового покрытия вы решите продолжить медико-санитарный уход на дому, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или в комплексном амбулаторном реабилитационном учреждении;

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

- вы примете решение, хотите ли вы продолжать получать эти услуги и подать апелляцию 2-го уровня.

### ИЗ. Подача апелляции 2-го уровня

Чтобы подать апелляцию 2-го уровня, вы должны отправить в Организацию по улучшению качества обслуживания запрос на пересмотр ее решения, принятого по вашей апелляции 1-го уровня. Позвоните им по номеру **1-877-588-1123**.

Вы должны отправить такой запрос **в течение 60 календарных дней от дня**, когда Организация по улучшению качества обслуживания **отклонила** вашу апелляцию 1-го уровня. Вы можете отправить запрос на это рассмотрение, **только** если продолжите лечение после даты окончания вашего страхового покрытия для данного лечения.

Эксперты Организации по улучшению качества обслуживания:

- еще раз внимательно рассмотрят всю информацию, связанную с вашей апелляцией;
- сообщат вам решение по апелляции 2-го уровня в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса на повторное рассмотрение.

Если Организация по улучшению качества обслуживания **одобрит** вашу апелляцию:

- мы возместим вам нашу долю расходов на лечение, которое вы получили с даты, когда мы сообщили вам о прекращении страхового покрытия;
- мы обеспечим страховое покрытие на лечение до тех пор, пока это необходимо с медицинской точки зрения.

Если Организация по улучшению качества обслуживания **отклонит** вашу апелляцию:

- они согласны с нашим решением об окончании вашего лечения и не изменят его;
- вам будет вручено письмо с информацией о том, что вы можете сделать, если хотите продолжить апелляционный процесс и подать апелляцию 3-го уровня.
- вы можете подать жалобу и обратиться за независимой медицинской экспертизой в ДМНС по вопросу продолжения предоставления для вас услуг здравоохранения. См. **раздел F4**, чтобы узнать, как обратиться за независимой медицинской экспертизой в ДМНС. Вы можете подать жалобу и обратиться за независимой медицинской экспертизой в ДМНС в дополнение к апелляции 3-го уровня или вместо нее.

Судья по административным делам или уполномоченный третейский судья рассматривает апелляции 3-го уровня. См. **раздел J**, чтобы получить дополнительную информацию о 3-м, 4-м и 5-м уровнях процесса апелляции.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## 14. Подача альтернативной апелляции 1-го уровня

Как разъясняется в **разделе I2**, вы должны действовать быстро и связаться с Организацией по улучшению качества обслуживания, чтобы подать апелляцию 1-го уровня. Если вы пропустите сроки, то можете воспользоваться процедурой подачи «Альтернативной апелляции».

Обратитесь в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы, и попросите нас о «срочном рассмотрении».

Юридический термин для «срочного рассмотрения» или «срочной апелляции» — **«ускоренная апелляция»**.

- Мы изучим всю информацию по вашему делу.
- Мы проверим, является ли первое решение по установлению даты окончания страхового покрытия для ваших услуг справедливым и соответствует ли оно правилам.
- Мы используем крайние сроки для процедуры рассмотрения в срочном порядке вместо стандартных сроков и сообщим вам о своем решении в течение 72 часов после того, как вы запросили срочное рассмотрение.

Если мы **одобрим** вашу апелляцию:

- мы соглашаемся с тем, что услуги вам необходимы в течение более длительного периода времени;
- мы будем предоставлять вам покрываемые услуги до тех пор, пока эти услуги необходимы с медицинской точки зрения.
- мы соглашаемся возместить вам нашу долю расходов на лечение, которое вы получили с даты, когда мы сообщили вам о прекращении страхового покрытия.

Если мы **отклоним** вашу апелляцию:

- страховое покрытие данных услуг будет прекращено в дату, о которой мы вам сообщили;
- после этой даты мы не будем оплачивать никакой части расходов;
- вы будете оплачивать полную стоимость услуг, если продолжите получать их после даты прекращения страхового покрытия, о которой мы вам сообщили;
- мы отправим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию, чтобы убедиться, что мы соблюли все правила. После этого ваше дело автоматически будет передано на рассмотрение апелляционного процесса 2-го уровня.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## 15. Подача альтернативной апелляции 2-го уровня

В рамках процесса апелляции 2-го уровня мы отправим информацию для вашей апелляции 2-го уровня в независимую экспертную организацию в течение 24 часов с момента отклонения вашей апелляции 1-го уровня. Это будет сделано автоматически. От вас ничего не требуется.

Если вы считаете, что мы не уложились в этот или любой другой крайний срок, вы можете подать жалобу. См. **раздел К**, чтобы ознакомиться с информацией о том, как подавать жалобы.

Независимая экспертная организация быстро рассмотрит вашу апелляцию. Ее эксперты внимательно изучают всю информацию о выписке из больницы и обычно дают ответ в течение 72 часов.

Если независимая экспертная организация **одобрит** вашу апелляцию:

- мы возместим вам нашу долю расходов на лечение, которое вы получили с даты, когда мы сообщили вам о прекращении страхового покрытия;
- мы будем предоставлять вам покрываемые услуги стационарного больничного обслуживания до тех пор, пока они вам необходимы с медицинской точки зрения.

Если независимая экспертная организация **отклонит** вашу апелляцию:

- они согласны с нашим решением об окончании вашего лечения и не изменят его;
- вам будет вручено письмо с информацией о том, что вы можете сделать, если хотите продолжить апелляционный процесс и подать апелляцию 3-го уровня.
- Вы также можете подать жалобу и обратиться за независимой медицинской экспертизой в ДМНС по вопросу продолжения предоставления для вас услуг здравоохранения. См. **раздел F4**, чтобы узнать, как обратиться за независимой медицинской экспертизой в ДМНС. Вы можете подать жалобу и обратиться за независимой медицинской экспертизой в дополнение к апелляции 3-го уровня или вместо нее.

На 3-м уровне апелляции рассматривает судья по административным делам или уполномоченный третейский судья. См. **раздел J**, чтобы получить дополнительную информацию о 3-м, 4-м и 5-м уровнях процесса апелляции.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## Ж. Перенос вашей апелляции на следующие уровни после апелляции 2-го уровня

### Ж1. Следующие шаги для получения услуг и товаров в рамках программы Medicare

Если вы подавали апелляцию 1-го и 2-го уровней в отношении услуг или товаров, предоставляемых по программе Medicare, и обе ваши апелляции были отклонены, вы можете иметь право на дополнительные уровни апелляции.

Если сумма по услугам или товарам, предоставляемым по программе Medicare, в отношении которых вы подавали апелляцию, не соответствует установленной минимальной сумме в долларах, вы не сможете подавать дальнейшие апелляции. Если же сумма в долларах достаточно высока, процесс апелляции может быть продолжен. В письме, которое вы получите от независимой экспертной организации по апелляции 2-го уровня, разъясняется, к кому следует обращаться и что делать, чтобы запросить апелляцию 3-го уровня.

#### Апелляция 3-го уровня

Уровень 3 процесса подачи апелляции — это слушание дела судьей по административным делам. Лицо, принимающее решение, является судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей, работающим на федеральный орган власти.

Если судья по административным делам или уполномоченный третейский судья **одобрит** вашу апелляцию, у нас есть право обжаловать положительное для вас решение по апелляции 3-го уровня.

- Если мы решим подать **апелляцию** на принятое решение, мы вышлем вам копию запроса для апелляции 4-го уровня с любыми сопроводительными документами. Мы можем ожидать решения по апелляции 4-го уровня, прежде чем разрешать предоставление услуги или предоставлять услугу, по которой возник спор.
- Если мы решим **не подавать апелляцию** на принятое решение, мы должны разрешить предоставление вам услуги или предоставить вам услугу в течение 60 календарных дней после получения решения судьи по административным делам или уполномоченного третейского судьи.

Если судья по административным делам или уполномоченный третейский судья **отклонит** вашу апелляцию, процесс апелляции может быть еще не завершен.

- Если вы решите **согласиться** с данным решением, отклоняющим вашу апелляцию, процесс апелляции будет завершен.
- Если вы решите **не согласиться** с данным решением, отклоняющим вашу апелляцию, вы можете перейти к следующему уровню процесса рассмотрения. В полученном вами уведомлении будет указано, что делать с апелляцией 4-го уровня.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



### Апелляция 4-го уровня

Вашу апелляцию рассмотрит и даст вам ответ апелляционный совет Medicare (Совет). Совет является федеральным органом власти.

Если Совет **одобрит** вашу апелляцию 4-го уровня или откажет нам в нашем запросе на пересмотр положительного для вас решения по апелляции 3-го уровня, мы имеем право подать апелляцию 5-го уровня.

- Если мы решим **подать апелляцию** на принятое решение, мы сообщим вам об этом в письменной форме.
- Если мы решим **не подавать апелляцию** на принятое решение, мы должны разрешить предоставление вам услуги или предоставить вам услугу в течение 60 календарных дней после получения решения Совета.

Если Совет **отклонит** апелляцию или откажет нам в нашем запросе на пересмотр, процесс апелляции может быть еще не завершен.

- Если вы решите **согласиться** с данным решением, отклоняющим вашу апелляцию, процесс апелляции будет завершен.
- Если вы решите **не согласиться** с данным решением, отклоняющим вашу апелляцию, вы можете перейти к следующему уровню процесса рассмотрения. В полученном вами уведомлении будет указано, можете ли вы подать апелляцию 5-го уровня и что нужно для этого сделать.

### Апелляция 5-го уровня

- Вашу апелляцию и всю связанную с ней информацию рассмотрит судья федерального окружного суда, после чего **одобрит** или **отклонит** ее. Это будет окончательным решением. Других уровней апелляции, после федерального окружного суда, не существует.

## 12. Дополнительные апелляции по программе Medi-Cal

Если ваша апелляция касается услуг или товаров, которые обычно покрываются программой Medi-Cal, вы имеете дополнительные права на апелляцию. В письме, которое вы получите из Отдел слушаний с участием штата, будет указано, что делать, если вы хотите продолжить процесс апелляции.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

### Ж3. Апелляция 3-го, 4-го и 5-го уровней для запросов по лекарственным препаратам части D программы Medicare

Этот раздел содержит полезную для вас информацию, если вы подали апелляции 1-го и 2-го уровней, и они обе были отклонены.

Если стоимость лекарственного препарата, по которому вы подавали апелляцию, соответствует определенной сумме в долларах, вы можете воспользоваться дополнительными уровнями апелляции. В письменном ответе, который вы получите на свою апелляцию 2-го уровня, разъясняется, куда следует обращаться и что делать, чтобы запросить апелляцию 3-го уровня.

#### Апелляция 3-го уровня

Уровень 3 процесса подачи апелляции — это слушание дела судьей по административным делам. Лицо, принимающее решение, является судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей, работающим на федеральный орган власти.

Если судья по административным делам или уполномоченный третейский судья **одобрит** вашу апелляцию:

- процесс апелляции будет завершен.
- мы должны разрешить предоставление или предоставить вам одобренное страховое покрытие лекарственного препарата в течение 72 часов (или 24 часов в случае ускоренной апелляции) или произвести оплату не позднее 30 календарных дней после получения решения.

Если судья по административным делам или уполномоченный третейский судья **отклонит** вашу апелляцию, процесс апелляции может быть еще не завершен.

- Если вы решите **согласиться** с данным решением, отклоняющим вашу апелляцию, процесс апелляции будет завершен.
- Если вы решите **не согласиться** с данным решением, отклоняющим вашу апелляцию, вы можете перейти к следующему уровню процесса рассмотрения. В полученном вами уведомлении будет указано, что делать с апелляцией 4-го уровня.

#### Апелляция 4-го уровня

Совет рассмотрит вашу апелляцию и даст вам ответ. Совет является федеральным органом власти.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Если Совет **одобрит** вашу апелляцию:

- процесс апелляции будет завершен.
- мы должны разрешить предоставление или предоставить вам одобренное страховое покрытие лекарственного препарата в течение 72 часов (или 24 часов в случае ускоренной апелляции) или произвести оплату не позднее 30 календарных дней после получения решения.

Если Совет **отклонит** вашу апелляцию, процесс апелляции может быть еще не завершен.

- Если вы решите **согласиться** с данным решением, отклоняющим вашу апелляцию, процесс апелляции будет завершен.
- Если вы решите **не согласиться** с данным решением, отклоняющим вашу апелляцию, вы можете перейти к следующему уровню процесса рассмотрения. В полученном вами уведомлении будет указано, можете ли вы подать апелляцию 5-го уровня и что нужно для этого сделать.

### Апелляция 5-го уровня

- Вашу апелляцию и всю связанную с ней информацию рассмотрит судья федерального окружного суда, после чего **одобрит** или **отклонит** ее. Это будет окончательным решением. Других уровней апелляции, после федерального окружного суда, не существует.

---

## К. Как подать жалобу

### К1. На какие проблемы следует подавать жалобы

Процесс рассмотрения жалоб используется только для определенных типов проблем, например для проблем, связанных с качеством лечения, временем ожидания, координацией лечения и обслуживанием клиентов. Далее приведены примеры проблем, которые решает процесс рассмотрения жалоб.

Жалоба	Пример
Качество вашего медицинского обслуживания	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вы недовольны качеством обслуживания, например лечением, полученным в больнице.</li> </ul>
Соблюдение вашей конфиденциальности	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вы считаете, что кто-то нарушил ваше право на неприкосновенность конфиденциальной информации или поделился конфиденциальной информацией о вашей личности.</li> </ul>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Жалоба	Пример
<b>Неуважение, плохое обслуживание клиентов или другое негативное поведение</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Поставщик услуг здравоохранения или персонал были грубы или неуважительны по отношению к вам.</li> <li>● Наш персонал плохо к вам относился.</li> <li>● Вы считаете, что вас не допускают к нашему плану.</li> </ul>
<b>Доступность и услуги переводчика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Вы физически не можете получить доступ к услугам здравоохранения и удобствам в кабинете врача или поставщика медицинских услуг.</li> <li>● Ваш врач или поставщик медицинских услуг не предоставляет услуг устного переводчика для перевода на язык (не английский), которым вы владеете (например, на американский язык жестов или на испанский).</li> <li>● Ваш поставщик медицинских услуг не предоставляет вам других обоснованных специальных условий, в которых вы нуждаетесь и о которых просите.</li> </ul>
<b>Время ожидания</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● У вас возникли проблемы с записью на прием или вы слишком долго его ожидали.</li> <li>● Врачи, фармацевты или другие медицинские работники, сотрудники отдела обслуживания участников или другой персонал плана заставляют вас ждать слишком долго.</li> </ul>
<b>Чистота</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● По вашему мнению, в клинике, больнице или кабинете врача не поддерживается чистота.</li> </ul>
<b>Информация, получаемая от нас</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Вы считаете, что мы не отправили вам уведомление или письмо, которое вы должны были получить.</li> <li>● Вы считаете, что информация, которую мы вам отправили в письменной форме, слишком сложна для понимания.</li> </ul>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Жалоба	Пример
Своевременность, связанная с решениями о страховом покрытии или апелляциями	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вы считаете, что мы не соблюдаем установленные сроки для принятия решения о страховом покрытии или ответа на вашу апелляцию.</li> <li>• Вы считаете, что после получения решения о страховом покрытии или апелляции в вашу пользу мы не соблюдаем установленные сроки для разрешения предоставления или предоставления вам услуги либо для возмещения вам средств за определенные медицинские услуги.</li> <li>• Вы считаете, что мы не вовремя отправили ваше дело в независимую экспертную организацию.</li> </ul>

**Есть разные виды жалоб.** Вы можете подать внутреннюю жалобу и (или) внешнюю жалобу. Внутренняя жалоба подается и рассматривается нашим планом. Внешняя жалоба подается и рассматривается организацией, не связанной с нашим планом. Если вам нужна помощь в подаче внутренней и (или) внешней жалобы, обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру **1-800-443-0815** (TTY: **711**). Линия работает 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00.

Юридический термин для претензий и жалоб — **«жалоба»**.

Юридический термин для процесса подачи претензий и жалоб — **«подача жалобы»**.

## К2. Внутренние жалобы

Чтобы подать внутреннюю жалобу, обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру **1-800-443-0815** (TTY **711**). Линия работает 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00. Вы можете подать жалобу в любое время, за исключением случаев, когда речь идет о лекарственном препарате из части D программы Medicare. Если жалоба касается препарата части D программы Medicare, вы должны подать ее **в течение 60 календарных дней** после того, как у вас возникла проблема, на которую вы хотите пожаловаться.

- Если вам нужно сделать что-то еще, отдел обслуживания участников сообщит вам об этом.
- Вы также можете написать жалобу и отправить ее нам. Если вы подадите жалобу в письменном виде, мы ответим на вашу жалобу в письменной форме.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Мы должны рассмотреть вашу жалобу настолько быстро, насколько это требуется по состоянию вашего здоровья, но не позднее 30 календарных дней после получения вашей жалобы.

**Юридический термин** для процесса срочного рассмотрения жалобы — «ускоренное рассмотрение жалобы».

Если это возможно, мы ответим вам сразу. Если вы позвоните нам с жалобой, возможно, мы сможем дать вам ответ в ходе этой же телефонной беседы. Если по состоянию вашего здоровья требуется быстрый ответ, мы его предоставим.

- Мы отвечаем на большинство жалоб в течение 30 календарных дней. Если мы не примем решение в течение 30 календарных дней в связи с тем, что нам нужна дополнительная информация, мы уведомим вас об этом в письменной форме. Мы также предоставим вам актуальные данные о статусе запроса и примерное время, в течение которого вы получите ответ.
- Если вы подаете жалобу из-за того, что мы отклонили ваш запрос на «ускоренное решение по страховому покрытию» или «срочную апелляцию», мы автоматически рассматриваем вашу жалобу в ускоренном режиме и отвечаем вам в течение 24 часов.
- Если вы подаете жалобу, связанную с серьезной угрозой для вашего здоровья, включая, помимо прочего, сильную боль или возможную потерю жизни, конечности или основной функции организма, мы можем предоставить вам «быструю жалобу» и ответить на вашу жалобу в течение 24 часов.

Если мы не согласны с некоторыми или всеми вашими жалобами, мы сообщим вам об этом и представим свое обоснование. Мы ответим вам независимо от того, согласны мы с жалобой или нет.

### **К3. Внешние жалобы**

#### **Программа Medicare**

Вы можете сообщить программе Medicare о своей жалобе или отправить ее в Medicare. Форма жалобы Medicare доступна по адресу:

**[www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)**.

Вам не нужно подавать жалобу в наш план, прежде чем подать жалобу в Medicare.

Medicare серьезно относится к вашим жалобам и использует эту информацию для улучшения качества программы Medicare.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

Если у вас есть какие-либо дополнительные отзывы или проблемы, или если вы считаете, что план медицинского страхования не решает вашу проблему, вы также можете позвонить по номеру **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Линия ТТУ: **1-877-486-2048**. Звонок бесплатный.

### Программа Medi-Cal

Вы можете подать жалобу уполномоченному по вопросам регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal Департамента здравоохранения штата Калифорния (DHCS), позвонив по номеру **1-888-452-8609**. Линия ТТУ: **711**. Линия работает с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00.

Вы можете подать жалобу в Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния (DMHC). DMHC отвечает за регулирование планов медицинского страхования. Вы можете позвонить в справочный центр DMHC и попросить у его сотрудников помощи с жалобами относительно услуг в рамках программы Medi-Cal. По несрочным случаям вы можете подать жалобу в DMHC, если вы не согласны с решением по вашей апелляции 1-го уровня или если план не удовлетворил вашу жалобу по истечении 30 календарных дней. Однако вы можете обратиться в DMHC без подачи апелляции 1-го уровня, если вам нужна помощь с жалобой, связанной с неотложной проблемой или с проблемой, несущей непосредственную и серьезную угрозу вашему здоровью, если вы испытываете сильную боль, если вы не согласны с решением нашего плана по вашей жалобе или если наш план не разрешил вашу жалобу в течение 30 календарных дней.

Есть два способа обратиться за помощью в справочный центр.

- Позвонить по номеру **1-888-466-2219**. Лица с нарушениями слуха и речи могут звонить по номеру (линия ТТУ): **1-877-688-9891**. Звонок бесплатный.
- Посетить веб-сайт Департамента регулируемого здравоохранения ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)).

### Управление по гражданским правам

Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США, если считаете, что с вами обошлись несправедливо. Например, вы можете подать жалобу, касающуюся доступа для людей с ограниченными возможностями или с услугами переводчика. Номер телефона Управления по гражданским правам: **1-800-368-1019**. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-800-537-7697**. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

Вы также можете связаться с местным отделением Управления по гражданским правам по адресу:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

Центр обслуживания клиентов: **1-800-368-1019**.

Факс: **1-202-619-3818**.

TDD: **1-800-537-7697**.

Эл. почта: **ocrmail@hhs.gov**

У вас также могут быть права в соответствии с Законом о защите прав граждан США с ограниченными возможностями (Americans with Disabilities Act).

### Организация по повышению качества

Если ваша жалоба касается качества обслуживания, вы можете воспользоваться одним из двух приведенных ниже вариантов.

- Вы можете подать жалобу на качество обслуживания непосредственно в Организацию по улучшению качества обслуживания.
- Вы можете подать жалобу в Организацию по улучшению качества обслуживания и в наш план. Если вы подадите жалобу в Организацию по улучшению качества обслуживания, мы будем работать с ней, чтобы решить вашу жалобу.

Организацию по улучшению качества обслуживания — это группа практикующих врачей и других экспертов в области здравоохранения, которым федеральное правительство платит за проверку и помощь в улучшении обслуживания пациентов, получающих помощь по программе Medicare. Обратитесь к **разделу Н2** или **главе 2** этого **Справочника участника** для получения дополнительной информации об Организации по улучшению качества обслуживания.

В Калифорнии Организацией по улучшению качества обслуживания является организация Livanta. Ее номер телефона: **1-877-588-1123**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



## Глава 10. Прекращение участия в нашем плане

---

### Введение

В этой главе рассказывается о том, как вы можете прекратить свое участие в нашем плане, а также о вариантах медицинского страхового покрытия, которыми вы можете воспользоваться после завершения участия в нашем плане. Если вы прекратите участие в нашем плане, вы по-прежнему будете участвовать в программах Medicare и Medi-Cal, пока имеете на это право. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе этого **Справочника участника**.

### Содержание главы 10

A.	Когда вы можете прекратить участие в нашем плане .....	296
B.	Как прекратить участие в нашем плане .....	297
C.	Как получать услуги в рамках программ Medicare и Medi-Cal services по отдельности .....	298
C1.	Услуги в рамках программы Medicare .....	298
C2.	Услуги в рамках программы Medi-Cal .....	302
	Вы имеете право подать жалобу до окончания вашего участия в нашем плане .....	302
D.	Другие ситуации, когда ваше участие в нашем плане прекращается.....	302
E.	Правила, запрещающие просить вас покинуть наш план по любой причине, связанной со здоровьем .....	304
F.	Вы имеете право подать жалобу, если мы прекратим ваше участие в нашем плане.....	304

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## А. Когда вы можете прекратить участие в нашем плане

Большинство участников программы Medicare могут прекратить свое участие в определенный период года. Поскольку вы являетесь участником программы Medi-Cal, вы можете прекратить участие в нашем плане или перейти на другой план один раз в течение каждого из следующих Специальных периодов регистрации:

- с января по март;
- с апреля по июнь;
- с июля по сентябрь.

В дополнение к этим трем специальным периодам регистрации вы можете прекратить свое участие в нашем плане каждый год в течение следующих периодов:

- **Ежегодный период регистрации** длится с 15 октября по 7 декабря. Если вы выберете новый план в течение этого периода, ваше участие в нашем плане закончится 31 декабря, а участие в новом плане начнется 1 января.
- Период **открытой регистрации в программе Medicare Advantage (MA)** длится с 1 января по 31 марта. Если вы выберете новый план в течение этого периода, ваше участие в новом плане начнется в первый день следующего месяца.

Возможны и другие ситуации, когда вы имеете право внести изменения в свои регистрационные данные. Например, в таких случаях:

- перемещение за пределы территории обслуживания;
- изменение соответствия критериям включения в программу Medi-Cal либо программу Дополнительной помощи или
- если вы недавно переехали в центр сестринского ухода или больницу долгосрочного ухода, в настоящее время получаете там лечение или только что покинули это место.

Ваше участие заканчивается в последний день месяца, в котором мы получили ваш запрос на изменение вашего плана. Например, если мы получим ваш запрос 18 января, ваше страховое покрытие в рамках нашего плана прекратится 31 января. Новое страховое покрытие начинается в первый день следующего месяца (в данном примере — 1 февраля).

В случае выхода из нашего плана, вы можете получить следующую информацию:

- Варианты в рамках программы Medicare в таблице в **разделе C1**.
- Варианты и услуги по программе Medi-Cal в **разделе C2**.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Дополнительную информацию о том, как прекратить участие, можно позвонив по телефону:

- Отдел обслуживания участников: номера указаны внизу страницы. Номер для пользователей линии ТТУ также указан.
- Программа Medicare: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; круглосуточно, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-877-486-2048**.
- Калифорнийская программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP): **1-800-434-0222**, с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру ТТУ **711**. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт <https://aging.ca.gov>. Отдел вариантов здравоохранения: **1-800-430-4263**, с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-800-430-7077**.
- Омбудсмен по вопросам регулируемого медицинского обслуживания в рамках программы Medi-Cal: **1-888-452-8609**, с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00 или по эл. почте [MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov).

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы являетесь участником программы по обращению с лекарственными препаратами, у вас может не быть возможности вносить изменения в план. Чтобы узнать больше о программах по обращению с лекарственными препаратами, см. **главу 5** этого Справочника участника.

---

## В. Как прекратить участие в нашем плане

Если вы решите прекратить свое участие, вы можете зарегистрироваться в другом плане Medicare или перейти на Original Medicare. Однако если вы хотите перейти с нашего плана на Original Medicare, но не выбрали отдельный план Medicare по рецептурным лекарствам, вы должны подать запрос на исключение из нашего плана. Существует два способа подачи запроса на исключение из плана:

- Вы можете направить нам запрос в письменном виде. Свяжитесь с отделом обслуживания участников по номеру, указанному в нижней части этой страницы, если вам нужна дополнительная информация о том, как это сделать.
- Позвоните сотрудникам Medicare по телефону **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, который доступен круглосуточно, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ (для людей, испытывающих проблемы со слухом или речью) следует звонить по номеру **1-877-486-2048**. Позвонив по номеру **1-800-MEDICARE**, вы также можете зарегистрироваться в другом плане медицинского страхования или плане покрытия стоимости препаратов программы Medicare. Подробнее о получении услуг по программе Medicare после завершения участия в нашем плане см. в **разделе С**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

- Позвоните в Отдел вариантов здравоохранения: **1-800-430-4263**, с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-800-430-7077**.
- В разделе С ниже приведены шаги, которые вы можете предпринять, чтобы зарегистрироваться в другом плане. Это также приводит к прекращению вашего участия в нашем плане.

---

## **С. Как получать услуги в рамках программ Medicare и Medi-Cal по отдельности**

Если вы решите покинуть наш план, у вас есть несколько вариантов получения услуг по программам Medicare и Medi-Cal.

### **С1. Услуги в рамках программы Medicare**

Для вас доступны три варианта получения услуг в рамках программы Medicare, перечисленные ниже. Выбрав один из этих вариантов, вы автоматически прекращаете свое участие в нашем плане.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

<p><b>1. Вы можете перейти на:</b></p> <p><b>другой план медицинского страхования</b> по программе Medicare, включая план, сочетающий ваше страховое покрытие по программам Medicare и Medi-Cal</p>	<p><b>Необходимые действия</b></p> <p>Позвоните сотрудникам Medicare по телефону <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>, который доступен круглосуточно, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру <b>1-877-486-2048</b>.</p> <p>По вопросам, связанным с программой комплексного ухода за пожилыми людьми (PACE), звоните по телефону <b>1-855-921-PACE (7223)</b>.</p> <p>Консультацию или более подробную информацию можно получить следующим образом:</p> <p>Звоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) по телефону <b>1-800-434-0222</b> с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00, пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру <b>711</b>. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт <b><a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a></b>.</p> <p><b>ИЛИ</b></p> <p>Зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана по программе Medicare.</p> <p>После начала действия вашего страхового покрытия в новом плане вы будете автоматически исключены из нашего плана Medicare. Ваш план Medi-Cal может измениться.</p>
---	--

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

<p><b>2. Вы можете перейти на:</b></p> <p><b>Программа Original Medicare с отдельным планом покрытия рецептурных лекарств Medicare</b></p>	<p><b>Необходимые действия</b></p> <p>Позвоните сотрудникам Medicare по телефону <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>, который доступен круглосуточно, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру <b>1-877-486-2048</b>.</p> <p>Консультацию или более подробную информацию можно получить следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Звоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) по телефону <b>1-800-434-0222</b> с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00, пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру <b>711</b>. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт <b><a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a></b>.</li> </ul> <p><b>ИЛИ</b></p> <p>Зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана покрытия рецептурных лекарств Medicare.</p> <p>После начала действия вашего страхового покрытия Original Medicare вы будете автоматически исключены из нашего плана.</p>
--	--

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

<p><b>3. Вы можете перейти на:</b></p> <p><b>Программа Original Medicare без отдельного плана покрытия рецептурных лекарств Medicare</b></p> <p><b>ПРИМЕЧАНИЕ.</b> Если вы перейдете на программу Original Medicare без присоединения к отдельному плану покрытия рецептурных лекарств Medicare, представители программы Medicare могут зарегистрировать вас в плане покрытия лекарственных препаратов, если только вы не сообщите представителям программы Medicare, что не хотите быть ее участником.</p> <p>Вы должны отказаться от страхового покрытия рецептурных лекарств только в том случае, если у вас имеется страховое покрытие лекарственных препаратов из другого источника, например от работодателя или профсоюза. При наличии у вас вопросов о необходимости страхового покрытия лекарственных препаратов позвоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) по номеру <b>1-800-434-0222</b> с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт <a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</p>	<p><b>Необходимые действия</b></p> <p>Позвоните сотрудникам Medicare по телефону <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>, который доступен круглосуточно, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру <b>1-877-486-2048</b>.</p> <p>Консультацию или более подробную информацию можно получить следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Звоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) по телефону <b>1-800-434-0222</b> с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00, пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру <b>711</b>. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт <a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>После начала действия вашего страхового покрытия Original Medicare вы будете автоматически исключены из нашего плана.</p>
---	--

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## C2. Услуги в рамках программы Medi-Cal

Для получения ответов на вопросы в отношении предоставления услуг по программе Medi-Cal после завершения участия в нашем плане, обращайтесь в Отдел вариантов здравоохранения по номеру **1-800-430-4263**, с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-800-430-7077**. Спросите, каким образом присоединение к другому плану или возвращение в программу Original Medicare повлияет на получение вами страхового покрытия в рамках программы Medi-Cal.

### Вы имеете право подать жалобу до окончания вашего участия в нашем плане

Если вы покинете наш план, может пройти некоторое время, прежде чем ваше участие прекратится и начнет действовать ваше новое страховое покрытие в рамках программ Medicare и Medi-Cal. В течение этого времени, пока не начнет действовать ваш новый план, вы продолжите получать рецептурные лекарства и медицинские услуги в рамках нашего плана.

- Воспользуйтесь нашими сетевыми поставщиками медицинских услуг для получения медицинской помощи.
- Для получения рецептурных препаратов вы можете пользоваться услугами аптек, входящих в нашу сеть, в том числе услугами доставки по почте.
- Если вы будете госпитализированы в день, когда прекращается ваше участие в **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**, наш план покроет ваше пребывание в больнице до выписки. Это произойдет, даже если ваше страховое покрытие по новому плану начнется до вашей выписки.

---

## D. Другие ситуации, когда ваше участие в нашем плане прекращается

Ниже перечислены случаи, когда мы вынуждены прекратить ваше участие в нашем плане:

- В случае возникновения перерыва в вашем страховом покрытии по программе Medicare, часть А и В.
- Если вы больше не имеете права на участие в программе Medi-Cal. Наш план предназначен для лиц, которые имеют право на участие в обеих программах: Medicare и Medi-Cal. Если вы больше не имеете права на участие в программе Medicaid, мы сообщим вам в письменной форме, что у вас есть 4 месяца отсрочки для восстановления своего права на участие в программе Medicaid, прежде чем вы должны будете прекратить участие в **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Прежде чем отменить вашу регистрацию в плане **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**, мы свяжемся с вами и предоставим вам возможность зарегистрироваться в одном из наших планов Senior Advantage. Льготы и расходы за счет собственных средств в этих планах могут отличаться от ваших льгот и соответствующих расходов в плане **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



- Если вы переедете за пределы территории обслуживания.
- Если вы находитесь за пределами нашей территории обслуживания более шести месяцев.
  - Если вы переезжаете или отправляетесь в длительную поездку, позвоните в отдел обслуживания участников, чтобы узнать, находится ли место, куда вы переезжаете или направляетесь, на территории обслуживания нашего плана.
- Если вы попадете в тюрьму или заключение за уголовное преступление.
- Если вы будете уличены во лжи или утаивании информации о другой страховке, покрывающей рецептурные лекарства.
- Если вы не являетесь гражданином США или не пребываете в США на законных основаниях.
  - Чтобы стать участником нашего плана, вы должны быть гражданином США или находиться в США на законных основаниях.
  - Центры услуг Medicare и Medicaid Services (CMS) уведомят нас, если вы не имеете права оставаться участником программ на этом основании.
  - Если вы не соответствуете этому требованию, мы вынуждены будем прекратить ваше участие в плане.

Если вы являетесь участником нашего плана в течение четырехмесячного периода сохранения права, мы продолжим предоставлять вам все льготы по программе Medicare, покрываемые планом Medicare Advantage. Однако в течение этого периода вам нужно будет уточнить у представителей Medi-Cal, чтобы узнать, будет ли программа Medi-Cal покрывать услуги, не покрываемые нашим планом, но покрываемые Medi-Cal. Кроме того, может измениться размер долевого участия в расходах на препараты части D и страховые взносы, которые вы нам платите. Сумма, которую вы должны заплатить за услуги, покрываемые страховым планом Medicare в этот период может увеличиться. Мы можем прекратить ваше участие в нашем плане по перечисленным ниже причинам, только если сначала получим разрешение от Medicare и Medi-Cal.

- Если при регистрации в нашем плане вы намеренно предоставили нам неверную информацию, и эта информация влияет на ваше право на участие в нашем плане.
- Если вы постоянно ведете себя деструктивно и мешаете нам предоставлять медицинское обслуживание вам и другим участникам нашего плана.
- Если вы разрешите любому другому лицу пользоваться вашей идентификационной картой участника для получения медицинского обслуживания. (Medicare может обратиться к главному инспектору с запросом расследовать ваше дело, если мы прекратим ваше участие по этой причине).

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

---

## **Е. Правила, запрещающие просить вас покинуть наш план по любой причине, связанной со здоровьем**

Нам запрещено просить вас прекратить участие в нашем плане по какой-либо причине, связанной с вашим здоровьем. Если вы считаете, что мы просим вас прекратить участие в нашем плане по причине, связанной со здоровьем, **позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-877-486-2048**. Звонить можно 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.

---

## **Ф. Вы имеете право подать жалобу, если мы прекратим ваше участие в нашем плане**

Если мы прекратим ваше участие в нашем плане, мы должны сообщить вам в письменной форме причины прекращения вашего участия. Мы также должны объяснить вам, как вы можете подать жалобу или претензию на наше решение о прекращении вашего участия в плане. Также см. главу 9 этого Справочника участника для получения дополнительной информации о том, как подать жалобу.

---

## **Г. Как получить дополнительную информацию о прекращении участия в плане**

Если у вас есть вопросы или вам нужна дополнительная информация о прекращении вашего участия в плане, вы можете позвонить в отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу этой страницы.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

## Глава 11. Юридические уведомления

---

### Введение

В этой главе содержатся правовые уведомления, относящиеся к вашему участию в нашем плане. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе этого **Справочника участника**.

### Содержание главы 11

A. Уведомление о применимом законодательстве .....	307
B. Уведомление о недопущении дискриминации .....	307
C. Уведомление о Medicare как о втором плательщике и о Medi-Cal как о плательщике последней инстанции .....	308
D. Уведомление о возмещении имущества по программе Medi-Cal .....	309
E. Применение данного Справочника участника .....	309
F. Заявки и заявления .....	309
G. Обязывающий арбитраж .....	309
Сфера применения арбитража .....	310
Правила судопроизводства .....	311
Инициация арбитража .....	311
Вручение арбитражного требования .....	312
Стоимость подачи иска .....	312
Количество арбитров .....	312
Выплата гонораров арбитрам и компенсация их расходов .....	313
Затраты .....	313
Общие положения .....	313
H. Переуступка прав .....	314

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

I.	Гонорары юристов и адвокатов и иные расходы.....	314
J.	Координирование страховых льгот.....	315
K.	Ответственность работодателя.....	315
L.	Обязывающий характер Справочника участника.....	315
M.	Ответственность правительственного учреждения.....	315
N.	Освобождение участника от обязательств.....	316
O.	Отсутствие отказа от прав требовать исполнения договора.....	316
P.	Уведомления.....	316
Q.	Взыскание переплаты.....	316
R.	Ответственность третьей стороны.....	316
S.	Министерство по делам ветеранов США.....	318
T.	Компенсации работникам или льготы в связи с ответственностью работодателя.....	318
U.	Суррогатное материнство.....	319

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

---

## А. Уведомление о применимом законодательстве

Настоящий **Справочник участника** регулируется положениями многих нормативно-правовых актов. Они могут влиять на ваши права и обязанности, даже если эти нормативно-правовые акты не прописаны или не объяснены в этом **Справочнике участника**. Основными нормативно-правовыми актами являются федеральные законы и законы штата о программах Medi-Cal и Medicare. Также могут применяться другие законы штата и федеральные законы.

---

## В. Уведомление о недопущении дискриминации

Мы не допускаем дискриминации или иного отношения к вам на основании вашей расы, этнической принадлежности, национального происхождения, цвета кожи, религии, пола, гендера, возраста, сексуальной ориентации, психических или физических недостатков, состояния здоровья, опыта подачи жалоб, истории болезни, генетической информации, доказательств права на участие в программе страхования или географического положения на территории обслуживания. Кроме того, мы не допускаем незаконной дискриминации, исключения лиц или особого отношения на основании происхождения, принадлежности к этнической группе, гендерной идентичности, семейного положения или состояния здоровья.

Если вам нужна дополнительная информация, или вы обеспокоены дискриминацией либо несправедливым отношением, воспользуйтесь приведенными ниже рекомендациями.

- Позвоните в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) Департамента здравоохранения и социального обеспечения по номеру **1-800-368-1019**. Линия ТТУ: **1-800-537-7697**. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт **www.hhs.gov/ocr**.
- Позвоните в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) Департамента здравоохранения по номеру **1-916-440-7370**. Линия ТТУ: **711** (Telecommunications Relay Service).

Если вы считаете, что подверглись дискриминации и хотите подать жалобу, связанную с дискриминацией, вы можете сделать это одним из указанных ниже способов.

- **По телефону:** позвоните в отдел обслуживания участников, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (за исключением праздничных дней).
- **По почте:** обратитесь в отдел обслуживания участников и попросите, чтобы вам прислали бланк.
- **Лично:** заполните бланк жалобы или страхового иска/запроса в отделе обслуживания участников, расположенном в учреждении плана (адреса см. в **Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек** или **kp.org/facilities**).
- **Онлайн:** воспользуйтесь онлайн-формой на нашем веб-сайте по адресу **kp.org**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Вы также можете связаться с координаторами по гражданским правам Kaiser Permanente непосредственно по адресам:

**Тема: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

Если ваша жалоба связана с дискриминацией в программе Medi-Cal, вы также можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения по телефону, в письменной форме или в электронном виде.

- По телефону. Позвонить по номеру **1-916-440-7370**. Если у вас проблемы с речью или слухом, позвоните по номеру **711** (Telecommunications Relay Service).
- В письменной форме. Заполните форму жалобы или отправьте письмо по указанному адресу:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

Формы для подачи жалобы доступны на сайте:  
**[dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)**

- В электронной форме. Отправить письмо на **[CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)**

Если у вас есть особые потребности, и вам нужна помощь в получении услуг здравоохранения или поставщику медицинских услуг, позвоните в отдел обслуживания участников. Если у вас есть жалоба, например проблема с доступом при использовании кресла-каталки, отдел поддержки участников может вам помочь.

---

## **С. Уведомление о Medicare как о втором плательщике и о Medi-Cal как о плательщике последней инстанции**

Иногда за услуги, которые мы вам предоставляем, сначала должна заплатить другая организация. Например, если вы попадете в автомобильную аварию или получите производственную травму, первыми обязаны заплатить страховая компания или программа страхования от несчастных случаев на производстве (Workers Compensation).

Мы имеем право и обязаны собирать оплату за покрываемые Medicare услуги, для которых Medicare не является первым плательщиком.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

Это отвечает требованиям федерального законодательства и законов и правил штата о юридической ответственности третьих сторон относительно предоставления участникам услуг здравоохранения. Мы принимаем все обоснованные меры по обеспечению статуса программы Medi-Cal как плательщика последней инстанции.

---

## **D. Уведомление о возмещении имущества по программе Medi-Cal**

Программа Medi-Cal должна добиваться от наследников некоторых умерших участников возврата средств, полученных в рамках Medi-Cal по достижении участниками 55-летнего возраста. Возврат включает в себя выплаты по услугам с гонорарным способом оплаты и взносы за регулируемое медицинское обслуживание / капитализацию за услуги учреждений сестринского ухода, услуги на дому и по месту жительства, а также соответствующие услуги больниц и рецептурные препараты, полученные, когда участник находился на стационарном лечении в учреждении сестринского ухода или получал услуги на дому и по месту жительства. Выплата не может превышать стоимость завещанного имущества участника.

Чтобы узнать больше о возврате средств, посетите веб-сайт Департамента здравоохранения по адресу [www.dhcs.ca.gov/er](http://www.dhcs.ca.gov/er) или позвоните по телефону **1-916-650-0590**.

---

## **E. Применение данного Справочника участника**

Мы можем принимать обоснованные политики, процедуры и пояснения для обеспечения надлежащего и эффективного применения данного **Справочника участника**.

---

## **F. Заявки и заявления**

Вы обязаны заполнять все заявки, формы или ведомости, которые требуются нам в рамках обычного процесса ведения деятельности или которые указаны в настоящем **Справочнике участника**.

---

## **G. Обязывающий арбитраж**

Следующее описание обязывающего арбитража относится к указанным ниже участникам.

- Все участники, зарегистрированные в индивидуальном плане Kaiser Permanente Senior Advantage с датой вступления в силу до 1 января 2008 г.
- Все участники, зарегистрированные в индивидуальном плане Kaiser Permanente Senior Advantage с датой вступления в силу 1 января 2008 г. или после этой даты, которые прямо не отказались от обязывающего арбитражного процесса в течение 60 календарных дней с даты вступления в силу соответствующего плана Senior Advantage.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

В отношении всех претензий, на которые распространяется действие раздела «Обязывающий арбитраж», обе стороны, и заявители и ответчики, отказываются от права на рассмотрение дела судом присяжных или судьей и соглашаются с проведением обязывающего арбитража. Поскольку раздел «Обязывающий арбитраж» применим к искам, поданным сторонами Kaiser Permanente, он также должно иметь обратную силу в отношении всех неудовлетворенных исков, поданных до даты вступления в силу этого **Справочника участника**. Такая обратная сила применима только к сторонам Kaiser Permanente.

### Сфера применения арбитража

Все споры должны разрешаться посредством обязывающего арбитража при условии соблюдения всех указанных ниже требований.

- Претензия основана на нарушении или связана с заявленным нарушением какой-либо обязанности, прописанной в, проистекающей из или имеющей отношение к настоящему **Справочнику участника** или отношения стороны участника к Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Health Plan), включая какие-либо претензии в отношении медицинских ошибок или некомпетентных действий персонала больницы (претензия относительно того, что медицинские услуги или изделия не были необходимыми либо не были санкционированы, или были неправильно, халатно и некомпетентно предоставлены), жалобы, связанные с получением травм в помещениях, а также связанные с покрытием или предоставлением услуг либо изделий, независимо от теории права, на основании которого была подана претензия.
- Иск подан одной или несколькими сторонами участника в отношении одной или нескольких сторон Kaiser Permanente; или иск подан одной или несколькими сторонами Kaiser Permanente в отношении одной или нескольких сторон участника.
- Регулирующее законодательство не запрещает использовать процедуру обязывающего арбитража для удовлетворения иска.

Участники, зарегистрированные в рамках данного **Справочника участника**, тем самым отказываются от права на рассмотрение дела судом присяжных или судьей и соглашаются с проведением обязывающего арбитража, с тем исключением, что перечисленные ниже типы исков не рассматриваются в порядке обязывающего арбитража.

- Иски, подпадающие под юрисдикцию суда по мелким искам.
- Иски, подпадающие под действие процедуры подачи апелляции по программе Medicare, применимой к участникам плана Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal (информацию об апелляции по программе Medicare см. в **главе 9**).
- Иски, которые не подлежат рассмотрению в порядке обязывающего арбитража в соответствии с регулирующим законодательством.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



В тексте раздела «Обязывающий арбитраж» под «сторонами участника» подразумеваются:

- Участник.
- Наследник, родственник или правопреемник участника.
- Любое лицо, заявляющее, что обязательство по отношению к нему/ней проистекает из отношения участника к одной или нескольким сторонам Kaiser Permanente.

К сторонам Kaiser Permanente относятся указанные ниже лица.

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Kaiser Foundation Hospitals.
- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group.
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.
- Любой врач из Southern California Permanente Medical Group или The Permanente Medical Group.
- Любой индивидуальный участник или организация, чей договор с любой из перечисленных выше организаций требует арбитражного рассмотрения исков, поданных одной или несколькими сторонами участника.
- Какой-либо сотрудник или агент любой из перечисленных выше сторон.

«Истец» — это сторона участника или сторона Kaiser Permanente, подающая иск в описанном выше порядке. «Ответчик» — это сторона участника или сторона Kaiser Permanente, в отношении которой был подан иск.

### Правила судопроизводства

Арбитраж должен проводиться в соответствии с **Правилами процедуры арбитража в отношении участников Kaiser Permanente под надзором Управления независимого администратора** («Правила судопроизводства»), разработанными Управлением независимого администратора по согласованию с Kaiser Permanente и арбитражной комиссией. Копии Правил судопроизводства можно получить в Службе обслуживания участников.

### Инициация арбитража

Заявители должны инициировать арбитраж, подав арбитражное требование. В арбитражном требовании должно быть указано основание для подачи иска в отношении ответчика; объем компенсации убытков, требуемый истцом; имена, адреса и номера телефонов истцов и их адвоката при его наличии; а также имена всех ответчиков. Истцы должны перечислить в арбитражном требовании все претензии в отношении ответчиков, которые подаются на основании одного и того же инцидента, транзакции или связанных обстоятельств.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

## **Вручение арбитражного требования**

Представители плана Health Plan, больниц Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, The Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC и The Permanente Company, LLC должны получить арбитражное требование по почте, отправленное на имя ответчика по следующему адресу:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
Legal Department, Professional & Public Liability  
373 E. Walnut Street  
Pasadena, CA 91188

Требование считается врученным ответчику в момент его получения. Требования в отношении всех других ответчиков, включая физических лиц, должны быть вручены в соответствии с требованиями Гражданского кодекса штата Калифорния (California Code of Civil Procedure) в отношении гражданских исков.

### **Стоимость подачи иска**

Истцы должны заплатить единовременную безвозвратную пошлину за подачу иска в размере \$150 за каждую процедуру арбитража. Выплата производится на «арбитражный счет» вне зависимости от количества исков, указанных в арбитражном требовании, или количества перечисленных в этом требовании истцов или ответчиков.

Любой истец, заявляющий о своем чрезвычайно затруднительном финансовом положении, может подать запрос в Управление независимого администратора об освобождении от обязанности оплачивать пошлину за подачу иска и гонорар нейтральному арбитру. Истец, желающий получить такое освобождение от обязанностей, должен заполнить Форму освобождения от оплаты и отправить ее в Управление независимого администратора, а также всем ответчикам. В Форме освобождения от оплаты изложены критерии для получения освобождения от оплаты. Получить ее можно, позвонив в Отдел обслуживания участников.

### **Количество арбитров**

Количество арбитров может повлиять на обязанность заявителя по оплате гонорара нейтральному арбитру (см. «Правила судопроизводства»).

Если в арбитражном требовании заявлена сумма возмещения убытков в размере \$200,000 или меньше, спор должен рассматриваться и решаться одним нейтральным арбитром, если только стороны после возникновения спора и подачи запроса на обязывающий арбитраж по иным обстоятельствам не заключили письменное соглашение о проведении арбитража с участием двух арбитров сторон и одного нейтрального арбитра. Нейтральный арбитр не имеет полномочий на присуждение выплаты материального ущерба в размере более \$200,000.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Если в арбитражном требовании заявлена сумма возмещения убытков в размере более \$200,000, спор должен рассматриваться и решаться одним нейтральным арбитром и двумя арбитрами сторон, один из которых должен быть совместно назначен всеми истцами, а второй — всеми ответчиками. Стороны, имеющие право выбрать собственного арбитра, могут отказаться от этого права. Если все стороны согласятся, дело будет рассматриваться одним нейтральным арбитром.

### **Выплата гонораров арбитрам и компенсация их расходов**

В рамках Health Plan будет произведена выплата гонорара и компенсация расходов нейтральному арбитру при определенных условиях, как указано в Правилах судопроизводства. Во всех других случаях гонорары нейтральным арбитрам должны выплачиваться следующим образом: половину суммы выплачивают истцы, половину — ответчики.

Если стороны выбирают собственных арбитров, истцы несут ответственность за оплату гонорара и компенсацию расходов выбранному ими арбитру, а ответчики выплачивают гонорар и компенсируют расходы выбранному ими арбитру.

### **Затраты**

За исключением вышеупомянутых пошлин и расходов нейтрального арбитра и иных, требуемых по закону, расходов, связанных с арбитражем в рамках раздела «Обязывающий арбитраж», каждая сторона должна самостоятельно оплачивать адвокатов, свидетелей и прочие расходы, возникшие вследствие процесса обвинения или защиты в отношении иска, вне зависимости от содержания иска либо исхода арбитражного процесса.

### **Общие положения**

Иск должен быть отозван и навсегда погашен за сроком давности, если (1) в дату отправления арбитражного требования иск был погашен в отношении ответчика на основе применимого срока давности (в случае если иск был заявлен в рамках спора по гражданскому делу); (2) истцы не в состоянии с разумным усердием вести арбитражный иск в соответствии с Правилами судопроизводства; (3) арбитражное слушание не начато в течение пяти лет после (а) даты предъявления арбитражного требования в соответствии с описанными в настоящем документе процедурами; (б) даты подачи гражданского иска в отношении того же инцидента, транзакции или связанных обстоятельств по иску. Иск может быть отклонен на других основаниях нейтральным арбитром при наличии достаточных оснований. Если сторона не явилась на арбитражное слушание после получения надлежащего оповещения, нейтральный арбитр может перейти к разрешению тяжбы в отсутствие этой стороны.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.

Ко всем искам в отношении профессиональной халатности или любым другим искам в рамках, допускаемых или требуемых законом, должен применяться Закон штата Калифорния о реформе в области компенсации за ущерб здоровью (California Medical Injury Compensation Reform Act) 1975 года (включая все поправки к нему), в том числе разделы, устанавливающие право на представление доказательств о каких-либо страховых выплатах пациенту или выплатах пособий по инвалидности; ограничение объема взысканий за неэкономический ущерб; право на получение компенсации за будущие убытки в виде периодических платежей.

Арбитражные процессы должны регулироваться разделом «Обязывающий арбитраж», разделом 2 Федерального закона США об арбитраже (Federal Arbitration Act) и положениями Гражданского кодекса штата Калифорния в отношении арбитражных процессов, имеющими силу на момент необходимости их применения, а также Правилами судопроизводства в той мере, в которой допускают положения данного раздела. В соответствии с правилом, применимым в рамках разделов 3 и 4 Федерального закона США об арбитраже, право на арбитраж в рамках раздела «Обязывающий арбитраж» не может быть отклонено, приостановлено или иным образом нарушено по причине задействия в споре между стороной участника и стороной Kaiser Permanente претензий, могущих и не могущих рассматриваться в порядке арбитража, либо по причине того, что одна или несколько сторон, участвующих в арбитраже, также выступают в роли стороны в предстоящем судебном разбирательстве с третьей стороной, которое возбуждено в отношении той же самой или связанной транзакции, и при этом существует вероятность возникновения конфликта принятых постановлений либо решений.

---

## Н. Переуступка прав

Вы не имеете права переуступать настоящий **Справочник участника** или какие-либо права, интересы, денежные претензии, льготы либо обязательства, упомянутые здесь, без нашего предварительного письменного согласия.

---

## И. Гонорары юристов и адвокатов и иные расходы

В спорах между участником и Health Plan, Medical Group или Kaiser Foundation Hospitals каждая сторона несет ответственность за оплату собственных расходов, включая выплату гонораров юристам и адвокатам, а также прочие расходы, если иное не предусмотрено законодательством.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

---

## **Ж. Координирование страховых льгот**

Если у вас есть другая страховка, вы должны использовать ее страховое покрытие в сочетании с вашим страховым покрытием участника плана Senior Advantage Medicare Medi-Cal для оплаты получаемого вами обслуживания. Это называется «координирование льгот», поскольку включает в себя согласование всех доступных вам льгот медицинского страхования. Вы будете получать покрываемое лечение, как обычно, от поставщиков услуг, входящий в сеть, а другое страховое покрытие просто поможет вам оплачивать получаемое лечение.

Если основным плательщиком является поставщик вашего другого страхового покрытия, он обычно договаривается о долевом участии непосредственно с нами, и вам не нужно будет участвовать в этом процессе. Однако, если основной плательщик отправил причитающийся нам платеж непосредственно вам, по закону о программе Medicare, вы обязаны перевести этот платеж нам. Для получения дополнительной информации об основных платежах в ситуациях с возникновением ответственности третьей стороны см. **раздел Q** данной главы, а об основных платежах в случаях с компенсацией работникам см. **раздел R** данной главы.

Вы должны сообщить нам о наличии у вас другого медицинского страхового покрытия, а также информировать нас обо всех изменениях в вашем дополнительном страховом покрытии.

---

## **К. Ответственность работодателя**

Мы не производим выплат работодателю за услуги, которые он обязан предоставлять по закону. В случае если мы осуществим оплату таких услуг, мы можем взыскать стоимость этих услуг с работодателя.

---

## **Л. Обязывающий характер Справочника участника**

Выбирая страховое покрытие или принимая льготы в рамках этого **Справочника участника**, все участники, правоспособные на заключение контрактов, и законные представители всех участников, неправоспособных на заключение контрактов, соглашаются со всеми положениями данного **Справочника участника**.

---

## **М. Ответственность правительственного учреждения**

Мы не производим выплат правительственным учреждениям за услуги, которые по закону должны предоставляться правительственным учреждением или получаться от такого учреждения. В случае если мы осуществим оплату таких услуг, мы можем взыскать стоимость этих услуг с правительственного учреждения.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

---

## **N. Освобождение участника от обязательств**

Согласно положениям наших контрактов с поставщиками услуг, входящими в сеть, вы не несете ответственности за любые суммы, которые мы должны поставщикам. Однако вы несете ответственность за оплату непокрываемых услуг, которые вы получаете от поставщиков услуг, входящий в сеть или не входящих в сеть.

---

## **O. Отсутствие отказа от прав требовать исполнения договора**

Неприменение нами какого-либо из положений этого **Справочника участника** не означает отказ от такого положения или любых других положений либо не влияет на наше право впоследствии требовать от вас строгого соблюдения любого из положений.

---

## **P. Уведомления**

Мы будем отправлять уведомления на адрес, указанный самым последним. Вы несете ответственность за уведомление нас о любых изменениях вашего адреса. Если вы переезжаете, позвоните в отдел обслуживания участников (номера телефонов указаны на обороте этой брошюры) и в Управление социального страхования по номеру **1-800-772-1213** (TTY: **1-800-325-0778**), чтобы как можно скорее сообщить об изменении вашего адреса.

---

## **Q. Взыскание переплаты**

Мы вправе взыскать любую переплату, совершенную нами за услуги, с любого лица, получившего такую переплату, или с любого лица или организации, обязанных оплачивать стоимость услуг.

---

## **R. Ответственность третьей стороны**

Третьи стороны, причинившие вам травму или заболевание (и (или) их страховые компании), как правило, обязаны заплатить первыми, до Medicare или нашего плана. Таким образом, мы имеем право добиваться этих первичных платежей. В случае получения выплат (по решению суда или по мировому соглашению) от третьей стороны (или от его/ее имени), по вине которой, как утверждается, вы получили травму или заболевание, для лечения которого получаете услуги, покрываемые страховым планом, вы должны обеспечить нам возмещение средств за эти услуги.

Примечание. Содержание этого раздела «Ответственность третьей стороны» не влияет на ваши обязательства по выплате вашего долевого участия в расходах для этих услуг.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY 711), с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

В той степени, в которой это разрешено или требуется законом, мы будем осуществлять свое право на суброгацию в отношении всех претензий, исков и других прав, которые могут быть у вас против третьего лица или страховщика, государственной программы или иного источника выплаты страхового покрытия материального ущерба, компенсации или возмещения за травму или заболевание, за которые предположительно несут ответственность третьи лица. Мы будем иметь право на такую суброгацию с момента отправки Вам или Вашему адвокату письменного уведомления об использовании нами этого права.

Для обеспечения наших прав мы можем удерживать и получать возмещение доходов, полученных вами или нами от третьей стороны в результате любого мирового соглашения либо по решению суда от других видов страховых покрытий, которые включают, помимо прочего: страхование ответственности, страхование незастрахованных автомобилистов, недостаточное страхование автомобилистов, полис страхования «индивидуальный зонтик», компенсация работникам, страхование риска ущерба здоровью личности, страховая защита от медицинских расходов и любые другие типы страхования в свою пользу. Средства, полученные вами или нами по решению суда или в результате мирового соглашения, в первую очередь используются для удовлетворения нашего права удержания вне зависимости от того, была ли осуществлена выплата за восстановления исходного состояния и была ли общая сумма полученных выплат меньше суммы фактически понесенных вами потерь и ущерба. Мы не обязаны оплачивать гонорары юристов или расходы любых адвокатов, нанятых вами для подачи иска о возмещении ущерба. Если вы возместите нам расходы без обращения в суд, мы предоставим вам скидку при покупке наших услуг. Если нам придется подать в суд для защиты своих интересов, скидка предоставлена не будет.

В течение 30 дней после подачи иска против третьей стороны или обращения в суд вы должны отправить письменное уведомление об этом по следующему адресу:

The Rawlings Group

Subrogation Mailbox  
Special Recovery Unit  
P.O. Box 2000  
LaGrange, KY 40031  
Факс: **1-502-753-7064**

Чтобы мы смогли определить наличие у нас каких-либо прав и воспользоваться этими правами, вы должны заполнить и выслать нам все формы согласия, освобождения от ответственности, разрешения, переуступки прав и прочие документы, включая формы на право удержания доходов, с указанием данных о вашем адвокате, третьей стороне и страховой компании третьей стороны, ответственной за осуществление выплат непосредственно нам. Вы не можете дать согласия на отказ, передачу или ограничение наших прав в рамках этого положения без нашего предварительного письменного согласия.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

Если ваш наследник, родитель, опекун или попечитель подает иск в отношении третьего лица на основании вашей травмы или заболевания, то на любой доход, полученный вашим наследником, родителем, опекуном или попечителем по решению суда или в результате мирового соглашения, распространяется наше право на удержание доходов и другие права в той же степени, как если бы вы лично подали иск в отношении третьего лица. Мы можем передавать свои права для реализации нашего права на удержание доходов и других прав.

---

## **S. Министерство по делам ветеранов США**

Мы не производим выплат Министерству по делам ветеранов за услуги, предоставляемые для лечения состояний, возникших во время службы в вооруженных силах, за которые Министерство по делам ветеранов обязано платить по закону. Если мы осуществим оплату таких услуг, мы можем взыскать стоимость этих Услуг с Министерства по делам ветеранов.

---

## **T. Компенсации работникам или льготы в связи с ответственностью работодателя**

Как правило, компенсация работникам должна выплачиваться перед выплатами по программе Medicare или по нашему плану. Поэтому мы имеем право добиваться первичных выплат в соответствии с законодательством о компенсации работникам или ответственности работодателя. Вы можете иметь право на получение платежей или других льгот, включая получение выплат по соглашению (под общим названием «финансовые льготы») по закону о компенсации работникам или согласно закону об ответственности работодателя. Мы предоставим покрываемые услуги, даже если не установлено, что вы имеете право на получение финансовых льгот, но мы можем потребовать возврата средств за любые покрываемые услуги от следующих источников:

- От любого источника, предоставившего финансовые льготы, или от того, кто обязан их предоставить.
- От вас, в той степени, в которой финансовые льготы предоставляются или подлежат выплате либо же должны были быть предоставлены или выплачены, если вы должным образом искали возможности установить право на финансовые льготы в соответствии с законом о компенсации работникам или об ответственности работодателя.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



## U. Суррогатное материнство

В ситуациях, когда участник получает денежную компенсацию за то, что выступает в качестве суррогатной матери, в рамках нашего плана мы будем добиваться возмещения всех Оплат плана за покрываемые услуги, которые получает участник и которые связаны с зачатием, беременностью и (или) родами. Суррогатное материнство — это договор, в рамках которого женщина соглашается забеременеть и отдать ребенка другому лицу или лицам, которые намерены его воспитывать.

---

**Если у вас возникли вопросы,** позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для дополнительной информации посетите веб-сайт **[kr.org/medicare](http://kr.org/medicare)**.

## Глава 12. Определения важных терминов

---

### Введение

Эта глава содержит ключевые термины, используемые в настоящем **Справочнике участника**, и их определения. Термины перечислены в алфавитном порядке. Если вы не можете найти нужный термин или вам нужна дополнительная информация, а не только определения, обратитесь в Отдел обслуживания участников.

**Повседневная деятельность (Activities of daily living, ADL)** — действия, которые люди делают в течение обычного дня (ходят в туалет, одеваются, принимают ванну или чистят зубы).

**Судья по административным делам** — это судья, который рассматривает апелляцию 3-го уровня.

**Программа медикаментозной помощи для больных СПИД (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)** — это программа, помогающая людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, получить доступ к жизненно важным препаратам для лечения ВИЧ-инфекции.

**Амбулаторный хирургический центр** — это учреждение, которое оказывает амбулаторные хирургические услуги пациентам, не требующим стационарного и круглосуточного лечения (согласно прогнозу).

**Апелляция** — это ваш способ обжаловать наши действия, которые, по вашему мнению, были ошибочными. Вы можете попросить нас изменить решение по страховому покрытию, подав апелляцию. В главе 9 этого **Справочника участника** рассказывается об апелляциях, включая информацию о ее подаче.

**Поведенческое здоровье** — Широкий термин, который включает расстройства, вызванные проблемами с психическим здоровьем и употреблением веществ.

**Патентованное лекарство** — это рецептурное лекарство, изготавливаемое и продаваемое компанией, которая является первоначальным его производителем. Фирменные лекарства имеют в своем составе те же ингредиенты, что и непатентованные версии лекарственных препаратов. Как правило, непатентованные лекарственные препараты изготавливаются и продаются другими фармацевтическими компаниями.

**Координатор по медицинскому обслуживанию** — это один ключевой сотрудник, работающий с вами, используя план медицинского страхования и сотрудничая с вашими поставщиками медицинских услуг, чтобы убедиться, что вы получаете требуемое лечение.

**План лечения** — это индивидуальный план лечения.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Дополнительные услуги плана лечения (Care Plan Optional, CPO)** — это услуги, которые не являются обязательными в рамках индивидуального плана лечения. Эти услуги не предназначены для замены долгосрочных услуг и поддержки, на получение которых вы имеете право в рамках программы Medi-Cal.

**Команда медицинских специалистов** — это междисциплинарная команда по уходу.

**Этап страхового покрытия в критических случаях** — это этап покрытия лекарственных препаратов части D программы Medicare нашего плана, в рамках которого мы оплачиваем всю стоимость препаратов до конца года. Этот этап начинается, если вы (или другие квалифицированные лица от вашего имени) в течение года потратили **\$8,000** на лекарства, покрываемые частью D программы Medicare. На этом этапе оплаты план полностью оплачивает стоимость ваших лекарств, покрываемых частью D программы Medicare. Вы ничего не платите.

**Центры обслуживания программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)** — федеральное агентство, отвечающее за программу Medicare. В главе 2 этого Справочника участника рассказывается, как связаться с CMS.

**Обслуживание взрослого населения по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS)** — это амбулаторная программа обслуживания на базе учреждения, которая обеспечивает квалифицированную сестринскую помощь, социальные услуги, профессиональную и логопедическую терапию, личный уход, обучение и поддержку семьи/опекуна, услуги питания, транспорт и другие услуги, если участники соответствуют применимым критериям отбора.

**Жалоба** — это письменное или устное заявление о проблеме либо замечании, связанными с покрываемыми услугами либо лечением. К жалобам относятся какие-либо замечания относительно качества услуги, лечения, наших поставщиков и аптек, входящих в сеть. Подача жалобы — это официальное название соответствующего процесса.

**Комплексное амбулаторное реабилитационное учреждение** — это учреждение, которое в основном оказывает услуги реабилитации после заболевания, несчастного случая или тяжелой операции. В учреждении оказываются разные услуги, включая физиотерапию, социальные и психологические услуги, респираторную и трудовую терапию, логопедию и услуги по оценке домашней обстановки.

**Доплата** — это фиксированная стоимость вашей части, которую вы должны оплачивать каждый раз при получении определенных услуг или рецептурных лекарств. Например, возможно, вам придется заплатить \$2 или \$5 за услугу или лекарственный препарат.

**Долевое участие в расходах** — это сумма, которую вы должны оплатить при получении определенных услуг или рецептурных лекарств. Долевое участие в расходах включает доплаты.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Решение о страховом покрытии** — это решение относительно льгот, которые мы покрываем. Такое решение включает решения о покрываемых лекарственных препаратах и услугах либо стоимость, которую мы оплачиваем за услуги здравоохранения. В **главе 9** этого **Справочника участника** рассказывается, как направить нам запрос о решении относительно страхового покрытия.

**Покрываемые лекарственные препараты** — это термин, который мы используем, чтобы обозначить все рецептурные и безрецептурные лекарства, покрываемые в рамках нашего плана.

**Покрываемые услуги** — это общий термин, который мы используем, чтобы обозначить всю медико-санитарную помощь, долгосрочные услуги и поддержку, материалы, рецептурные и безрецептурные препараты, оборудование и прочие услуги, покрываемые планом.

**Обучение культурной компетентности** — это обучение, в рамках которого предоставляются дополнительные инструкции для наших поставщиков услуг здравоохранения, благодаря чему они лучше понимают ваш опыт, ценности и убеждения с целью адаптировать услуги, чтобы они отвечали вашим социальным, культурным и языковым потребностям.

**Департамент услуг здравоохранения (DHCS)** — это государственный департамент штата Калифорния, который осуществляет управление программой Medicaid (другое ее название Medi-Cal).

**Департамент регулируемого здравоохранения (DMHC)** — это государственный департамент штата Калифорния, который несет ответственность за управление планами медицинского страхования. DMHC помогает людям оформлять апелляции и жалобы на услуги по программе Medi-Cal. DMHC также выполняет независимые медицинские экспертизы (Independent Medical Reviews, IMR).

**Прекращение участия** — это процесс завершения участия в нашем плане. Этот процесс может быть добровольным (по вашему собственному выбору) или принудительным (не по вашему собственному выбору).

**Программа по обращению с лекарственными препаратами (Drug management program, DMP)** — это программа, помогающая обеспечить безопасное использование участниками рецептурных опиоидов и других лекарственных средств, вызывающих зависимость.

**План специальных нужд лиц, имеющих право на участие в двух программах (Dual eligible special needs plan, D-SNP)** — план медицинского страхования для индивидуальных участников, которые отвечают требованиям и программы Medicare, и программы Medicaid. Наш план является планом D-SNP.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Медицинское оборудование длительного пользования** — это определенные материалы, которые заказывает ваш врач, чтобы вы использовали их дома. Это, например, кресло-каталки, костыли, матрасы с электроприводом, товары для диабетиков, больничные кровати, заказанные поставщиком для использования на дому, внутривенные инфузионные насосы, устройства, генерирующие речь, кислородное оборудование и принадлежности, небулайзеры и ходунки.

**Экстренная ситуация** — это чрезвычайная ситуация медицинского характера, когда вы или какой-либо человек со средними знаниями в области здоровья и медицины считает, что у вас есть медицинские симптомы, из-за чего вам нужна немедленная медицинская помощь, чтобы сохранить вам жизнь, части тела или чтобы не допустить развития серьезной патологии функций организма. Медицинскими симптомами могут быть недомогание, травма, сильная боль или быстро ухудшающееся самочувствие.

**Экстренная медицинская помощь** — это покрываемые услуги, оказываемые специально обученным поставщиком, чтобы предоставить медицинскую или поведенческую скорую помощь.

**Исключение** — это разрешение на получение покрытия на лекарственный препарат, который, как правило, не покрывается, или разрешение на использование лекарственного препарата без определенных правил и ограничений.

**Исключенные услуги** — это услуги, которые не покрываются данным планом медицинского обслуживания.

**Дополнительная помощь** — это программа Medicare, которая помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами сократить их расходы на рецептурные лекарства, отпускаемых в рамках программы Medicare части D, такие как страховые взносы, суммы нестрахуемого минимума и доплаты. Программу Дополнительной помощи также называют субсидией для людей с низким уровнем доходов (Low-Income Subsidy, LIS).

**Непатентованный лекарственный препарат** — это рецептурный лекарственный препарат, одобренный федеральным правительством с целью его использования вместо патентованного лекарственного препарата. Непатентованный препарат имеет те же ингредиенты, что и патентованный. Как правило, такой препарат дешевле и действует так же хорошо, как и патентованный препарат.

**Претензия** — это жалоба, которую вы подали против нас или одного из наших поставщиков услуг или одной из наших аптек, входящих в сеть. Жалоба может касаться качества лечения или услуги, предоставляемых в рамках нашего плана медицинского страхования.

**Программа консультирования и защиты прав в рамках медицинского страхования (НІСАР)** — это программа, предоставляющая бесплатную и объективную информацию и консультации по программе Medicare. В главе 2 этого Справочника участника рассказывается, как связаться с НІСАР.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

**Health Plan** — это организация, в которую входят врачи, больницы, аптеки, поставщики долговременных услуг и другие поставщики медицинских услуг. Кроме того, в ней работают также координаторы лечения, цель которых помочь вам управлять всеми вашими поставщиками и услугами. Все они взаимодействуют, чтобы обеспечить вам необходимое лечение.

**Оценка риска для здоровья** — это проверка вашей истории болезни и текущего состояния. Оценка используется для того, чтобы изучить состояние вашего здоровья и то, как оно может измениться в будущем.

**Сотрудник по оказанию медико-социальной помощи на дому** — это лицо, оказывающее услуги, не требующих навыков лицензированной медсестры или психолога. Например, это может быть помощь с личной гигиеной (купание, посещение туалета, одевание или выполнение предписанных упражнений). Такие сотрудники не имеют лицензии медсестры и не оказывают услуги психолога.

**Хоспис** — это программа лечения и поддержки, целью которой является помочь людям с последней стадией неизлечимого заболевания жить комфортно. Последняя стадия неизлечимого заболевания означает, что человек по медицинским показаниям является неизлечимо больным, т. е. ожидаемая продолжительность его жизни составляет не более 6 месяцев.

Зачисленный участник с неизлечимым заболеванием имеет право выбрать хоспис.

Специально обученная команда профессионалов и опекунов заботится о человеке в целом, в частности об удовлетворении физических, эмоциональных, социальных и духовных потребностей.

Мы обязаны предоставить вам список поставщиков медицинских услуг хосписа в вашем географическом районе.

**Ненадлежащее или неправомерное выставление счетов** — это ситуация, когда поставщик медицинских услуг (например, врач или больница) выставил вам счет на сумму, превышающую нашу сумму разделения затрат на услуги. Позвоните в Отдел обслуживания участников, если вы получили счета, которые вы не понимаете.

Как участник плана, вы оплачиваете сумму разделения затрат на услуги, когда вы получаете услуги, которые мы покрываем. Мы не разрешаем поставщикам услуг выставять вам счета на сумму, превышающую такое значение.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Поддерживающие услуги на дому (In-Home Supportive Services, IHSS)** — это программа IHSS, которая поможет оплатить услуги, необходимые вам для того, чтобы вы могли оставаться в безопасности в своем собственном доме. IHSS рассматривается как альтернатива уходу за больными вне дома, например в домах престарелых, пансионатах учреждений по уходу. Типы услуг, которые могут быть разрешены в рамках поддерживающих услуг на дому, включают уборку дома, приготовление пищи, стирку, покупку продуктов, услуги личной гигиены (такие как помощь в опорожнении кишечника и мочевого пузыря, купание, уход за собой и фельдшерские услуги), сопровождение на прием к врачу и надзор за людьми с психическими расстройствами. Окружные агентства социальных услуг осуществляют управление услугами IHSS.

**Независимая медицинская экспертиза (IMR)** — это возможность подать апелляцию, если мы отклоняем ваш запрос на оказание медицинских услуг или лечение. Если вы не согласны с нашим решением и ваша проблема связана с услугами по программе Medi-Cal, включая медицинское оборудование длительного пользования (материалы и лекарственные препараты), вы можете обратиться в Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния с запросом на проведение IMR. В рамках IMR ваш случай рассматривает врач, не входящий в наш план. Если IMR примет решение в вашу пользу, мы должны будем предоставить вам услугу или лечение, о которых вы просили. Вы не платите за IMR.

**Независимая экспертная организация (IRO)** — это независимая организация, нанятая Medicare, которая рассматривает апелляцию 2-го уровня. Она не связана с нами и не является государственным органом. Эта организация решает, является ли принятое нами решение правильным или его следует изменить. Контроль за работой этой организации осуществляет Medicare. Официальное название организации — «независимое юридическое лицо, предоставляющее экспертное заключение» (Independent Review Entity).

**Индивидуальный план лечения (Individualized Care Plan, ICP, или план лечения)** — это план с информацией об услугах, которые вы будете получать, и о порядке их оказания. Ваш план может включать медицинские услуги, услуги охраны психического здоровья, а также долгосрочные услуги и поддержку.

**Начальный этап страхового покрытия** — это этап до того, как сумма затрат на лекарственные препараты части D программы Medicare достигнет **\$8,000**. Это включает оплаченную вами сумму, а также сумму, выплаченную в рамках нашего плана, и субсидии для лиц с низким доходом. На этом этапе мы оплачиваем часть стоимости ваших лекарственных препаратов, а вы оплачиваете свою часть.

**Стационар** — этот термин используется, когда вы официально госпитализированы в больницу, чтобы получить квалифицированные медицинские услуги. Если вы официально не госпитализированы, вы все еще можете считаться амбулаторным, а не стационарным пациентом, даже если вы останетесь на ночь.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.  
Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Междисциплинарная команда по уходу (Interdisciplinary Care Team, ICT, или команда по уходу)** — это команда по лечению в которую могут входить врачи, медсестры, консультанты и прочие специалисты по вопросам здоровья, готовые помочь вам получить требуемое лечение. Ваша команда по уходу также поможет вам составить соответствующий план.

**Перечень лекарственных препаратов, покрываемых планом страхования (Перечень препаратов)** — это список рецептурных и безрецептурных препаратов, которые мы покрываем. Мы выбираем лекарственные препараты, включенные в список, консультируясь с врачами и фармацевтами. Перечень препаратов содержит информацию о том, есть ли какие-либо правила, которые вы должны выполнить, чтобы получить такие препараты. Перечень препаратов иногда называют фармацевтическим справочником.

**Услуги долговременного ухода и поддержки** — это уход и поддержка при длительном течении заболевания. Благодаря большинству таких услуг вы можете оставаться дома и не посещать учреждение сестринского ухода или больницу. Услуги по долговременному уходу и поддержке, охватываемый нашим планом, включают в себя услуги по месту жительства, учреждения сестринского ухода (NF) и поддержку сообщества. Программы поддерживающих услуг на дому и 1915(c) альтернативные программы — это программы услуг по долговременному уходу и поддержке Medi-Cal, предоставляемые вне рамок нашего плана.

**Субсидия для людей с низким уровнем доходов** — см. «Дополнительная помощь».

**Программа отправки по почте Mail Order** — в рамках некоторых планов вы можете воспользоваться программой отправки по почте, чтобы в течение трех месяцев получать покрываемые рецептурные лекарства, которые будут отправляться на ваш адрес. Это может быть экономически эффективным и удобным способом, чтобы получать по рецептам лекарственные препараты, которые вы регулярно принимаете.

**Программа Medi-Cal** — это название программы Medicaid в штате Калифорния. Программа Medi-Cal находится в ведении штата и оплачивается штатом и федеральным правительством.

- Благодаря ей люди с ограниченными доходами и ресурсами могут оплачивать услуги по долговременному уходу и поддержке и другие медицинские расходы.
- Она покрывает дополнительные услуги и некоторые лекарственные препараты, не покрываемые программой Medicare.
- Условия программ Medicaid в каждом штате свои, но большинство расходов на медико-санитарную помощь покрываются, если вы отвечаете требованиям и для программы Medicare, и программы Medi-Cal.

**Планы по программе Medi-Cal** — это планы, в рамках которых покрываются только льготы по программе Medi-Cal, такие как услуги долговременного ухода и поддержки, медицинское оборудование и транспортировка. Льготы по программе Medicare предоставляются отдельно.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.



**Medicaid (или Medical Assistance)** — это программа, осуществляемая федеральным правительством и штатом, которая помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами оплачивать услуги по долговременному уходу и поддержке, а также медицинские расходы. Medi-Cal — это название программы Medicaid штата Калифорния.

**Необходимые с медицинской точки зрения услуги** — это термин, описывающий услуги, материалы и лекарственные препараты, необходимые для предотвращения, диагностики и лечения медицинского заболевания или поддержания текущего статуса вашего здоровья. Такое обслуживание включает уход, благодаря которому вы не попадете в больницу или учреждение сестринского ухода. Это также означает, что услуги, материалы и лекарственные препараты соответствуют принятым стандартам медицинской практики.

**Программа Medicare** — федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте от 65 лет и старше, а также некоторых людей с определенными ограниченными возможностями в возрасте до 65 лет и для людей с терминальной стадией ХПН (это неизлечимая почечная недостаточность, при которой пациенту требуется диализ или трансплантация почек). Участники программы Medicare могут получить медицинскую страховку по программе Medicare через программу Original Medicare или план регулируемого медицинского обслуживания (см. «Health Plan»).

**Программа Medicare Advantage** — это программа Medicare (другие названия Medicare часть С или МА), в рамках которой предлагаются планы МА через частные компании. Medicare платит этим компаниям за покрытие ваших льгот по программе Medicare.

**Апелляционный совет Medicare (Совет)** — это совет, который рассматривает апелляцию 4-го уровня. Совет является федеральным органом власти.

**Услуги, покрываемые по программе Medicare,** — это услуги, покрываемые программой Medicare часть А и часть В. Все планы медицинского страхования по программе, включая наш план, должны покрывать все услуги, покрываемые программой Medicare часть А и часть В.

**Программа Medicare по предотвращению диабета (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)** — это структурированная программа изменения поведения в отношении здоровья, которая предусматривает обучение долгосрочному изменению рациона питания, повышению физической активности и стратегиям преодоления трудностей, мешающих снижению массы тела и поддержанию здорового образа жизни.

**Участник программ Medicare и Medi-Cal** — это лицо, которое отвечает требованиям для получения страхового покрытия по программам Medicare и Medi-Cal. Участник программ Medicare-Medicaid также называется «индивидуальный участник, отвечающий требованиям двух программ».

---

**Если у вас возникли вопросы,** позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Medicare часть А** — это программа Medicare, которая покрывает большую часть затребованных больниц, учреждений квалифицированного сестринского ухода, ухода на дому и в хосписе.

**Medicare часть В** — это программа Medicare, покрывающая услуги (например, лабораторные анализы, операции и посещение врача) и материалы (например, кресло-каталка и ходунки), необходимые с медицинской точки зрения, чтобы лечить заболевание или состояние. В рамках Medicare части В также покрываются многие профилактические и скрининговые услуги.

**Medicare часть С** — это программа Medicare (другие название Medicare Advantage или МА), благодаря которой частные страховые компании могут предоставлять льготы Medicare через план Medicare Advantage.

**Medicare часть D** — это программа льгот Medicare для рецептурных лекарств. Мы называем эту программу «часть D» для краткости. В рамках части D программы Medicare покрываются рецептурные лекарства, вакцины и некоторые материалы для амбулаторных пациентов, не покрываемые программой Medicare часть А или часть В либо Medicaid. Наш план включает Medicare часть D.

**Лекарственные препараты Medicare части D** — это препараты, покрываемые по программе Medicare часть D. Конгресс целенаправленно исключил некоторые категории лекарственных препаратов из страхового покрытия по части D. Некоторые такие препараты покрываются по программе Medicaid.

**Управление лекарственной терапией** — это отдельная группа услуг или группа услуг, предоставляемая поставщиками услуг здравоохранения, включая фармацевтов, чтобы обеспечить самые лучшие терапевтические результаты для пациентов. Дополнительную информацию см. в главе 5 этого Справочника участника.

**Участник (участник плана)** — это лицо с Medicare или Medi-Cal, которое отвечает требованиям для получения покрываемых услуг и которое стало участником нашего плана, а регистрацию такого лица подтвердили Центры служб программ Medicare и Medicaid и штат.

**Справочник участника и раскрытие информации** — это документ вместе с формой регистрации и какими-либо другими приложениями и пакетами дополнительного страхового покрытия, в которых содержится информация о вашем страховом покрытии, наших обязанностях, ваших правах и обязанностях как участника плана.

**Отдел обслуживания участников** — это отдел в рамках нашего плана, сотрудники которого отвечают на ваши вопросы об участии, льготах, жалобах и апелляциях. Чтобы узнать больше об обслуживании участников, см. главу 2 настоящего Справочника участника.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Аптека, входящая в сеть,** — это аптека, которая согласилась выдавать рецептурные лекарства для участников нашего плана. Мы называем их сетевыми аптеками, потому что они согласились работать с нашим планом. В большинстве случаев мы покрываем ваши рецептурные лекарственные препараты только в том случае, если вы получили их в одной из наших сетевых аптек.

**Поставщик услуг, входящий в сеть,** — это общий термин, охватывающий врачей, медсестер и других лиц, предоставляющих вам услуги и осуществляющих уход. Этот термин включает больницы, агентства услуг здравоохранения на дому, клиники и другие учреждения, которые оказывают услуги здравоохранения, предоставляют медицинское оборудование и услуги длительного ухода и поддержки.

- Такие учреждения и врачи имеют лицензию или сертификаты от Medicare и штата на предоставление услуг здравоохранения.
- Мы называем их «поставщики услуг, входящий в сеть», когда они соглашаются работать с нашим планом медицинского страхования, принимают нашу оплату и не взимают с участников дополнительную плату.
- Пока вы являетесь участником нашего плана, вы должны получать покрываемые услуги у поставщиков, входящих в сеть. Поставщики услуг, входящие в сеть, также называются поставщиками планов.

**Центр или учреждение сестринского ухода** — это учреждение, которое предоставляет услуги по уходу за людьми, которым не нужно находиться в больнице, но которые не могут получить уход на дому.

**Омбудсмен** — это управление в вашем штате, которое защищает ваши интересы. Сотрудники управления отвечают на вопросы при наличии проблем или жалоб и помогут вам разобраться, что следует делать дальше. Услуги омбудсмана бесплатны. Больше информации см. в **главе 2 и 9** этого **Справочника участника**.

**Организационное определение** — это определение, принимаемое в рамках нашего плана, когда мы или один из наших поставщиков принимает решение о том, покрываются ли услуги и сколько вы должны заплатить за покрываемые услуги. Организационное определение также называется решением о страховом покрытии. В **главе 9** этого **Справочника участника** рассказывается о решении о страховом покрытии.

**Original Medicare (стандартная программа Medicare или Medicare с оплатой за услуги)** — это правительственное предложение Original Medicare. В рамках программы Original Medicare услуги покрываются за счет выплат врачам, больницам и другим поставщикам услуг здравоохранения в размере, определяемом Конгрессом.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

- Вы можете воспользоваться услугами любого врача, больницы или другого поставщика услуг здравоохранения, которые принимают Medicare. Original Medicare состоит из двух частей: часть А программы Medicare (больничное страхование) и часть В программы Medicare (медицинское страхование).
- Программа Original Medicare доступна повсюду в Соединенных Штатах.
- Если вы не хотите участвовать в нашем плане, можете выбрать Original Medicare.

**Аптека, не входящая в сеть,** — это аптека, которая не согласилась работать с нашим планом, чтобы координировать или предоставлять покрываемые лекарственные препараты участникам нашего плана. Наш план не покрывает большинство лекарственных препаратов, которые вы получаете в аптеках, не входящих в сеть, если только не применяются определенные условия.

**Поставщик услуг, не входящий в сеть, или учреждение, не входящее в сеть,** — это поставщик медицинских услуг или учреждение, с которым мы не сотрудничаем на трудовых условиях, не являемся его владельцем, не управляем им в рамках нашего плана и не заключили с ним контракт на оказание покрываемых услуг участникам нашего плана.

**В главе 3** этого **Справочника участника** рассказывается о поставщиках услуг и учреждениях, не входящих в сеть.

**Собственные расходы** — это требование к участникам относительно оплаты своей части за полученные услуги или лекарственные препараты (другое название «требование оплаты за счёт собственных средств»). См. определение термина «долевое участие в расходах» выше.

**Безрецептурные лекарства** — это лекарственные препараты, которые можно купить без рецепта у профессионального работника здравоохранения. Информацию о покрываемых безрецептурных товарах для поддержания хорошего самочувствия см. в **главе 4**.

**Часть А** — это означает программу Medicare часть А.

**Часть В** — это означает программу Medicare часть В.

**Часть С** — это означает программу Medicare часть С.

**Часть D** — это означает программу Medicare часть D.

**Лекарственные препараты части D** — это означает лекарственные препараты по программе Medicare часть D.

**Персональные данные о состоянии здоровья (также называемые защищенной медицинской информацией, РНИ)** — это информация о вас и вашем здоровье, например ваше имя, адрес, номер социального страхования, посещение врачей и история болезни. Чтобы узнать, как мы защищаем, используем и раскрываем вашу РНИ, а также о своих правах относительно РНИ, см. **Уведомление о соблюдении конфиденциальности**.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

**Поставщик услуг первичной медико-санитарной помощи** — это врач или другой поставщик медицинских услуг, к которому вы обращаетесь в первую очередь при возникновении большинства проблем со здоровьем. Они заботятся о том, чтобы вы получали уход, необходимый для поддержания здоровья.

- Они также могут общаться с другими врачами и поставщиками услуг здравоохранения о вашем лечении и направить вас к ним.
- В рамках многих планов медицинского страхования Medicare вы должны обратиться к своему поставщику услуг первичной медико-санитарной помощи, прежде чем обращаться к любому другому поставщику услуг здравоохранения.
- Чтобы узнать, как обратиться за помощью к поставщику услуг первичной медико-санитарной помощи, см. **главу 3** этого **Справочника участника**.

**Предварительное разрешение** — это одобрение, которое вы должны получить от нас, прежде чем вы получите конкретные услуги или лекарственные препараты или обратитесь к поставщику услуг, не входящего в сеть. Если вы заранее не получили одобрение, то услуги или лекарственные препараты могут не покрываться в рамках нашего плана.

Наш план покрывает некоторые сетевые медицинские услуги только в том случае, если ваш врач или другой поставщик услуг, входящий в сеть, получит от нас предварительное разрешение.

- Информацию о покрываемых услугах, для которых требуется предварительное разрешение, см. в **главе 4** нашего **Справочника участника**.

Наш план покрывает некоторые лекарства только в том случае, если вы получите от нас предварительное разрешение.

- Информацию о покрываемых лекарственных препаратах, для которых требуется предварительное разрешение, см. в **Списке лекарственных препаратов, покрываемых планом страхования**.

**Программа комплексного ухода за людьми пожилого возраста** — это программа, покрывающая льготы Medicare и Medicaid для людей в возрасте от 55 лет и старше, которым нужен высший уровень ухода для проживания дома.

**Протезы и ортопедические изделия** — это медицинские изделия, заказанные вашим врачом или иным поставщиком услуг здравоохранения, включая, кроме прочего, ортезы для рук, спины и шеи, искусственные протезы, глазные протезы и изделия, необходимые для замены внутренних частей тела или функции, включая принадлежности для стомы и энтеральное и парентеральное питание.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для дополнительной информации посетите веб-сайт **kr.org/medicare**.

**Организация по улучшению качества** — это группа врачей и других профессиональных работников здравоохранения, которые помогают улучшить качество медицинских услуг, оказываемых участникам программы Medicare. Федеральное правительство платит QIO за проверку и улучшение ухода за пациентами. Информацию об Организации по повышению качества см. в **главе 2** этого **Справочника участника**.

**Количественные ограничения** — это ограничения количества лекарственных препаратов, которое вы можете получить. Мы можем ограничить количество лекарственных препаратов, которое покрываем за рецепт.

**Инструментом** определения льгот в реальном времени — Портал или компьютерное приложение, на котором участники программы могут найти полную, точную, своевременную, соответствующую клиническим условиям информацию о покрываемых лекарствах и льготах для конкретного участника программы. Сюда входят суммы участия в расходах, альтернативные препараты, которые могут использоваться для лечения того же заболевания, что и данный препарат, и ограничения на покрытие (предварительное разрешение или ограничения по количеству), которые применяются к альтернативным препаратам.

**Направление** — это одобрение, которое выдает мы или ваш поставщик услуг первичной медико-санитарной помощи, чтобы вы могли воспользоваться услугами другого поставщика. Если вы сначала не получите одобрение, мы можем не оплачивать услуги. Для посещения некоторых специалистов, например специалистов по женскому здоровью, направление не требуется. Больше информации о направлениях см. в **главах 3 и 4** этого **Справочника участника**.

**Услуги реабилитации** — это лечение, которое вы получаете с целью восстановления после заболевания, несчастного случая или серьезной операции. Больше об услугах по реабилитации см. в **главе 4** этого **Справочника участника**.

**Анонимные услуги** — это услуги, связанные с психическим и поведенческим здоровьем, сексуальным и репродуктивным здоровьем, планированием семьи, инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), ВИЧ/СПИД, половым насилием и абортами, расстройствами, вызванными употреблением веществ, терапией по коррекции пола и насилием со стороны близкого партнера.

**Территория обслуживания** — это географический район, в пределах которого можно принимать участников для плана медицинского страхования, если есть ограничения участия на основе места проживания. Если план ограничивает, к каким врачам и в какие больницы вы можете обращаться за услугами, то, как правило, речь идет об области, в пределах которой вы можете получить плановые (неэкстренные) услуги. Только люди, которые проживают на нашей территории обслуживания, могут зарегистрироваться для участия в нашем плане.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.

Информация о территории обслуживания указана в **главе 1** для целей, связанных со страховыми премиями, долевым участием в расходах, регистрацией и прекращением участия. Для целей получения покрываемых услуг вы можете получить уход, обратившись к поставщикам услуг, входящим в сеть, в любом городе территории обслуживания региона Southern California (см. **Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек**).

**Часть стоимости** — это часть стоимости медико-санитарной помощи, которую вы, возможно, должны оплачивать каждый месяц, прежде чем будут активированы ваши льготы. Сумма вашей части стоимости зависит от вашего дохода и ресурсов.

**Учреждение квалифицированного сестринского ухода (Skilled nursing facility, SNF)** — это учреждение сестринского дела с персоналом и оборудованием, где пациенты могут получить квалифицированный сестринский уход и в большинстве случаев квалифицированные услуги по реабилитации, а также прочие связанные услуги.

**Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (SNF)** — это постоянный квалифицированный сестринский уход и услуги по реабилитации, предоставляемые каждый день в специализированном учреждении сестринского дела. Примеры квалифицированного лечения в учреждении сестринского ухода включают физиотерапию или внутривенные инъекции, которые может сделать дипломированная медсестра или врач.

**Специалист** — это врач, оказывающий медико-санитарную помощь при определенном заболевании или в отношении какой-либо части тела.

**Специализированная аптека** — больше о специализированных аптеках см. в **главе 5** этого **Справочника участника**.

**Слушание на уровне штата** — если ваш врач или поставщик медицинских услуг просит оказать услугу по программе Medi-Cal, которую мы не одобрили, или мы не хотим продолжать оплачивать уже полученную вами услугу по программе Medi-Cal, вы можете направить запрос на слушание на уровне штата. Если слушание на уровне штата вынесет решение в вашу пользу, мы должны будем предоставить вам услугу, о которой вы просили.

**Дополнительный социальный доход** — это ежемесячные льготы, выплачиваемые органом социального страхования лицам с ограниченным доходом и ресурсам, лицам с инвалидностью, лицам, у которых полностью отсутствует зрение или которым 65 лет или больше. Льготы по SSI — это не то же самое, что льготы по социальному обеспечению.

**Неотложная помощь** — это помощь, которую вы получаете в связи с внезапным заболеванием, травмой или состоянием, которое не является экстренной ситуацией, но требует немедленного оказания помощи. Вы можете получить неотложную медицинскую помощь у поставщиков услуг, не входящих в сеть, если поставщики услуг, входящие в сеть, недоступны или вы не можете к ним добраться.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для **дополнительной информации** посетите веб-сайт **kp.org/medicare**.









# Уведомление о недопущении дискриминации

Kaiser Permanente соблюдает требования действующих федеральных законов о гражданских правах и не допускает дискриминации на основании расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола. Kaiser Permanente не отказывает людям в обслуживании и не относится к ним иначе на основании расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола. Мы также оказываем следующие услуги.

- Предоставляем бесплатную помощь и услуги людям с инвалидностью для обеспечения эффективной коммуникации с нами, например:
  - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - печатные материалы в других форматах, таких как крупный шрифт, аудиозапись и специальные электронные форматы.
- Предоставляем бесплатные языковые услуги людям, родным языком которых является не английский, например:
  - услуги квалифицированных устных переводчиков;
  - информация в письменном виде на других языках.

Если вы нуждаетесь в данных услугах, звоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (линия ТТТ 711) с 8:00 до 20:00 без выходных.

Если вы считаете, что компания Kaiser Permanente не предоставила вам эти услуги или иным образом подвергла вас дискриминации на основании расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу нашему координатору по гражданским правам, написав по адресу One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 или позвонив в отдел обслуживания участников по номеру, указанному выше. Вы можете подать жалобу по почте или по телефону. Если вам нужна помощь в подаче жалобы, наш координатор по гражданским правам поможет вам. Вы также можете подать жалобу, касающуюся гражданских прав, в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения, Отдел гражданских прав, в электронном виде с помощью портала Office for Civil Rights Complaint по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, по почте или телефону: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697 (TDD)**. Формы для подачи жалобы доступны по адресу <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Уведомление о недопущении дискриминации

Дискриминация запрещена законом. Kaiser Permanente соблюдает федеральные гражданские законы и законы штата.

Kaiser Permanente не нарушает закон, дискриминируя, исключая или относясь иначе к людям на основании возраста, расы, этнической принадлежности, цвета кожи, национальности, культурной принадлежности, происхождения, религии, пола, гендерной идентичности, гендерного самовыражения, сексуальной ориентации, семейного положения, физической или психической неполноценности, заболевания, источника оплаты, генетической информации, гражданства, основного языка или иммиграционного статуса.

Kaiser Permanente предоставляет следующие услуги:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями для обеспечения эффективной коммуникации с нами, например:
  - ◆ услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - ◆ письменную информацию в других форматах (шрифт Брайля, крупный шрифт, в аудио формате, доступном цифровом и другом формате).
- Бесплатные услуги перевода людям, не владеющим английским языком, например:
  - ◆ услуги квалифицированных устных переводчиков;
  - ◆ информацию в письменном виде на других языках.

Если вам нужны данные услуги, звоните в наш контактный центр отдела обслуживания участников по телефону **1-800-464-4000** (линия ТТУ: **711**) круглосуточно, ежедневно (кроме праздничных дней). Если вы плохо слышите или испытываете трудности с речью, пожалуйста, звоните по номеру **711**.

По требованию, данный документ может быть предоставлен в шрифте Брайля, напечатан крупным шрифтом, записан на аудиокассету или в другой цифровой формат. Чтобы получить копию в одном из данных альтернативных форматов или в каком-либо еще формате, позвоните в наш контактный центр отдела обслуживания участников и спросите о нужном вам формате.

### Как подать жалобу в Kaiser Permanente

Вы можете подать жалобу по поводу дискриминации в Kaiser Permanente, если считаете, что мы вам не предоставили данные услуги или нарушили закон, проявив дискриминацию в каком-либо виде. Для получения более подробной информации, пожалуйста, обратитесь к брошюрам *Свидетельство о страховом покрытии (Evidence of Coverage)* или *Свидетельство о страховании (Certificate of Insurance)* Вы также можете поговорить с сотрудником отдела обслуживания участников, чтобы выбрать относящийся к вашему случаю вариант действий. Если вам нужна помощь при подаче жалобы, позвоните в отдел обслуживания участников.

Вы можете подать жалобу о дискриминации одним из описанных ниже способов.

- **По телефону:** позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-464-4000** (линия ТТУ **711**) круглосуточно, ежедневно (за исключением праздничных дней).
- **По почте:** позвоните нам по телефону **1-800-464-4000** (линия ТТУ **711**) и попросите, чтобы вам прислали соответствующую форму.
- **Лично:** заполните жалобную форму или форму иска/требования о льготах в отделе обслуживания участников в учреждении плана (воспользуйтесь справочником поставщиков услуг на сайте [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities), чтобы узнать адрес).
- **Онлайн:** используйте онлайн-форму на нашем веб-сайте **kp.org**.

Вы также можете связаться с координатором по гражданским правам Kaiser Permanente непосредственно по адресу:

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

### **Как подать жалобу в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния** *(только для получателей льгот программы Medi-Cal)*

Вы можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния в письменном виде, по телефону или по электронной почте:

- **По телефону:** позвоните в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS) по телефону **916-440-7370** (линия ТТУ **711**)
- **По почте:** заполните форму жалобы и отправьте письмом по адресу:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

Найти форму жалобы можно на странице:

**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)**

- **Онлайн:** отправьте электронное сообщение на адрес [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

## **Как подать жалобу в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов по здравоохранению и социальному обеспечению**

Вы также имеете право подать жалобу о дискриминации в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов по здравоохранению и социальному обеспечению. Вы можете подать жалобу в письменном виде, по телефону или онлайн.

- **По телефону:** позвоните **1-800-368-1019** (линия ТTY 711 или **1-800-537-7697**)
- **По почте:** заполните форму жалобы и отправьте письмом по адресу:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, ННН Building  
Washington, D.C. 20201

Формы для подачи жалоб можно найти на странице  
**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**

- **Онлайн:** посетите портал для подачи жалоб Отдела по гражданским правам:  
**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815** (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 **1-800-443-0815** (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 **1-800-443-0815** (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 **1-800-443-0815** (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 **1-800-443-0815** (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 **1-800-443-0815** (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 **1-800-443-0815** (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 **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी परश्च के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया पराप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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、**1-800-443-0815 (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。



## Language Assistance Services

**English:** Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

**Arabic:** خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

**Armenian:** Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

**Chinese:** 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

**Farsi:** خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورت های دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمک های جانبی و وسایل . کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روز های تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

**Hindi:** बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

**Hmong:** Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

**Japanese:** 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

**Khmer:** ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY សេវាលេខ 711។

**Korean:** 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

**Laotian:** ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍບໍ່ເສັຍຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

**Mien:** Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

**Navajo:** Doo bik'é asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didííts'ííligíí yídííkił. Hane' bee bik'í' di'dííííligíí dóó bee hane' didííts'ííligíí bína'idíłkidgo yídííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'inígíí kojí dahalne' **711**.

**Punjabi:** ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

**Russian:** Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

**Spanish:** Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

**Tagalog:** May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

**Thai:** มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง  
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม  
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้  
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ  
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**  
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)  
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

**Ukrainian:** Послуги перекладача надаються  
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви  
можете зробити запит на послуги усного  
перекладача, отримання матеріалів у перекладі  
мовою, якою володієте, або в альтернативних  
форматах. Також ви можете зробити запит на  
отримання допоміжних засобів і пристроїв у  
закладах нашої мережі компаній. Просто  
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.  
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень  
(крім святкових днів). Номер для користувачів  
телетайпа: **711**.

**Vietnamese:** Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn  
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý  
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch  
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình  
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện  
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.  
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,  
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).  
Người dùng TTY xin gọi **711**.

## Отдел обслуживания участников программы Senior Advantage Medicare Medi-Cal

<b>ЗВОНОК</b>	<b>1-800-443-0815</b>  Звонки на этот номер бесплатны. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00.  Отдел обслуживания участников также предлагает бесплатные услуги устного перевода для тех, кто не владеет английским языком.
<b>TTY</b>	<b>711</b>  Звонки на этот номер бесплатны. 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00.
<b>ПОЧТА</b>	Ваш местный отдел обслуживания участников (адрес см. в Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек).
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<b>kp.org</b>