План Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP), предлагаемый компанией Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Справочник участника

1 января 2027 г. — 31 декабря 2027 г.

Ваше страховое покрытие медицинского обслуживания и лекарственных препаратов в рамках плана Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)

Введение

В настоящем *Справочнике участника*, также называемом *Свидетельством о страховом покрытии*, содержится информация о страховом покрытии в рамках нашего плана, которое будет действовать до 31 декабря 2027 г. В нем описаны услуги здравоохранения, услуги охраны психического здоровья (психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь), покрытие расходов на лекарственные препараты, а также услуги долгосрочного ухода и поддержки. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в **главе 12** *Справочника участника.*

Это важный юридический документ. Храните его в безопасном месте.

В *Справочнике участника* слова «мы», «нас», «наш» или «наш план» обозначают план Kaiser Permanente Dual Complete.

Этот документ предоставляется бесплатно на арабском, армянском, вьетнамском, испанском, камбоджийском, китайском, корейском, русском, тагальском языках, а также языках фарси и хмонг.

Документ можно получить бесплатно в других форматах: напечатанным крупным шрифтом, шрифтом Брайля и/или в в виде аудиозаписи. Звоните по номеру 1-800-443-0815 (TTY 711) ежедневно с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

Звоните в отдел обслуживания участников, чтобы запросить:

- обслуживание на предпочтительном языке (не английском) и/или в альтернативном формате;
- постоянный запрос в отношении будущих рассылок и сообщений; **и**
- изменение долгосрочного запроса в отношении предпочтительного языка и/или формата общения.

Уведомление о доступности услуг языковой поддержки и вспомогательных средств и услуг

ENGLISH

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務為免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທ ຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນ ມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شمارهٔ 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

Other languages

You can get this *Member Handbook* and other plan materials in other languages for free. Kaiser Permanente Dual Complete provides written translations from qualified translators. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free. Read this *Member Handbook* to learn more about health care language assistance services such as interpreter and translation services.

Other formats

You can get this information, in a timely manner, in other formats such as braille, 20-point font large print, audio format, and accessible electronic formats (data CD) at no cost to you. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Language Access Services

Kaiser Permanente Dual Complete provides oral interpretation services, as well as sign language, from a qualified interpreter, on a 24-hour basis, at no cost to you. You don't have to use a family member or friend as an interpreter. We discourage the use of family or friends, especially minors, as interpreters unless it’s an emergency. Language access services, including interpreter services, are available for free. Interpreter services are available 24 hours a day, 7 days a week. For help in your language, or to get this handbook in a different language, call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Содержание

Глава 1. Вводная информация для участников **10**

Глава 2. Важные номера телефонов и ресурсы **25**

Глава 3. Использование страхового покрытия плана для медицинского обслуживания и других покрываемых услуг **65**

Глава 4. Таблица страхового покрытия **90**

Глава 5. Получение лекарственных препаратов для амбулаторного лечения **196**

Глава 6. Сколько вы платите за рецептурные лекарства в рамках программ Medicare и Medi-Cal **217**

Глава 7. Как попросить нас оплатить часть счета, который вы получили за покрываемые услуги или лекарственные препараты **229**

Глава 8. Ваши права и обязанности **237**

Глава 9. Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы) **259**

Глава 10. Завершение вашего участия в плане **308**

Глава 11. Правовые уведомления **318**

Глава 12. Определения важных терминов **330**

Отказ от ответственности

- План Kaiser Permanente — это план организации медицинского обеспечения для лиц с особыми потребностями, имеющих право на участие в двух программах страхования (Health Maintenance Organization Dual Special Needs Plan, HMO D-SNP), заключивший договор с программами Medicare и Medi-Cal. Возможность регистрации в плане Kaiser Permanente зависит от продления договора.

- На услуги здравоохранения, которые предоставляются участникам плана Kaiser Permanente в рамках программы Medi-Cal, распространяются условия, ограничения и исключения договора между компанией Kaiser Foundation Health Plan, Inc., и Департаментом здравоохранения штата Калифорния (Department of Health Care Services, DHCS), как указано в настоящем *Справочнике участника* со всеми поправками.

- **Для участников в Южной Калифорнии.** Страховое покрытие здорового питания является частью специальной дополнительной программы для лиц с хроническими заболеваниями. Не все участники имеют право на такое страховое покрытие. Право на него имею участники с определенными хроническими заболеваниями, такими как диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, остеоартрит или хроническое заболевание почек. Также существуют другие условия, при соответствии которым вы можете иметь право на такое страховое покрытие. Наличие заболевания не гарантирует право на это страховое покрытие. Для его получения необходимо соответствовать всем применимым требованиям. За подробностями обращайтесь к нам.

- Поставщики медицинских услуг, не входящие в сеть и не заключившие договор с планом, не обязаны обслуживать участников плана, за исключением экстренных ситуаций. Позвоните в отдел обслуживания участников или воспользуйтесь этим *Справочником участника*, чтобы узнать подробнее, в том числе о долевом участии в расходах, которое применяется к услугам внесетевых поставщиков.

- Страховое покрытие и/или доплаты могут измениться с 1 января 2028 г.

- Список покрываемых лекарственных препаратов, сетевых аптек и/или поставщиков медицинских услуг может измениться в любое время. Вы получите уведомление обо всех изменениях, которые могут вас коснуться, за 30 дней до вступления в силу.

Глава 1. Вводная информация для участников

Введение

В этой главе содержится информация о плане медицинского страхования **Kaiser Permanente Dual Complete**, который предоставляет покрытие всех услуг, получаемых по программе Medicare, и координирует все услуги по программам Medicare и Medi-Cal, а также ваше участие в плане. Из этой главы вы также узнаете, чего ожидать от плана и какую информацию вы будете получать от нас. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Содержание главы 1

A. Добро пожаловать в план 12

B. Информация о программах Medicare и Medi-Cal 13

B1. Программа Medicare 13

B2. Программа Medi-Cal 14

C. Преимущества нашего плана 14

D. Зона обслуживания нашего плана 15

E. Критерии участия в плане 17

F. Чего ожидать новым участникам нашего плана 18

G. Ваша команда медицинского обслуживания и план обслуживания 19

G1. Команда медицинского обслуживания 19

G2. План обслуживания 19

H. Краткая информация об основных расходах 20

H1. Сумма оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare 20

I. Этот *Справочник участника* 20

J. Другая важная информация, которую вы будете получать от нас 20

J1. Карточка участника плана 21

J2. *Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек* 22

J3. *Список покрываемых лекарственных препаратов* 23

J4. *Объяснение льгот* 23

K. Обновление данных участника в базе данных плана 24

K1. Конфиденциальность личной медицинской информации (PHI) 24

A. Добро пожаловать в план

Наш план предоставляет услуги в рамках программ Medicare и Medi-Cal лицам, имеющим право на участие в обеих программах. Наш план объединяет врачей, больницы, аптеки, поставщиков услуг долгосрочного ухода и поддержки, поставщиков услуг охраны психического здоровья и других поставщиков услуг. У нас также есть координаторы и команды медицинского обслуживания, которые помогут вам координировать обслуживание у разных поставщиков. Они будут совместно обеспечивать необходимое вам обслуживание.

План Kaiser Permanente Dual Complete — это специализированный план Medicare Advantage, то есть план по программе Medicare для людей с особыми потребностями. План Kaiser Permanente Dual Complete предназначен для участников программы Medicare, которые также имеют право на участие в программе Medi-Cal.

План Kaiser Permanente предоставляет услуги здравоохранения непосредственно участникам плана через интегрированную программу медицинского обслуживания. План медицинского обслуживания, сотрудничающие с планом больницы, Permanente Medical Group и Southern California Permanente Medical Group («медицинская группа») совместно предоставляют участникам качественное обслуживание. Наша программа медицинского обслуживания предоставляет вам доступ к покрываемым услугам, таким как плановые осмотры, стационарное лечение, лабораторные исследования, экстренная помощь, неотложная помощь и другие услуги, описанные в *Справочнике участника*. Кроме того, наши программы медицинского просвещения предлагают вам отличную возможность сохранить и укрепить здоровье.

В *Справочнике участника* содержится информация о следующих планах:

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план South P1»;
- Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план South P6»;
- Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план South P7»;
- Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план South P9»;
- Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план South P10»;
- Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план South P11»;
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план North P2»;
- Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план North P16»;

- Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план North P17»;
- Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план North P18»;
- Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план North P19»;
- Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план North P20»;
- Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план North P21»;
- Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план North P22»;
- Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план North P23»;
- Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план North P24»;
- Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP) — в этом документе называется «план North P25».

Если вы не уверены, в каком плане зарегистрированы, позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу или посмотрите название на обложке *Ежегодного извещения об изменениях (Annual Notice of Change)* (для новых участников — в регистрационной форме или письме, подтверждающем регистрацию).

Примечание. Зоны обслуживания всех планов, перечисленных в *Справочнике участника*, представлены в **разделе D** этой главы. Планы Dual Complete, которые действуют в наших зонах обслуживания, описанных в *Справочнике участника*, предлагают различные условия участия в оплате, регистрации и выхода из плана. Однако для получения покрываемых услуг следует обращаться к поставщикам медицинских услуг, сотрудничающим с планом, в любой точке зоны обслуживания в вашем регионе.

B. Информация о программах Medicare и Medi-Cal

B1. Программа Medicare

Программа Medicare — это федеральная программа медицинского страхования, предназначенная для следующих категорий населения:

- люди в возрасте 65 лет и старше;
- люди в возрасте до 65 лет с некоторыми видами инвалидности;
- люди с терминальной стадией почечной недостаточности.

B2. Программа Medi-Cal

Программа Medi-Cal — это программа Medicaid, действующая в штате Калифорния. Программа Medi-Cal находится в ведении штата и финансируется за счет средств штата и федерального правительства. Программа Medi-Cal помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами платить за услуги долговременного ухода и поддержки (Long-Term Services and Supports, LTSS), а также оплачивать медицинские расходы. Она покрывает дополнительные услуги и лекарственные препараты, которые не покрываются программой Medicare.

Каждый штат определяет:

- что считать доходами и ресурсами;
- кто имеет право на участие;
- какие услуги покрываются; **и**
- стоимость услуг.

Штаты могут самостоятельно устанавливать порядок реализации своих программ, при условии соблюдения федеральных законов.

Программа Medicare и штат Калифорния утвердили наш план. Вы можете получать услуги по программам Medicare и Medi-Cal посредством нашего плана до тех пор, пока:

- мы предлагаем этот план; **и**
- программа Medicare и штат Калифорния разрешают нам предоставлять этот план.

Даже если наш план прекратит существование, это не повлияет на ваше право получать услуги по программам Medicare и Medi-Cal.

C. Преимущества нашего плана

Теперь вы будете получать все необходимые медицинские услуги по программам Medicare и Medi-Cal, включая лекарственные препараты, в рамках нашего плана. **Вам не нужно платить дополнительно за регистрацию в этом плане.**

Мы поможем вам максимально эффективно пользоваться услугами по программам Medicare и Medi-Cal. Основные преимущества:

- Мы поможем вам удовлетворить **большинство** ваших потребностей в сфере здравоохранения.
- Вы участвуете в формировании своей команды медицинского обслуживания. В команду медицинского обслуживания, помимо вас, могут входить лицо, осуществляющее уход за вами, врачи, медицинские сестры, консультанты или другие медицинские работники.
- У вас есть доступ к координатору медицинского обслуживания. Это человек, который совместно с вами, нашим планом и командой медицинского обслуживания составляет план обслуживания.
- У вас есть возможность руководить своим обслуживанием с помощью команды и координатора медицинского обслуживания.

- Вместе с командой и координатором медицинского обслуживания вы разрабатываете план обслуживания в соответствии с **вашими** медицинскими потребностями. Команда медицинского обслуживания помогает координировать необходимые вам услуги. Например, команда медицинского обслуживания заботится о следующем:
    - чтобы ваши врачи знали о всех лекарственных препаратах, которые вы принимаете, и могли убедиться, что это именно те препараты, которые вам нужны, а также уменьшить побочное действие, которое может у вас возникать во время их приема;
    - чтобы все врачи и другие поставщики услуг получали результаты соответствующих анализов.

Для новых участников плана Kaiser Permanente Dual Complete. В большинстве случаев вас регистрируют в плане Kaiser Permanente Dual Complete для получения страхового покрытия по программе Medicare в первый день месяца после того, как вы подали запрос на регистрацию в плане Kaiser Permanente Dual Complete. Вы можете получать услуги Medi-Cal в рамках предыдущего плана медицинского страхования Medi-Cal в течение еще одного месяца. После этого вы будете получать услуги по программе Medi-Cal в рамках плана Kaiser Permanente Dual Complete. У вас не будет перерыва в страховом покрытии по программе Medi-Cal. Если у вас возникнут вопросы, звоните по номеру 1-800-443-0815 (TTY 711).

D. Зона обслуживания нашего плана

В нашей зоне обслуживания в Южной Калифорнии действуют следующие планы South:

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P1**, который охватывает только следующие почтовые зоны **округа San Diego**:
    - 91901–03, 91908–17, 91921, 91931–33, 91935, 91941–46, 91950–51, 91962–63, 91976–80, 91987, 92003, 92007–11, 92013–14, 92018–30, 92033, 92037–40, 92046, 92049, 92051–52, 92054–61, 92064–65, 92067–69, 92071–72, 92074–75, 92078–79, 92081–86, 92088, 92091–93, 92096, 92101–24, 92126–32, 92134–40, 92142–43, 92145, 92147, 92149–50, 92152–55, 92158–61, 92163, 92165–79, 92182, 92186–87, 92191–93 и 92195–99.

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P6**, который охватывает:
    - Часть **округа Riverside**, только в следующих почтовых зонах: 91752, 92028, 92201–03, 92210–11, 92220, 92223, 92230, 92234–36, 92240–41, 92247–48, 92253–55, 92258, 92260–64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501–09, 92513–14, 92516–19, 92521–22, 92530–32, 92543–46, 92548, 92551–57, 92562–64, 92567, 92570–72, 92581–87, 92589–93, 92595–96, 92599, 92860, 92877–83.
    - Часть **округа San Bernardino**, только в следующих почтовых зонах: 91701, 91708–10, 91729–30, 91737, 91739, 91743, 91758–59, 91761–64, 91766, 91784–86, 92305, 92307–08, 92313–18, 92321–22, 92324–25, 92329, 92331, 92333–37, 92339–41, 92344–46, 92350, 92352, 92354, 92357–59, 92369, 92371–78, 92382, 92385–86, 92391–95, 92397, 92399, 92401–08, 92410–11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, 92880.

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P7**, который охватывает только следующие почтовые зоны **округа Kern**:
    - 93203, 93205–06, 93215–16, 93220, 93222, 93224–26, 93238, 93240–41, 93243, 93249–52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301–09, 93311–14, 93380, 93383–90, 93501–02, 93504–05, 93518–19, 93531, 93536, 93560–61 и 93581.
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P9**, который охватывает весь **округ Los Angeles**, кроме Catalina Island.
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P10**, который охватывает весь **округ Orange**.
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P11,** который охватывает только следующие почтовые зоны **округа Ventura**:
    - 90265, 91304, 91307, 91311, 91319–20, 91358–62, 91377, 93001–07, 93009–12, 93015–16, 93020–22, 93030–36, 93040–44, 93060–66, 93094, 93099 и 93252.

В нашей зоне обслуживания в Северной Калифорнии действуют следующие планы North:

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P2**, который охватывает:
    - Весь **округ Sacramento**.
    - **Округ Amador**, только в следующих почтовых зонах: 95640 и 95669.
    - **Округ El Dorado**, только в следующих почтовых зонах: 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682 и 95762.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P16**, который охватывает весь **округ Alameda**.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P17**, который охватывает весь **округ Contra Costa**.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P18**, который охватывает:
    - **Округ Fresno**, только в следующих почтовых зонах: 93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93737, 93740–41, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–79, 93786, 93790–94, 93844, 93888.
    - **Округ Kings**, только в следующих почтовых зонах: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656.
    - **Округ Madera**, только в следующих почтовых зонах: 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, 93720.
    - **Округ Mariposa**, только в следующих почтовых зонах: 93601, 93623 и 93653.
    - **Округ Tulare**, только в следующих почтовых зонах: 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666 и 93673.

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P19**, который охватывает весь **округ San Francisco**.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P20**, который охватывает все части округов **San Joaquin и Stanislaus**.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P21**, который охватывает весь **округ Santa Cruz**.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P22**, который охватывает весь **округе San Mateo**.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P23**, который охватывает часть **округа Santa Clara**, только в следующих почтовых зонах:
    - 94022–24, 94035, 94039–43, 94085–89, 94301–06, 94309, 94550, 95002, 95008–09, 95011, 95013–15, 95020–21, 95026, 95030–33, 95035–38, 95042, 95044, 95046, 95050–56, 95070–71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108–13, 95115–36, 95138–41, 95148, 95150–61, 95164, 95170, 95172–73, 95190–94 и 95196.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P24**, который охватывает:
    - **Округ Placer**, только в следующих почтовых зонах: 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47 и 95765.
    - **Округ Yolo**, только в следующих почтовых зонах: 95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776 и 95798–99.
    - **Округ Yuba**, только в следующих почтовых зонах: 95692, 95903 и 95961.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P25**, который охватывает:
    - Все части округов **Marin, Napa и Solano**.
    - **Округ Sonoma**, только в следующих почтовых зонах: 94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87 и 95492.

Зарегистрироваться в нашем плане могут только люди, проживающие в нашей зоне обслуживания.

Вы не сможете остаться участником нашего плана, если переедете за пределы нашей территории обслуживания. Дополнительную информацию о последствиях переезда за пределы зоны обслуживания см. в **главе 8** этого *Справочника участника*.

E. Критерии участия в плане

У вас есть право на участие в нашем плане, пока вы соответствуете следующим критериям:

- вы живете в нашей зоне обслуживания (лица, лишенные свободы, не считаются проживающими в зоне обслуживания, даже если они физически находятся на ее территории); **и**
- на момент регистрации вам исполнился 21 год или больше; **и**

- вы зарегистрированы в программе Medicare часть A и программе Medicare часть B; и
- вы являетесь гражданином или подданным США либо иностранным гражданином, соответствующим критериям; и
- у вас есть право на участие в программе Medi-Cal.
- Если вы утратите право на участие в программе Medi-Cal с полным покрытием, но можете снова его получить в течение четырех месяцев, мы продолжим предоставлять все покрываемые по программе Medicare услуги и товары, покрываемые планом Kaiser Permanente Dual Complete. Когда ваше покрытие по программе Medi-Cal закончится, мы больше не будем предоставлять вам страховое покрытие по программе Medi-Cal. Ваше долевое участие в расходах на оплату услуг, покрываемых планом Kaiser Permanente Dual Complete, изменится. Изменения описаны в Таблице страхового покрытия этого *Справочника участника*. Вы также можете потерять право на участие в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help) от Medicare для оплаты лекарственных препаратов по программе Medicare часть D.

  Если ваше право на участие в программе Medi-Cal с полным покрытием будет восстановлено, пока вы остаетесь нашим участником по программе Medicare, мы возобновим оплату ваших страховых выплат по программе Medi-Cal, а вы останетесь участником нашего плана. Если ваше право на участие в программе Medi-Cal не восстановится в течение четырех месяцев, мы исключим вас из плана Kaiser Permanente Dual Complete. Если ваше право на участие в программе Medi-Cal с полным покрытием восстановится после исключения из плана, обратитесь к нам, чтобы повторно зарегистрироваться в плане.

Если вы утратите право на участие в программе Medi-Cal с полным покрытием, но можете снова его получить в течение 4 месяцев, вы сможете оставаться участником нашего плана.

Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников.

F. Чего ожидать новым участникам нашего плана

После регистрации в нашем плане вам необходимо пройти оценку рисков для здоровья (Health Risk Assessment, HRA) в течение 90 дней до или после даты вступления регистрации в силу.

Мы обязаны выполнить оценку HRA для вас. Оценка HRA станет основой для разработки вашего плана обслуживания. Оценка HRA включает вопросы для определения состояния вашего физического и психического здоровья, а также функциональных потребностей.

Мы свяжемся с вами для проведения оценки HRA. Мы можем выполнить оценку HRA при личной встрече, по телефону или по почте. Мы будем проводить повторную оценку ежегодно, чтобы понимать, изменились ли ваши потребности.

Мы направим вам дополнительную информацию об оценке HRA.

Если вы новый участник нашего плана, вы можете продолжать посещать своих врачей в течение определенного периода, даже если они не сотрудничают с планом. Мы называем это непрерывностью медицинского обслуживания. Если ваши текущие поставщики услуг не сотрудничают с планом, вы можете в течение 12 месяцев продолжать посещать их и пользоваться разрешениями на получение услуг, действовавшими на момент регистрации, если выполнены все перечисленные условия:

- Вы, ваш представитель или поставщик услуг просите нас разрешить вам продолжить пользоваться услугами текущего поставщика.

- Мы определили, что у вас есть сложившиеся отношения с поставщиком первичных медицинских услуг или врачом-специалистом, с некоторыми исключениями. Под фразой «сложившиеся отношения» подразумевается, что вы посещали поставщика услуг, не сотрудничающего с планом, по крайне мере один раз в рамках приема неэкстренного характера в течение 12 месяцев до даты регистрации в нашем плане.
    - Мы определяем наличие сложившихся отношений посредством просмотра доступной нам медицинской информации и предоставленных вами сведений.
    - Мы должны ответить на ваш запрос в течение 30 дней. Вы можете попросить нас принять решение быстрее. В таком случае мы обязаны ответить в течение 15 дней. Попросить об этом можно, позвонив по номеру 1-800-443-0815. Если существует угроза вашему здоровью, мы обязаны ответить в течение трех дней.
    - При подаче запроса вы или ваш поставщик услуг должны предоставить документацию, подтверждающую наличие сложившихся отношений, и согласиться с определенными условиями.

Примечание. Запрос можно подать в отношении поставщиков медицинского оборудования длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME) на срок не менее 90 дней, пока мы не предоставим разрешение для нового поставщика DME и обеспечим выполнение доставки оборудования поставщиком, который сотрудничает с нами. Хотя подобный зарос нельзя подавать для поставщиков транспортных и других дополнительных услуг, вы можете попросить о предоставлении транспортных или других дополнительных услуг, не включенных в наш план.

После окончания периода непрерывности медицинского обслуживания вы должны посещать врачей и других поставщиков услуг, сотрудничающих с планом Kaiser Permanente Dual Complete Plan, кроме случаев, когда мы заключаем договоренность с вашим врачом, который не сотрудничает с нами. Сетевой поставщик медицинских услуг — это поставщик, который сотрудничает с планом медицинского страхования. См. подробнее о том, как получить услуги, в **главе 3** *Справочника участника*.

G. Ваша команда медицинского обслуживания и план обслуживания

G1. Команда медицинского обслуживания

Команда медицинского обслуживания помогает вам получать необходимые услуги. В команду медицинского обслуживания могут входить ваш врач, координатор медицинского обслуживания, врачи-специалисты или другие выбранные вами медицинские работники.

Координатор медицинского обслуживания — это человек, который обучен помогать с координированием необходимых вам услуг. Координатора медицинского обслуживания закрепляют за вами во время регистрации в нашем плане. Кроме того, этот человек помогает вам находить другие ресурсы по месту вашего проживания, которые не предоставляются нашим планом, а также сотрудничает с вашей командой медицинского обслуживания, помогая координировать ваше обслуживание. Для получения дополнительной информации о координаторе и команде медицинского обслуживания позвоните нам по номерам, указанным внизу страницы.

G2. План обслуживания

Команда медицинского обслуживания совместно с вами разрабатывает для вас план обслуживания. План обслуживания позволяет вам и вашим врачам понять, какие услуги вам нужны и как их получить. В нем указаны необходимые вам медицинские услуги, услуги охраны психического здоровья, услуги LTSS и другие услуги.

Ваш план обслуживания включает следующее:

- ваши цели в области поддержания здоровья; **и**
- сроки получения необходимых услуг.

Ваша команда медицинского обслуживания встретится с вами после проведения оценки HRA. Члены команды расспросят вас об услугах, которые вам необходимы. Кроме того, они расскажут об услугах, о получении которых вы могли бы подумать. План обслуживания создается с учетом ваших потребностей и целей. Ваша команда медицинского обслуживания совместно с вами будет обновлять план обслуживания минимум раз в год.

H. Краткая информация об основных расходах

В нашем плане не предусмотрен страховой взнос.

H1. Сумма оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare

Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare, вы будете получать счета за лекарственные препараты от нашего плана (а не платить в аптеке). Ежемесячный счет выставляется с учетом сумм, которые вы должны заплатить за полученные рецептурные препараты, плюс сумма задолженности за предыдущий месяц, разделенные на количество месяцев, оставшихся в текущем году.

В **разделе M3 главы 2** можно найти более подробную информацию о плане оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare. Если вы не согласны с суммой, указанной в счете в соответствии с этим вариантом оплаты, вы можете воспользоваться инструкцией в **главе 9**, чтобы подать жалобу или апелляцию.

I. Этот *Справочник участника*

Настоящий *Справочник участника* — часть нашего договора с вами. Это значит, что мы обязаны выполнять все изложенные в нем правила. Если вы считаете, что мы сделали что-то, противоречащее правилам, вы можете подать апелляцию на наше решение. См. подробнее об апелляциях в **главе 9** *Справочника участника* или звоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Чтобы запросить *Справочник участника*, звоните по номерам, указанным внизу страницы. Кроме того, можно воспользоваться *Справочником участника*, опубликованным на нашем веб-сайте по адресу, указанному внизу страницы.

Договор действует в те месяцы в период с 1 января 2027 г. по 31 декабря 2027 г., в течение которых вы остаетесь участником нашего плана.

J. Другая важная информация, которую вы будете получать от нас

Мы будем предоставлять вам другую важную информацию, в частности карточку участника плана, информацию о том, как получить доступ к *Справочнику поставщиков медицинских услуг и аптек (Provider and Pharmacy Directory)*, а также информацию о том, как получить доступ к *Перечню покрываемых лекарственных препаратов (List of Covered Drugs)*, который также называется *Перечнем лекарственных препаратов (Drug* List) или *фармацевтическим справочником (Formulary)*.

J1. Карточка участника плана

В рамках нашего плана вы получаете одну карточку участника для услуг по программам Medicare и Medi-Cal, включая услуги долговременного ухода и поддержки (LTSS), некоторые услуги охраны психического здоровья и рецептурные лекарственные препараты. Карточку необходимо предъявлять каждый раз, когда вы получаете услуги или рецептурные лекарственные препараты. Далее приведены примеры внешнего вида карточек участника для каждого региона.

Если карточка участника плана повреждена, утеряна или украдена, немедленно позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу страницы. Мы пришлем вам новую карточку.

Пока вы зарегистрированы в нашем плане, для получения большинства услуг не нужно пользоваться красно-бело-синей карточкой Medicare или карточкой Medi-Cal. Храните карточки в безопасном месте на случай, если они понадобятся позже. Если вы предъявите карточку программы Medicare вместо карточки участника плана, поставщик услуг может выставить счет программе Medicare, а не нашему плану, и в таком случае вы тоже можете получить счет. Вас могут попросить предъявить карточку программы Medicare, если вам нужны услуги больницы, хосписа или вы участвуете в клинических исследованиях, одобренных программой Medicare (которые также называются клиническими испытаниями). См. подробнее о том, что делать, если поставщик услуг выставил вам счет, в **главе 7** *Справочника участника*.

Помните, карточка программы Medi-Cal или идентификационная карточка получателя покрываемых услуг и товаров (Benefits Identification Card, BIC) необходима для получения следующих услуг:

- услуги охраны психического здоровья, которые можно получить через окружной план психологической и психиатрической помощи (Mental Health Plan, MHP);

- услуги по программе Medi-Cal Rx;
- услуги поддержки на дому;
- услуги по альтернативной программе получения помощи на дому и по месту жительства (Home and Community Based Waiver) согласно пункту 1915(c);
- стоматологические услуги по программе Medi-Cal.

J2. *Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек*

В *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек* перечислены поставщики услуг и аптеки, сотрудничающие с планом. Пока вы зарегистрированы в нашем плане, вы обязаны обращаться за покрываемыми услугами к поставщикам, сотрудничающим с нами.

Чтобы попросить предоставить вам *Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек* (в электронном или печатном виде), позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы. Печатный экземпляр Справочника поставщиков медицинских услуг и аптек отправят вам в течение трех рабочих дней.

Кроме того, можно воспользоваться *Справочником поставщиков медицинских услуг и аптек* по ссылке kp.org/directory.

В *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек* перечислены сотрудничающие с нами поставщики услуг и медицинского оборудования длительного пользования. Все сотрудничающие с нами поставщики услуг участвуют в программах Medicare и Medicaid, если не указано иное. Если вам необходимы услуги, которые наш план не покрывает, но покрывает программа Medi-Cal, мы можем направить вас в офис программы Medi-Cal штата, чтобы найти не сотрудничающего с нами поставщика услуг, который предоставит вам обслуживание, покрываемое по программе Medi-Cal.

Определение сотрудничающих с планом поставщиков услуг

- В число сотрудничающих с нами поставщиков услуг входят:
    - врачи, медицинские сестры и другие медицинские работники, услугами которых вы можете пользоваться как участник нашего плана;
    - клиники, больницы, учреждения сестринского ухода и другие организации, которые предоставляют медицинские услуги в рамках нашего плана; **и**
    - поставщики услуг LTSS, услуг охраны психического здоровья, агентства услуг здравоохранения на дому, поставщики медицинского оборудования длительного пользования (DME) и другие поставщики товаров и услуг, которые вы получаете в рамках программ Medicare или Medi-Cal.

Сотрудничающие с нами поставщики услуг принимают оплату от нашего плана за покрываемые услуги в качестве полной оплаты.

Определение сотрудничающих с планом аптек

- Сотрудничающие с планом аптеки — это аптеки, которые согласились выдавать лекарства по рецепту участникам нашего плана. Чтобы найти подходящую вам аптеку, сотрудничающую с планом, воспользуйтесь *Справочником поставщиков медицинских услуг и аптек*.

- Во всех случаях, кроме экстренных, получайте лекарства по рецепту в одной из сотрудничающих с нами аптек, если хотите, чтобы наш план помог их оплатить.

Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы. Самую актуальную информацию об изменениях в перечне сотрудничающих с нами аптек и поставщиков услуг можно получить в отделе обслуживания участников и на нашем веб-сайте.

J3. *Список покрываемых лекарственных препаратов*

У нашего плана есть *Список покрываемых лекарственных препаратов*. Сокращенно мы его называем *Перечнем лекарственных препаратов*. В нем перечислены лекарственные препараты, которые наш план покрывает. Наш план выбрал лекарственные препараты для внесения в перечень с помощью врачей и фармацевтов. *Перечень лекарственных препаратов* должен соответствовать требованиями программы Medicare. Препараты, цены на которые согласованы в рамках Программы Medicare по согласованию цен на лекарства (Drug Price Negotiation Program), входят в *Перечень лекарственных препаратов*, кроме случаев их исключения и замены согласно **разделу E главы 5.** Программа Medicare утвердила *Перечень лекарственных препаратов* плана Kaiser Permanente Dual Complete.

Перечень лекарственных препаратов также содержит информацию об ограничениях и правилах в отношении лекарственных препаратов, например ограничениях количества, которое вы можете получить. См. подробнее в **главе 5** *Справочника участника*.

Мы ежегодно направляем вам информацию о том, как получить *Перечень лекарственных препаратов*, однако некоторые изменения могут происходить в течение года. Для получения актуальной информации о том, какие лекарственные препараты покрываются, позвоните в отдел обслуживания участников или посетите сайт kp.org/seniorrx.

J4. *Объяснение льгот*

Когда вы пользуетесь страховым покрытием лекарственных препаратов по программе Medicare часть D, мы высылаем вам сводку, чтобы вы могли понимать и отслеживать платежи за лекарственные препараты по программе Medicare часть D. Эта сводка называется *Объяснением льгот* (Explanation of Benefits, EOB).

В документе EOB указана общая сумма, которую вы или другие лица от вашего имени потратили на лекарственные препараты по программе Medicare часть D, и общая сумма, которую мы заплатили за каждый из ваших лекарственных препаратов по программе Medicare часть D за месяц. Документ EOB не является счетом. В документе EOB имеется и другая информация о лекарственных препаратах, которые вы принимаете, например данные о повышении цен и других доступных лекарственных препаратах с более низким долевым участием в расходах. Вы можете поговорить со своим лечащим врачом о вариантах с более низкой стоимостью. В **главе 6** *Справочника участника* содержится дополнительная информации о документе EOB и о том, как с его помощью можно отслеживать покрытие лекарственных препаратов.

Вы можете попросить запросить документ EOB. Чтобы получить копию, обратитесь в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы.

Кроме того, с документом **EOB для части D** можно ознакомиться онлайн. Перейдите на сайт kp.org/goinggreen и войдите в свою учетную запись, чтобы узнать подробнее о том, как безопасно просмотреть документ **EOB для части D** онлайн.

K. Обновление данных участника в базе данных плана

Вы можете поддерживать свои данные в актуальном состоянии, сообщая нам об их изменении.

Так мы сможем проверять правильность имеющейся у нас информации. Врачи, больницы, фармацевты и другие поставщики медицинских услуг в сети нашего плана используют ваши данные участника, чтобы узнать, какие услуги и лекарственные препараты покрываются страхованием, а также суммы вашего долевого участия в расходах. В связи с этим очень важно помогать нам поддерживать актуальность вашей информации.

Немедленно извещайте нас в следующих случаях:

- изменение вашего имени, адреса или номера телефона;
- изменения в любом другом плане медицинского страхования, например от вашего работодателя, работодателя вашего супруга/супруги или сожителя, либо в плане компенсации работникам;
- иски об ответственности, такие как иски в результате дорожно-транспортного происшествия;
- госпитализация в учреждение сестринского ухода или больницу;
- обслуживание в больнице или отделении скорой помощи;
- смена лица, осуществляющего уход за вами (или другого лица, несущего за вас ответственность); **и**
- участие в клиническом исследовании. (**Примечание.** Вы не обязаны сообщать нам о клиническом исследовании, в котором вы намереваетесь участвовать, но мы рекомендуем это делать).

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

K1. Конфиденциальность личной медицинской информации (PHI)

Информация, содержащаяся в данных участника, может включать личную медицинскую информацию (Personal Health Information, PHI). Федеральные законы и законы штата требуют, чтобы мы сохраняли вашу PHI в тайне. Мы защищаем вашу PHI. См. подробнее о том, как мы защищаем вашу PHI, в **главе 8** *Справочника участника*.

Глава 2. Важные номера телефонов и ресурсы

Введение

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

Содержание главы 2

A. Отдел обслуживания участников 27

B. Ваш координатор медицинского обслуживания 32

C. Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) 34

D. Линия сестринских консультаций 35

E. Организация по повышению качества обслуживания (QIO) 36

F. Программа Medicare 37

G. Программа Medi-Cal 38

H. Офис обмудсмена по вопросам регулируемого медицинского обслуживания и охраны психического здоровья в рамках программы Medi-Cal 39

I. Социальные услуги округа 40

J. Агентство округа по охране психического здоровья 51

K. Департамент регулируемого медицинского обслуживания штата Калифорния 58

L. Союз потребителей услуг здравоохранения (HCA) 58

M. Программы помощи в оплате лекарственных препаратов 58

M1. Программа Extra Help от программы Medicare 59

M2. Программа медикаментозной помощи для больных СПИДом (ADAP) 60

M3. План оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare 60

N. Управление социального обеспечения 61

O. Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB) 62

P. Программа омбудсмена по вопросам Medicare Medi-Cal 63

Q. Программа Medi-Cal Dental 64

A. Отдел обслуживания участников

ТЕЛЕФОН	1-800-443-0815. Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00.
ПОЧТА	Местный отдел обслуживания участников (см. адреса в *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек*).
ВЕБ-САЙТ	kp.org

Обращайтесь в отдел обслуживания участников со следующими вопросами:

- Вопросы о плане
- Вопросы о страховых исках и выставлении счетов

Решения о страховом покрытии, апелляции и жалобы в отношении медицинского обслуживания

ТЕЛЕФОН	1-800-443-0815. Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке. Если решение о страховом покрытии, апелляция или жалоба отвечает требованиям для ускоренного рассмотрения в соответствии с изложенным в **главе 9**, звоните в отдел ускоренного рассмотрения по номеру 1-888-987-7247 ежедневно с 8:30 до 17:00.
TTY	711. Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00.
ФАКС	Если решение о страховом покрытии, апелляция или жалоба отвечает требованиям для ускоренного рассмотрения, отправьте запрос в отдел ускоренного рассмотрения факсом по номеру 1-888-987-2252.

ПОЧТА	Если ваш вопрос касается стандартного решения о страховом покрытии или жалобы, напишите в местный отдел обслуживания участников (адрес см. в *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек*). Если ваш вопрос касается стандартной апелляции, напишите на адрес, указанный 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
ВЕБ-САЙТ	Вы можете подать жалобу в отношении нашего плана в программу Medicare. Для подачи жалобы в программу Medicare в Интернете посетите www.medicare.gov/my/medicare-complaint.

- Решения о страховом покрытии медицинского обслуживания
  - Решение о страховом покрытии медицинского обслуживания содержит информацию:
    – о страховом покрытии и покрываемых услугах; **или**
    – о сумме, которую мы платим за предоставляемые вам медицинские услуги.
  - Позвоните нам, если у вас возникнут вопросы по поводу решения о страховом покрытии предоставляемого вам медицинского обслуживания.
  - См. подробнее о решениях о страховом покрытии в **главе 9** *Справочника участника*.
- Апелляции в отношении медицинского обслуживания
  - 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.
  - См. подробнее о том, как подать апелляцию, в **главе 9** *Справочника участника* или обратитесь в отдел обслуживания участников.
- Жалобы в отношении медицинского обслуживания
  - Вы можете подать жалобу на нас или поставщика медицинских услуг (в том числе сетевого или внесетевого поставщика). Сетевой поставщик услуг — это поставщик, который сотрудничает с нашим планом. Вы также можете подать жалобу на качество оказанной медицинской помощи нам или в Организацию по повышению качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO) (см.**раздел E**).
  - Вы можете позвонить нам и изложить свою жалобу по номеру 1-800-443-0815 (TTY 711) ежедневно с 8:00 до 20:00.
  - Если ваша жалоба касается решения о страховом покрытии предоставляемого вам медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию (см. раздел выше).

- Вы можете отправить жалобу в отношении нашего плана в программу Medicare. Для этого можно воспользоваться онлайн-формой на сайте www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Или можете позвонить за помощью по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
- Вы можете подать жалобу на наш план в Программу омбудсмена по вопросам Medicare Medi-Cal (Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program) по телефону 1-855-501-3077.
- См. подробнее о том, как подать жалобу о предоставляемом медицинском обслуживании, в **главе 9** *Справочника участника*.

Решения о страховом покрытии лекарственных препаратов по части D

ТЕЛЕФОН	Планы South: 1-888-791-7213 Планы North: 1-877-645-1282 Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711 Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00.
ФАКС	1-844-403-1028
ПОЧТА	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
ВЕБ-САЙТ	kp.org

- Решения о страховом покрытии лекарственных препаратов
  - Решение о страховом покрытии лекарственных препаратов содержит информацию:
    - о вашем страховом покрытии или покрываемых лекарственных препаратах; **или**
    - сумме, которую мы платим за предоставляемые вам лекарственные препараты.
  - Лекарственные препараты, которые не покрываются по программе Medicare, такие как безрецептурные лекарства (over-the-counter, OTC) и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/). Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников Medi-Cal Rx по номеру 1-800-977-2273.
  - См. подробнее о решениях о страховом покрытии лекарственных препаратов, в **главе 9** *Справочника участника*.

Апелляции в отношении лекарственных препаратов по части D

ТЕЛЕФОН	1-866-206-2973. Звонок бесплатный. Ежедневно с 8:30 до 17:00 Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный. Ежедневно с 8:30 до 17:00
ФАКС	1-866-206-2974
ПОЧТА	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
ВЕБ-САЙТ	kp.org

- Апелляции в отношении лекарственных препаратов
  - Апелляция — это способ попросить нас изменить решение о страховом покрытии.
  - См. подробнее о том, как подать апелляцию в отношении лекарственных препаратов, в **главе 9** *Справочника участника*.

Жалобы в отношении лекарственных препаратов по части D

ТЕЛЕФОН	1-800-443-0815. Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00. Если ваша жалоба отвечает требованиям для ускоренного рассмотрения, звоните в отдел по вопросам части D по номеру 1-866-206-2973 ежедневно с 8:30 до 17:00. См. подробнее о том, отвечает ли ваш вопрос требованиям для ускоренного рассмотрения, в **главе 9**. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00.
ФАКС	Если ваша жалоба отвечает требованиям для ускоренного рассмотрения, отправьте запрос факсом в отдел по вопросам части D по номеру 1-866-206-2974.

ПОЧТА	Если ваш вопрос касается стандартной жалобы, пишите в местный отдел обслуживания участников (см. адреса в *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек*). Если жалоба отвечает требованиям для ускоренного рассмотрения, пишите по адресу: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
ВЕБ-САЙТ	Вы можете подать жалобу в отношении нашего плана в программу Medicare. Для подачи жалобы в программу Medicare в Интернете посетите www.medicare.gov/my/medicare-complaint.

- Жалобы в отношении лекарственных препаратов
  - Вы можете подать жалобу в отношении плана или любой аптеки, в том числе жалобу в отношении лекарственных препаратов.
  - Если ваша жалоба касается решения о страховом покрытии предоставляемых вам лекарственных препаратов, вы можете подать апелляцию. (См. раздел выше.)
  - Вы можете отправить жалобу в отношении нашего плана в программу Medicare. Для этого можно воспользоваться онлайн-формой на сайте www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Или можете позвонить за помощью по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
  - См. подробнее о том, как подать апелляцию в отношении лекарственных препаратов, в главе 9 Справочника участника.

Запросы на выплаты

ТЕЛЕФОН	1-800-443-0815. Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00. **Примечание.** Если вы запрашиваете оплату лекарственного препарата по части D, назначенного сетевым поставщиком медицинских услуг и полученного в сетевой аптеке, звоните в наш отдел по вопросам части D по номеру 1-866-206-2973. Ежедневно с 8:30 до 17:00 Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00.

ПОЧТА	В отношении медицинского обслуживания пишите по адресу: **Планы South:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 **Планы North:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923 **В отношении лекарственных препаратов по части D:** Если вы запрашиваете оплату лекарственного препарата по части D, назначенного и отпущенного сетевым поставщиком медицинских услуг, вы можете отправить запрос факсом по номеру 1-866-206-2974 или почтой по адресу: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
ВЕБ-САЙТ	kp.org

- Оплата медицинского обслуживания или лекарственных препаратов, которые вы уже оплатили
  - См. подробнее о том, как попросить нас вернуть вам средства или оплатить полученный вами счет, в главе 7 Справочника участника.
  - Если вы попросите нас оплатить счет, а мы отклоним какую-либо часть вашего запроса, вы можете обжаловать наше решение. См. **главу 9** *Справочника участника*.

B. Ваш координатор медицинского обслуживания

Координатор медицинского обслуживания — это человек, который обучен помогать с координированием необходимых вам услуг. Координатора медицинского обслуживания закрепляют за вами во время регистрации в нашем плане. Это бесплатная услуга для вас. Мы будем координировать свои действия с другими программами, чтобы гарантировать, что вы получите все необходимые по медицинским показаниям услуги, покрываемые программами Medi-Cal или Medicare, даже если эти услуги покрываются другой программой, а не нами. Чтобы получить дополнительную информацию о вашем координаторе медицинского обслуживания и команде медицинского обслуживания или сменить координатора, позвоните нам по номерам, указанным внизу страницы.

ТЕЛЕФОН	1-800-443-0815. Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00.
ПОЧТА	Местный отдел обслуживания участников (см. адреса в *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек*).
ВЕБ-САЙТ	kp.org

Обращайтесь к координатору медицинского обслуживания, чтобы получить помощь со следующими вопросами:

- ваше медицинское обслуживание;
- получение услуг охраны психического здоровья (психологической, психиатрической и наркологической помощи);
- страховое покрытие стоматологического обслуживания;
- транспортировка на медицинский прием;
- долговременный уход и поддержка (Long-term Services and Supports, LTSS), включая обслуживание взрослого населения по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS) и услуги учреждений сестринского ухода (Nursing Facilities, NF).

Возможно, вы сможете воспользоваться следующими услугами:

- обслуживание взрослого населения по месту жительства (CBAS);
- квалифицированный сестринский уход;
- физиотерапия;
- эрготерапия;
- логопедия;
- медицинские социальные услуги;
- услуги здравоохранения на дому;
- услуги поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), предоставляемые агентством социальных услуг вашего округа;
- иногда вы можете получить помощь в решении повседневных медицинских и бытовых проблем.

C. Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP)

Государственная программа помощи в медицинском страховании (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) — это государственная программа с обученными консультантами в каждом штате, которая предлагает бесплатную помощь, информацию и ответы на ваши вопросы о программе Medicare. В Калифорнии программа SHIP известна под названием «Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)». Консультанты программы HICAP могут ответить на ваши вопросы и помочь найти способ решения вашей проблемы. Программа HICAP располагает услугами обученных консультантов в каждом округе; эти услуги предоставляются бесплатно.

Программа HICAP — это независимая государственная программа (не связанная ни с одной страховой компанией или планом медицинского страхования), которая получает деньги от федерального правительства на предоставление бесплатных консультаций по вопросам местного медицинского страхования для лиц, являющихся участниками программы Medicare.

ТЕЛЕФОН	1-800-434-0222 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	Отделение программы HICAP в вашем округе. Чтобы узнать адрес отделения в вашем округе, перейдите по ссылке ниже и ознакомьтесь с разделом How to Find Services In My Area (Как найти услуги в моем районе).
ВЕБ-САЙТ	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

Обращайтесь в программу HICAP за помощью со следующими вопросами:

- информация о программе Medicare
- Консультанты программы HICAP могут ответить на вопросы о переходе в новый план и помочь:
  - узнать о ваших правах;
  - узнать о разных планах;
  - получить ответы на вопросы о переходе в другой план;
  - подать жалобу в отношении медицинского обслуживания или лечения, **и**
  - решить вопросы, связанные с выставлением счетов или страховыми исками.

D. Линия сестринских консультаций

Вы не всегда знаете, какое именно лечение вам необходимо. Наши лицензированные профессиональные работники здравоохранения готовы помочь вам по телефону круглосуточно и ежедневно. Позвонив на эту линию, вы можете:

- поговорить с профессиональным работником здравоохранения, который ответит на медицинские вопросы, даст совет по лечению и поможет 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 специалист может задать вам несколько вопросов, чтобы определить, с кем вас соединить. На Линию сестринских консультаций можно обращаться с вопросами о здоровье и медицинском обслуживании.

ТЕЛЕФОН	1-833-574-2273. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно.

E. Организация по повышению качества обслуживания (QIO)

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

ТЕЛЕФОН	1-877-588-1123
TTY	711
ПОЧТА	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
ВЕБ-САЙТ	www.livantaqio.cms.gov

Обращайтесь в организацию Commence Health за помощью со следующими вопросами:

- ваши права в связи с получением медицинского обслуживания
- подача жалобы в отношении предоставленного вам медицинского обслуживания в следующих случаях:
  - у вас возникли проблемы с качеством медицинского обслуживания, например в случае назначения неправильных лекарственных препаратов, ненужных исследований или процедур или постановки неверного диагноза;
  - вы считаете, что вас слишком рано выписывают из больницы, **или**
  - вы считаете, что должны и далее получать услуги здравоохранения на дому, услуги в учреждении квалифицированного сестринского ухода или комплексного амбулаторного реабилитационного учреждения (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF).

F. Программа Medicare

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

Центры обслуживания программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) — это федеральное агентство, отвечающее за работу программы Medicare. Это агентство заключает соглашения с организациями Medicare Advantage, включая наш план.

ТЕЛЕФОН	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звонки на линию бесплатные; линия работает круглосуточно и ежедневно.
TTY	1-877-486-2048. Звонок бесплатный. Линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить на линию, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.
ЧАТ	Пишите в чат в режиме реального времени на сайте www.Medicare.gov/talk-to-someone
ПОЧТА	Пишите в программу Medicare по адресу: P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044
ВЕБ-САЙТ	www.medicare.gov • Получите информацию о планах медицинского страхования и покрытия расходов на лекарственные препараты в рамках программы Medicare в вашем регионе, включая их стоимость и предоставляемые услуги. • Найдите врачей или других поставщиков услуг здравоохранения, участвующих в программе Medicare. • Узнайте, что покрывает программа Medicare, включая профилактические услуги (такие как обследования, прививки или вакцины, а также ежегодные профилактические осмотры). • Получите информацию о подаче апелляций в рамках программы Medicare и соответствующие формы. • Получите информацию о качестве медицинского обслуживания, предоставляемого планами, учреждениями сестринского ухода, больницами, врачами, агентствами услуг здравоохранения на дому, центрами диализа, хосписами, стационарными реабилитационными учреждениями и больницами долговременного ухода. • Ищите адреса полезных веб-сайтов и номера телефонов. Для подачи жалобы в программу Medicare перейдите на сайт www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Программа Medicare серьезно относится к вашим жалобам и будет использовать эту информацию для усовершенствования работы программы Medicare.

G. Программа Medi-Cal

Программа Medi-Cal — это программа Medicaid, действующая в штате Калифорния. Это государственная программа медицинского страхования, обеспечивающая необходимыми услугами здравоохранения лиц с низкими доходами, включая семьи с детьми, пожилых людей, инвалидов, детей и подростков, находящихся под опекой, а также беременных женщин. Программа Medi-Cal финансируется за счет средств правительства штата и федерального правительства.

Страховое покрытие по программе Medi-Cal распространяется на медицинские, стоматологические услуги, а также на услуги охраны психического здоровья и услуги по долговременному уходу и поддержке.

Вы зарегистрированы как участник программ Medicare и Medi-Cal. Если у вас есть вопросы о страховом покрытии по программе Medi-Cal, звоните координатору медицинского обслуживания. Если у вас есть вопросы о регистрации в плане по программе Medi-Cal, звоните в отдел вариантов услуг здравоохранения.

ТЕЛЕФОН	1-800-430-4263 С понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00
TTY	1-800-430-7077 Линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить на линию, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.
ПОЧТА	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ВЕБ-САЙТ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

H. Офис обмудсмена по вопросам регулируемого медицинского обслуживания и охраны психического здоровья в рамках программы Medi-Cal

Офис омбудсмена помогает решать проблемы с нейтральной точки зрения, гарантируя, что наши участники получат все необходимые по медицинским показаниям покрываемые медицинские услуги. Сотрудники выслушают вас, ответят на ваши вопросы, проанализируют вашу ситуацию, объяснят правила и процедуры, предоставят информацию, советы и варианты, а также порекомендуют соответствующие направления. Их работа заключается в том, чтобы помочь найти справедливое решение проблем доступа к услугам здравоохранения. Это учреждение не связано с нашим планом, какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. Услуги предоставляются бесплатно.

ТЕЛЕФОН	1-888-452-8609. С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	1-800-430-7077 Линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить на линию, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.
ПОЧТА	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
ВЕБ-САЙТ	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

I. Социальные услуги округа

Если вам нужна помощь с получением страхового покрытия по программе Medi-Cal со сдельной оплатой, обратитесь в агентство социальных услуг вашего округа.

Обратитесь в агентство социальных услуг вашего округа и подайте заявку на получение услуг поддержки на дому. Это позволит оплатить услуги, необходимые вам для того, чтобы вы могли безопасно жить у себя дома. К таким услугам может относиться помощь в приготовлении еды, купании, одевании, стирке, покупках и транспортировке.

Если у вас возникнут вопросы о праве на участие в программе Medi-Cal, обращайтесь в местное агентство социальных услуг. В приведенных ниже таблицах вы найдете контактную информацию агентства социальных услуг своего округа.

Агентство социальных услуг округа Alameda

ТЕЛЕФОН	1-888-999-4772. Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 7:30 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	Чтобы узнать почтовый адрес ближайшего отделения, посетите сайт https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices
ВЕБ-САЙТ	https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices

Агентство социальных услуг округа Amador

ТЕЛЕФОН	1-844-835-3685 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	Чтобы узнать почтовый адрес ближайшего отделения, посетите сайт https://www.amadorgov.org/services/social-services
ВЕБ-САЙТ	https://www.amadorgov.org/services/social-services

Агентство социальных услуг округа Contra Costa

ТЕЛЕФОН	1-866-663-3225 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	40 Douglas Drive Martinez, CA 94553
ВЕБ-САЙТ	https://www.contracosta.ca.gov/

Агентство социальных услуг округа El Dorado

ТЕЛЕФОН	1-530-642-7300 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	Чтобы узнать почтовый адрес ближайшего отделения, посетите сайт https://www.eldoradocounty.ca.gov/Health-Well-Being/Human-Services
ВЕБ-САЙТ	https://www.eldoradocounty.ca.gov/Home

Департамент социальных услуг округа Fresno

ТЕЛЕФОН	1-855-832-8082. Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 7:30 до 16:30.
TTY	711
ПОЧТА	Fresno County DSS P.O. Box 1912 Fresno, CA 93718-1912
ВЕБ-САЙТ	https://www.fresnocountyca.gov/Departments/Social-Services

Агентство социальных услуг округа Kern

ТЕЛЕФОН	1-877-410-8812 С понедельника по пятницу с 7:30 до 16:00.
TTY	711
ПОЧТА	Чтобы узнать почтовый адрес ближайшего отделения, посетите сайт https://www.kcdhs.org/about-dhs/about-us/office-hours-and-locations
ВЕБ-САЙТ	https://www.kcdhs.org/

Агентство услуг для населения округа Kings

ТЕЛЕФОН	1-877-410-8813 Звонок бесплатный. С понедельника по четверг с 8:00 до 17:00, по пятницам с 8:00 до 12:00.
TTY	711
ПОЧТА	1400 W. Lacey Blvd., Bldg. #8 Hanford, CA 93230
ВЕБ-САЙТ	https://www.countyofkingsca.gov/departments/human-services-agency

Департамент общественных социальных услуг округа Los Angeles

ТЕЛЕФОН	1-866-613-3777 Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 7:30 до 19:30. По субботам с 8:00 до 16:30. Кроме праздничных дней
TTY	711
ПОЧТА	Чтобы узнать почтовый адрес ближайшего отделения, посетите сайт https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html.
ВЕБ-САЙТ	https://dpss.lacounty.gov

Департамент общественных социальных услуг округа Madera

ТЕЛЕФОН	1-559-675-7841 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	1626 Sunrise Ave Madera, CA 93638
ВЕБ-САЙТ	https://www.maderacounty.com/government/social-services

Агентство социальных услуг округа Marin

ТЕЛЕФОН	1-877-410-8817 С понедельника по пятницу с 8:00 до 16:30.
TTY	711
ПОЧТА	10 N San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903
ВЕБ-САЙТ	https://www.marinhhs.org

Агентство социальных услуг округа Mariposa

ТЕЛЕФОН	1-800-266-3609 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	P.O. Box 99 Mariposa, CA 95338
ВЕБ-САЙТ	https://www.mariposacounty.org/

Агентство социальных услуг округа Napa

ТЕЛЕФОН	1-707-253-4279 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	2751 Napa Valley Corporate Drive Building B Napa, CA 94558
ВЕБ-САЙТ	https://www.countyofnapa.org/156/HHSA

Агентство социальных услуг округа Orange

ТЕЛЕФОН	1-800-281-9799. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно
TTY	711
ПОЧТА	Чтобы узнать почтовый адрес ближайшего отделения, посетите сайт https://ssa.ocgov.com/about-us/office-locations/office-location-list.
ВЕБ-САЙТ	https://ssa.ocgov.com/

Агентство социальных услуг округа Placer

ТЕЛЕФОН	1-530-886-1870 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	11434 B Ave Auburn, CA 95603
ВЕБ-САЙТ	https://www.placer.ca.gov/1679/Health-Human-Services

Департамент общественных социальных услуг округа Riverside

ТЕЛЕФОН	1-877-410-8827. Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
ВЕБ-САЙТ	https://rivcodpss.org/

Департамент по оказанию помощи населению округа Sacramento

ТЕЛЕФОН	1-800-560-0976. Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 8:00 до 16:00.
TTY	711
ПОЧТА	Чтобы узнать почтовый адрес ближайшего отделения, посетите сайт https://ha.saccounty.gov/benefits/medi-cal/Pages/Medi-Cal.aspx
ВЕБ-САЙТ	https://dcfas.saccounty.net/SAS/Pages/SAS-Home.aspx

Агентство оказания помощи взрослым и пожилым людям округа San Bernardino

ТЕЛЕФОН	1-909-891-3900 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
ВЕБ-САЙТ	https://hss.sbcounty.gov/daas/

Департамент здравоохранения и социального обеспечения округа San Diego

ТЕЛЕФОН	1-866-262-9881. Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 7:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
ВЕБ-САЙТ	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medi-cal_program/index.html

Агентство социальных услуг округа San Francisco

ТЕЛЕФОН	1-415-557-5000 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	Чтобы узнать почтовый адрес ближайшего отделения, посетите сайт https://www.sfhsa.org/contact-us/locations
ВЕБ-САЙТ	https://www.sfhsa.org/

Агентство услуг для населения округа San Joaquin

ТЕЛЕФОН	1-209-468-1000 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	Чтобы узнать почтовый адрес ближайшего отделения, посетите сайт https://www.sjchsa.org/About-Us/Contact-Us
ВЕБ-САЙТ	https://www.sjchsa.org/

Департамент здравоохранения округа San Mateo

ТЕЛЕФОН	Линия экстренной помощи и консультаций для пожилых людей и взрослого населения 1-844-868-0938. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно
TTY	711
ПОЧТА	San Mateo County Aging and Adult Services 225 W. 37th Avenue San Mateo, CA 94403
ВЕБ-САЙТ	https://www.smchealth.org

Агентство социальных услуг округа Santa Clara

ТЕЛЕФОН	1-877-962-3633. Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00, кроме праздничных дней округа
TTY	711
ПОЧТА	353 West Julian San Jose, CA 95110
ВЕБ-САЙТ	https://socialservices.sccgov.org

Агентство социальных услуг округа Santa Cruz

ТЕЛЕФОН	1-888-421-8080 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	Чтобы узнать почтовый адрес ближайшего отделения, посетите сайт https://www.santacruzhumanservices.org/ContactUs
ВЕБ-САЙТ	https://www.santacruzhumanservices.org/

Агентство социальных услуг округа Solano

ТЕЛЕФОН	1-707-784-8400 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	275 Beck Avenue Fairfield, CA 94533
ВЕБ-САЙТ	https://www.solanocounty.com/depts/hss/default.asp

Агентство социальных услуг округа Sonoma

ТЕЛЕФОН	1-707-565-4700 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	1450 Neotomas Avenue, Suite 200 Santa Rosa, CA 95405
ВЕБ-САЙТ	https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services

Агентство социальных услуг округа Stanislaus

ТЕЛЕФОН	1-877-652-0734 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	P.O. Box 3271 Modesto, CA 95353
ВЕБ-САЙТ	https://www.stancounty.com/

Агентство социальных услуг округа Tulare

ТЕЛЕФОН	1-800-540-6880 С понедельника по пятницу с 7:30 до 17:00. По пятницам с 8:00 до 12:00.
TTY	711
ПОЧТА	5957 South Mooney Blvd. Visalia, California 93277
ВЕБ-САЙТ	https://tchhsa.org/

Агентство социальных услуг округа Ventura

ТЕЛЕФОН	1-888-472-4463 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	HSA Administration 855 Partridge Drive, Ventura, CA 93003
ВЕБ-САЙТ	https://www.ventura.org/human-services-agency/

Агентство социальных услуг округа Yolo

ТЕЛЕФОН	1-833-744-4472 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	Чтобы узнать почтовый адрес ближайшего отделения, посетите сайт https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services/contact-us
ВЕБ-САЙТ	https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services

Агентство социальных услуг округа Yuba

ТЕЛЕФОН	1-877-652-0739 С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	711
ПОЧТА	Yuba County Health and Human Services P.O. Box 2320 Marysville, CA 95901
ВЕБ-САЙТ	https://www.yuba.gov/departments/health_and_human_services

J. Агентство округа по охране психического здоровья

Специализированные услуги психиатрической помощи и лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в рамках программы Medi-Cal предоставляются вам на всей территории округа, если вы соответствуете необходимым критериям. В приведенных далее таблицах вы найдете контактную информацию агентства по охране психического здоровья своего округа.

Служба охраны психического здоровья округа Alameda

ТЕЛЕФОН	Психическое здоровье: 1-800-491-9099. Звонок бесплатный. Злоупотребление психоактивными веществами: 1-844-682-7215. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	1-800-533-5018. Звонок бесплатный. Линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить на линию, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.

Служба здравоохранения округа Amador

ТЕЛЕФОН	1-888-310-6555. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба здравоохранения округа Contra Costa

ТЕЛЕФОН	1-888-678-7277. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа El Dorado

ТЕЛЕФОН	1-800-929-1955. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Департамент услуг по охране психического здоровья округа Fresno

ТЕЛЕФОН	1-800-654-3937. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа Kern

ТЕЛЕФОН	1-800-991-5272. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба психического здоровья округа Kings

ТЕЛЕФОН	1-800-655-2553. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Департамент по охране психического здоровья округа Los Angeles

ТЕЛЕФОН	1-800-854-7771. Звонок бесплатный. Звонки на линию бесплатные; линия работает круглосуточно и ежедневно. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Департамент услуг по охране психического здоровья округа Madera

ТЕЛЕФОН	1-888-275-9779. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа Marin

ТЕЛЕФОН	1-888-818-1115. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа Mariposa

ТЕЛЕФОН	1-800-549-6741. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа Napa

ТЕЛЕФОН	1-800-648-8650. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба оказания помощи в области психического здоровья и восстановления округа Orange

ТЕЛЕФОН	1-855-625-4657. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба здравоохранения округа Placer

ТЕЛЕФОН	1-888-886-5401. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Департамент по охране психического здоровья округа Riverside

ТЕЛЕФОН	1-800-499-3008. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа Sacramento

ТЕЛЕФОН	1-888-881-4881. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Департамент услуг по охране психического здоровья округа San Bernardino

ТЕЛЕФОН	1-888-743-1478. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Департамент услуг по охране психического здоровья округа San Diego

ТЕЛЕФОН	1-888-724-7240. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа San Francisco

ТЕЛЕФОН	1-888-246-3333. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа San Joaquin

ТЕЛЕФОН	1-888-468-9370. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья и реабилитации округа San Mateo

ТЕЛЕФОН	1-800-686-0101. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа Santa Clara

ТЕЛЕФОН	1-800-704-0900. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа Santa Cruz

ТЕЛЕФОН	1-800-952-2335. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа Solano

ТЕЛЕФОН	1-800-547-0495. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа Sonoma

ТЕЛЕФОН	1-800-870-8786. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа Stanislaus

ТЕЛЕФОН	1-888-376-6246. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа Tulare

ТЕЛЕФОН	Психическое здоровье: 1-800-320-1616. Звонок бесплатный. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ: 1-866-732-4114. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа Ventura

ТЕЛЕФОН	1-866-998-2243. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Служба охраны психического здоровья округа Yolo

ТЕЛЕФОН	1-888-965-6647. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	1-800-735-2929. Звонок бесплатный. Линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить на линию, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.

Служба охраны психического здоровья округа Yuba

ТЕЛЕФОН	1-888-923-3800. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, которые не говорят на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный.

Обращайтесь в окружное агентство охраны психического здоровья за помощью со следующими вопросами:

- предоставляемые округом специализированные услуги психиатрической помощи;
- предоставляемые округом услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.

K. Департамент регулируемого медицинского обслуживания штата Калифорния

Департамент регулируемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) штата Калифорния отвечает за регулирование планов медицинского обслуживания. Сотрудники справочного центра департамента DMHC могут помочь вам с апелляциями и жалобами относительно услуг в рамках программы Medi-Cal.

ТЕЛЕФОН	1-888-466-2219 Сотрудники департамента DMHC работают с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00.
TDD	1-877-688-9891 Линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить на линию, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.
ПОЧТА	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ФАКС	1-916-255-5241
ВЕБ-САЙТ	www.dmhc.ca.gov

L. Союз потребителей услуг здравоохранения (HCA)

Союз потребителей услуг здравоохранения (Health Consumer Alliance, HCA) — это объединение организаций в рамках штата, которое предлагает бесплатную юридическую помощь в Интернете, по телефону или при личной встрече, помогая жителям штата Калифорния, испытывающим трудности с получением или сохранением медицинского страхования, а также с решением проблем с планами медицинского страхования. Чтобы узнать подробнее об организации HCA или получить помощь, звоните по номеру 1-888-804-3536 или посетите www.healthconsumer.org/.

M. Программы помощи в оплате лекарственных препаратов

На веб-сайте Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) представлена информация о том, как снизить расходы на лекарственные препараты. Для людей с ограниченным доходом также существуют другие программы помощи, описанные далее.

M1. Программа Extra Help от программы Medicare

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medi-Cal, вы можете претендовать на участие в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help) от программы Medicare для оплаты расходов на лекарственные препараты по вашему плану. Вам не нужно предпринимать никаких действий, чтобы участвовать в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help).

ТЕЛЕФОН	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звонки на линию бесплатные; линия работает круглосуточно и ежедневно.
TTY	1-877-486-2048. Звонок бесплатный. Линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить на линию, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.medicare.gov

Если вы считаете, что платите неправильную сумму за рецептурный препарат в аптеке, в нашем плане предусмотрена процедура, которая поможет вам получить подтверждение правильности суммы доплаты. Если у вас уже есть доказательства правильной суммы, мы можем помочь вам поделиться ими с нами.

- 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 отделения программы Medi-Cal или Управления социального обеспечения, подтверждающее, что вы имеете право на получение дополнительной помощи по программе «Дополнительная помощь» (Extra Help). 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 необходимо предоставить подтверждающие документы в сетевую аптеку при получении лекарственных препаратов, покрываемых программой согласно части D, чтобы мы могли начислить вам соответствующую сумму долевого участия в расходах, пока Центры обслуживания программ Medicare и Medicaid (CMS) не обновят свои данные с учетом вашего текущего статуса. После того как CMS обновит свои данные, вам более не нужно будет представлять подтверждающие документы в аптеку. Предоставьте подтверждающие документы одним из следующих способов, чтобы мы могли направить их в CMS для обновления данных:

  - Отправьте по почте в план Kaiser Permanente по адресу:
    California Service Center Attn:
    Best Available Evidence
    P.O. Box 232400
    San Diego, CA 92193-2400

  - Отправьте по факсу на номер 1-877-528-8579.

  - Отнесите их в сетевую аптеку или в местный отдел обслуживания участников в сетевом учреждении.

- После получения данных о правильном размере доплаты мы обновим информацию в нашей системе, чтобы вы могли оплачивать правильную сумму при получении следующего рецептурного препарата в аптеке. Если вы оплатите сумму, превышающую размер вашей доплаты, мы возместим вам разницу чеком или в виде будущей скидки на доплату. Если аптека не взяла с вас доплату и внесла эту сумму в качестве вашей задолженности, мы можем произвести оплату напрямую в аптеку. Если платеж от вашего имени произвел штат, мы можем перечислить деньги непосредственно этому штату. Если у вас есть вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру телефона, указанному внизу страницы.

M2. Программа медикаментозной помощи для больных СПИДом (ADAP)

Программа медикаментозной помощи для больных СПИДом (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) помогает лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом, получить доступ к жизненно важным лекарственным препаратам для лечения ВИЧ-инфекции. Лекарственные препараты в рамках программы Medicare часть D, которые также входят в список лекарственных препаратов ADAP, подпадают под программу помощи в покрытии расходов в рамках Программы медикаментозной помощи для больных СПИДом (ADAP) штата Калифорния. 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 или не полностью застрахованного лица. В случае смены плана сообщите об этом местному сотруднику программы ADAP, занимающемуся регистрацией, чтобы продолжать получать помощь. Для получения информации о критериях соответствия, покрываемых лекарственных препаратах и о том, как зарегистрироваться в программе, звоните в контактный центр программы ADAP по номеру 1-844-421-7050 с понедельника по пятницу (кроме праздничных дней) с 8:00 до 17:00.

M3. План оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare

План оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) — это вариант оплаты в рамках страхового покрытия затрат на лекарственные препараты, который может помочь вам контролировать собственные расходы на лекарственные препараты, покрываемые нашим планом, распределяя их в течение календарного года (с января по декабрь). Такой вариант оплаты доступен всем, у кого есть план покрытия лекарственных препаратов Medicare или план медицинского страхования Medicare с покрытием рецептурных препаратов (например, план Medicare Advantage с покрытием рецептурных препаратов). **Этот вариант оплаты может помочь вам управлять своими ежемесячными расходами, но он не сэкономит вам деньги и не снизит расходы на лекарственные препараты. Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare и остаетесь в том же плане, вам не нужно предпринимать никаких действий, чтобы продолжить пользоваться этим вариантом.** Программа «Дополнительная помощь» (Extra Help) от программы Medicare и помощь от программ фармацевтической помощи штата (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) и ADAP вашего штата для тех, кто соответствует критериям, более выгодна, чем участие в этом варианте оплаты, независимо от уровня дохода, и планы со страховым покрытием лекарственных препаратов должны предлагать этот вариант оплаты. Чтобы узнать подробнее об этом варианте оплаты, звоните в отдел обслуживания участников по номеру телефона, указанному внизу страницы, или посетите сайт www.medicare.gov.

N. Управление социального обеспечения

Управление социального обеспечения (Social Security) определяет соответствие критериям программы Medicare и осуществляет регистрацию участников в программе Medicare.

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

ТЕЛЕФОН	1-800-772-1213. Звонки на этот номер бесплатные. С понедельника по пятницу с 8:00 до 19:00. Вы можете воспользоваться автоматизированной телефонной службой, чтобы получить необходимую информацию и решить некоторые вопросы в любое время суток.
TTY	1-800-325-0778 Линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить на линию, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.ssa.gov

O. Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB)

Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (Railroad Retirement Board, RRB) является независимым федеральным агентством, которое осуществляет управление комплексными программами льгот для работников железных дорог страны и членов их семей. Если вы получаете страховое покрытие по программе Medicare через RRB, в случае переезда или смены почтового адреса сообщите им об этом. По вопросам, касающимся льгот RRB, обращайтесь в соответствующее агентство.

ТЕЛЕФОН	1-877-772-5772. Звонки на этот номер бесплатные. Нажмите «0», чтобы поговорить с сотрудником совета RRB по понедельникам, вторникам, четвергам и пятницам с 9:00 до 15:30, а также по средам с 9:00 до 12:00. Нажмите «1», чтобы воспользоваться автоматической справочной линией RRB и получить необходимую информацию в любое время суток, включая выходные и праздничные дни.
TTY	1-312-751-4701 Линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить на линию, у вас должно быть специальное телефонное оборудование. Звонки на этот номер не бесплатные.
ВЕБ-САЙТ	www.rrb.gov

P. Программа омбудсмена по вопросам Medicare Medi-Cal

Программа омбудсмена по вопросам Medicare Medi-Cal (Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program) предлагает БЕСПЛАТНУЮ помощь людям, испытывающим трудности с получением или сохранением медицинского страхования, и помогает решить проблемы с планами медицинского страхования.

Обращайтесь в программу по следующим темам:

- програма Medi-Cal;
- программа Medicare;
- ваш план медицинского страхования;
- доступность медицинских услуг;
- подача апелляции в случае отказа в услугах, лекарственных препаратах, медицинском оборудовании длительного пользования (DME), услугах психиатрической помощи и т. д.;
- выставление счетов за медицинское обслуживание;
- IHSS (услуги поддержки на дому).

Программа омбудсмена по вопросам Medicare Medi-Cal оказывает помощь в подаче жалоб, апелляций и во время проведения слушаний. Номер телефона Программы обмудсмена: 1-855-501-3077.

Q. Программа Medi-Cal Dental

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

- первичные осмотры, рентгенологические обследования, профессиональная гигиена полости рта, герметизация фиссур и фторирование;
- реставрация зубов и установка коронок;
- лечение зубных каналов;
- изготовление частичных и полных зубных протезов, а также их корректировка, ремонт и перебазировка.

Страховое покрытие стоматологических услуг предоставляется через программу стоматологического обслуживания Medi-Cal со сдельной оплатой услуг (Fee-for-Service, FFS) или программу регулируемого стоматологического обслуживания (Dental Managed Care, Dental MC) в зависимости от округа, в котором вы проживаете.

Программа Medi-Cal Dental FFS (для всех округов, кроме округов Los Angeles и Sacramento)

ТЕЛЕФОН	1-800-322-6384. Звонки бесплатные. Сотрудники программы Medi-Cal Dental FFS работают с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	1-800-735-2922 Линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить на линию, у вас должно быть специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.dental.dhcs.ca.gov/ smilecalifornia.org/

План регулируемого стоматологического обслуживания для округов Los Angeles и Sacramento

Вместо программы Medi-Cal Dental со сдельной оплатой услуг вы можете получить стоматологические услуги и товары в рамках плана регулируемого стоматологического обслуживания. Планы регулируемого стоматологического обслуживания предоставляются в округах Sacramento и Los Angeles. Если вы хотите получить дополнительную информацию о планах стоматологического обслуживания или сменить свой план, звоните в отдел вариантов услуг здравоохранения по номеру 1-800-430-4263 (пользователям устройств TTY следует звонить на номер 1-800-430-7077) с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Звонок бесплатный. Контактную информацию планов регулируемого стоматологического обслуживания также можно получить на сайте: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

Глава 3. Использование страхового покрытия плана для медицинского обслуживания и других покрываемых услуг

Введение

В этой главе приведены конкретные условия и правила, которые вам необходимо знать, чтобы получить услуги здравоохранения и другие покрываемые услуги в рамках нашего плана. В ней также рассказывается о координаторе медицинского обслуживания, о том, как получить помощь у различных поставщиков медицинских услуг и при ряде особых обстоятельств (в том числе у внесетевых поставщиков медицинских услуг или во внесетевых аптеках), что делать, если вам выставляют счет за услуги, которые мы покрываем, а также о правилах владения медицинским оборудованием длительного пользования (DME). Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Содержание главы 3

A. Информация об услугах и поставщиках медицинских услуг 67

B. Правила получения услуг, покрываемых нашим планом 67

C. Ваш координатор медицинского обслуживания 69

C1. Кто такой координатор медицинского обслуживания 69

C2. Как связаться с координатором медицинского обслуживания 69

C3. Как сменить координатора медицинского обслуживания 69

D. Медицинская помощь от поставщиков медицинских услуг 69

D1. Медицинская помощь от поставщика первичных медицинских услуг (PCP) 69

D2. Медицинская помощь от специалистов и других сетевых поставщиков медицинских услуг 71

D3. Если поставщик медицинских услуг прекращает сотрудничество с нашим планом 73

D4. Поставщики услуг, не входящие в сеть 74

E. Услуги долговременного ухода и поддержки (LTSS) 74

F. Услуги охраны психического здоровья (психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь) 75

F1. Услуги охраны психического здоровья программы Medi-Cal, предоставляемые вне нашего плана 77

G. Транспортные услуги 79
G1. Медицинская транспортировка, не относящаяся к экстренной помощи 79
G2. Немедицинский транспорт 80
H. Покрываемые услуги при экстренном медицинском состоянии, при необходимости неотложной помощи или во время стихийного бедствия 81
H1. Помощь при экстренном медицинском состоянии 81
H2. Неотложная помощь 83
H3. Помощь в случае стихийного бедствия 84
I. Что делать, если вам выставят счет за покрываемые услуги 84
I1. Что делать, если наш план не покрывает услуги 85
J. Страховое покрытие услуг здравоохранения в рамках клинического исследования 85
J1. Определение клинического исследования 85
J2. Плата за услуги при участии в клиническом исследовании 86
J3. Подробнее о клинических исследованиях 86
K. Как оплачиваются услуги здравоохранения в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения 86
K1. Определение религиозного немедицинского учреждения здравоохранения 86
K2. Обслуживание в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения 86
L. Медицинское оборудование длительного пользования (DME) 87
L1. Получение оборудования DME в качестве участника плана 87
L2. Кому принадлежит оборудование DME при переходе в программу Original Medicare 88
L3. Покрытие кислородного оборудования для участников плана 88
L4. Кому принадлежит кислородное оборудование при переходе в программу Original Medicare или другой план Medicare Advantage (MA) 88

A. Информация об услугах и поставщиках медицинских услуг

Услуги включают в себя медицинское обслуживание, услуги долговременного ухода и поддержки (LTSS), расходные материалы, услуги охраны психического здоровья, рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, оборудование и другие услуги. **Покрываемые услуги** — это любые из перечисленных услуг, за которые платит наш план. Подробная информация о покрытии медицинского обслуживания, услуг охраны психического здоровья и услуг LTSS содержится в **главе 4** *Справочника*. Подробная информация о покрываемых рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратах содержится в **главе 5** *Справочника*.

К **поставщикам услуг** относятся врачи, медицинские сестры и другие люди, которые оказывают вам услуги в сфере здравоохранения и имеют лицензию штата. К поставщикам услуг также относятся больницы, агентства по оказанию медицинской помощи на дому, клиники и другие учреждения, предоставляющие услуги здравоохранения, услуги охраны психического здоровья, медицинское оборудование и определенные услуги долговременного ухода и поддержки.

Поставщики услуг, сотрудничающие с планом, — это поставщики, которые работают с нашим планом. Они согласны принимать наши платежи в качестве полной оплаты. Поставщики, сотрудничающие с планом, выставляют нам счет за оказанные услуги. Обращаясь к такому поставщику, как правило, вы ничего не платите за покрываемые услуги.

B. Правила получения услуг, покрываемых нашим планом

Наш план покрывает все услуги, предоставляемые программой Medicare, а также большинство услуг, покрываемых программой Medi-Cal. К ним относятся услуги охраны психического здоровья и услуги LTSS.

Наш план, как правило, покрывает услуги здравоохранения, услуги охраны психического здоровья и многие виды долгосрочного ухода, которые можно получить при условии соблюдения наших правил. План предоставляет покрытие при следующих условиях:

- Полученное вами медицинское обслуживание должно быть включено в нашу Таблицу медицинского страхового покрытия (см. **главу 4** *Справочника участника*).
- Медицинское обслуживание должно быть **необходимым по медицинским показаниям**. Под необходимостью по медицинским показаниям мы подразумеваем услуги, которые являются обоснованными и необходимыми для диагностики и лечения вашего заболевания. Необходимое по медицинским показаниям обслуживание требуется для предотвращения серьезных заболеваний или инвалидизации, а также для устранения сильной боли путем лечения болезней, недугов или травм.
- Для получения медицинских услуг необходимо иметь сетевого **поставщика первичных медицинских услуг (PCP)**, который будет предоставлять или курировать ваше медицинское обслуживание. Участник плана должен выбрать сетевого PCP (см. подробнее в **разделе D1**).
    - В большинстве случаев, прежде чем вы сможете обратиться к другому поставщику услуг, вам необходимо получить одобрение вашего PCP, сотрудничающего с планом. Это называется **направлением**. Если вы не получите одобрение, мы можем не оплатить эти услуги.
    - Для получения экстренной или неотложной медицинской помощи, обращения к специалисту по женскому здоровью или для любых других услуг, перечисленных в **разделе D1**, вам не требуется направление от вашего PCP.

- **Вы обязаны получать медицинское обслуживание у сетевых поставщиков** (см. подробнее в **разделе D** этой главы). Как правило, мы не оплачиваем медицинские услуги, оказанные поставщиком, не сотрудничающим с нашим планом. Это означает, что вам придется полностью оплатить услуги, предоставленные таким поставщиком. Ситуации, когда это правило не применяется:
    - Вам требуется экстренная или неотложная медицинская помощь от поставщика услуг, не сотрудничающего с планом (см. подробнее в **разделе H**).
    - Вам требуется медицинская помощь, покрываемая нашим планом, но наши поставщики медицинских услуг не могут ее предоставить. В таком случае вы можете получить услуги у поставщика, не сотрудничающего с нами, если предварительно получите разрешение от нас или нашей медицинской группы. В этой ситуации мы покрываем медицинские услуги так же, как если бы вы получали их от поставщика услуг, сотрудничающего с планом. См. подробнее о получении разрешения на использование услуг внесетевого поставщика, в **разделе D4**.
    - Если вам необходимы услуги диализа почек, когда вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или когда ваш поставщик услуг временно недоступен, вы можете получить помощь у поставщика, не сотрудничающего с планом. Размер вашей доли участия за диализ никогда не может быть выше, чем доля участия по программе Original Medicare. Если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашей программы и получаете диализ у поставщика услуг, не входящего в сеть нашей программы, ваша доля участия в расходах не может быть выше, чем ваша доля участия в рамках сети. Однако, если ваш обычный поставщик услуг диализа, входящий в нашу сеть, временно недоступен, и вы решите получить услуги в пределах нашей зоны обслуживания у поставщика услуг, не входящего в нашу сеть, ваша доля участия в расходах на диализ может быть выше. По возможности, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру телефона, указанному внизу страницы, прежде чем покинуть зону обслуживания, чтобы мы могли организовать для вас поддерживающий диализ на время отсутствия.
    - Если вы являетесь новым участником нашего плана, вы можете попросить о продолжении пользования услугами ваших текущих поставщиков. За некоторыми исключениями, мы обязаны одобрить такой запрос, если сможем установить, что у вас уже существовали отношения с поставщиками услуг. См. главу 1 Справочника участника. Если мы одобрим ваш запрос, вы сможете продолжать пользоваться услугами тех же поставщиков, услугами которых пользуетесь сейчас, в течение 12 месяцев. В течение этого времени ваш координатор медицинского обслуживания свяжется с вами, чтобы помочь вам найти поставщиков услуг в нашей сети. По истечении 12 месяцев мы более не будем оплачивать ваше обслуживание, если вы продолжите пользоваться услугами поставщиков медицинских услуг, не входящих в нашу сеть.

Другое медицинское страхование. Вам необходимо использовать все другие виды медицинского страхования до программы Medi-Cal, если аналогичная услуга доступна в рамках вашего основного медицинского страхования, поскольку программа Medi-Cal является плательщиком последней очереди. Это означает, что в большинстве случаев программа Medi-Cal будет выступать в качестве вторичного плательщика по отношению к программе Medicare, покрывая допустимые расходы, не оплачиваемые программой Medicare или другими программами медицинского страхования, в пределах ставки программы Medi-Cal.

Для новых участников плана Kaiser Permanente Dual Complete. В большинстве случаев вас зарегистрируют в плане Kaiser Permanente Dual Complete Plan для получения медицинских услуг по программе Medicare с 1-го числа месяца, следующего за месяцем подачи заявки на регистрацию в плане Kaiser Permanente Dual Complete. Вы можете продолжать получать медицинские услуги по программе Medi-Cal в рамках вашего предыдущего плана медицинского страхования Medi-Cal в течение не более двух месяцев. После этого вы будете получать услуги по программе Medi-Cal в рамках плана Kaiser Permanente Dual Complete. У вас не будет перерыва в страховом покрытии по программе Medi-Cal. Если у вас возникнут вопросы, звоните по номеру, указанному внизу страницы.

C. Ваш координатор медицинского обслуживания

C1. Кто такой координатор медицинского обслуживания

Координатор медицинского обслуживания за лицами с особыми потребностями отвечает за координацию вашего обслуживания. Он будет связываться с вами ежегодно для оценки рисков для здоровья, а также после выписки из больницы. (См. подробнее в **разделе G главы 2**.)

C2. Как связаться с координатором медицинского обслуживания

См. подробнее о том, как связаться с координатором медицинского обслуживания, в **разделе G главы 2**.

C3. Как сменить координатора медицинского обслуживания

Чтобы сменить координатора медицинского обслуживания, свяжитесь со своим координатором (см. о том, как это сделать, в **разделе G главы 2**).

D. Медицинская помощь от поставщиков медицинских услуг

D1. Медицинская помощь от поставщика первичных медицинских услуг (PCP)

Вам необходимо выбрать поставщика первичных медицинских услуг (PCP), который будет предоставлять лечение и координировать ваше обслуживание.

Кто такой PCP и что он делает для вас

Ваш поставщик первичных медицинских услуг — это врач, отвечающий требованиям штата и имеющий квалификацию для оказания вам первичной медицинской помощи. Ваш PCP также координирует ваше обслуживание. Координация обслуживания включает в себя проверку или консультацию с другими поставщиками медицинских услуг в рамках сети по вопросам вашего обслуживания и его хода. В некоторых случаях вашему PCP потребуется получить от нас предварительное разрешение (предварительное одобрение) (см. подробнее в разделе **D2** этой главы).

Выбор PCP

Ваш PCP, как правило, занимается общей медициной (также называемой медициной внутренних болезней и семейной практикой), а иногда и акушерством/гинекологией. В некоторых медицинских учреждениях, входящих в сеть, при желании вы можете выбрать доступного специалиста — практикующую медсестру или ассистента врача — в качестве своего поставщика первичных медицинских услуг. Поставщики услуг, которые могут выполнять роль PCP, указаны в *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек*.

Ваш PCP предоставляет, назначает или разрешает оказание необходимых по медицинским показаниям покрываемых услуг. Ваш PCP будет оказывать вам большую часть плановой или базовой медицинской помощи и, при необходимости, направит вас к другим врачам, входящим в сеть, для получения необходимой медицинской помощи. Например, чтобы попасть на прием к специалисту, обычно сначала нужно получить одобрение своего PCP (это называется направлением к специалисту). Существует несколько видов медицинских услуг, покрываемых страхованием, которые вы можете получить самостоятельно, не обращаясь предварительно к своему PCP (см. раздел «Услуги, которые можно получать без одобрения PCP» в этой главе).

См. *Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек* или звоните в отдел обслуживания участников для получения дополнительной информации о выборе PCP и о том, какие поставщики принимают новых пациентов.

Возможность сменить своего PCP

Вы можете сменить своего PCP по любой причине и в любое время. Кроме того, ваш PCP может покинуть сеть нашего плана. Если ваш PCP покидает нашу сеть, мы можем помочь вам найти нового PCP в нашей сети. Услугами выбранного PCP можно начинать пользоваться с момента его выбора.

Чтобы выбрать или сменить PCP, звоните на **нашу линию выбора лечащего врача по номеру** 1-888-956-1616 (TTY 711) с понедельника по пятницу с 7:00 до 19:00. **Кроме того, его можно выбрать на сайте** kp.org/finddoctors.

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

Услуги, которые можно получать без одобрения PCP

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

- Услуги экстренной медицинской помощи от сетевых и внесетевых поставщиков медицинских услуг
- Покрываемые услуги неотложной помощи, когда требуется срочная медицинская помощь (но не экстренная), если вы временно находитесь за пределами территории обслуживания нашего плана или если получение этой услуги у сетевых поставщиков нецелесообразно, учитывая время, место и обстоятельства. Примерами неотложной медицинской помощи являются непредвиденные заболевания и травмы или неожиданные обострения имеющихся заболеваний. Необходимые по медицинским показаниям плановые посещения врача (например, ежегодные осмотры) не считаются неотложной медицинской помощью, даже если вы находитесь за пределами территории обслуживания нашего плана или наша сеть временно недоступна.

- Услуги по диализу почек, которые вы получаете в диализном центре, сертифицированном программой Medicare, когда вы находитесь вне территории обслуживания нашего плана. Если вы позвоните в отдел обслуживания участников перед тем, как покинуть территорию обслуживания, мы можем помочь вам получить услуги по диализу во время отсутствия.
- Вакцины от гриппа и COVID-19, а также вакцины от гепатита B и пневмонии, если вы получаете их у сетевого поставщика медицинских услуг.
- Плановые услуги по поддержанию женского здоровья и планированию семьи. К таким услугам относятся обследование молочных желез, скрининговая маммография (рентгенография молочных желез), мазок Папаниколау и гинекологический осмотр, если их предоставляет сетевой поставщик медицинских услуг.
- Второе мнение другого сетевого поставщика медицинских услуг.
- Приемы, связанные со следующими вопросами: оптометрия, злоупотребление психоактивными веществами, психиатрия.
- В нашем регионе Южной Калифорнии покрытие мануальной терапии предоставляется программой Medicare, если вы получаете услуги у сетевого поставщика.

Кроме того, если вы являетесь американским индейцем, вы можете получить покрываемые услуги у поставщика медицинских услуг для коренных американцев по вашему выбору без направления от сетевого PCP или предварительного разрешения.

D2. Медицинская помощь от специалистов и других сетевых поставщиков медицинских услуг

Специалист — это врач, оказывающий услуги здравоохранения при определенном заболевании или в отношении какой-либо части тела. Существует множество видов специалистов.

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

Направления от PCP

Обычно вы сначала посещаете своего PCP для удовлетворения большинства плановых потребностей в сфере здравоохранения. Есть только несколько видов покрываемых услуг, которые вы можете получить самостоятельно без предварительного одобрения вашего PCP. Они описаны ранее в **разделе D1**.

Письменное направление может быть выдано на однократное 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;
- другое состояние или заболевание, являющееся достаточно серьезным или сложным, чтобы требовать лечения у специалиста.

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

Направления к сетевым поставщикам медицинских услуг

Когда ваш PCP назначает лечение, которое сам PCP не может предоставить (например, специализированное лечение), он при необходимости направит вас к сетевому специалисту или другому сетевому поставщику медицинских услуг. Если ваш PCP направит вас к сетевому специалисту, направление будет выдано на конкретный план лечения. Ваш план лечения может включать постоянное направление, если назначено постоянное наблюдение у специалиста. Мы вышлем вам письменное направление, подтверждающее одобрение покрытия первичной консультации или определенного количества посещений сетевого специалиста. После первоначальной консультации с сетевым специалистом вы должны снова обратиться к своему PCP, если мы не разрешили дополнительные посещения, как указано в письменном направлении, которое вам выдано. Не обращайтесь к сетевому специалисту после первоначального приема, если мы не разрешили покрытие дополнительных посещений в направлении. В противном случае покрытие услуг не может быть предоставлено.

Предварительное разрешение

Для получения услуг и товаров, перечисленных далее, вашему сетевому поставщику медицинских услуг необходимо заранее получить одобрение от нашего плана или медицинской группы (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 решением в отношении разрешения, вы можете подать апелляцию, как описано в **главе 9.**

- Услуги и товары, обозначенные в **главе 4** сноской (†).
- Если ваш сетевой поставщик медицинских услуг решит, что вам требуются покрываемые услуги, недоступные у сетевых поставщиков медицинских услуг, он порекомендует медицинской группе направить вас к внесетевому поставщику медицинских услуг в пределах или за пределами нашей территории обслуживания. Назначенное медицинской группой соответствующее лицо санкционирует предоставление услуг, если такое лицо определит, что покрываемые услуги необходимы по медицинским показаниям и недоступны у сетевого поставщика услуг. Направление к внесетевым поставщикам медицинских услуг 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 сетевому поставщику медицинских услуг. 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 сетевым поставщиком услуг.
- После того как мы получим уведомление о том, что после оказания экстренной помощи вам требуется постстабилизационное обслуживание у внесетевого поставщика медицинских услуг, мы обсудим ваше состояние с этим поставщиком. Если мы решим, что вам требуется посткризисная медицинская помощь и такая помощь покрывалась бы, если бы вы получали ее у сетевого поставщика медицинских услуг, мы разрешим вам обслуживаться у внесетевого поставщика медицинских услуг только в том случае, если не сможем договориться о том, чтобы сетевой поставщик медицинских услуг (или другой назначенный поставщик медицинских услуг) предоставил вам обслуживание. См. подробнее в **разделе H** этой главы.

- Необходимая по медицинским показаниям хирургическая коррекция пола и связанные с ней процедуры.
- Условия оплаты медицинского обслуживания в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения описаны в **разделе K** этой главы.
- Для участников в Северной Калифорнии. Если сетевой поставщик услуг предоставляет письменное или электронное направление на оценку необходимости и возможности трансплантации, региональный консультативный комитет или совет по вопросам трансплантации либо консилиум (при наличии) медицинской группы одобрит направление, если определит, что вы являетесь потенциальным кандидатом на пересадку органов и эта услуга покрывается в соответствии с правилами программы Medicare. В случаях, когда не существует комитета или совета по трансплантации, медицинская группа направит вас к врачу (врачам) в центре трансплантации и санкционирует услуги, если врач (врачи) центра трансплантации определят, что это необходимо по медицинским показаниям, или если они покрываются в соответствии с правилами программы Medicare. Примечание. Сетевой врач может провести или разрешить пересадку роговицы без проведения процедуры разрешения на трансплантацию от медицинской группы.

D3. Если поставщик медицинских услуг прекращает сотрудничество с нашим планом

Сетевой поставщик медицинских услуг, к которому вы обращаетесь за помощью, может прекратить сотрудничество с нашим планом. Если один из ваших поставщиков медицинских услуг прекращает сотрудничество с нашим планом, у вас имеются следующие права и средства защиты, которые кратко описаны далее.

- Даже если наша сеть поставщиков медицинских услуг изменится в течение года, мы должны предоставить вам непрерывный доступ к квалифицированным поставщикам медицинских услуг.
- Мы уведомим вас о том, что ваш поставщик медицинских услуг прекращает сотрудничество с нашим планом, чтобы у вас было время выбрать нового поставщика.
    - Если сотрудничество с нашим планом прекращает поставщик первичных медицинских услуг или услуг охраны психического здоровья, мы уведомим вас, если вы обращались к этому поставщику в течение последних трех лет.
    - Если сотрудничество с нашим планом прекращают другие поставщики медицинских услуг, мы уведомим вас, если вы закреплены за этим поставщиком, получаете от него помощь в настоящее время или наблюдались у него в течение последних трех месяцев.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного сетевого поставщика медицинских услуг для дальнейшего удовлетворения ваших потребностей в услугах здравоохранения.
- Если вы в настоящее время проходите лечение или лечебные процедуры у своего нынешнего поставщика медицинских услуг, вы имеете право запросить продолжение необходимого по медицинским показаниям лечения или лечебных процедур у другого поставщика, состоящего в нашей сети. Мы поможем обеспечить вам возможность продолжить получение медицинской помощи.
- Мы предоставим вам информацию о доступных периодах регистрации и вариантах смены планов.

- Если мы не сможем найти подходящего вам квалифицированного сетевого специалиста, мы обязаны привлечь специалиста, не состоящего в сети, для оказания вам медицинской помощи, если услуги состоящего в сети поставщика или предоставляемые им льготы недоступны или недостаточны для удовлетворения ваших медицинских потребностей. Назначенное медицинской группой соответствующее лицо санкционирует предоставление услуг, если такое лицо определит, что покрываемые услуги необходимы по медицинским показаниям и недоступны у сетевого поставщика услуг. Направление к внесетевым поставщикам медицинских услуг 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 сетевому поставщику услуг. 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 сетевым поставщиком услуг.
- Если вы обнаружите, что один из ваших поставщиков услуг покидает наш план, свяжитесь с нами. Мы можем помочь вам выбрать нового поставщика медицинских услуг, который будет организовывать ваше лечение.
- 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 Организацию по повышению качества обслуживания (QIO), жалобу на качество лечения или и то, и другое. (См. подробнее в **главе 9**.)

D4. Поставщики услуг, не входящие в сеть

Если вы пользуетесь услугами внесетевого поставщика медицинских услуг, этот поставщик должен принять условия программ Medicare и (или) Medi-Cal.

- Мы не можем оплатить услуги поставщика, не имеющего права на участие в программах Medicare и (или) Medi-Cal.
- Если вы воспользуетесь услугами поставщика, не имеющего права на участие в программе Medicare, вы должны оплатить полную стоимость полученных услуг.
- Поставщик медицинских услуг обязан известить вас о том, что он не имеет права на участие в программе Medicare.

E. Услуги долговременного ухода и поддержки (LTSS)

Услуги долговременного ухода и поддержки (long-term services and supports, LTSS) позволяют остаться дома и избежать пребывания в больнице или учреждении квалифицированного ухода. В рамках нашего плана вы имеете доступ к определенным услугам LTSS, включая уход в учреждениях сестринского ухода, обслуживание взрослого населения по месту жительства (Community Based Adult Services, CBAS) и ресурсы поддержки по месту жительства. Другой вид услуг LTSS — программа услуг поддержки на дому, которая проводится усилиями социальной службы вашего округа.

Дополнительную информацию об услугах LTSS, включая услуги поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), можно получить у своего врача или координатора медицинского обслуживания. Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам подать заявление на получение услуг IHSS, для чего необходимо обратиться в соответствующую социальную службу округа, указанную в **разделе F4 главы 4** *Справочника участника*.

F. Услуги охраны психического здоровья (психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь)

Вы имеете право получать необходимые по медицинским показаниям услуги охраны психического здоровья, которые покрывают программы Medicare и Medi-Cal. Мы предоставляем доступ к услугам охраны психического здоровья, покрываемым регулируемым медицинским обслуживанием по программам Medicare и Medi-Cal. В нашем плане не предусмотрены покрываемые программой Medi-Cal специализированные услуги психиатрической помощи или оказываемые округом услуги по лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, однако они доступны вам в учреждениях охраны психического здоровья округа, перечисленных далее.

- Департамент по охране психического здоровья округа Alameda, телефон 1-800-491-9099 (TTY 1-800-533-5018)
- Департамент по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами округа Alameda, телефон 1-844-682-7215 (TTY 1-800-533-5018)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Amador, телефон 1-888-310-6555 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Contra Costa, телефон 1-888-678-7277 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа El Dorado, телефон 1-800-929-1955 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Fresno, телефон 1-800-654-3937 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Kern, телефон 1-800-991-5272 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Kings, телефон 1-800-655-2553 (TTY 711)
- Департамент по охране психического здоровья округа Los Angeles, телефон 1-800-854-7771 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Madera, телефон 1-888-275-9779 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Marin, телефон 1-888-818-1115 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Mariposa, телефон 1-800-549-6741 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Napa, телефон 1-800-648-8650 (TTY 711)

- Служба оказания помощи в области психического здоровья и восстановления округа Orange, телефон 1-855-625-4657 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Placer, телефон 1-888-886-5401 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Riverside, телефон: 1-800-499-3008 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране 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)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Sacramento, телефон 1-888-881-4881 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья и реабилитации округа San Mateo, телефон 1-800-686-0101 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа San Francisco, телефон 1-888-246-3333 (711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа San Joaquin, телефон 1-888-468-9370 (711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Santa Clara, телефон 1-800-704-0900 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Santa Cruz, телефон 1-800-952-2335 (711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Solano, телефон 1-800-547-0495 (711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Sonoma, телефон 1-800-870-8786 (711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Stanislaus, телефон 1-888-376-6246 (711)
- Департамент по охране психического здоровья округа Tulare, телефон 1-800-320-1616 (TTY 711)
- Департамент по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами округа Tulare, телефон 1-866-732-4114 (TTY 711)
- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Ventura, телефон 1-866-998-2243 (TTY 711)

- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Yolo, телефон 1-888-965-6647 (TTY 1-800-735-2929)

- Департамент услуг по охране психического здоровья округа Yuba, телефон 1-888 923-3800 (TTY 711)

F1. Услуги охраны психического здоровья программы Medi-Cal, предоставляемые вне нашего плана

Специализированные услуги психиатрической помощи Medi-Cal доступны вам в рамках окружного плана психологической и психиатрической помощи (MHP), если вы соответствуете критериям для получения доступа к специализированным услугам психиатрической помощи. Специализированные услуги психиатрической помощи программы Medi-Cal по охране психического здоровья, предоставляемые окружным агентством по вопросам охраны психического здоровья (указано в **разделе F** данной главы), включают:

- услуги психиатрической помощи;
- лекарственное обеспечение;
- услуги интенсивной терапии в дневном стационаре;
- реабилитация в дневном стационаре;
- услуги по кризисному вмешательству;
- услуги по кризисной стабилизации;
- услуги лечения с проживанием для взрослых;
- услуги лечения с проживанием в кризисных ситуациях;
- услуги психиатрического лечебного учреждения;
- стационарное психиатрическое обслуживание;
- адресное ведение пациентов;
- реинтеграция после взаимодействия с системой правосудия, если доступна;
- услуги интенсивного лечения в сообществе (ACT), при наличии;
- услуги интенсивного лечения в рамках судебной психиатрии в сообществе (FACT), если доступны;
- координированная специализированная помощь (КСПП) при первом эпизоде психоза (ПЭП), если доступна;
- услуги дома творчества, если доступны;
- покрываемые услуги медико-санитарных работников (community health worker, CHW) по месту жительства, при наличии;
- поддерживаемое трудоустройство, при наличии;
- услуги взаимопомощи, если доступны;
- мобильные услуги по кризисному вмешательству по месту жительства, если доступны;

- услуги поведенческой терапии;
- терапевтическая опека.

Услуги по программе Drug Medi-Cal (DMC), предоставляемые вашим округом, включают следующее:

- услуги интенсивного амбулаторного лечения;
- лечение перинатальных расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, с проживанием;
- услуги амбулаторного лечения;
- программа лечения наркозависимости;
- предоставление лекарственных препаратов для лечения зависимости (также известное как медикаментозное лечение);
- услуги взаимопомощи, если доступны;
- мобильные услуги по кризисному вмешательству по месту жительства, если доступны.

Услуги организованного медицинского обслуживания программы Drug Medi-Cal (DMC-ODS) предоставляются вам через окружное агентство по вопросам охраны психического здоровья, если вы соответствуете критериям для их получения. Услуги DMC-ODS включают следующее:

- услуги амбулаторного лечения;
- услуги интенсивного амбулаторного лечения;
- услуги частичной госпитализации;
- предоставление лекарственных препаратов для лечения зависимости (также известное как медикаментозное лечение);
- услуги лечения с проживанием;
- услуги по лечению синдрома отмены;
- программа лечения наркозависимости;
- услуги реабилитации;
- координация лечения;
- услуги взаимопомощи, если доступны;
- мобильные услуги по кризисному вмешательству по месту жительства, если доступны;
- управление кризисными жизненными ситуациями, если доступно;
- услуги стационарного лечения.

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

G. Транспортные услуги

G1. Медицинская транспортировка, не относящаяся к экстренной помощи

Вы имеете право на неэкстренную медицинскую транспортировку (non-emergency medical transportation, NEMT), если у вас есть медицинские потребности, которые не позволяют вам воспользоваться автомобилем, автобусом, поездом или такси для поездок на прием. Услуги NEMT могут предоставляться для получения покрываемых услуг, таких как посещение любого врача, стоматолога, психиатра, нарколога и фармацевта. Если вы нуждаетесь в неэкстренной медицинской транспортировке, вы можете запросить ее, обратившись к своему сетевому поставщику, стоматологу или поставщику услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Ваш поставщик медицинских услуг решит, какой вид транспорта вам необходим. Если вам нужна неэкстренная медицинская транспортировка, ее назначат, когда вы заполните форму и отправите ее на утверждение сотрудникам плана Kaiser Permanente Dual Complete. В зависимости от ваших медицинских потребностей, разрешение действует в течение 12 месяцев. Ваш поставщик первичных медицинских услуг (primary care provider, PCP) будет повторно оценивать вашу потребность в услугах NEMT по мере необходимости или по истечении назначения и может продлить его еще на 12 месяцев.

Услуги NEMT осуществляются машиной скорой помощи, санитарным фургоном, фургоном для перевозки кресел-каталок или воздушным транспортом. План Kaiser Permanente Dual Complete подбирает наименее затратный покрываемый способ транспортировки и наиболее подходящий вид NEMT в соответствии с вашими медицинскими потребностями, когда вам необходимо добраться на прием к врачу. Например, если отсутствуют какие-либо физические ограничения или медицинские противопоказания к перевозке в фургоне для кресел-каталок, план Kaiser Permanente Dual Complete не будет платить за машину скорой помощи. Вы имеете право на перевозку воздушным транспортом в случае, если состояние вашего здоровья исключает использование любого вида наземного транспорта.

Услуги NEMT используются при следующих условиях:

- Они необходимы вам по физическим показаниям или по состоянию здоровья на основании письменного заключения сетевого поставщика услуг, стоматолога или поставщика услуг по лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, так как у вас нет возможности прибыть на прием на автобусе, такси, автомобиле или микроавтобусе.
- Вам необходима помощь водителя, чтобы добраться от транспортного средства к месту жительства или месту оказания медицинских услуг и обратно в связи с физической или психической инвалидностью.

Чтобы запросить медицинскую транспортировку, которую ваш врач назначил для несрочных **плановых приемов**, звоните в план Kaiser Permanente Dual Complete не позднее чем за три рабочих дня (с понедельника по пятницу) до назначенного приема. Если **прием срочный**, звоните как можно скорее. Во время звонка держите при себе карточку участника плана. Вы также можете позвонить, если вам нужна дополнительная информация.

Ограничения в отношении медицинской транспортировки

План Kaiser Permanente Dual Complete покрывает самый дешевый медицинский транспорт, отвечающий вашим медицинским потребностям, который может доставить вас от дома до ближайшего поставщика медицинских услуг, готового вас принять. Медицинская транспортировка не предоставляется, если программа Medicare или Medi-Cal не покрывает эту услугу. Если такой тип приема покрывается программой Medi-Cal, но не через план медицинского страхования,

план Kaiser Permanente Dual Complete поможет вам организовать транспортировку. Список покрываемых услуг приведен в **главе 4** Справочника. Перевозка не покрывается за пределами сети плана Kaiser Permanente Dual Complete или территории обслуживания плана, если на это нет предварительного разрешения.

G2. Немедицинский транспорт

Покрытие немедицинского транспорта (non-medical transportation, NMT) включает 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 изделия.

План Kaiser Permanente Dual Complete разрешает пользоваться автомобилем, такси, автобусом или иным общественным/личным транспортом, чтобы добраться в место оказания услуг, утвержденных вашим поставщиком. План пользуется услугами поставщиков для организации услуг NMT. Мы покрываем самый дешевый вид транспорта NMT, который отвечает вашим потребностям.

Иногда вам могут возместить расходы на поездки на личном транспортном средстве. План Kaiser Permanente Dual Complete должен одобрить расходы **до** поездки. Кроме того, вы должны пояснить, почему не можете совершить поездку другим способом, например на автобусе. Вы можете сообщить нам об этом по телефону, электронной почте или лично. **Вы не можете получить компенсацию, если сами управляете автомобилем**.

Для возмещения пробега требуется следующее:

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

Чтобы запросить разрешенные транспортные услуги, звоните на линию транспортных услуг по номеру 1-844-299-6230 (TTY 711) не менее чем за три рабочих дня (с понедельника по пятницу) до назначенного приема. Если **прием срочный**, звоните как можно скорее. Вы также можете позвонить, если вам нужна дополнительная информация. Во время звонка будьте готовы предоставить следующую информацию:

- номер карточки участника плана Kaiser Permanente;
- дату и время приемов;
- адрес места, откуда вас нужно забрать, и адрес места назначения;
- нужно ли вас везти назад;
- будет ли вас кто-нибудь сопровождать (например, родитель/законный опекун или лицо, осуществляющее уход).

Примечание. Американские индейцы могут обратиться в свою местную медицинскую клинику для индейцев, чтобы запросить немедицинский транспорт.

Ограничения в отношении немедицинского транспорта

План Kaiser Permanente Dual Complete покрывает самый дешевый транспорт NMT, отвечающий вашим потребностям, который может доставить вас от дома до ближайшего поставщика медицинских услуг, готового вас принять. **Вы не можете получить компенсацию, если самостоятельно управляете автомобилем.**

Транспорт NMT не предоставляется в следующих 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 и обратно в связи с физическим или психическим заболеванием.
- Вы нуждаетесь в кресле-каталке и не можете без помощи водителя сесть в автомобиль и выйти из него.
- Услуга не покрывается программой Medicare или Medi-Cal.

H. Покрываемые услуги при экстренном медицинском состоянии, при необходимости неотложной помощи или во время стихийного бедствия

H1. Помощь при экстренном медицинском состоянии

Экстренная медицинская помощь требуется в случае, если у вас возникает медицинское состояние с такими симптомами, как болезнь, сильная боль или серьезная травма, а также стремительно ухудшающееся медицинское состояние. Это состояние настолько серьезное, что если медицинская помощь не будет оказана незамедлительно, вы или человек со средними знаниями в области здравоохранения и медицины можете ожидать следующих последствий:

- серьезный риск для вашей жизни или жизни вашего будущего ребенка; **или**
- утрата функций организма или нанесение им серьезного вреда; **или**
- серьезное нарушение функций внутренних органов или частей тела; **или**
- 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 здоровья или безопасности роженицы, а также для здоровья или безопасности будущего ребенка.

Если вам требуется экстренная медицинская помощь, следуйте инструкциям ниже.

- **Обратитесь за помощью** как можно **скорее.** 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 PCP. Вам не нужно обращаться к сетевому поставщику услуг. Вы можете получить покрываемую экстренную медицинскую помощь в любое время, когда она вам понадобится, в любой точке США и на принадлежащих им территориях, по всему миру, у любого поставщика медицинских услуг, имеющего соответствующую лицензию штата, даже если он не входит в нашу сеть.

- **Как можно скорее сообщите сотрудникам плана об экстренном состоянии.** Мы следим за ситуацией после оказания экстренной помощи. Вы или кто-то другой должны позвонить нам, чтобы сообщить об оказанной экстренной медицинской помощи, обычно в течение 48 часов. Вы не будете платить за услуги скорой помощи, даже если сообщите нам о них позже указанного срока. Номер, по которому нужно позвонить, указан на обратной стороне карточки участника плана.

Покрываемые услуги при экстренном медицинском состоянии

Наш план покрывает услуги скорой помощи в ситуациях, когда поездка в отделение скорой помощи иным способом опасна для вашего здоровья. Мы также покрываем медицинские услуги в экстренных ситуациях. Подробная информация содержится в Таблице страхового покрытия в **главе 4** *Справочника*.

Врачи, которые оказывают вам экстренную медицинскую помощь, сами решают, когда ваше состояние стабилизируется и медицинское состояние перестанет быть экстренным. Они продолжат лечить вас, но свяжутся с нами для составления дальнейшего плана лечения, если это необходимо для полного выздоровления.

Наш план покрывает последующее медицинское обслуживание. Если вы получаете экстренную помощь у поставщиков услуг, не входящих в сеть, мы постараемся как можно скорее передать ваше медицинское обслуживание поставщикам, входящим в сеть.

Мы будем сотрудничать с врачами, предоставляющими экстренную помощь, чтобы организовать ваше лечение и последующее наблюдение. После экстренной ситуации вам понадобится врачебное наблюдение для подтверждения стабилизации вашего состояния. Ваши врачи продолжат лечить вас до тех пор, пока они не свяжутся с нами и не составят план дополнительного ухода. Мы покрываем посткризисную медицинскую помощь в соответствии с действующим законодательством. Очень важно, чтобы ваш поставщик услуг позвонил нам для получения разрешения на оказание посткризисной медицинской помощи **до того**, как вы получите помощь от поставщика услуг, не входящего в сеть. Прежде чем мы оплатим посткризисную медицинскую помощь, поставщик услуг должен получить от нас разрешение. В большинстве случаев вы понесете расходы только в том случае, если внесетевой поставщик медицинских услуг уведомит вас или мы уведомим вас об этой потенциальной ответственности.

Чтобы получить предварительное разрешение на предоставление вам посткризисной медицинской помощи у внесетевого поставщика, он должен позвонить нам по номеру 1-800-225-8883 (TTY 711). Он также может позвонить нам по номеру телефона, указанному на обороте вашей карточки участника плана Kaiser Permanente. Поставщик медицинских услуг должен позвонить нам до того, как вам будут оказаны услуги.

Когда поставщик медицинских услуг позвонит нам, мы обсудим с лечащим врачом вашу медицинскую проблему. Если мы сочтем, что вам необходима посткризисная медицинская помощь, мы разрешим оплату покрываемых услуг. В некоторых случаях мы можем организовать предоставление услуг через сетевого поставщика.

Если мы решим, что вас будет обслуживать больница, учреждение квалифицированного сестринского ухода или другой поставщик медицинских услуг, входящие в сеть плана, возможно, мы одобрим предоставление услуг транспортировки, необходимых по медицинским показаниям, к поставщику услуг. К ним могут относиться особые услуги по транспортировке, которые мы обычно не покрываем.

Вам следует узнать у поставщика медицинских услуг, какие услуги (в том числе по транспортировке) мы одобрили. Мы покрываем только те услуги или сопутствующие услуги по транспортировке, на которые дали разрешение. Если вы захотите получить услуги, которые мы не покрываем, мы не сможем оплатить поставщику эти услуги.

Посткризисная медицинская помощь также включает медицинское оборудование длительного пользования (durable medical equipment, DME) при условии выполнения всех следующих требований:

- См. описание страхового покрытия медицинского оборудования длительного пользования в **главе 4** *Справочника*.
- Вы нуждаетесь в оборудовании DME после выписки из больницы по медицинским показаниям.
- Оборудование DME 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, но врач сообщит, что на самом деле ситуация не была экстренной. Если у вас были все основания полагать, что вашему здоровью угрожает серьезная опасность, мы покрываем ваше медицинское обслуживание.

Однако после сообщения врача о том, что экстренная помощь не требуется, мы покрываем ваше дополнительное обслуживание только в указанных ниже случаях:

- вы получаете услуги от сетевого поставщика медицинских услуг;
- дополнительное обслуживание считается «неотложной помощью», и вы следуете правилам его получения. См. следующий раздел.

H2. Неотложная помощь

Неотложная помощь — это лечение, которое вы получаете в ситуации, которая не является экстренной, однако требует немедленного оказания помощи. Например, у вас может обостриться существующее заболевание или возникнуть непредвиденное заболевание или травма.

Неотложная помощь в зоне обслуживания нашего плана

Мы покрываем неотложную помощь только в следующих случаях:

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

Если обращение к сетевому поставщику медицинских услуг представляется невозможным или нецелесообразным, мы покрываем неотложную помощь, которую вы получаете у поставщика медицинских услуг вне сети, с учетом времени, места или обстоятельств.

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 медицинские сестры, специально обученные оценке медицинских симптомов и предоставлению консультаций по телефону, когда это необходимо с медицинской точки зрения. Вы можете обратиться к медсестре-консультанту для получения консультации или записи на прием.

Как правило, они могут ответить на вопросы о незначительных проблемах, подсказать, что делать, если сетевое учреждение закрыто, или посоветовать дальнейшие шаги, включая запись на прием к врачу для получения неотложной медико-санитарной помощи в тот же день, если это целесообразно с медицинской точки зрения. Медсестры-консультанты доступны круглосуточно. См. номера телефонов для консультации или записи в *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек*.

Неотложная помощь за пределами зоны обслуживания нашего плана

Находясь за пределами зоны обслуживания нашего плана, вы не всегда сможете получить медицинскую помощь у поставщика услуг, входящего в сеть. В этом случае наш план покрывает неотложную помощь у любого поставщика медицинских услуг. Однако плановые визиты к врачу, необходимые по медицинским показаниям, например ежегодные осмотры, не считаются неотложной помощью, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или если сетевые поставщики временно недоступны.

Наш план покрывает услуги неотложной помощи по всему миру за пределами Соединенных Штатов в следующих обстоятельствах:

- Вы временно находитесь за пределами нашей зоны обслуживания.
- Услуги были необходимы для лечения непредвиденной болезни или травмы, чтобы предотвратить серьезное ухудшение здоровья.
- Было бы неразумно откладывать лечение до тех пор, пока вы вернетесь в нашу зону обслуживания.
- Услуги были бы оплачены, если бы их оказал поставщик услуг, входящий в сеть.

H3. Помощь в случае стихийного бедствия

Если губернатор штата Калифорния, министр здравоохранения и социальных служб США или президент Соединенных Штатов объявит чрезвычайное положение в вашем 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.

Если во время объявленного бедствия невозможно воспользоваться услугами сетевого поставщика, вы можете получить помощь от сторонних поставщиков услуг по тарифу участия в оплате услуг, полученных в сети. Если во время объявленного бедствия вы не можете воспользоваться услугами сетевой аптеки, вы можете приобрести лекарственные препараты в аптеке, не входящей в сеть. См. подробнее о том, как получить услуги, в **главе 5** *Справочника участника*.

I. Что делать, если вам выставят счет за покрываемые услуги

Если вы заплатили больше, чем предусмотрено планом долевого участия в расходах для покрываемых услуг, или получили счет на полную стоимость покрываемых медицинских услуг, см. инструкции в **главе 7** *Справочника участника*.

Не оплачивайте счет самостоятельно. Если вы это сделаете, мы, возможно, не сможем вернуть вам деньги.

I1. Что делать, если наш план не покрывает услуги

Наш план покрывает все услуги:

- которые признаны необходимыми по медицинским показаниям;
- которые указаны в Таблице страхового покрытия нашего плана (см. **главу 4** Справочника); **и**
- которые вы получаете, следуя правилам плана.

Если вы получаете услуги, которые наш план не покрывает, **вы оплачиваете их полную стоимость самостоятельно**, если только они не покрываются другой программой Medi-Cal, не входящей в наш план.

У вас есть право знать, какие-медицинские услуги или уход мы покрываем. Вы также имеете право попросить о покрытии в письменной форме. Если мы сообщили вам, что не будем оплачивать полученные вами услуги, вы имеете право обжаловать наше решение.

В **главе 9** *Справочника* поясняется, каким образом запросить у нас оплату медицинской услуги или товара. В ней 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. См. подробнее о конкретных ограничениях покрытия в **главе 4**. Позвоните в отдел обслуживания участников, чтобы узнать лимиты покрытия и какую сумму лимита вы уже использовали.

J. Страховое покрытие услуг здравоохранения в рамках клинического исследования

J1. Определение клинического исследования

Клиническое исследование (также называемое клиническим испытанием) — это способ, с помощью которого врачи проверяют новые виды услуг здравоохранения или лекарственных препаратов. Для участия в клинических исследованиях, одобренных программой Medicare, обычно приглашают добровольцев. Участвуя в клиническом исследовании, вы можете оставаться участником нашего плана и продолжать получать иную медицинскую помощь (не связанную с исследованием) в рамках нашего плана.

Если вы хотите принять участие в клиническом исследовании, одобренном программой Medicare, вы **не** обязаны сообщать нам об этом или получать наше одобрение, но мы рекомендуем уведомить об этом 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. Это не относится к покрываемым услугам, для оценки которых требуется проведение клинического испытания или регистрового исследования, включая определенные услуги, требующие страхового покрытия рисков развития новой фармацевтической технологии на основе фактических данных об основных показателях ее успешности (NCDs-CED) и испытаниями медицинского изделия, получившего освобождение от ограничений, связанных с отсутствием регистрации (investigational device exemption, IDE). На эти услуги также может распространяться требование получения предварительного разрешения и другие правила плана.

Если вы планируете участвовать в клиническом исследовании, покрываемом для участников программы Original Medicare, вам или вашему координатору медицинского обслуживания следует связаться с отделом обслуживания участников и сообщить нам об этом.

J2. Плата за услуги при участии в клиническом исследовании

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

- 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 программой Medicare, вы оплачиваете любые расходы, связанные с участием.

J3. Подробнее о клинических исследованиях

См. подробнее об участии в клиническом исследовании в разделе «Программа Medicare и клинические исследования» на веб-сайте Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). Вы также можете позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям устройств TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

K. Как оплачиваются услуги здравоохранения в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

K1. Определение религиозного немедицинского учреждения здравоохранения

Религиозное немедицинское учреждение здравоохранения предоставляет медицинское обслуживание, которое обычно можно получить 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.

Это покрытие распространяется только на стационарные услуги, предусмотренные программой Medicare часть A (немедицинские услуги здравоохранения).

K2. Обслуживание в религиозном немедицинском учреждении 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 любое медицинское обслуживание или лечение, которые являются **добровольными и не требуются** в соответствии с федеральным законодательством, законодательством штата или местным законодательством.
- Медицинское лечение, которое «не является исключением», — это любое медицинское обслуживание или лечение, которые не являются добровольными и требуются в соответствии с федеральным законодательством, законодательством штата или местным законодательством.

- Чтобы наш план покрывал медицинское обслуживание, предоставляемое религиозным немедицинским учреждением здравоохранения, оно должно соответствовать следующим критериям:
- Учреждение, предоставляющее медицинскую помощь, должно быть сертифицировано программой Medicare.
- Наш план покрывает только нерелигиозные аспекты обслуживания.
- Если вы получаете услуги этого учреждения, которые предоставляются вам на его территории:
  - у вас должно быть заболевание, которое позволило бы вам получить покрываемые услуги стационарного лечения 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 сетевыми поставщиками услуг, как описано в **главах 4 и 12**.

L. Медицинское оборудование длительного пользования (DME)

L1. Получение оборудования DME в качестве участника плана

К медицинскому оборудованию длительного пользования (durable medical equipment, DME) относятся изделия, которые соответствуют следующим критериям:

- изделие предназначено для многократного использования;
- изделие используется в медицинских целях;
- изделие, как правило, приносит пользу только лицу с заболеванием, травмой, функциональным нарушением или врожденной патологией;
- изделие подходит для использования в домашних условиях;
- изделие необходимо для помощи в выполнении повседневных действий (activities of daily living, ADL).

Получение медицинского оборудования длительного пользования требует предварительного разрешения. Страховое покрытие распространяется на самые дешевые изделия, соответствующие вашим медицинским потребностям. Поставщика выбираем мы. Вы должны вернуть нам оборудование или выплатить справедливую рыночную цену оборудования после завершения покрытия.

Медицинское оборудование длительного пользования включает определенные необходимые по медицинским показаниям изделия, заказанные поставщиком, такие как кресла-каталки, костыли, матрасы с электроприводом, диабетические товары, больничные кровати, заказанные поставщиком для использования на дому, внутривенные (intravenous, IV) инфузионные насосы, устройства, генерирующие речь, кислородное оборудование и принадлежности, небулайзеры и ходунки.

Вы являетесь владельцем определенного оборудования DME, такого как протезы.

Другие виды оборудования DME необходимо арендовать. Участники нашего плана **не становятся** владельцами арендованного оборудования DME, независимо от того, как долго его арендуют.

Даже если у вас было оборудование DME в течение 12 месяцев подряд в рамках программы Medicare до того, как вы присоединились к нашему плану, вы **не становитесь** его владельцем.

L2. Кому принадлежит оборудование DME при переходе в программу Original Medicare

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

Если у вас уже нет покрытия Medi-Cal, то для того, чтобы стать владельцем оборудования DME, вам необходимо произвести 13 платежей подряд по программе Original Medicare или произвести установленное планом MA количество платежей подряд, если:

- вы не стали владельцем оборудования DME во время участия в нашем плане; **и**
- вы выходите из нашего плана и получаете услуги по программе Medicare вне какого-либо плана медицинского страхования в рамках программы Original Medicare или плана MA.

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

- Для того чтобы стать владельцем оборудования DME, вам придется сделать 13 новых платежей подряд по программе Original Medicare или установленное планом MA количество новых платежей подряд.
- Возвращение в программу Original Medicare или план MA не предусматривает каких-либо исключений.

L3. Покрытие кислородного оборудования для участников плана

Если вы имеете право на кислородное оборудование в рамках программы Medicare, мы покрываем следующее:

- 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 при выходе из нашего плана.

L4. Кому принадлежит кислородное оборудование при переходе в программу Original Medicare или другой план Medicare Advantage (MA)

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. Программы Medicare и Medi-Cal покрывают эти платежи, если вы все еще являетесь их участником.

Если по медицинским показаниям 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 пяти лет, если это необходимо по медицинским показаниям.

Если кислородное оборудование все еще необходимо по медицинским показаниям **по истечении пятилетнего периода:**

- Ваш поставщик более не обязан предоставлять его, и вы можете получить такое же оборудование 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 пять 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 MA**, этот план будет покрывать по крайней мере то же, что и программа Original Medicare. Вы можете выяснить у представителя нового плана MA, какое кислородное оборудование и принадлежности покрываются планом и каковы будут ваши расходы.

Глава 4. Таблица страхового покрытия

Введение

Эта глава содержит информацию об услугах, покрываемых нашим планом, ограничениях на 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 *Справочника участника*.

Новые участники плана Kaiser Permanente Dual Complete. В большинстве случаев вас зачислят в план Kaiser Permanente Dual Complete для получения медицинских услуг по программе Medicare с 1-го числа месяца, следующего за месяцем подачи заявки на зачисление в план. Вы можете получать услуги Medi-Cal в рамках предыдущего плана медицинского страхования Medi-Cal в течение еще одного месяца. После этого вы будете получать услуги по программе Medi-Cal в рамках плана Kaiser Permanente Dual Complete. У вас не будет перерыва в страховом покрытии по программе Medi-Cal. Если у вас есть вопросы, звоните по номеру 1-800-443-0815 (TTY 711). Линия работает с 8:00 до 20:00 без выходных.

Содержание главы 4

A. Покрываемые услуги и ваши собственные расходы 91

B. Правила, запрещающие поставщикам выставлять вам счета за услуги 91

C. Подробнее о Таблице страхового покрытия плана 91

D. Таблица страхового покрытия плана 97

E. Ресурсы поддержки по месту жительства 177

F. Услуги, покрытие которых не предусмотрено планом 184

F1. Программа перехода к проживанию в сообществе в штате Калифорния (CCT) 184

F2. Программа Medi-Cal Dental 185

F3. Услуги поддержки на дому (IHSS) 186

F4. Альтернативная программа получения услуг на дому и по месту жительства согласно разделу 1915(c) 186

F5. Оказываемые округом услуги охраны психического здоровья, предоставляемые за рамками нашего плана (услуги по лечению психических расстройств и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ) 189

G. Услуги, не покрываемые нашим планом, программами Medicare и Medi-Cal 191

A. Покрываемые услуги и ваши собственные 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. См. подробнее о покрытии лекарственных препаратов в **главе 5** *Справочника участника*. В этой главе также содержится информация об ограничениях для некоторых услуг.

Некоторые услуги покрываете вы за счет собственных средств — это называется доплатой. 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) с 8:00 до 20:00 без выходных.

B. Правила, запрещающие поставщикам выставлять вам счета за услуги

Мы не разрешаем поставщикам медицинских услуг, входящим в сеть, выставлять вам счета за покрываемые услуги. Мы платим нашим поставщикам медицинских услуг напрямую, и вы не получаете счета. Это справедливо даже в том случае, если мы платим поставщику меньше, чем поставщик взимает за услугу.

Поставщик медицинских услуг не должен выставлять вам счет за покрываемые услуги. В ином случае см. **главу 7** *Справочника* или позвоните в отдел обслуживания участников.

C. Подробнее о Таблице страхового покрытия плана

В Таблице страхового покрытия указаны услуги, которые оплачивает наш план. (Покрытие лекарственных препаратов описано в **главе 5.**) Покрываемые услуги изложены в алфавитном порядке вместе с пояснениями к ним.

Мы оплачиваем услуги, перечисленные в Таблице страхового покрытия, при соблюдении следующих правил.

- Мы должны предоставлять вам услуги, покрываемые программами Medicare и Medi-Cal, в соответствии с правилами программ Medicare и Medi-Cal.
- Услуги, включая медицинское обслуживание, услуги охраны психического здоровья и помощь при злоупотреблении психоактивными веществами, долгосрочные услуги и поддержку, расходные материалы, оборудование и лекарственные препараты, должны быть необходимыми по медицинским показаниям. Необходимый по медицинским показаниям — это термин, описывающий услуги, материалы и лекарственные препараты, необходимые для предотвращения, диагностики и лечения медицинского заболевания или поддержания текущего состояния 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.
- В течение первых 90 дней после регистрации новые участники не обязаны получать у нас предварительное одобрение действующего курса лечения, даже если курс лечения был связан с услугами поставщика, не входящего в сеть.

- Вы получаете медицинское обслуживание у поставщика услуг, входящего в сеть. Сетевой поставщик услуг — это поставщик медицинских услуг, который сотрудничает с нами. В большинстве случаев обслуживание, полученное от внесетевого поставщика медицинских услуг, не будет покрываться, кроме случаев оказания экстренной или неотложной помощи или если представители вашего плана или сетевой поставщик услуг выдали вам направление. Это означает, что за полученные услуги вам придется заплатить поставщику медицинских услуг в полном объеме. См. подробнее о получении услуг у сетевых и внесетевых поставщиков в **главе 3** *Справочника*.

- Ваш поставщик первичных медицинских услуг (primary care provider, PCP) или команда медицинского обслуживания организуют и осуществляют ваше лечение. В большинстве случаев ваш PCP должен одобрить ваше обращение к иному поставщику медицинских услуг в сети нашего плана. Иными словами, он дает вам направление. См. подробнее о получении направления и ситуациях, когда оно не требуется, в **главе 3** *Справочника*.

- Мы покрываем некоторые услуги, перечисленные в Таблице страхового покрытия, только в том случае, если ваш врач или другой сетевой поставщик услуг сначала получит наше разрешение. Эта процедура называется получением предварительного разрешения. В Таблице льгот покрываемые услуги, для которых требуется предварительное разрешение, помечены знаком сноски (†). См. подробнее о предварительном разрешении, в том числе других услугах, требующих предварительного разрешения и не указанных в Таблице страхового покрытия, в **главе 3**.

- Если ваш план предусматривает одобрение запроса предварительного разрешения на курс лечения, такое одобрение должно быть действительным до тех пор, пока это разумно с медицинской точки зрения и необходимо во избежание сбоев в лечении на основании критериев страхового покрытия, истории болезни и рекомендаций лечащего поставщика услуг.

- Как и прочие планы медицинского страхования по программе Medicare, мы покрываем все, что покрывает программа Original Medicare. (См. подробнее о покрытии и расходах в рамках программы Original Medicare в справочнике *«Программа Medicare и вы» (Medicare & You)* 2027 г. С ним можно ознакомиться на сайте www.Medicare.gov или запросить экземпляр по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям устройств TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

- Если программа Medicare добавит страховое покрытие новых услуг в 2027 г., эти услуги будут покрываться за счет программы Medicare или нашего плана.

- Если вы утратите право на участие в программе Medi-Cal в течение 4-месячного периода сохранения права, мы продолжим предоставлять вам все услуги и товары по программе Medicare, покрываемые планом Medicare Advantage. Однако ваше страховое покрытие по программе Medi-Cal может закончиться раньше, чем покрытие по программе Medicare, которое предоставляем вам мы. Когда ваше страховое покрытие по программе Medi-Cal закончится, мы более не будем оплачивать расходы на услуги и товары, покрываемые по программе Medi-Cal. Ваше долевое участие в расходах на оплату услуг и товаров, покрываемых планом Kaiser Permanente Dual Complete, изменится, как описано в Таблице страхового покрытия в *Справочнике участника*. Вы также можете утратить право на участие в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help) от Medicare для оплаты лекарственных препаратов по программе Medicare часть D.

Мы поможем вам восстановить право на участие в программе Medi-Cal. Если ваше право на участие в программе Medi-Cal будет восстановлено, пока вы остаетесь нашим участником по программе Medicare, мы возобновим предоставление страхового покрытия по программе Medi-Cal, а вы останетесь участником нашего плана. Если вы снова получите право на участие в программе Medi-Cal после исключения из плана страхового покрытия по программе Medicare, обратитесь к нам, чтобы возобновить регистрацию.

Важная информация для участников с определенными хроническими заболеваниями — для участников из Южной Калифорнии

- Если у вас есть какое-либо из перечисленных ниже хронических заболеваний и вы соответствуете определенным критериям, вы можете иметь право на специальное дополнительное покрытие для лиц с хроническими заболеваниями:
  - Хроническое расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и другие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (SUD)
  - Аутоиммунные заболевания:
    - узелковый периартериит
    - ревматическая полимиалгия
    - полимиозит
    - дерматомиозит
    - ревматоидный артрит
    - системная красная волчанка
    - псориатический артрит
    - склеродермия
  - Рак
  - Сердечно-сосудистые заболевания:
    - сердечная аритмия
    - ишемическая болезнь сердца
    - болезнь периферических сосудов
    - порок сердца
  - Хроническая сердечная недостаточность
  - Деменция
  - Сахарный диабет
  - Избыточный вес, избыточная масса тела и метаболический синдром
  - Хронические желудочно-кишечные заболевания:
    - хроническая печеночная недостаточность
    - неалкогольная жировая болезнь печени (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD)
    - гепатит B
    - гепатит C
    - панкреатит
    - синдром раздраженного кишечника
    - воспалительное заболевание кишечника
  - Хроническая почечная недостаточность (ХПН):
    - ХПН, требующая диализа/ терминальная стадия хронической болезни почек
    - хроническая почечная недостаточность, не требующая диализа
  - Тяжелые гематологические заболевания:
    - апластическая анемия
    - гемофилия
    - иммунная тромбоцитопеническая пурпура
    - миелодиспластический синдром

  - серповидноклеточная анемия (кроме серповидно-клеточного носительства)
  - хроническое венозное тромбоэмболическое расстройство
- ВИЧ/СПИД
- Хронические заболевания легких:
  - астма, хронический бронхит
  - муковисцидоз
  - эмфизема
  - фиброз легких
  - легочная гипертензия
  - хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)
- Хронические и инвалидизирующие психические расстройства:
  - биполярное расстройство
  - клиническая депрессия
  - параноидальное расстройство
  - шизофрения
  - шизоаффективное расстройство
  - посттравматическое стрессовое расстройство (post-traumatic stress disorder, PTSD)
  - расстройства пищевого поведения
  - тревожные расстройства
- Неврологические расстройства:
  - боковой амиотрофический склероз (amyotrophic lateral sclerosis, ALS)
  - эпилепсия
  - обширный паралич (гемиплегия, квадриплегия, параплегия, моноплегия)
  - болезнь Гентингтона
  - рассеянный склероз
  - болезнь Паркинсона
  - полинейропатия
  - фибромиалгия
  - синдром хронической усталости
  - повреждения спинного мозга
  - спинальный стеноз
  - неврологический дефицит, связанный с инсультом
- Инсульт
- Уход после трансплантации органов
- Иммунодефицитные и иммуносупрессивные расстройства
- Заболевания, связанные с когнитивными нарушениями:
  - болезнь Альцгеймера
  - задержка умственного развития и нарушения нервно-психического развития
  - черепно-мозговая травма
  - инвалидизирующие психические заболевания, связанные с когнитивными нарушениями
  - легкое когнитивное расстройство
- Заболевания, создающие функциональные ограничения и требующие аналогичных услуг:
  - повреждения спинного мозга
  - паралич
  - потеря конечности
  - инсульт
  - артрит

- Хронические заболевания, ухудшающие зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние
- Заболевания, требующие продолжения терапии для поддержания или сохранения функциональных возможностей
- Для получения права на специальное дополнительное покрытие для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) вы должны отвечать **всем** следующим критериям:
    - имеете одно или несколько сопутствующих и сложных с медицинской точки зрения хронических заболеваний, перечисленных ранее, которые представляют угрозу для жизни или значительно ограничивают ваше общее состояние здоровья или функциональные возможности; *и*
    - подвержены высокому риску госпитализации или другим серьезным последствиям для здоровья; *и*
    - нуждаетесь в интенсивной координации медицинского обслуживания.

  Для получения более подробной информации о политике и объективных критериях программы SSBCI компании Kaiser Permanente посетите наш сайт по адресу: kp.org/Medicare/SSBCI
- Вам не нужно ничего делать. План определит ваше право на получение помощи на основании анализа вашей истории медицинских обращений и медицинской карты для подтверждения диагноза соответствующих хронических заболеваний, высокого риска госпитализации и необходимости интенсивной координации медицинского обслуживания.
- В отдельных случаях, когда недостаточно данных о медицинской истории или медицинской карты для определения права на участие в программе SSBCI, например, если вы впервые обращаетесь в Kaiser Permanente, поставщик медицинских услуг может подтвердить ваше право на участие, заполнив и отправив специальную форму подтверждения. Форма подтверждения поставщика услуг может использоваться только для подтверждения права на покрытие SSBCI на *первоначальный* период продолжительностью шесть месяцев. Подача формы не гарантирует право на покрытие SSBCI. По окончании предварительного периода ваше право на дальнейшее участие подтверждается посредством изучения вашей истории обращений и медицинской карты.
- Для получения более подробной информации перейдите к разделу «Специальное дополнительное покрытие для лиц с хроническими заболеваниями» в таблице страхового покрытия ниже.
- Свяжитесь с нами, чтобы узнать, на какое покрытие вы можете претендовать.

- Все профилактические услуги предоставляются бесплатно. Яблоко означает профилактические услуги в Таблице страхового покрытия.

В приведенной далее Таблице страхового покрытия описано медицинское покрытие следующих планов Kaiser Permanente Dual Complete, включенных в данный *Справочник участника*:

- План South P1
- План South P6
- План South P7
- План South P9
- План South P10
- План South P11
- План North P2
- План North P16
- План North P17
- План North P18
- План North P19
- План North P20
- План North P21
- План North P22
- План North P23
- План North P24
- План North P25

Если вы не знаете, в каком плане зарегистрированы, позвоните в отдел обслуживания участников. Название вашего плана также можно найти на обложке *Ежегодного извещения об изменениях (Annual Notice of Change)*. Новые участники могут найти его в регистрационной форме или письме, подтверждающем регистрацию.

Примечание. Зоны обслуживания всех планов, перечисленных в этом *Справочнике участника*, представлены в **главе 1**. Планы Dual Complete, которые действуют в наших зонах обслуживания, описанных в *Справочнике участника*, предлагают различные условия участия в оплате, регистрации и выхода из плана. Однако для получения покрываемых услуг следует обращаться к сетевым поставщикам медицинских услуг в рамках региона обслуживания.

D. Таблица страхового покрытия плана

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Обследование на предмет аневризмы брюшной аорты Мы оплачиваем одно ультразвуковое исследование для лиц из группы риска. Наш план покрывает это исследование только при наличии определенных факторов риска и направления от врача, ассистента врача (physician assistant, PA), практикующей медсестры (nurse practitioner, NP) или клинической медсестры-специалиста (clinical nurse specialist, CNS).	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.
Иглоукалывание† Мы оплачиваем до двух амбулаторных услуг иглоукалывания в течение одного календарного месяца или чаще при их необходимости по медицинским показаниям. Мы также оплачиваем до 12 сеансов иглоукалывания в течение 90 дней, если у вас хроническая боль в пояснице, которая: • длится более 12 недель; • неспецифическая (не имеет системной причины, которая может быть идентифицирована, например не связана с метастатическим, воспалительным или инфекционным заболеванием); • не связана с хирургической операцией; • не связана с беременностью. Кроме того, мы оплачиваем дополнительные восемь сеансов иглоукалывания при хронической боли в пояснице, если вы почувствуете улучшение. Покрывается не более 20 сеансов иглоукалывания при хронической боли в пояснице в год. Сеансы иглоукалывания необходимо прекратить в случае отсутствия улучшения и при наличии ухудшения состояния. Требования к поставщику медицинских услуг: Врачи могут проводить иглоукалывание в соответствии с действующими требованиями штата. **Продолжение на следующей странице**	$0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Иглоукалывание† (продолжение) Ассистенты врача, практикующие медсестры, клинические медсестры-специалисты и вспомогательный персонал могут предоставлять услуги по иглоукалыванию, если они соответствуют всем применимым требованиям штата и имеют следующее: • степень магистра или доктора по иглоукалыванию или восточной медицине, полученная в учебном заведении, аккредитованном Комиссией по аккредитации в сфере иглоукалывания и фитотерапии (Accreditation Commission for Acupuncture and Herbal Medicine); и • действующая, полная, активная и неограниченная лицензия на практику иглоукалывания в штате, на территории которого вы получаете обслуживание. Вспомогательный персонал, предоставляющий услуги иглоукалывания, должен находиться под соответствующим уровнем наблюдения врача, ассистента врача или клинической медсестры-специалиста. Мы также покрываем услуги иглоукалывания, не покрываемые программой Medicare, которые обычно предоставляются исключительно при лечении тошноты или как часть общей программы контроля боли при лечении хронической боли.	
	Также услуги иглоукалывания могут вам предоставляться в рамках страхового покрытия Medi-Cal. Согласно условиям программы Medi-Cal, мы оплачиваем услуги иглоукалывания, необходимые по медицинским показаниям для предупреждения, изменения или устранения ощущения сильной постоянной хронической боли, вызванной общепризнанным заболеванием. Для получения амбулаторных услуг иглоукалывания по программе Medi-Cal направление или предварительное разрешение не требуется. Эти услуги покрываются, если их предоставляют сетевые поставщики медицинских услуг или сетевые поставщики медицинских услуг компании American Specialty Health. Для получения дополнительной информации об услугах иглоукалывания, покрываемых программой Medi-Cal, позвоните в компанию American Specialty Health по номеру 1-800-678-9133 (TTY 711).	$0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Скрининг злоупотребления алкоголем и консультирование Мы оплачиваем скрининг злоупотребления алкоголем в рамках программы скрининга, оценивания, краткосрочных вмешательств и направления на лечение (Screening, Assessment, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SABIRT) для взрослых, злоупотребляющих алкоголем и не имеющих алкогольной зависимости. Услуга также предоставляется беременным. Если обследование дало положительный результат, вы можете получить до четырех коротких индивидуальных сеансов консультирования ежегодно (если вы можете и готовы воспринимать информацию во время сеанса) у квалифицированного PCP или практикующего врача в учреждении первичной медико-санитарной помощи.	$0
	Услуги скорой помощи Покрываемые услуги машины скорой помощи, будь то экстренный или неэкстренный случай, включают наземные и воздушные виды транспорта (самолет и вертолет). Машина скорой помощи доставит вас в ближайшее учреждение, где вам могут оказать помощь. Ваше состояние должно быть настолько серьезным, что другие способы транспортировки могут угрожать вашей жизни или здоровью. В иных (неэкстренных) случаях мы должны дать разрешение на услуги скорой помощи. 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. См. подробнее о неэкстренной транспортировке в главе 3. Мы также покрываем 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 у вас экстренное медицинское состояние, и вы обоснованно полагаете, что при вашем состоянии требуется клиническая поддержка, предоставляемая при транспортировке машиной скорой помощи.	$0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждую поездку в одну сторону следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$620** • South P6 — **$630** • South P7 — **$620** • South P9 — **$290** • South P10 — **$630** • South P11 — **$540** • North P2 — **$620** • North P16 — **$630** • North P17 — **$590** • North P18 — **$610** • North P19 — **$630** • North P20 — **$630** • North P21 — **$620** • North P22 — **$620** • North P23 — **$630** • North P24 — **$450** • North P25 — **$630**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Ежегодный профилактический осмотр Вы можете проходить ежегодный медицинский осмотр. После определения текущих факторов риска составляется или обновляется план профилактики. Мы оплачиваем один осмотр каждые 12 месяцев. **Примечание.** Ваш первый ежегодный профилактический осмотр может состояться не ранее чем через 12 месяцев после профилактического приема «Добро пожаловать в программу Medicare». В то же время вам не нужно приходить на прием «Добро пожаловать в программу Medicare», чтобы иметь право на ежегодный профилактический осмотр после того, как в течение 12 месяцев у вас было покрытие в рамках программы Medicare часть B. Мы также покрываем ежегодные плановые медицинские осмотры как приемлемое с медицинской точки зрения профилактическое обслуживание в соответствии с общепринятыми профессиональными стандартами практики.	$0
	Услуги по профилактике астмы Вы можете пройти обучение по вопросам профилактики астмы и оценку домашней обстановки на наличие триггеров, вызывающих плохо контролируемую астму.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.
	Измерение костной массы 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. Мы оплачиваем услуги один раз в 24 месяца или чаще при необходимости по медицинским показаниям. Мы также оплачиваем услуги врача, который изучает результаты и дает заключение.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Обследование на выявление рака молочной железы (маммография) Мы оплачиваем такие услуги: • одна базисная маммография в возрасте от 35 до 39 лет; • одна скрининговая маммография каждые 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше; • одно клиническое обследование молочных желез каждые 24 месяца. Кроме того, женщины, в семейном анамнезе которых есть случаи рака молочной железы, могут пройти оценку риска, генетическое тестирование и генетическое консультирование.	$0
Услуги реабилитации при болезнях сердца Мы оплачиваем услуги кардиореабилитации, такие как физические упражнения, обучение и психотерапия. Участники должны соответствовать определенным условиям и иметь назначение врача. Мы покрываем эти комплексные программы, если вы перенесли что-либо из перечисленного: • инфаркт миокарда за последние 12 месяцев; • операция по коронарному шунтированию; • стабильная стенокардия (боль в груди); • восстановление или замена сердечного клапана; • коронарная ангиопластика (медицинская процедура по открытию закупоренной артерии) или коронарное стентирование (процедура поддержания проходимости артерии); • трансплантация сердца или сердца и легких; • стабильная хроническая сердечная недостаточность. Ограничения покрытия. Вы можете получить до 36 сеансов кардиореабилитации. Вы можете посещать два сеанса в день (по часу каждый), а продолжительность программы может составлять до 36 недель. Если вы соответствуете критериям, то сможете посетить еще 36 сеансов, которые можно распределить на более длительный период времени. **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждое **посещение специалиста** следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$0** • South P6 — **$0** • South P7 — **$0** • South P9 — **$0** • South P10 — **$0** • South P11 — **$0** • North P2 — **$0** • North P16 — **$0** • North P17 — **$0** • North P18 — **$0** • North P19 — **$0** • North P20 — **$0**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Услуги реабилитации при болезнях сердца (продолжение)	• North P21 — **$0** • North P22 — **$0** • North P23 — **$0** • North P24 — **$5** • North P25 — **$0**
	Посещение для снижения риска сердечно-сосудистых (сердечных) заболеваний (терапия сердечно-сосудистых заболеваний) Мы оплачиваем один прием в год и более (при необходимости по медицинским показаниям) у вашего поставщика первичных медицинских услуг, с целью снизить риск развития заболеваний сердца. Во время приема ваш врач может: • обсудить прием аспирина; • измерить артериальное давление; **и/или** • выдать рекомендации о правильном питании.	$0
	Анализы на выявление сердечно-сосудистых заболеваний Мы оплачиваем анализы крови для выявления сердечно-сосудистых заболеваний один раз в пять лет (60 месяцев). Эти анализы также позволяют выявить нарушения, связанные с высоким риском развития сердечных заболеваний. Мы также оплачиваем анализы крови для выявления сердечно-сосудистых заболеваний, если они назначены вашим врачом.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.
	Обследование для выявления рака шейки матки и влагалища Мы оплачиваем такие услуги: • для всех женщин: мазок Папаниколау и гинекологический осмотр один раз в 24 месяца; • для женщин с высоким риском развития рака шейки матки или влагалища: один мазок Папаниколау один раз в 12 месяцев; **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Обследование для выявления рака шейки матки и влагалища (продолжение) • для женщин фертильного возраста, у которых в течение последних трех лет наблюдались патологические результаты мазка Папаниколау: один мазок Папаниколау один раз в 12 месяцев; • для женщин 30–65 лет: анализ на вирус папилломы человека (ВПЧ) или комбинированное тестирование на ВПЧ (мазок Папаниколау) один раз в 5 лет.	
	Мануальная терапия Мы оплачиваем такие услуги: • Коррекция позвоночника для исправления его положения. Услугу, покрываемую программой Medicare, предоставляет сетевой мануальный терапевт или († для участников из Северной Калифорнии) мануальный терапевт, уполномоченный сетевым поставщиком медицинских услуг. См. список сетевых мануальных терапевтов в *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек*. • Программа Medi-Cal покрывает 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 FQHC и RHC может требоваться направление. Чтобы получить подробную информацию об услугах FQHC или RHC, позвоните в отдел обслуживания участников. • Программа Medi-Cal также может покрывать услуги мануальной терапии для беременных женщин в течение 60 дней после окончания беременности, а также для лиц, проживающих в учреждениях сестринского ухода, учреждениях промежуточного ухода или учреждениях по уходу при подострых состояниях. Мы сотрудничаем с компанией American Specialty Health для организации предоставления услуг мануальной терапии для этих участников. Обратиться в компанию American Specialty Health (ASH) можно по телефону 1-800-678-9133 (TTY 711).	$0

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Обследование на выявление рака толстой и прямой кишки Мы оплачиваем такие услуги: • Колоноскопия не имеет ограничений по возрасту и оплачивается один раз в 120 месяцев (десять 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. • Компьютерная томографическая колонография для пациентов в возрасте 45 лет и старше, не относящихся к группе высокого риска развития рака толстой и прямой кишки, покрывается страхованием, если с момента проведения последней скрининговой компьютерной томографической колонографии прошло не менее 59 месяцев, или если с момента проведения последней скрининговой гибкой сигмоидоскопии или скрининговой колоноскопии прошло 47 месяцев. Для пациентов с высоким риском развития рака толстой и прямой кишки может покрываться скрининговая компьютерная томография/ колонография, проведенная по истечении не менее 23 месяцев с месяца, в котором была проведена последняя скрининговая компьютерная томографическая колонография или последняя скрининговая колоноскопия. • Гибкая сигмоидоскопия 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 проведения гибкой сигмоидоскопии или компьютерной томографической колонографии. • Скрининговые анализы кала на скрытую кровь у пациентов 45 лет и старше. Один раз в 12 месяцев. • Многоцелевая ДНК кала для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Один раз в три года. **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Обследование на выявление рака толстой и прямой кишки (продолжение) • Анализы на биомаркеры в крови для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не имеющих критериев высокого риска. Один раз в три года. • Скрининговые обследования на рак толстой и прямой кишки включают последующую скрининговую колоноскопию после того, как покрываемый программой Medicare неинвазивный скрининговый анализ кала на рак толстой и прямой кишки дал положительный результат. • Скрининговые обследования на рак толстой и прямой кишки включают плановую скрининговую гибкую сигмоидоскопию или скрининговую колоноскопию, которая подразумевает изъятие ткани или другого материала, или другую процедуру, проводимую в связи с обследованием, по его итогам и в рамках того же клинического приема. • Процедуры во время скрининговой колоноскопии (например, удаление полипов). • Колоноскопия после положительного теста gFOBT или FIT или гибкой сигмоидоскопии.	
	Стоматологические услуги† Мы оплачиваем некоторые стоматологические услуги в соответствии с приведенной ниже информацией. Услуги, которые мы не покрываем, доступны в рамках плана Medi-Cal Dental, как описано в **разделе F2** далее. Мы оплачиваем некоторые стоматологические услуги, если они являются неотъемлемой частью специфического лечения основного заболевания. В качестве примера можно привести восстановление челюсти после перелома или травмы, удаление зубов при подготовке к лучевой терапии рака челюсти, а также осмотр полости рта перед трансплантацией органа. **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждое **посещение специалиста** следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$0** • South P6 — **$0** • South P7 — **$0** • South P9 — **$0**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Стоматологические услуги† (продолжение)	• South P10 — **$0** • South P11 — **$0** • North P2 — **$0** • North P16 — **$0** • North P17 — **$0** • North P18 — **$0** • North P19 — **$0** • North P20 — **$0** • North P21 — **$0** • North P22 — **$0** • North P23 — **$0** • North P24 — **$5** • North P25 — **$0**
	Диагностика депрессии 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.	$0
	Диагностика диабета Мы оплачиваем это обследование (включая анализ на определение уровня глюкозы натощак), если у вас имеется какой-либо из следующих факторов риска: • повышенное артериальное давление (гипертензия); • патологические уровни холестерина и триглицеридов (нарушение соотношения липидов крови) в анамнезе; • ожирение; • высокий уровень сахара (глюкозы) в анамнезе. Анализы могут покрываться в некоторых других случаях, например если у вас избыточная масса тела и сахарный диабет в семейном анамнезе. Вы можете иметь право на максимум два скрининга на диабет каждые 12 месяцев с даты последнего скринингового теста на диабет.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите

	Обучение самоконтролю диабета, диабетические услуги и расходные материалы†
	
	Для всех участников, страдающих диабетом (независимо от того, используют они инсулин или нет), мы оплачиваем следующие услуги:
	
	• Расходные материалы для контроля уровня глюкозы в крови, в том числе:
	  ○ устройство для мониторинга уровня глюкозы в крови;
	  ○ тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови;
	  ○ ланцетные устройства и ланцеты;
	  ○ устройства контроля уровня глюкозы для проверки точности тест-полосок и устройств.
		$0

	• Для людей с диабетом, страдающих диабетической стопой в тяжелой форме, мы оплачиваем следующее: ○ одна пара лечебной обуви, изготовленной на заказ (в том числе стельки), включая примерку, и две дополнительные пары стелек каждый календарный год, или одна пара обуви повышенной глубины, включая примерку, и три пары стелек в год (не включая стандартные съемные стельки, поставляемые вместе с такой обувью). **Продолжение на следующей странице**	$0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждую процедуру следующую **долю стоимости**, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **20 %** • South P6 — **20 %** • South P7 — **20 %** • South P9 — **0 %** • South P10 — **20 %** • South P11 — **20 %** • North P2 — **20 %** • North P16 — **20 %** • North P17 — **20 %** • North P18 — **20 %** • North P19 — **20 %** • North P20 — **20 %** • North P21 — **20 %** • North P22 — **20 %**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Обучение самоконтролю диабета, диабетические услуги и расходные материалы† (продолжение)	• North P23 — **20 %** • North P24 — **20 %** • North P25 — **20 %**
	• В некоторых случаях мы оплачиваем обучение, которое поможет вам контролировать течение диабета. За подробной информацией обратитесь в отдел обслуживания участников. **Примечание.** Вы можете пройти обучение по контролю диабета в рамках программы, не входящей в наш план, которая признана Американской диабетической ассоциацией и одобрена программой Medicare.	$0
	Услуги доулы Для беременных мы оплачиваем девять посещений доулы в предродовой и послеродовой период, а также сопровождение во время родов и родоразрешения. При наличии дополнительной письменной рекомендации от врача или другого лицензированного специалиста может быть предоставлено до девяти дополнительных посещений в послеродовой период.	$0
	Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и расходные материалы† См. определение «медицинского оборудования длительного пользования (DME)» в **главе 12** *Справочника*. Мы покрываем следующие изделия: • кресла-каталки, в том числе кресла-каталки с электроприводом; • костыли; • матрасы с электроприводом; • противопролежневая подкладка для матраса; • расходные материалы для диабетиков; • больничные койки, заказанные поставщиком медицинских услуг для использования в домашних условиях; • внутривенный (IV) инфузионный насос и стойка; **Продолжение на следующей странице**	$0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить следующую **долю стоимости**, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы (исключение: вы будете платить $0 за пикфлоуметры и оборудование для терапии ультрафиолетом): • South P1 — **20 %** • South P6 — **20 %** • South P7 — **20 %** • South P9 — **0 %** • South P10 — **20 %** • South P11 — **20 %** • North P2 — **20 %** • North P16 — **20 %**

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и расходные материалы† (продолжение) • устройства для генерации речи; • кислородное оборудование и расходные материалы; • небулайзеры; • ходунки; • трости (стандартные, с изогнутой ручкой, или четырехопорные) и запасные расходные материалы; • бандаж для вытяжения шейного отдела (крепится в дверном проеме); • стимулятор формирования костной ткани; • оборудование для диализа. Покрытие может распространяться и на другие изделия. 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. Ознакомиться с новейшим каталогом поставщиков можно на нашем сайте kp.org/directory. Мы также покрываем следующие виды оборудования DME, не покрываемые программой Medicare, если оно необходимо по медицинским показаниям: • принадлежности для удлинения больничной койки; • протекторы для пятки или локтя, благодаря которым использование современных приспособлений для уменьшения давления не понадобится или будет сведено к минимуму; • устройство для ионофореза для лечения гипергидроза, когда антиперспиранты противопоказаны и гипергидроз вызывает медицинские осложнения (например, кожную инфекцию) или мешает повседневной деятельности; **Продолжение на следующей странице**	• North P17 — **20 %** • North P18 — **20 %** • North P19 — **20 %** • North P20 — **20 %** • North P21 — **20 %** • North P22 — **20 %** • North P23 — **20 %** • North P24 — **20 %** • North P25 — **20 %** **Кислородное оборудование** **Если вы утратите полное покрытие по программе Medi-Cal**, ваше участие в оплате кислородного оборудования программы Medicare будет составлять указанную выше сумму каждый раз при получении оборудования. Ваше распределение расходов не изменится после 36 месяцев участия в программе.

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и расходные материалы† (продолжение) • 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; • оборудование для терапии ультрафиолетом при заболеваниях, отличных от псориаза, при необходимости по медицинским показаниям, включая оборудование для терапии ультрафиолетом в домашних условиях, если (1) получение оборудования одобрено в рамках процесса предварительного разрешения нашего плана, как описано в **главе 3**, и (2) оборудование предоставляется в рамках нашей зоны обслуживания. (Страховое покрытие оборудования для терапии ультрафиолетом распространяется на стандартное оборудование или расходные материалы, соответствующие вашим медицинским потребностям. Мы примем решение об аренде или покупке такого оборудования и выберем поставщика. Вы должны вернуть нам оборудование или выплатить справедливую рыночную цену оборудования после завершения покрытия.)	
Экстренная медицинская помощь Экстренная медицинская помощь — это услуги, которые: • предоставляются квалифицированным поставщиком экстренных медицинских услуг; • необходимы для оценки или лечения экстренного медицинского состояния. Экстренное медицинское состояние — это болезнь, травма, сильная боль или быстро ухудшающееся медицинское состояние. Это состояние настолько серьезное, что если медицинская помощь не будет оказана незамедлительно, человек со средними знаниями в области здравоохранения и медицины может ожидать следующих последствий: • серьезный риск для вашего здоровья или здоровья будущего ребенка; **или** **Продолжение на следующей странице**	$0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждое посещение отделения скорой помощи следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$115** • South P6 — **$115** • South P7 — **$115** • South P9 — **$0** • South P10 — **$115** • South P11 — **$115**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите

	Экстренная медицинская помощь (продолжение)
	• нанесение серьезного вреда функциям организма; **или**
	• серьезное нарушение функций внутренних органов; **или**
	• потеря конечности или нарушение ее функции;
	• если речь идет о беременной женщине в период активной родовой деятельности, когда:
	  ○ недостаточно времени, чтобы безопасно перевести беременную в другую больницу до родов;
	  ○ перевод в другую больницу может представлять угрозу для здоровья или безопасности роженицы, а также для здоровья или безопасности будущего ребенка.
	Мы покрываем услуги экстренной медицинской помощи по всему миру.
		• North P2 — **$115**
		• North P16 — **$115**
		• North P17 — **$115**
		• North P18 — **$115**
		• North P19 — **$115**
		• North P20 — **$115**
		• North P21 — **$115**
		• North P22 — **$115**
		• North P23 — **$115**
		• North P24 — **$115**
		• North P25 — **$115**
		Долевое участие в расходах на услуги экстренной медицинской помощи одинаково при обращении к сетевым и внесетевым поставщикам.
		† 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 долевому участию в расходах для больницы, входящей в сеть.

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Услуги планирования семьи Закон позволяет вам выбирать любого поставщика медицинских услуг, как сетевого, так и работающего вне сети программы Medi-Cal, для оказания вам ряда услуг по планированию семьи. То есть вы можете выбрать любого врача, клинику, больницу, аптеку или центр планирования семьи. Мы оплачиваем такие услуги: • обследование по планированию семьи и медицинское лечение; • лаборатория планирования семьи и диагностические тесты; • методы планирования семьи (ВМК/ВМС, имплантаты, инъекции, противозачаточные таблетки, пластырь или кольцо); • расходные материалы для планирования семьи по рецепту (презерватив, губка, пена, пленка, диафрагма, колпачок); • ограниченные услуги репродуктивной медицины, такие как консультирование и обучение методам повышения осведомленности о репродуктивной системе и (или) консультирование по состоянию здоровья перед зачатием, анализы и лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП); • консультирование и тестирование на ВИЧ, СПИД и другие заболевания, связанные с ВИЧ; • 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); • генетические консультации. Мы также оплачиваем прочие услуги по планированию семьи. Однако вы должны обращаться к поставщику нашей сети за следующими услугами: • лечение бесплодия (кроме искусственного оплодотворения); • лечение СПИДа и других заболеваний, связанных с ВИЧ; • генетическое обследование.	$0

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Фитнес (One Pass®) Услуги, связанные с фитнесом, предоставляются в рамках программы One Pass и призваны помочь участникам контролировать свое состояние здоровья и улучшить свое самочувствие. Программа One Pass включает следующее: • Тренажерные залы и фитнес-центры: вы получаете право посещения огромного количества тренажерных залов в рамках основной сети и сети заведений, работающих по франшизе. В сети фитнес-центров входят национальные, местные и общественные фитнес-центры и салоны. Вы имеете право в течение месяца многократно посещать любой состоящий в сети плана фитнес-центр. Тренажерные залы и фитнес-центры, участвующие в программе, имеют отличия в зависимости от местоположения. Перечень участвующих заведений может меняться. • Онлайн-фитнес: у вас есть доступ к онлайн-занятиям фитнесом и тренировкам по запросу на веб-сайте или в мобильном приложении для участников One Pass. • Фитнес и общественная жизнь: веб-сайт для участников One Pass также предоставляет доступ к группам, клубам и общественным мероприятиям. • Фитнес-комплекты для занятий дома: если вы предпочитаете заниматься дома, вы можете выбрать один фитнес-комплект для занятий дома в течение года, который подходит для силовых упражнений, йоги или танцев. Выбор комплектов может меняться, однако после выбора комплект не подлежит обмену. • Здоровье мозга: доступ к онлайн-программам когнитивной тренировки для поддержания здоровья мозга. Для получения дополнительной информации о тренажерных залах и фитнес-центрах, участвующих в программе, услугах программы или настройке учетной записи посетите сайт www.YourOnePass.com или звоните по телефону 1-877-614-0618 (TTY 711) с понедельника по пятницу с 6:00 до 19:00. **Продолжение на следующей странице**	$0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Фитнес (One Pass®) (продолжение) Не покрываются: дополнительные услуги (такие как персональные тренировки, платные групповые занятия фитнесом, продленные часы доступа или дополнительные занятия фитнесом помимо стандартного формата участия). Товарый знак One Pass® является зарегистрированным товарным знаком компании Optum, Inc., в США и других регионах и представляет собой добровольную программу. Программа и предложения One Pass зависят от плана, района и местоположения. Информация, предоставляемая в рамках программы, предназначена для общих информационных целей, не является медицинской консультацией и не должна рассматриваться в этом качестве. Программа One Pass не несет ответственности за услуги или информацию, предоставляемые третьими лицами. Прежде чем приступать к выполнению программы физических упражнений и/или для определения того, что может подойти именно вам, следует проконсультироваться с соответствующим специалистом в области здравоохранения.	
	Образовательные программы о здоровье и здоровом образе жизни Мы предлагаем множество программ, посвященных определенным заболеваниям. К ним относятся: • лекции о здоровье; • лекции о питании; • занятия для тех, кто хочет отказаться от курения и употребления табака; **и** • горячая линия сестринской помощи. В рамках наших программ здорового образа жизни Healthy Lifestyle план покрывает ряд групповых занятий о здоровье, в том числе «здоровое сердце» (healthy heart), «жизнь с хроническими заболеваниями и депрессией» (living with chronic conditions and depression). Занятия по программам Healthy Lifestyle проводит сертифицированный инструктор по просветительской работе или другой квалифицированный специалист в области здравоохранения. **Продолжение на следующей странице**	$0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Образовательные программы о здоровье и здоровом образе жизни (продолжение) Мы также покрываем различные консультации по вопросам здоровья, программы и материалы, которые помогут вам активно заниматься улучшением своего здоровья, включая программы по борьбе с хроническими заболеваниями (такими как диабет и астма). Вы также можете участвовать в программах, которые мы не покрываем и стоимость которых вам, возможно, придется оплатить. Дополнительную информацию о просвещении в сфере здравоохранения, наших программах и материалах вы можете получить в местном отделе санитарного просвещения, в нашем отделе обслуживания участников или на веб-сайте kp.org/classes.	
	Услуги проверки слуха (включая слуховые аппараты) Мы оплачиваем аудиометрию и тест баланса слуха, которые проводит ваш поставщик медицинских услуг. Исследования помогают определить, нуждаетесь ли вы в лечении. Они покрываются как амбулаторное лечение, если вы получаете их у врача, аудиолога или другого квалифицированного поставщика медицинских услуг. **Продолжение на следующей странице**	$0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждое **посещение специалиста** следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$0** • South P6 — **$0** • South P7 — **$0** • South P9 — **$0** • South P10 — **$0** • South P11 — **$0** • North P2 — **$0** • North P16 — **$0** • North P17 — **$0** • North P18 — **$0** • North P19 — **$0** • North P20 — **$0** • North P21 — **$0** • North P22 — **$0** • North P23 — **$0** • North P24 — **$5** • North P25 — **$0**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Услуги проверки слуха (включая слуховые аппараты) (продолжение) Мы также оплачиваем слуховые аппараты, если: • у вас диагностирована потеря слуха; • слуховые аппараты необходимы по медицинским показаниям; • вы получили рецепт от своего врача или другого квалифицированного поставщика медицинских услуг. 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 слуховые аппараты в каждом ухе обеспечат существенно лучший результат, чем один. Мы покрываем следующее: • формы, расходные материалы и вкладыши; • ремонт; • первоначальный комплект батарей; • шесть приемов для обучения, настройки и установки слухового аппарата у одного и того же поставщика; • пробный период аренды слухового аппарата; • вспомогательные слуховые устройства, слуховые аппараты костной проводимости с поверхностным ношением; • услуги аудиолога и оценка результатов. Мы покроем замену слухового аппарата в следующих случаях: • Данный слуховой аппарат не помогает при вашем уровне потери слуха. • 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. Страховое покрытие не распространяется на замену батареек для слуховых аппаратов.	$0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Диагностика ВИЧ Мы оплачиваем один анализ на ВИЧ каждые 12 месяцев для лиц, которые: • запрашивают анализ на ВИЧ; **или** • входят в группу повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией. Мы оплачиваем до трех анализов на ВИЧ во время беременности. Мы также оплачиваем дополнительные обследования на ВИЧ по рекомендации вашего поставщика медицинских услуг.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.
	Обслуживание от агентства услуг здравоохранения на дому Прежде чем вы сможете получить медико-санитарные услуги на дому, врач должен уведомить нас, что вы в них нуждаетесь. Услуги должно предоставлять агентство услуг здравоохранения на дому. Вы должны быть прикованы к дому, то есть выход из дома требует больших усилий. Мы оплачиваем следующие услуги (могут покрываться и другие услуги, не указанные ниже): • уход квалифицированной медсестры и специалиста по оказанию медико-социальной помощи на дому в течение неполного рабочего дня или с перерывами (чтобы обслуживание на дому покрывалось нашим планом, общая продолжительность услуг должна составлять менее восьми часов в день и 35 часов в неделю); • физиотерапия, эрготерапия и логопедия; • медицинские и социальные услуги; • медицинское оборудование и расходные материалы.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. **Примечание.** Долевое участие в расходах на услуги здравоохранения на дому и изделий, предоставляемых в соответствии с рекомендациями программы Medicare, не предусмотрено. Однако будет взиматься соответствующая доля участия в расходах, указанная в другом разделе Таблицы страхового покрытия, если изделие покрывается по другим критериям (например, медицинское оборудование длительного пользования, предоставленное не агентством услуг здравоохранения на дому).

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Инфузионная терапия на дому† Наш план оплачивает инфузионную терапию на дому, то есть лекарственные препараты или биологические вещества, которые вводят в вену или под кожу в домашних условиях. Для проведения инфузионной терапии на дому необходимы: • лекарственный препарат или биологическое вещество (антивирусный препарат или иммуноглобулин); • оборудование (насос); **и** • расходные материалы (трубка или катетер). Наш план покрывает услуги инфузионной терапии на дому, которые включают, помимо прочего: • профессиональные услуги, в том числе услуги медсестры в соответствии с вашим планом обслуживания; • обучение участников, которое пока не покрывается в рамках предоставления медицинского оборудования длительного пользования; • удаленный мониторинг; **и** • услуги по контролю выполнения инфузионной терапии на дому и лекарственных препаратов, предоставляемые квалифицированным поставщиком услуг.	$0 за профессиональные услуги, обучение и мониторинг. **Примечание.** Отдельные компоненты (такие как лекарственные препараты, покрываемые программой Medicare часть B, медицинское оборудование длительного пользования и товары медицинского назначения), необходимые для проведения внутривенной инфузии на дому, могут подразумевать долевое участие в расходах, если покрываются в рамках других разделов Таблицы страхового покрытия.
	Мы покрываем лекарственные препараты и расходные материалы для инфузий на дому, если выполняются все указанные ниже условия: • рецептурное лекарство указано в фармацевтическом справочнике программы Medicare часть D; • мы одобрили ваше рецептурное лекарство для инфузионной терапии на дому; • рецепт выписан сетевым поставщиком услуг, а препарат выдан в сетевой аптеке препаратов для инфузионной терапии на дому.	$0 **Примечание.** Если покрываемый расходный материал или лекарственный препарат для инфузионной терапии на дому получен не в сетевой аптеке, на них может распространяться долевое участие в расходах, указанное в других разделах этого документа.

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Медицинские услуги на дому, которые не покрываются программой Medicare для участников планов North P16, P17, P19 и P23 (Advanced Care at Home) Мы покрываем медицинское обслуживание на дому, которое не покрывается программой Medicare, если врач сочтет его обоснованным по состоянию вашего здоровья. Такие услуги могут стать альтернативой лечению острого состояния в больнице и услугам по послегоспитальному уходу на дому для поддержки восстановления. Услуги на дому должны отвечать следующим требованиям: • Назначаются сетевым врачом-терапевтом, который определил, что, исходя из состояния вашего здоровья, плана лечения и условий проживания, вы можете безопасно и эффективно получать лечение на дому. • Вы выбрали этот вариант, потому что предпочитаете получать описанное в вашем плане лечение на дому. Наш поставщик медицинских услуг будет предоставлять следующие услуги и изделия на дому в соответствии с вашим планом лечения, если они назначены сетевым врачом-терапевтом: • Визиты на дом медицинских сестер, физиотерапевтов, эрготерапевтов, логопедов, пульмонологов, диетологов, специалистов по уходу на дому и других медицинских специалистов осуществляются в соответствии с планом лечения на дому, а также в рамках компетенции и лицензии поставщика услуг. • Средства связи, позволяющие связаться с главным офисом компании Advanced Care at Home круглосуточно и без выходных. К ним относятся необходимые коммуникационные технологии для обеспечения надежной связи, а также устройство оповещения PERS для связи с главным офисом в случае, если вы не можете воспользоваться телефоном. • Для обеспечения надлежащего мониторинга вашего состояния в домашних условиях вам потребуется следующее оборудование: манжета/монитор для измерения артериального давления, пульсоксиметр, весы и термометр. • Мобильные диагностические исследования и анализы, такие как рентген, лабораторные анализы и ЭКГ. **Продолжение на следующей странице**	Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. **North P16, P17, P19 и P23:** $0 **Покрываются не для всех участников.**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Медицинские услуги на дому, которые не покрываются программой Medicare для участников планов North P16, P17, P19 и P23 (Advanced Care at Home) (продолжение) • Средства обеспечения безопасности: подставки для душа, приподнятые насадки на унитаз, поручни, лопатка для обуви с длинной ручкой и захват для надевания носков. • До 21 приема пищи в неделю во время оказания неотложной медицинской помощи на дому.	
	Кроме того, для услуг и изделий, покрываемых программой Medicare и перечисленных ниже, не применяется долевое участие в расходах, указанное в других разделах данной Таблицы страхового покрытия, если эти услуги и изделия назначены в рамках вашего плана лечения на дому: • медицинское оборудование длительного пользования; • товары медицинского назначения; • неэкстренная медицинская транспортировка до сетевых медицинских учреждений и обратно при необходимости по медицинским показаниям; • визиты на дом ассистента врача или практикующей медсестры или посещение кабинета врача; • следующие услуги в сетевых медицинских учреждениях, если они предусмотрены вашим планом лечения на дому: ○ посещения сетевого отделения скорой помощи, связанные с данной услугой; ○ посещение кабинетов физиотерапии, эрготерапии, логопедии; ○ рентгенография, лабораторные анализы, УЗИ и ЭКГ. Долевое участие в расходах, указанное в других разделах данной Таблицы страхового покрытия, применяется ко всем прочим услугам и изделиям если они не предусмотрены вашим планом лечения на дому (например, оборудование DME, не связанное с планом лечения на дому) или предусмотрены вашим планом лечения, но не предоставляются у вас дома, за исключением случаев, указанных выше. **Примечание.** Информацию о долевом участив расходах на рецептурные лекарства можно найти в разделе, посвященном рецептурным лекарствам по программе Medicare часть B в этой таблице, а информацию о рецептурных лекарствах по программе Medicare часть D — в главе 6.	**North P16, P17, P19 и P23:** $0 **Покрываются не для всех участников.**

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Услуги хосписа Вы имеете право выбрать хоспис, если ваш поставщик медицинских услуг и главный врач хосписа решат, что ваш прогноз весьма пессимистический. Это означает, что у вас неизлечимая болезнь и вам осталось жить не более шести месяцев. Вы можете получить обслуживание в рамках любой хосписной программы, сертифицированной программой Medicare. Наш план должен помочь вам найти сертифицированные программой Medicare программы хосписа в зоне обслуживания плана, включая программы, которые нам принадлежат, находятся под нашим контролем или в которых мы имеем финансовый интерес. Ваш врач хосписа может быть сетевым или внесетевым поставщиком услуг. Покрываемые услуги включают: • лекарственные препараты для лечения симптомов и боли; • временная замена ухаживающего лица; • медицинские услуги на дому. После поступления в хоспис у вас есть право остаться участником нашего плана. **Услуги хосписа и услуги, покрываемые по программе Medicare часть A или Medicare часть B, которые связаны с последней стадией неизлечимого заболевания, оплачиваются программой Medicare:** • Original Medicare (а не наш план) оплатит поставщику услуги хосписа и любые услуги в рамках части A или B, связанные с неизлечимой болезнью. • Пока вы участвуете в программе хосписа, ваш поставщик услуг хосписа будет выставлять счет программе Original Medicare за услуги, которые оплачивает программа Original Medicare. **Продолжение на следующей странице**	$0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Услуги хосписа (продолжение) **Услуги, покрываемые нашим планом, но не покрываемые программой Medicare часть A или Medicare часть B:** • Наш план покрывает услуги, не покрываемые программой Medicare часть A или Medicare часть B. Мы покрываем услуги независимо от того, связаны они с вашим неизлечимым заболеванием или нет. Вы оплачиваете свою долю участия в расходах за эти услуги. Лекарственные препараты, для которых предусмотрено покрытие программы Medicare часть D: • Лекарственные препараты никогда не покрываются одновременно хосписом и нашим планом. См. подробнее в **главе 5** *Справочника участника*. **Примечание.** Если у вас серьезное заболевание, вы можете претендовать на паллиативную медицинскую помощь, которая предусматривает комплексное обслуживание, ориентированное на пациента и его семью, и призвана повысить качество вашей жизни. Вы можете получать паллиативную медицинскую помощь одновременно с лечением/регулярным уходом. См. подробнее в разделе «Паллиативная медицинская помощь» далее. **Примечание.** Если вам требуется лечение за пределами хосписа, позвоните своему координатору медицинского обслуживания и (или) в отдел обслуживания участников для организации обслуживания. Лечение за пределами хосписа — это медицинская помощь, не связанная с вашим неизлечимым заболеванием. Наш план покрывает консультационные услуги хосписа (только один раз) для неизлечимо больного участника, который еще не выбрал хоспис.	
	Вакцинация Мы оплачиваем такие услуги: • вакцина от пневмонии; • прививки от гриппа, один раз в сезон гриппа осенью и зимой, и дополнительные прививки от гриппа при необходимости по медицинским показаниям; **Продолжение на следующей странице**	$0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Вакцинация (продолжение) • вакцина от гепатита B, если вы никогда не получали полный курс вакцинации, не знаете свою историю вакцинации или имеете другое заболевание, которое повышает или снижает риск заражения гепатитом B; • прививки от коронавирусной инфекции COVID-19; • прививка от вируса папилломы человека (ВПЧ); • другие вакцины, если вы находитесь в группе риска и они соответствуют правилам страхового покрытия программы Medicare часть B. Мы оплачиваем другие вакцины, соответствующие правилам страхового покрытия программы Medicare часть D. См. подробнее в **главе 6** *Справочника участника*.	
	Стационарное больничное обслуживание Мы оплачиваем следующие услуги (а также другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не указанные ниже): • двухместная палата (или отдельная палата при необходимости по медицинским показаниям); • питание, в том числе диетическое; • регулярные услуги медсестры; • расходы на лечение в специальном отделении, например в отделении интенсивной терапии или кардиологии; • лекарственные препараты; • лабораторные анализы; • рентгенография и другие услуги радиологии; • необходимые хирургические и медицинские принадлежности; • приспособления, такие как кресла-каталки; • услуги, предоставляемые в операционной и реанимации; • физиотерапия, эрготерапия, логопедия; **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. **Если вы утратите полное покрытие по программе Medi-Cal**, вы платите следующую сумму в день за первые 5 дней пребывания в больнице (долевое участие в оплате предусмотрено для каждого пребывания в стационаре) в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$400** • South P6 — **$420** • South P7 — **$440** • South P9 — **$0** • South P10 — **$490** • South P11 — **$120** • North P2 — **$470** • North P16 — **$480** • North P17 — **$400** • North P18 — **$400** • North P19 — **$490**

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Стационарное больничное обслуживание (продолжение) • стационарное лечение злоупотребления психоактивными веществами; • († для участников из Северной Калифорнии) в некоторых случаях такие виды трансплантатов: роговицы, почки, поджелудочной железы, сердца, печени, легкого, сердца и легкого, костного мозга, стволовых клеток и кишечника/мультивисцеральная трансплантация. Участники плана Northern California должны получить одобрение нашего плана для получения этих услуг; • если вам необходима трансплантация, специалисты центра трансплантологии, утвержденного программой Medicare, рассмотрят ваш случай и решат, являетесь ли вы кандидатом на трансплантацию. Можно выбрать местных поставщиков услуг по трансплантации либо поставщиков за пределами зоны обслуживания. Если местные поставщики услуг трансплантации готовы работать по ставке программы Medicare, вы можете получить услуги в местном медицинском учреждении или другом медицинском учреждении за пределами вашей зоны обслуживания; • если наш план предусматривает предоставление услуг трансплантации в медицинском учреждении за пределами вашей зоны обслуживания 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; • препараты крови, включая их хранение и введение; • услуги врача. **Примечание.** Чтобы вы могли стать пациентом стационарного отделения, ваш врач должен выписать вам направление. Даже если вы останетесь в больнице на ночь, вас все равно могут считать «амбулаторным пациентом». Если вы не знаете, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом, обратитесь к персоналу больницы. **Продолжение на следующей странице**	• North P20 — **$450** • North P21 — **$480** • North P22 — **$490** • North P23 — **$480** • North P24 — **$455** • North P25 — **$460** После этого вы платите $0 за оставшееся время пребывания в больнице, покрываемого планом. Кроме того, вам не придется платить указанную выше доплату за день выписки, если только вы не были госпитализированы и выписаны в один и тот же день. † Если после стабилизации вашего состояния в экстренной ситуации вы получаете разрешенное стационарное лечение в больнице, не входящей в сеть, ваши расходы будут равны долевому участию в расходах для больницы, входящей в сеть. **Примечание.** Если вы поступили в больницу в 2027 году и выписываетесь только в 2028 году, к вашей госпитализации будет применяться долевое участие в расходах за 2027 год вплоть до выписки или перевода в учреждение квалифицированного сестринского ухода.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Стационарное больничное обслуживание (продолжение) Вы также можете найти дополнительную информацию в информационном бюллетене программы Medicare под названием «Амбулаторный или стационарный пациент? Если вы участник программы Medicare — просто спросите!» Бюллетень доступен на сайте es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf или по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям устройств TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Звонки по этим номерам принимаются круглосуточно и без выходных.	
	Стационарное лечение в психиатрической больнице Мы оплачиваем услуги психиатрической помощи, оказываемые в стационарном медицинском учреждении. • Лицам старше 65 лет мы оплачиваем услуги Института душевных болезней (Institute for Mental Diseases, IMD). **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. **Если вы утратите полное покрытие по программе Medi-Cal**, вы платите следующую сумму в день за первые 5 дней пребывания в больнице (долевое участие в оплате предусмотрено для каждого пребывания в стационаре) в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$400** • South P6 — **$400** • South P7 — **$400** • South P9 — **$0** • South P10 — **$400** • South P11 — **$120** • North P2 — **$400** • North P16 — **$400** • North P17 — **$400** • North P18 — **$400** • North P19 — **$400** • North P20 — **$400** • North P21 — **$400** • North P22 — **$400** • North P23 — **$400**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Стационарное лечение в психиатрической больнице (продолжение)	• North P24 — **$400** • North P25 — **$400** После этого вы платите **$0** за оставшееся время пребывания в больнице, покрываемого планом. Кроме того, вам не придется платить указанную выше доплату за день выписки, если только вы не были госпитализированы и выписаны в один и тот же день. **Примечание.** Если вы поступили в больницу в 2027 году и выписываетесь только в 2028 году, к вашей госпитализации будет применяться долевое участие в расходах за 2027 год вплоть до выписки или перевода в учреждение квалифицированного сестринского ухода.
	Стационарное лечение: покрываемые услуги, оказываемые в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility, SNF) во время непокрываемого пребывания в стационаре† Мы оплачиваем ваше пребывание в стационаре только при его необходимости по медицинским показаниям. Однако в определенных ситуациях, когда стационарное лечение не покрывается планом, мы можем оплатить услуги, которые вы получаете во время пребывания в больнице или учреждении сестринского ухода. За подробной информацией обратитесь в отдел обслуживания участников. Мы оплачиваем следующие услуги (могут покрываться и другие услуги, не указанные ниже): • услуги врача; • диагностические исследования, в частности лабораторные анализы; **Продолжение на следующей странице**	Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. Если ваше пребывание в стационаре или в учреждении SNF больше не покрывается, мы продолжим покрывать услуги, предусмотренные программой Medicare часть B, с учетом соответствующей доли участия в расходах, указанной в другом разделе этой Таблицы, если они предоставляются сетевыми поставщиками услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите

	Стационарное лечение: покрываемые услуги, оказываемые в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility, SNF) во время непокрываемого пребывания в стационаре† (продолжение)
	• рентгенография, радиевая и изотопная терапия, включая необходимые материалы и услуги;
	• перевязочные материалы;
	• шины, гипсовые повязки и другие приспособления, применяемые при переломах и вывихах;
	• протезы и ортопедические приспособления, кроме стоматологических, включая замену или ремонт таких приспособлений. Такие приспособления полностью или частично заменяют:
	  ○ внутренний орган тела (включая прилегающие ткани); **или**
	  ○ функцию органа, который не работает или работает ненадлежащим образом;
	• 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;
	• физиотерапия, эрготерапия и логопедия.	

	Услуги и расходные материалы при заболеваниях почек Мы оплачиваем такие услуги: • Услуги по обучению уходу при заболеваниях почек и принятию правильных решений относительно лечения. • Обучение самостоятельному выполнению диализа для вас и других лиц, которые помогают вам на дому. • Определенные услуги на дому, такие как визиты квалифицированных специалистов по диализу для проверки выполнения процедуры диализа в домашних условиях, оказания помощи в чрезвычайных ситуациях, а также проверки вашего оборудования и условий водоснабжения. **Продолжение на следующей странице**	$0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Услуги и расходные материалы при заболеваниях почек (продолжение) • Оборудование и расходные материалы для проведения диализа на дому.	
	• Амбулаторные процедуры диализа, включая диализ во время пребывания за пределами зоны обслуживания, как описано в **главе 3** данного *Справочника участника*, или когда ваш поставщик этой услуги временно недоступен.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. **Если вы утратите полное покрытие по программе Medi-Cal**, то заплатите **долю стоимости 20 %**.
	• Процедуры диализа в стационаре, если вас госпитализировали для специализированного лечения.	Дополнительная плата за услуги, полученные во время пребывания в больнице, не взимается. См. подробнее об участии в расходах, связанных с пребыванием в стационаре, в разделе «Стационарное медицинское обслуживание» Таблицы страхового покрытия.
	Программа Medicare часть B покрывает некоторые лекарственные препараты для диализа. См. раздел «Лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare часть B» в этой таблице.	
	Диагностика рака легких с помощью низкодозной компьютерной томографии (LDCT) Наш план покрывает обследования на выявление рака легких каждые 12 месяцев, если: • вам от 50 до 80 лет; **и** • у вас есть рекомендация врача или другого квалифицированного поставщика медицинских услуг; **и** **Продолжение на следующей странице**	$0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Диагностика рака легких с помощью низкодозной компьютерной томографии (LDCT) (продолжение) • вы выкуривали не менее одной 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. Кроме первого обследования, наш план покрывает еще одно обследование ежегодно по предписанию вашего врача или другого квалифицированного поставщика медицинских услуг. Если поставщик медицинских услуг решает провести консультацию по диагностике рака легких и прием для принятия решения относительно диагностики рака легких, то такой прием должен соответствовать критериям программы Medicare.	
	Лечебное питание Услуга предназначена для людей с диабетом или заболеванием почек, при котором не требуется диализ. Также предоставляется после трансплантации почки при наличии соответствующего предписания врача. Мы оплачиваем три часа индивидуального консультирования в течение первого года получения лечебного питания в рамках программы Medicare. Мы можем одобрить получение дополнительных услуг при их необходимости по медицинским показаниям. После этого мы будем оплачивать два часа индивидуального консультирования ежегодно. Если ваше состояние здоровья, план лечения 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 при их необходимости по медицинским показаниям. Мы также оплачиваем консультации по питанию/рациону, не связанного с диабетом или заболеванием почек, которые проводит сетевой поставщик медицинских услуг.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Программа Medicare по предотвращению диабета (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Наш план оплачивает услуги MDPP для лиц, соответствующих критериям. Программа MDPP предназначена для выработки навыков здорового образа жизни. Программа практического обучения состоит из таких блоков: • долгосрочное изменение пищевых привычек; **и** • повышение физической активности; **и** • способы снижения массы тела и поддержания здорового образа жизни.	$0
Лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare часть B† Лекарственные препараты, указанные ниже, покрываются в рамках программы Medicare часть B. Наш план покрывает следующие лекарственные препараты: • лекарственные препараты, которые вы обычно не принимаете самостоятельно и которые вводят в виде инъекций или инфузий, пока вы находитесь под наблюдением врача, в амбулаторном отделении больницы или амбулаторном хирургическом центре; • инсулин, который вводится посредством медицинского оборудования длительного пользования (например, через необходимую по медицинским показаниям инсулиновую помпу); • другие лекарственные препараты, которые вы принимаете с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзеров), разрешенного нашим планом; • лекарственный препарат для лечения болезни Альцгеймера, Leqembi® (непатентованное название: lecanemab), которое вводится внутривенно (IV); Помимо расходов на лекарственные препараты, вам могут потребоваться дополнительные обследования и анализы до и/или во время лечения. Поговорите с врачом о том, какие обследования и анализы могут потребоваться в рамках вашего лечения; • факторы свертывания крови, которые вы получаете в виде инъекций при гемофилии; **Продолжение на следующей странице**	$0 **Введение лекарственных препаратов, покрываемых частью B** **Если вы утратите полное покрытие по программе Medi-Cal**, то будете платить следующую **долю стоимости** за лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare часть B, требующие введения или наблюдения со стороны медицинского персонала, входящего в сеть, в зависимости от вашего плана: • South P1 — **0–20 %** • South P6 — **0–20 %** • South P7 — **0–20 %** • South P9 — **0 %** • South P10 — **0–20 %** • South P11 — **0 %** • North P2 — **0–20 %** • North P16 — **0–20 %** • North P17 — **0–20 %** • North P18 — **0–20 %** • North P19 — **0–20 %** • North P20 — **0–20 %** • North P21 — **0–20 %**

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare часть B† (продолжение) • лекарственные препараты при трансплантации/ иммунодепрессанты. Программа Medicare покрывает лекарственную терапию при трансплантации, если операция по трансплантации органа была оплачена в рамках программы Medicare. На момент пересадки покрываемого трансплантата вы должны быть зарегистрированы в части A, а на момент приема иммунодепрессантов — в части B. Если часть B не покрывает иммунодепрессанты, то они покрываются программой Medicare часть D; • инъекционные лекарственные препараты от остеопороза. Мы оплачиваем эти лекарственные препараты, если вы находитесь дома, у вас перелом кости, который, по свидетельству врача, связан с постклимактерическим остеопорозом, и вы не можете самостоятельно вводить лекарственный препарат; • некоторые антигены: программа Medicare покрывает антигены, если они подготовлены врачом и вводятся прошедшим обучение лицом (в том числе пациентом) под соответствующим контролем; • программа Medicare покрывает некоторые пероральные лекарственные препараты против рака, если тот же препарат доступен в инъекционной форме или если препарат является предлекарством (пероральная форма лекарственного препарата, которая при приеме внутрь распадается на такое же действующее вещество, которое содержится в инъекционном препарате). По мере появления новых пероральных лекарственных препаратов против рака они могут покрываться частью B. Если они не покрываются частью B, значит, они включены в покрытие части D; • пероральные лекарственные препараты от тошноты: программа Medicare покрывает пероральные препараты от тошноты, которые используются в рамках противораковой химиотерапии, если они применяются до, во время или в течение 48 часов после химиотерапии или используются в качестве полной замены внутривенного препарата от тошноты; **Продолжение на следующей странице**	• North P22 — **0–20 %** • North P23 — **0–20 %** • North P24 — **0–20 %** • North P25 — **0–20 %** Позвоните в отдел обслуживания участников, чтобы узнать, какие лекарственные препараты предполагают долю участия **20 %**. Доля участия для некоторых лекарственных препаратов может быть ниже **20 %**, если их стоимость превышает уровень инфляции. **Лекарственные препараты, покрываемые частью B, которые приобретаются в сетевой аптеке** В сетевой аптеке при получении лекарственных препаратов, покрываемых частью B, из нашего фармацевтического справочника вы платите следующие суммы: • **$0** за лекарственные препараты для инфузионной терапии на дому (запас на срок до 100 дней) и препарат Epogen для домашнего диализа (запас на срок до 30 дней). • **$0** за все остальные непатентованные и патентованные лекарственные препараты (запас на срок до 30 дней).

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare часть B† (продолжение) • некоторые пероральные лекарственные препараты для лечения терминальной стадии хронической болезни почек, покрываемые в рамках программы Medicare часть B; • кальцимиметические и фосфат-связывающие препараты в рамках системы оплаты услуг для пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек, в том числе внутривенный лекарственный препарат Parsabiv® и пероральный лекарственный препарат Sensipar; • некоторые лекарственные препараты для диализа на дому, включая heparin, антидот для heparin (при необходимости по медицинским показаниям) и местные анестетики; • стимуляторы эритропоэза: программа Medicare покрывает препарат erythropoietin в инъекциях, если у вас терминальная стадия хронической болезни почек или вам нужен этот лекарственный препарат для лечения анемии, связанной с некоторыми другими заболеваниями (например, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® или Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta); • иммуноглобулин для внутривенного введения при лечении первичных иммунодефицитов в домашних условиях; • парентеральное и энтеральное питание (в/в и зондовое питание). Мы также покрываем некоторые вакцины по программе Medicare часть B и большинство вакцин для взрослых в рамках страхового покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare часть D. См. подробнее о покрытии лекарственных препаратов в **главе 5** *Справочника участника*. Она также содержит правила покрытия рецептурных препаратов. В **главе 6** *Справочника участника* указано, сколько вы платите за лекарственные препараты в рамках нашего плана.	

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Учреждение сестринского ухода 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. Покрываемые услуги включают, помимо прочего, следующее: • двухместная палата (или отдельная палата при необходимости по медицинским показаниям); • питание, в том числе диетическое; • услуги медсестры; • физиотерапия, эрготерапия и логопедия; • респираторная терапия; • лекарственные препараты, которые выдаются вам в рамках плана лечения (к ним относятся вещества, которые естественным образом присутствуют в организме, например факторы свертывания крови); • препараты крови, включая их хранение и введение; • медицинские и хирургические принадлежности, обычно предоставляемые учреждениями сестринского ухода; • лабораторные анализы в учреждениях сестринского ухода; • рентгенография и другие радиологические услуги, предоставляемые учреждениями сестринского ухода; • приспособления, такие как кресла-каталки, которые обычно предоставляются учреждениями сестринского ухода; • услуги врача/практикующего специалиста; • медицинское оборудование длительного пользования; • стоматологические услуги, в том числе протезирование; • офтальмологические услуги; **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Учреждение сестринского ухода (продолжение) • проверка слуха; • мануальная терапия; • услуги подиатра. Обычно указанные услуги предоставляются в сетевых учреждениях. Однако вы можете получить услуги в учреждении, не входящем в нашу сеть. Вы можете получить лечение в следующих учреждениях, если им подходит размер покрытия, предусмотренный нашим планом: • учреждение сестринского ухода или дом престарелых, в котором вы проживали непосредственно перед тем, как попасть в больницу (если в нем предоставляются услуги сестринского ухода); • учреждение сестринского ухода, в котором проживает ваш супруг/супруга или сожитель на момент вашей выписки из больницы.	
	Диагностика ожирения и терапия для снижения веса Если ваш индекс массы 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 пройти лечение в рамках комплексного плана профилактики. Подробную информацию вы можете получить у своего поставщика первичных медицинских услуг.	$0
	Услуги в рамках программы по лечению опиоидной зависимости (Opioid treatment program, OTP) Наш план покрывает лечение расстройства, связанного с употреблением опиоидов (opioid use disorder, OUD), посредством программы OTP. В нее входят следующие услуги: • лекарственные препараты, одобренные Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA), и, если применимо, назначение и выдача препаратов; • консультирование по употреблению психоактивных веществ; **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Услуги в рамках программы по лечению опиоидной зависимости (Opioid treatment program, OTP) (продолжение) • индивидуальная и групповая терапия; • анализ на наличие наркотических или химических веществ в организме (токсикологическое исследование); • введение лекарственных препаратов; • регулярные обследования.	**Если вы утратите полное покрытие по программе Medi-Cal**, то будете платить следующую **долю стоимости** за лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare часть B, которые предоставляются в рамках программы по лечению опиоидной зависимости и вводятся медицинским персоналом, в зависимости от вашего плана: • South P1 — **0–20 %** • South P6 — **0–20 %** • South P7 — **0–20 %** • South P9 — **0 %** • South P10 — **0–20 %** • South P11 — **0 %** • North P2 — **0–20 %** • North P16 — **0–20 %** • North P17 — **0–20 %** • North P18 — **0–20 %** • North P19 — **0–20 %** • North P20 — **0–20 %** • North P21 — **0–20 %** • North P22 — **0–20 %** • North P23 — **0–20 %** • North P24 — **0–20 %** • North P25 — **0–20 %** Доля участия для некоторых лекарственных препаратов может быть ниже **20 %**, если их стоимость превышает уровень инфляции.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Амбулаторные диагностические исследования, терапевтические услуги и расходные материалы Мы оплачиваем следующие услуги (а также другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не указанные ниже): • рентгенография; • ультразвуковое исследование;	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждую процедуру следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$0** • South P6 — **$0** • South P7 — **$0** • South P9 — **$0** • South P10 — **$0** • South P11 — **$0** • North P2 — **$0** • North P16 — **$0** • North P17 — **$0** • North P18 — **$0** • North P19 — **$0** • North P20 — **$0** • North P21 — **$0** • North P22 — **$0** • North P23 — **$0** • North P24 — **$50** • North P25 — **$0**
	• лабораторные анализы; • препараты крови, включая их хранение и введение; • лучевая (радиевая и изотопная) терапия, включая расходные материалы; • † хирургические расходные материалы, в том числе перевязочные материалы; • † шины, гипсовые повязки и другие приспособления, применяемые при переломах и вывихах; **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Амбулаторные диагностические исследования, терапевтические услуги и расходные материалы (продолжение) • диагностические нелабораторные исследования, такие как КТ, МРТ, ЭКГ и ПЭТ, когда ваш врач или другой поставщик медицинских услуг назначает их для лечения заболевания. **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждую процедуру магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ) и позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$375** • South P6 — **$375** • South P7 — **$375** • South P9 — **$50** • South P10 — **$375** • South P11 — **$375** • North P2 — **$375** • North P16 — **$375** • North P17 — **$375** • North P18 — **$375** • North P19 — **$375** • North P20 — **$375** • North P21 — **$375** • North P22 — **$375** • North P23 — **$375** • North P24 — **$365** • North P25 — **$375**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Амбулаторные диагностические исследования, терапевтические услуги и расходные материалы (продолжение) • любое диагностическое исследование или специальная процедура, которые проводятся в амбулаторном отделении больницы, хирургического центра или в операционной больницы либо в ином учреждении, если лицензированный специалист контролирует ваши показатели жизнедеятельности, пока вы восстанавливаете чувствительность после приема препаратов для ее снижения или минимизации дискомфорта;	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. **Если вы утратите полное покрытие по программе Medi-Cal**, вы платите за каждую процедуру следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$400** • South P6 — **$420** • South P7 — **$440** • South P9 — **$0** • South P10 — **$490** • South P11 — **$0** • North P2 — **$470** • North P16 — **$480** • North P17 — **$400** • North P18 — **$400** • North P19 — **$490** • North P20 — **$450** • North P21 — **$480** • North P22 — **$490** • North P23 — **$480** • North P24 — **$455** • North P25 — **$460**
	• другие амбулаторные диагностические исследования.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Амбулаторное наблюдение Мы оплачиваем услуги амбулаторного наблюдения, чтобы установить необходимость госпитализации либо выписки. Услуги должны соответствовать критериям программы Medicare и считаться обоснованными и необходимыми. Услуги амбулаторного наблюдения покрываются только в том случае, если предоставляются по назначению врача или другого лица, уполномоченного давать направление на госпитализацию или амбулаторные анализы в соответствии с законом штата и подзаконными актами больницы. **Примечание.** Если поставщик медицинских услуг не выпишет направление на госпитализацию в больницу для стационарного лечения, вы являетесь амбулаторным пациентом и платите долю стоимости за амбулаторные услуги больницы. Даже если вы останетесь в больнице на ночь, вас все равно могут считать амбулаторным пациентом. Если вы не знаете, являетесь ли вы амбулаторным пациентом, обратитесь к персоналу больницы. Подробную информацию можно получить в бюллетене программы Medicare *Больничное покрытие Medicare*, опубликованном на сайте Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждое пребывание при поступлении непосредственно в больницу для амбулаторного наблюдения следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$115** • South P6 — **$115** • South P7 — **$115** • South P9 — **$0** • South P10 — **$115** • South P11 — **$115** • North P2 — **$115** • North P16 — **$115** • North P17 — **$115** • North P18 — **$115** • North P19 — **$115** • North P20 — **$115** • North P21 — **$115** • North P22 — **$115** • North P23 — **$115** • North P24 — **$115** • North P25 — **$115** **Примечание.** При переводе в амбулаторное отделение из отделения скорой помощи или после амбулаторной операции дополнительная плата за амбулаторное наблюдение не взимается.

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Амбулаторные услуги больницы Мы оплачиваем услуги, необходимые по медицинским показаниям, которые вы получаете в амбулаторном отделении больницы для диагностики либо лечения болезни или травмы. К ним относятся: • услуги отделения скорой помощи или амбулатории, такие как амбулаторная хирургия или услуги наблюдения. **Продолжение на следующей странице**	**Отделение скорой помощи** $0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждое посещение следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$115** • South P6 — **$115** • South P7 — **$115** • South P9 — **$0** • South P10 — **$115** • South P11 — **$115** • North P2 — **$115** • North P16 — **$115** • North P17 — **$115** • North P18 — **$115** • North P19 — **$115** • North P20 — **$115** • North P21 — **$115** • North P22 — **$115** • North P23 — **$115** • North P24 — **$115** • North P25 — **$115** **Амбулаторная хирургия** $0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Амбулаторные услуги больницы (продолжение)	**Если вы утратите полное покрытие по программе Medi-Cal**, вы платите за каждую процедуру следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$400** • South P6 — **$420** • South P7 — **$440** • South P9 — **$0** • South P10 — **$490** • South P11 — **$0** • North P2 — **$470** • North P16 — **$480** • North P17 — **$400** • North P18 — **$400** • North P19 — **$490** • North P20 — **$450** • North P21 — **$480** • North P22 — **$490** • North P23 — **$480** • North P24 — **$455** • North P25 — **$460**
	• лабораторные анализы и диагностические исследования, за которые больница выставляет счет; • психиатрическая помощь, включая помощь в рамках программы частичной госпитализации, если врач подтверждает, что без нее потребовалось бы стационарное лечение; • † материалы медицинского назначения, такие как шины и гипсовые повязки; **Продолжение на следующей странице**	Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. $0

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Амбулаторные услуги больницы (продолжение) • некоторые лекарственные препараты, которые вы не можете принимать самостоятельно **Продолжение на следующей странице**	$0 **Если вы утратите полное покрытие по программе Medi-Cal**, то будете платить следующую **долю стоимости** за лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare часть B, требующие введения или наблюдения со стороны медицинского персонала, входящего в сеть, в зависимости от вашего плана: • South P1 — **0–20 %** • South P6 — **0–20 %** • South P7 — **0–20 %** • South P9 — **0 %** • South P10 — **0–20 %** • South P11 — **0 %** • North P2 — **0–20 %** • North P16 — **0–20 %** • North P17 — **0–20 %** • North P18 — **0–20 %** • North P19 — **0–20 %** • North P20 — **0–20 %** • North P21 — **0–20 %** • North P22 — **0–20 %** • North P23 — **0–20 %** • North P24 — **0–20 %** • North P25 — **0–20 %** Позвоните в отдел обслуживания участников, чтобы узнать, какие лекарственные препараты предполагают долю участия **20 %**. Доля участия для некоторых лекарственных препаратов может быть ниже **20 %**, если их стоимость превышает уровень инфляции.

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Амбулаторные услуги больницы (продолжение) • рентгенография и другие радиологические услуги, за которые больница выставляет счет. **Продолжение на следующей странице**	Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. **Рентгенография и ультразвуковое исследование** $0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждую процедуру следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$0** • South P6 — **$0** • South P7 — **$0** • South P9 — **$0** • South P10 — **$0** • South P11 — **$0** • North P2 — **$0** • North P16 — **$0** • North P17 — **$0** • North P18 — **$0** • North P19 — **$0** • North P20 — **$0** • North P21 — **$0** • North P22 — **$0** • North P23 — **$0** • North P24 — **$50** • North P25 — **$0** **Магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ) и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)** $0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Амбулаторные услуги больницы (продолжение)	**Если вы утратите покрытие по программе Medi-Cal**, вы платите за каждую процедуру следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$375** • South P6 — **$375** • South P7 — **$375** • South P9 — **$50** • South P10 — **$375** • South P11 — **$375** • North P2 — **$375** • North P16 — **$375** • North P17 — **$375** • North P18 — **$375** • North P19 — **$375** • North P20 — **$375** • North P21 — **$375** • North P22 — **$375** • North P23 — **$375** • North P24 — **$365** • North P25 — **$375**
	• † При получении стоматологических услуг в учреждении, состоящем в сети плана, мы предоставляем общую анестезию и услуги учреждения, связанные с анестезией, если выполнены все приведенные условия: ○ у вас есть задержка развития или наблюдается ухудшение состояния здоровья; ○ ваш клинический статус или основное заболевание требуют, чтобы стоматологическая процедура проводилась в больнице или амбулаторном хирургическом центре; ○ стоматологическая процедура обычно не требует общей анестезии. Мы не покрываем другие услуги, связанные со стоматологическими процедурами, например услуги стоматолога, за исключением случаев, когда услуги покрываются программой Medi-Cal Dental (см. раздел «Стоматологические услуги» в этой таблице).	$0 **Если вы утратите полное покрытие по программе Medi-Cal**, ознакомьтесь с подразделом «Амбулаторная хирургия», приведенным в начале этого раздела, чтобы узнать о долевом участии в расходах на эту услугу.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Амбулаторная психиатрическая помощь Мы оплачиваем услуги психиатрической помощи, которые предоставляют: • лицензированный психиатр или врач; • клинический психолог; • клинический социальный работник (CSW); • клиническая медсестра-специалист (CNS); • лицензированный профессиональный психолог-консультант (licensed professional counselor, LPC); • лицензированный психотерапевт по вопросам семьи и брака (licensed marriage and family therapist, LMFT); • практикующая медсестра (NP); • ассистент врача (PA); • любой другой специалист в области психического здоровья, сертифицированный программой Medicare, если это разрешено действующим законодательством штата. Мы оплачиваем следующие услуги (могут покрываться и другие услуги, не указанные ниже): • услуги клиники; • дневной стационар; • услуги психосоциальной реабилитации; • частичная госпитализация или интенсивные амбулаторные программы; • индивидуальное и групповое психиатрическое освидетельствование и лечение; • психологическое тестирование при наличии клинических показаний для оценки психического здоровья; • амбулаторные услуги в целях контроля лекарственной терапии; • амбулаторные лабораторные исследования, лекарственные препараты, расходные материалы и добавки; • консультации психиатра.	$0

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Амбулаторные реабилитационные услуги† Мы оплачиваем услуги физиотерапии, эрготерапии и логопедии. Амбулаторные реабилитационные услуги предоставляются в амбулаторном отделении больницы, кабинете частного психотерапевта, реабилитационном центре, предоставляющем комплексные услуги (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF), и других учреждениях. Мы также покрываем следующие услуги: • физиотерапия для предотвращения падений для взрослых, которые находятся в группе риска (по назначению врача); **Продолжение на следующей странице**	$0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждое посещение следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: **Сеансы индивидуальной терапии** • South P1 — **$0** • South P6 — **$0** • South P7 — **$20** • South P9 — **$0** • South P10 — **$20** • South P11 — **$0** • North P2 — **$0** • North P16 — **$0** • North P17 — **$0** • North P18 — **$0** • North P19 — **$0** • North P20 — **$0** • North P21 — **$0** • North P22 — **$0** • North P23 — **$0** • North P24 — **$35** • North P25 — **$0** **Сеансы групповой терапии** • South P1 — **$0** • South P6 — **$0** • South P7 — **$10** • South P9 — **$0** • South P10 — **$10** • South P11 — **$0** • North P2 — **$0** • North P16 — **$0** • North P17 — **$0** • North P18 — **$0**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Амбулаторные реабилитационные услуги† (продолжение)	• North P19 — **$0** • North P20 — **$0** • North P21 — **$0** • North P22 — **$0** • North P23 — **$0** • North P24 — **$17** • North P25 — **$0**
	• физиотерапия, эрготерапия и логопедия в рамках организованной, междисциплинарной программы реабилитации в дневном стационаре.	$0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждый день следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$0** • South P6 — **$0** • South P7 — **$20** • South P9 — **$0** • South P10 — **$20** • South P11 — **$0** • North P2 — **$0** • North P16 — **$0** • North P17 — **$0** • North P18 — **$0** • North P19 — **$0** • North P20 — **$0** • North P21 — **$0** • North P22 — **$0** • North P23 — **$0** • North P24 — **$35** • North P25 — **$0**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Амбулаторное лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ Мы оплачиваем следующие услуги (могут покрываться и другие услуги, не указанные ниже): • обследование на предмет злоупотребления алкоголем и психотерапия; • лечение злоупотребления наркотическими веществами; • групповая или индивидуальная консультация квалифицированного клинициста; • подострая детоксикация в рамках программы предоставления лицам с зависимостью ухода с проживанием; • помощь пациентам с алкогольной или наркотической зависимостью в центре лечения амбулаторных больных; • лечение препаратом Naltrexone (vivitrol) с пролонгированным высвобождением.	$0
	Амбулаторная хирургия Мы оплачиваем амбулаторную хирургию и услуги, предоставляемые в амбулаторных отделениях больниц и амбулаторных хирургических центрах. **Примечание.** Если вам предстоит операция в больнице, вам следует уточнить у своего врача, будете ли вы проходить стационарное или амбулаторное лечение. Если поставщик медицинских услуг не выпишет направление на госпитализацию в больницу, вы будете амбулаторным пациентом. Даже если вы останетесь в больнице на ночь, вас все равно могут считать амбулаторным пациентом. **Продолжение на следующей странице**	**Посещение кабинета поставщика медицинских услуг** $0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждое **посещение специалиста** следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$0** • South P6 — **$0** • South P7 — **$0** • South P9 — **$0** • South P10 — **$0** • South P11 — **$0** • North P2 — **$0** • North P16 — **$0** • North P17 — **$0**

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Амбулаторная хирургия (продолжение)	• North P18 — **$0** • North P19 — **$0** • North P20 — **$0** • North P21 — **$0** • North P22 — **$0** • North P23 — **$0** • North P24 — **$5** • North P25 — **$0** **Амбулаторная хирургия и другие процедуры** $0 **Если вы теряете полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы платите следующее за каждую процедуру в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы, если она предоставляется в амбулаторном хирургическом центре, в операционной больницы или в любом другом учреждении, и лицензированный сотрудник следит за вашими основными показателями жизнедеятельности по мере восстановления чувствительности после приема препаратов для ее снижения или минимизации дискомфорта: • South P1 — **$400** • South P6 — **$420** • South P7 — **$440** • South P9 — **$0** • South P10 — **$490** • South P11 — **$0** • North P2 — **$470** • North P16 — **$480** • North P17 — **$400** • North P18 — **$400**

Продолжение на следующей странице

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Амбулаторная хирургия (продолжение)	• North P19 — **$490** • North P20 — **$450** • North P21 — **$480** • North P22 — **$490** • North P23 — **$480** • North P24 — **$455** • North P25 — **$460**
	Безрецептурные товары Вы получите предоплаченную карту Healthy Extras с квартальным лимитом (указан справа), для приобретения соответствующих безрецептурных товаров в Интернете и в участвующих розничных магазинах, включая аптеки компании Kaiser Permanente, в которых продаются безрецептурные товары. Ваша карта будет пополняться 1 января, 1 апреля, 1 июля и 1 октября. Любая неиспользованная часть ежеквартального возмещения не переносится на следующий квартал. Стоимость соответствующих безрецептурных товаров покрывается в пределах остатка на карте. Если суммы на карте недостаточно, необходимо использовать другой способ оплаты. Размер комиссии и требования к минимальному заказу определяются розничными продавцами. Изучите информацию о комиссии на странице оформления заказа, прежде чем его размещать. Вам предложат ввести другой способ оплаты для оплаты чаевых или комиссии. Чтобы активировать карту, позвоните по номеру 1-833-524-7035 (TTY 711) с 5:00 до 17:00 по тихоокеанскому стандартному времени (Pacific Standard Time, PST) и сообщите номер карты и свой номер участника. Ели у вас уже есть карта Healthy Extras, вы не получите новую. Сохраните свою текущую карту — выплаты будут начисляться на нее. **Продолжение на следующей странице**	Вы платите $0 до суммы ежеквартальной субсидии вашего плана: • South P1 — **$75** • South P6 — **$100** • South P7 — **$150** • South P9 — **$170** • South P10 — **$125** • South P11 — **$150** • North P2 — **$50** • North P16 — **$75** • North P17 — **$75** • North P18 — **$75** • North P19 — **$75** • North P20 — **$75** • North P21 — **$75** • North P22 — **$75** • North P23 — **$75** • North P24 — **$75** • North P25 — **$75** **Для участников из Южной Калифорнии.** Если у вас есть право на специальное дополнительное покрытие для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) (см. соответствующий раздел), вы можете пользоваться ежеквартальной субсидией на товары OTC для покупки здорового питания.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Безрецептурные товары (продолжение) Чтобы настроить свою учетную запись онлайн, просмотреть список разрешенных безрецептурных товаров, найти участвующие магазины, попросить о возмещении расходов, проверить баланс и историю транзакций, совершить покупку онлайн либо заменить утерянную или украденную карту, посетите сайт mybenefitscenter.com или позвоните по номеру 1-833-524-7035 (TTY 711) с 5:00 до 17:00 PST. Кроме того, вы можете посетить сайт mybenefitscenter.com и загрузить мобильное приложение OTC Network, чтобы ознакомиться со списком участвующих розничных магазинов, найти разрешенные товары, проверить историю транзакций и остаток на карте. Вы также можете использовать мобильное приложение OTC в магазинах для сканирования товаров на предмет их соответствия требованиям во время покупок и просмотра баланса перед оформлением заказа. Участники могут загрузить мобильное приложение OTC Network непосредственно из iTunes App Store или GooglePlay. Для загрузки введите в строку поиска «OTC Network». Примечание. Любые неиспользованные суммы аннулируются при прекращении участия в нашем плане.	
	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 программе Medi-Cal Rx обращайтесь в отдел обслуживания клиентов Medi-Cal Rx по телефону 1-800-977-2273 ежедневно в любое время суток. Пользователи TTY могут звонить по номеру 711. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Вы также можете посетить сайт Medi-Cal Rx: https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/.	$0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Безрецептурные товары (OTC) для замещения никотина 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.	$0
	Паллиативная помощь Паллиативная медицинская помощь покрывается нашим планом. Паллиативная медицинская помощь предназначена для людей с тяжелыми заболеваниями. Она предоставляет лечение, которое ориентировано на пациента и его семью и призвано улучшить его качество жизни за счет прогнозирования, профилактики и лечения болевого синдрома. Паллиативная медицинская помощь — это не хоспис, поэтому не обязательно иметь ожидаемую продолжительность жизни не более шести месяцев, чтобы претендовать на нее. Участник получает паллиативную помощь одновременно с лечением/регулярным медицинским обслуживанием. Паллиативная помощь включает следующие услуги: • заблаговременное планирование обслуживания; • оценка паллиативной медицинской помощи и консультирование; • план лечения, включая все разрешенные виды паллиативной и лечебной помощи, услуги психиатрической помощи и медицинские социальные услуги; • услуги специальной команды медицинского обслуживания; • координация лечения; • устранение боли и симптомов. Нельзя пользоваться услугами хосписа и получать паллиативную помощь одновременно. Если вы получаете паллиативную помощь и соответствуете критериям для получения услуг хосписа, вы можете в любой момент обратиться с просьбой перевести вас в хоспис.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Услуги частичной госпитализации и интенсивное амбулаторное лечение Частичная госпитализация — это структурированная программа активного психиатрического лечения. Она предлагается в виде амбулаторной услуги в больнице или в общественном центре психического здоровья и является более интенсивной, чем лечение, которое вы получаете в кабинете врача, психотерапевта, лицензированного психотерапевта по вопросам семьи и брака (LMFT) или лицензированного профессионального консультанта. При этом вам не нужно постоянно находиться в больнице. Интенсивная амбулаторная помощь — это структурированная программа активной поведенческой (психиатрической) терапии, предоставляемая в виде амбулаторной помощи в больнице, общественном центре психического здоровья, медицинском центре, имеющем федеральную сертификацию, или сельской поликлинике. Она является более интенсивной, чем помощь, получаемая в кабинете врача, психотерапевта, LMFT или лицензированного профессионального консультанта, но менее интенсивная, чем частичная госпитализация.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

	Услуги врача/поставщика медицинских услуг, включая посещения кабинета врача
	
	Мы оплачиваем такие услуги:
	
	• Необходимые по медицинским показаниям услуги лечения или хирургии, которые предоставляются в следующих учреждениях:
	  ○ кабинет врача;
	  ○ сертифицированный амбулаторный хирургический центр;
	  ○ амбулаторное отделение больницы;
	  ○ любое другое учреждение.
	• Консультация, диагностика и лечение у специалиста.
	• Проверка слуха и равновесия, которую проводит ваш поставщик услуг первичной помощи, если ее назначил врач с целью выяснить, нуждаетесь ли вы в лечении.
	
	Продолжение на следующей странице
		Обратитесь за направлением на специализированное медицинское обслуживание к своему поставщику медицинских услуг.
		
		Телемедицина
		
		$0
		
		Посещение кабинета поставщика медицинских услуг
		
		$0

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Услуги врача/поставщика медицинских услуг, включая посещения кабинета врача (продолжение) • Некоторые услуги телемедицины, в том числе первичная и специализированная помощь, которая включает стационарные услуги больницы, услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода, услуги кардиологической и легочной реабилитации, экстренную медицинскую помощь, неотложную медицинскую помощь, частичную госпитализацию, медицинское обслуживание на дому, эрготерапию, услуги охраны психического здоровья, лечение заболеваний стоп, психиатрическую помощь, физиотерапию и логопедию, программу лечения опиоидной зависимости, амбулаторную рентгенографию, амбулаторно-поликлинические услуги, врачебное наблюдение, амбулаторное лечение зависимости от психоактивных веществ, услуги диализа, подбор питания/диетическое питание, просветительскую работу, обучение уходу при заболеваниях почек и самоконтролю при диабете, обследования органов слуха, подготовку к операции или пребывание в больнице, а также последующие посещения после пребывания в больнице, операции или посещения отделения скорой помощи. Услуги телемедицины предоставляются только в том случае, если поставщик услуг, входящий в сеть, считает их приемлемыми с точки зрения клинической практики. ○ У вас есть возможность получить эти услуги при личном посещении или с помощью технологий телемедицины. Если вы решите получить одну из этих услуг с помощью технологий телемедицины, обратитесь к поставщику услуг, входящему в сеть, который предлагает такие услуги. Мы предлагаем следующие услуги с использованием технологий телемедицины: ○ интерактивные онлайн-приемы для получения профессиональных услуг, если, по мнению сетевого поставщика услуг, помощь может быть оказана в этом формате; ○ запланированные консультации по телефону для получения профессиональных услуг, если, по мнению сетевого поставщика услуг, помощь может быть оказана в этом формате. **Продолжение на следующей странице**	**Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждое **посещение специалиста** следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$0** • South P6 — **$0** • South P7 — **$0** • South P9 — **$0** • South P10 — **$0** • South P11 — **$0** • North P2 — **$0** • North P16 — **$0** • North P17 — **$0** • North P18 — **$0** • North P19 — **$0** • North P20 — **$0** • North P21 — **$0** • North P22 — **$0** • North P23 — **$0** • North P24 — **$5** • North P25 — **$0** **Амбулаторная хирургия и другие процедуры** $0

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Услуги врача/поставщика медицинских услуг, включая посещения кабинета врача (продолжение) • Услуги телемедицины для лиц, которые помогают больным с терминальной стадией хронической болезни почек выполнять диализ на дому, во время ежемесячных посещений центра диализа (с неограниченным доступом) на базе больницы или специализированного лечебного учреждения, в учреждении гемодиализа или на дому. • Услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения симптомов инсульта. • Услуги телемедицины для участников с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, или сопутствующим психическим расстройством. • Услуги телемедицины для диагностики, оценки и лечения психических расстройств. • Услуги телемедицины для оказания психиатрической помощи, предоставляемые сельскими клиниками и сертифицированными медицинскими центрами, которые соответствуют федеральным стандартам. • Виртуальные консультации (например, по телефону или видеочату) с врачом в течение 5–10 минут, **если:** ○ ранее вы уже обращались к этому врачу; **и** ○ консультация не связана с посещением кабинета врача в течение последних семи дней; **и** ○ консультация не предполагает посещения кабинета врача в течение 24 часов или в ближайшее доступное время приема. • Оценка видео и/или изображений, которые вы отправляете врачу, а также интерпретация и повторный прием в течение 24 часов, **если** ○ ранее вы уже обращались к этому врачу; **и** ○ оценка не связана с посещением кабинет врача в течение последних семи дней; **и** ○ оценка не предполагает посещение кабинета врача в течение 24 часов или в ближайшем доступном временном интервале. **Продолжение на следующей странице**	**Если вы теряете полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы платите следующее за каждую процедуру в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы, если она предоставляется в амбулаторном хирургическом центре, в операционной больницы или в любом другом учреждении, и лицензированный сотрудник следит за вашими основными показателями жизнедеятельности по мере восстановления чувствительности после приема препаратов для ее снижения или минимизации дискомфорта: • South P1 — **$400** • South P6 — **$420** • South P7 — **$440** • South P9 — **$0** • South P10 — **$490** • South P11 — **$0** • North P2 — **$470** • North P16 — **$480** • North P17 — **$400** • North P18 — **$400** • North P19 — **$490** • North P20 — **$450** • North P21 — **$480** • North P22 — **$490** • North P23 — **$480** • North P24 — **$455** • North P25 — **$460**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Услуги врача/поставщика медицинских услуг, включая посещения кабинета врача (продолжение) • Консультации вашего врача с другими врачами по телефону, через интернет или электронную медицинскую карту, если вы ранее уже обращались к этому врачу. • Второе мнение от другого сетевого поставщика медицинских услуг перед хирургической операцией. • Вызовы на дом сетевого врача (или поставщика медицинских услуг, который входит в сеть и является зарегистрированной медсестрой или медбратом) в пределах нашей территории обслуживания, если, по мнению сетевого поставщика медицинских услуг, домашние условия являются оптимальными для лечения. • Лечение ультрафиолетовым излучением. **Телемедицина в рамках страхового покрытия по программе Medi-Cal.** Телемедицина — это способ получения услуг без необходимости физически присутствовать там же, где и поставщик медицинских 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 видах услуг, которые предоставляются посредством телемедицины. 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.	

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Услуги подиатра Мы оплачиваем такие услуги: • Диагностика и медикаментозное или хирургическое лечение травм и заболеваний стопы (например, молоткообразного искривления пальца стопы или пяточной шпоры). • Обычный уход за ногами для участников с такими заболеваниями, как диабет, которые также поражают ноги. В рамках вашего страхового покрытия по программе Medi-Cal мы оплачиваем услуги подиатра как необходимые по медицинским показаниям для диагностики заболевания стопы и 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. **Продолжение на следующей странице**	Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. **Посещение кабинета поставщика медицинских услуг** $0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждое **посещение специалиста** следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$0** • South P6 — **$0** • South P7 — **$0** • South P9 — **$0** • South P10 — **$0** • South P11 — **$0** • North P2 — **$0** • North P16 — **$0** • North P17 — **$0** • North P18 — **$0** • North P19 — **$0** • North P20 — **$0** • North P21 — **$0** • North P22 — **$0** • North P23 — **$0** • North P24 — **$5** • North P25 — **$0** **Амбулаторная хирургия и другие процедуры** $0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Услуги подиатра (продолжение)	**Если вы теряете полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы платите следующее за каждую процедуру в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы, если она предоставляется в амбулаторном хирургическом центре, в операционной больницы или в любом другом учреждении, и лицензированный сотрудник следит за вашими основными показателями жизнедеятельности по мере восстановления чувствительности после приема препаратов для ее снижения или минимизации дискомфорта: • South P1 — **$400** • South P6 — **$420** • South P7 — **$440** • South P9 — **$0** • South P10 — **$490** • South P11 — **$0** • North P2 — **$470** • North P16 — **$480** • North P17 — **$400** • North P18 — **$400** • North P19 — **$490** • North P20 — **$450** • North P21 — **$480** • North P22 — **$490** • North P23 — **$480** • North P24 — **$455** • North P25 — **$460**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Доконтактная профилактика ВИЧ Если у вас нет ВИЧ, но ваш врач или другой практикующий работник здравоохранения определил, что у вас повышенный риск заражения ВИЧ, мы покрываем расходы на лекарственные препараты для доконтактной профилактики (pre-exposure prophylaxis, PrEP) и сопутствующие услуги. Для соответствующих требованиям участников покрываются следующие услуги: • Одобренные FDA пероральные или инъекционные лекарственные препараты PrEP, включая плату за введение препарата, если применимо. • До восьми сеансов индивидуального консультирования (включая оценку риска заражения ВИЧ, снижение риска заражения ВИЧ и соблюдение режима приема лекарственных препаратов) каждые 12 месяцев. • До восьми обследований на ВИЧ каждые 12 месяцев. • Разовое обследование на наличие вируса гепатита B.	$0
	Скрининговые обследования на наличие рака простаты Для мужчин в возрасте 50 лет и старше мы оплачиваем следующие услуги один раз в 12 месяцев: • Пальцевое ректальное исследование. • Анализ на простатический специфический антиген (prostate specific antigen, PSA).	$0
	Протезы, ортопедические изделия и расходные материалы† Протезы полностью или частично заменяют какую-либо часть тела или функцию. Ортопедические изделия поддерживают или корректируют функцию части тела. В них входят, в том числе: • Тестирование, подгонка или обучение использованию протезов и ортопедических изделий. • Калоприемники и расходные материалы, необходимые при колостомии. **Продолжение на следующей странице**	$0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, то за наружные протезы или ортопедические приспособления и расходные материалы (в том числе для ухода за ранами), а также ортопедические ботинки после операции, если они предоставляются на амбулаторном приеме,

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Протезы, ортопедические изделия и расходные материалы† (продолжение) • Энтеральное и парентеральное питание, включая наборы для питания, инфузионный насос, трубки и адаптеры, растворы и расходные материалы для самостоятельных инъекций. • Кардиостимуляторы. • Шины. • Обувь для использования с протезами. • Протезы рук и ног. • Протезы молочной железы (включая бюстгальтер для ношения после мастэктомии). • Лицевые протезы для полной или частичной замены внешней части лица, которая была удалена или повреждена в результате болезни, травмы или врожденного дефекта. • Крем и подгузники при недержании мочи Мы оплачиваем некоторые расходные материалы, связанные с протезами и ортопедическими изделиями. Мы также оплачиваем ремонт или замену протезов и ортопедических изделий. Мы предлагаем частичное страховое покрытие после удаления катаракты или операции по удалению катаракты. Подробнее см. в разделе «Услуги, связанные со зрением» в этой таблице. Мы также оплачиваем следующие изделия, не покрываемые программой Medicare: • Определенные ортопедические ботинки после операции, если они предоставляются во время амбулаторного посещения. • Вакуумное устройство для эрекции при сексуальной дисфункции. • Определенные герметики, защитные и увлажняющие средства, мази, необходимые для ухода за ранами по медицинским показаниям. **Продолжение на следующей странице**	будете платить следующую **долю стоимости**, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **20 %** • South P6 — **20 %** • South P7 — **20 %** • South P9 — **0 %** • South P10 — **20 %** • South P11 — **20 %** • North P2 — **20 %** • North P16 — **20 %** • North P17 — **20 %** • North P18 — **20 %** • North P19 — **20 %** • North P20 — **20 %** • North P21 — **20 %** • North P22 — **20 %** • North P23 — **20 %** • North P24 — **20 %** • North P25 — **20 %** **$0** за изделия, имплантированные внутрь хирургическим путем.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Протезы, ортопедические изделия и расходные материалы† (продолжение) В рамках вашего страхового покрытия по программе Medii-Cal мы оплачиваем расходы на протезы и ортопедические изделия при соблюдении всех следующих условий: • Изделие необходимо по медицинским показаниям для восстановления функции части тела (только для протезов). • Изделие выписано вам по рецепту. • Изделие является необходимым по медицинским показаниям для обеспечения опоры части тела (только для ортопедических изделий). • Изделие необходимо вам по медицинским показаниям для выполнения повседневных действий. • Изделие подходит для вашего заболевания в целом. • Изделие покрывается программой Medi-Cal. • Вы должны получить предварительное одобрение для 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 либо поддержки ослабленной или деформированной части тела. Страховое покрытие распространяется на оборудование наименьшей стоимости, соответствующее вашим медицинским потребностям. Поставщика выбираем мы.	
	Услуги легочной реабилитации 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.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Обследование на наличие вируса гепатита С Мы оплачиваем одно обследование на наличие гепатита С, если ваш врач первичной медико-санитарной помощи или другой квалифицированный поставщик услуг здравоохранения назначил его, и вы соответствуете одному из следующих условий: • Вы относитесь к группе высокого риска, поскольку употребляете или употребляли запрещенные инъекционные наркотики. • Вам выполняли переливание крови до 1992 года. • Вы родились в период с 1945 по 1965 год. Если вы родились в период с 1945 по 1965 год и не относитесь к группе высокого риска, мы оплатим вам однократное обследование. Если вы относитесь к группе высокого риска (например, вы продолжали употреблять запрещенные инъекционные наркотики после предыдущего отрицательного скринингового теста на наличие гепатита С), мы будем оплачивать ежегодные обследования.	$0
	Конфиденциальные услуги Помимо услуг, описанных в разделах «Услуги планирования семьи» и «Обследование на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), и консультирование» в настоящей Таблице страхового покрытия, мы также покрываем такие конфиденциальные услуги, как помощь жертвам сексуального насилия, тестирование на беременность и консультирование, а также амбулаторные услуги по прерыванию беременности. 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 медицинских услуг Medi-Cal, который не входит в сеть Kaiser Permanente, позвоните в отдел обслуживания участников. **Продолжение на следующей странице**	$0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Конфиденциальные услуги (продолжение) Мы не покрываем услуги внесетевых поставщиков, которые не относятся к конфиденциальным 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 профессиональным работником здравоохранения (24 часа в сутки, 7 дней в неделю).	
	Обследование на наличие инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и консультации Мы оплачиваем обследования на хламидиоз, гонорею, сифилис и гепатит B. Эти обследования покрываются для беременных женщин и некоторых лиц с повышенным риском заражения ИППП. Необходимо соответствующее направление поставщика услуг первичной медико-санитарной помощи. Мы оплачиваем соответствующие анализы один раз в 12 месяцев или в определенное моменты времени в период беременности. 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 услуг первичной медико-санитарной помощи. Консультации должны проводиться в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, например в кабинете врача.	$0
	Услуги учреждений квалифицированного сестринского ухода (SNF) Определение учреждения квалифицированного сестринского ухода см. в **главе 12.** Иногда мы оплачиваем и другие услуги, не указанные в перечне ниже. Покрываемые услуги (предварительное пребывание в больнице не требуется): • Двухместная палата (или отдельная палата, если необходимо по медицинским показаниям). **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. Мы покрываем до 100 дней за период предоставления льгот.

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Услуги учреждений квалифицированного сестринского ухода (SNF) (продолжение) • Питание, в том числе диетическое. • Квалифицированный сестринский уход. • Физиотерапия, эрготерапия и логопедия. • Лекарственные препараты, которые вы получаете в рамках вашего плана лечения, включая вещества, которые естественным образом присутствуют в организме, например факторы свертывания крови. • Препараты крови, включая их хранение и введение. • Хирургические и медицинские принадлежности, предоставляемые учреждениями SNF. • Лабораторные анализы, выполняемые учреждениями SNF. • Рентгенография и другие радиологические услуги, предоставляемые учреждениями сестринского ухода. • Приспособления, такие как кресла-каталки, которые обычно предоставляются учреждениями сестринского ухода. • Услуги врачей / поставщиков медицинского обслуживания. Обычно указанные услуги SNF вам предоставляют в сетевых учреждениях. В определенных условиях 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: • Учреждение сестринского ухода или дом престарелых, в котором вы проживали непосредственно перед тем, как попасть в больницу (пока в нем предоставляются услуги сестринского ухода). • Учреждение сестринского ухода, в котором проживает ваш супруг/супруга или сожитель на момент вашей выписки из больницы.	**Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить следующие суммы за период предоставления льгот: • **$0** за период с 1 до 20 дней. • **$221** за период с 21 до 100 дней. Период предоставления льгот начинается в первый день вашего обращения в учреждение квалифицированного сестринского ухода (SNF), лечение в которых покрывается в рамках программы Medicare. Период предоставления льгот заканчивается, если вы не находились на стационарном лечении в каком-либо SNF в течение 60 календарных дней подряд.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Отказа от курения и употребления табака Консультации по отказу от курения и употребления табака покрываются для амбулаторных и госпитализированных пациентов, которые соответствуют следующим критериям: • Употребляют табак, независимо от того, проявляют ли они признаки или симптомы заболеваний, связанных с табаком. • Являются дееспособными и находятся в сознании во время консультации. • Консультации проводит квалифицированный врач или другой практикующий медицинский работник, признанный программой Medicare. Мы покрываем две попытки отказа от курения в год (каждая попытка может включать максимум четыре промежуточных или интенсивных сеанса, до восьми сеансов в год).	$0
	Специальное дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями — только для участников в Южной Калифорнии** Страховое покрытие здорового питания является частью специального дополнительного покрытия для лиц с хроническими заболеваниями, которым могут воспользоваться все участники в Южной Калифорнии, соответствующие критериям. Имеющие на него право участники с определенными хроническими заболеваниями, которые соответствуют установленным критериям, могут воспользоваться ежеквартальным возмещением стоимости товаров OTC для покупки продуктов питания онлайн и в участвующих в программе розничных магазинах. Перечень утвержденных продуктов может изменяться. Ваша карта будет пополняться 1 января, 1 апреля, 1 июля и 1 октября. Любая неиспользованная часть ежеквартального возмещения не переносится на следующий квартал. **Продолжение на следующей странице**	**Для участников в Южной Калифорнии.** Если у вас есть право на специальное дополнительное покрытие для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), вы можете воспользоваться ежеквартальным возмещением стоимости товаров OTC, описанным в разделе «Безрецептурные товары (OTC)» в Таблице страхового покрытия, чтобы покупать продукты для здорового питания. Вы можете самостоятельно решать, как распределять средства на вашей карте Healthy Extras для покупки товаров OTC и продуктов для здорового питания.

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Специальное дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями — только для участников в Южной Калифорнии (продолжение)** Стоимость соответствующих продуктов покрывается в пределах остатка на вашей карте. Если суммы на карте недостаточно, необходимо использовать другой способ оплаты. Размер комиссии и требования к минимальному заказу определяются розничными продавцами. Изучите информацию о комиссии на странице оформления заказа, прежде чем его размещать. Вам предложат ввести другой способ оплаты для оплаты чаевых, комиссии или не покрываемых товаров. Этим страховым покрытием могут воспользоваться только участники из Южной Калифорнии, определенные планом и отвечающие следующим критериям: • Хроническое расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и другие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (SUD). • Аутоиммунные заболевания. • Рак. • Сердечно-сосудистые заболевания. • Хроническая сердечная недостаточность. • Деменция. • Сахарный диабет. • Избыточный вес, избыточная масса тела и метаболический синдром. • Хронические желудочно-кишечные заболевания. • Хроническая почечная недостаточность (ХПН). • Тяжелые гематологические заболевания. • ВИЧ/СПИД. • Хронические заболевания легких. • Хронические и инвалидизирующие психические расстройства. • Неврологические расстройства. • Инсульт. • Уход после трансплантации органов. • Иммунодефицитные и иммуносупрессивные расстройства. • Заболевания, связанные с когнитивными нарушениями. **Продолжение на следующей странице**	**Это покрытие не предоставляется участникам в Северной Калифорнии.**

Услуга, покрываемая страховым планом	Сколько вы платите
Специальное дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями — только для участников в Южной Калифорнии (продолжение)** • Заболевания, создающие функциональные ограничения и требующие аналогичных услуг. • Хронические заболевания, ухудшающие зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние. • Заболевания, требующие продолжения терапии для поддержания или сохранения функциональных возможностей. **Как пользоваться картой Healthy Extras** Чтобы активировать карту, позвоните по номеру 1-833-524-7035 (TTY: 711) и сообщите номер карты и свой номер участника. Линия работает 7 дней в неделю с 5:00 до 17:00 по тихоокеанскому стандартному времени (Pacific Standard Time, PST). После активации карты вы сможете начать использовать доступные на ней средства для покупки утвержденных товаров в розничных и онлайн-магазинах, участвующих в программе. Ели у вас уже есть карта Healthy Extras, вы не получите новую. Сохраните свою текущую карту — выплаты будут начисляться на нее. Чтобы настроить свою учетную запись онлайн, запросить каталог, просмотреть список соответствующих товаров, найти участвующие магазины, запросить возмещение расходов, проверить баланс и историю транзакций, совершить покупку онлайн, подать запрос на возмещение расходов либо заменить утерянную или украденную карту, посетите сайт mybenefitscenter.com или звоните по номеру 1-833-524-7035 (TTY 711). Линия работает 7 дней в неделю с 5:00 до 17:00 по тихоокеанскому стандартному времени (PST). Если у вас возникла проблема с использованием карты для покупки соответствующих товаров в участвующем розничном магазине, вы можете совершить покупку с использованием другого способа оплаты, а потом подать запрос на возмещение расходов. Для этого необходимо предоставить копию товарного чека с перечнем приобретенных товаров. Запросы на возмещение расходов рассматриваются согласно процедуре принятия решения о страховом покрытии. Подавать их необходимо в течение 90 дней с даты покупки, указанной в подтверждающем документе или товарном чеке. **Продолжение на следующей странице**	

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Специальное дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями — только для участников в Южной Калифорнии (продолжение)** Кроме того, вы можете посетить сайт mybenefitscenter.com и загрузить мобильное приложение OTC Network, чтобы ознакомиться со списком участвующих розничных магазинов, в которых можно приобрести продукты для здорового питания и товары OTC, находить подходящие товары, проверять историю транзакций и остаток на карте. Вы также можете использовать мобильное приложение OTC в магазинах для сканирования товаров на предмет их соответствия требованиям во время покупок и просмотра баланса перед оформлением заказа. Участники могут загрузить мобильное приложение OTC Network непосредственно из iTunes App Store или GooglePlay. Для загрузки введите в строку поиска «OTC Network». Примечание. Любые неиспользованные суммы аннулируются при прекращении участия в нашем плане. ** Страховое покрытие здорового питания является частью специальной дополнительной программы для лиц с хроническими заболеваниями. Не все участники имеют право на такое страховое покрытие. Право на него имею участники с определенными хроническими заболеваниями, такими как диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, остеоартрит или хроническое заболевание почек. Также существуют другие условия, при соответствии которым вы можете иметь право на такое страховое покрытие. Наличие заболевания не гарантирует право на это страховое покрытие. Для его получения необходимо соответствовать всем применимым требованиям. Свяжитесь с нами, чтобы узнать больше.	
	Лечебная физкультура (ЛФК) под наблюдением Мы оплачиваем ЛФК под наблюдением для участников с симптоматическими проявлениями заболевания периферических артерий (ЗПА), у которых есть направление от врача, занимающегося лечением ЗПА. Что оплачивает план: • До 36 сеансов в течение 12 недель при соблюдении всех требований ЛФК под наблюдением. **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Лечебная физкультура (ЛФК) под наблюдением (продолжение) • Дополнительные 36 сеансов по истечении некоторого времени, если поставщик услуг здравоохранения сочтет их необходимыми по медицинским показаниям. Требования к программе ЛФК: • Длительность 30–60 минут при ЗПА у пациентов с судорогами в ногах из-за плохого кровотока (перемежающаяся хромота). • Проводится в амбулаторных условиях больницы или кабинете врача. • Проводится квалифицированным персоналом, обученным лечебной физкультуре при ЗПА, который следит за тем, чтобы польза превышала вред. • Проводится под непосредственным наблюдением врача, ассистента врача или практикующей медсестры / клинической медсестры-специалиста, обученных как основным, так и продвинутым методикам поддержания основных жизненных функций.	
	Транспортировка: медицинская транспортировка, не относящаяся к экстренной помощи **Покрытие по программе Medicare**. Мы покрываем услуги медицинской транспортировки, не относящейся к экстренной помощи, с использованием лицензированных носилок, медицинской каталки в автомобиле или кресла-каталки домой (на расстояние в пределах 100 миль), в учреждение квалифицированного сестринского ухода или при переводе в учреждение с более высоким уровнем обслуживания непосредственно после перечисленных ниже ситуаций, если эти услуги являются необходимыми по медицинским показаниям и предписаны сетевым поставщиком медицинских услуг: • госпитализация в стационаре больницы; или • определенные виды экстренной, неотложной медико-санитарной помощи или амбулаторное обслуживание в больнице. **Продолжение на следующей странице**	$0

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Транспортировка: медицинская транспортировка, не относящаяся к экстренной помощи (продолжение) **Страховое покрытие по программе Medi-Cal.** Эта льгота позволяет осуществлять медицинскую транспортировку для услуги, покрываемой вашим планом и программой Medicare. Может включать следующее: машина скорой помощи, машина для перевозки лежачих больных, фургон для транспортировки больных на креслах-каталках, транспорт, предоставляемый службой перевозки пожилых и людей с инвалидностью. Эти виды транспорта доступны в таких случаях: • ваш поставщик медицински услуг определил, что ваше медицинское и/или физическое состояние не позволяет вам ездить на автобусе, легковом автомобиле, такси или другом виде общественного или частного транспорта, **и** • требуется предварительное разрешение, и вам нужно будет позвонить в свой план, чтобы договориться о поездке. Информацию о том, как запросить медицинскую транспортировку, не относящуюся к экстренной помощи, см. в **главе 3**.	Обратитесь за направлением на медицинскую транспортировку, покрываемую по программе Medi-Cal, к своему поставщику медицинских услуг.
	Транспортировка: немедицинская транспортировка† В рамках этой льготы вы можете добираться до медицинских учреждений на легковом автомобиле, такси и других видах общественного/личного транспорта. Транспортировка требуется для получения необходимого медицинского обслуживания, покрываемого программой Medi-Cal, включая поездки на прием к стоматологу и за рецептурными лекарствами. Транспортировка, связанная с услугами, покрываемыми одновременно программой Medi-Cal и программой Medicare, покрывается. Информацию о том, как запросить немедицинскую транспортировку, см. в **главе 3**.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Неотложная медицинская помощь Неотложная медицинская помощь оказывается в таких случаях: • неэкстренная ситуация, требующая немедленной медицинской помощи; **или** • непредвиденная болезнь, **или** • травма, **или** • состояние, требующее немедленного лечения. Если вам требуется неотложная медицинская помощь, сначала попытайтесь получить ее у сетевого поставщика медицинских услуг. Однако вы можете получить неотложную медицинскую помощь у внесетевых поставщиков медицинских услуг, если сетевые поставщики медицинских услуг недоступны для вас в силу сроков, места или обстоятельств либо если невозможно или нерационально пользоваться услугами сетевых поставщиков медицинских услуг (например, если вы находитесь за пределами территории обслуживания плана и нуждаетесь в срочной медицинской помощи в связи со своим состоянием, которое не требует экстренной медицинской помощи). У вас есть страховое покрытие на случай оказания неотложной медико-санитарной помощи во время путешествия в любой точке мира. Вы сможете воспользоваться страхованием, 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.	**Посещение кабинета врача** $0 **Посещение отделения скорой помощи** $0 **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить за каждое посещение следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$115** • South P6 — **$115** • South P7 — **$115** • South P9 — **$0** • South P10 — **$115** • South P11 — **$115** • North P2 — **$115** • North P16 — **$115** • North P17 — **$115** • North P18 — **$115** • North P19 — **$115** • North P20 — **$115** • North P21 — **$115** • North P22 — **$115** • North P23 — **$115** • North P24 — **$115** • North P25 — **$115**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Услуги, связанные со зрением Мы оплачиваем такие услуги: • Одна плановая проверка зрения ежегодно.	$0 Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление к офтальмологу.
	Мы покрываем амбулаторные услуги врача по диагностике и лечению заболеваний и травм глаз. Например, лечение возрастной макулярной дегенерации. **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг и получите направление к офтальмологу. **Если вы утратите полное страховое покрытие по программе Medi-Cal**, вы будете платить **за каждое посещение офтальмолога** следующие суммы, в зависимости от плана, в котором вы зарегистрированы: • South P1 — **$0** • South P6 — **$0** • South P7 — **$0** • South P9 — **$0** • South P10 — **$0** • South P11 — **$0** • North P2 — **$0** • North P16 — **$0** • North P17 — **$0** • North P18 — **$0** • North P19 — **$0** • North P20 — **$0** • North P21 — **$0** • North P22 — **$0** • North P23 — **$0** • North P24 — **$5** • North P25 — **$0**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Услуги, связанные со зрением (продолжение) Для участников в группе высокого риска возникновения глаукомы мы оплачиваем один скрининг на глаукому ежегодно. В группу высокого риска развития глаукомы входят: • люди с семейной историей глаукомы; • люди с диабетом; • афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше; • латиноамериканцы в возрасте 65 лет и старше. Для людей с диабетом мы оплачиваем обследование на диабетическую ретинопатию один раз в год.	$0 Участникам из Южной Калифорнии следует обратиться за направлением к своему поставщику медицинских услуг.
	Очки после операции по удалению катаракты. Мы оплачиваем следующие услуги и товары: • Мы оплачиваем одну пару 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. • Корректирующие линзы/оправы (и их замена), показанные после удаления катаракты без имплантации линзы.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. **Примечание.** Если стоимость приобретаемых вами очков превышает сумму, которую покрывает программа Medicare, вы доплачиваете разницу.
	Очки и контактные линзы. Раз в 12 месяцев мы предоставляем вам возмещение, 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 услуг и товаров: • линзы для очков, когда сетевой поставщик услуг помещает линзы в оправу; • оправы для очков, когда сетевой поставщик услуг помещает в оправу две линзы (по крайней мере одна из которых имеет коэффициент преломления); • контактные линзы, подбор и выдача. **Продолжение на следующей странице**	Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. Вы платите $0 в пределах возмещаемой стоимости, предусмотренной вашим планом: • South P1 — **$350** • South P6 — **$400** • South P7 — **$500** • South P9 — **$500** • South P10 — **$500** • South P11 — **$500**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Услуги, связанные со зрением (продолжение) Мы не предоставляем возмещение, если предоставили компенсацию (или другое покрытие) стоимости линз или оправы в течение предыдущих 12 месяцев. Возмещение можно использовать только в момент первоначальной продажи. Если вы не используете возмещение в момент первоначальной продажи, то не сможете использовать его позже.	• North P2 — **$350** • North P16 — **$350** • North P17 — **$350** • North P18 — **$350** • North P19 — **$350** • North P20 — **$350** • North P21 — **$350** • North P22 — **$350** • North P23 — **$350** • North P24 — **$350** • North P25 — **$350** Если стоимость приобретаемых вами очков превышает предел возмещения стоимости, предусмотренный вашим планом, **вы доплачиваете разницу.**
	Замена линз. 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 диоптрии для одного или обоих глаз, мы предоставим возмещение стоимости заменяющего изделия того же типа (линза для очков или контактная линза, подбор и выдача) для одного либо обоих глаз соответственно. Предел возмещаемой стоимости для одной сменной линзы составляет **$30** для однофокальной очковой линзы или контактной линзы (включая подбор выдачу) и **$45** для мультифокальной очковой линзы либо линзы двояковыпуклой формы.	Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. Если стоимость линз, которые вы покупаете, превышает **$30** предел возмещаемой стоимости для однофокальной линзы или **$45** для мультифокальных или двояковыпуклых очковых линз, **вы оплачиваете разницу.**
	Специальные контактные линзы. Мы покрываем специальные контактные линзы, если они прописаны сетевым врачом или поставщиком медицинских услуг, который является оптометристом: • До двух контактных линз на каждый глаз с подбором и выдачей каждые 12 месяцев для лечения аниридии (отсутствие радужной оболочки), если необходимо по медицинским показаниям. **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Услуги, связанные со зрением (продолжение) • 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.	
	Линзы для очков в рамках страхового покрытия Medi-Cal. Комплект очков (оправа и линзы). Программа Medi-Cal оплачивает один комплект очков каждые 24 месяца, если выписан рецепт на очки не менее 0,75 диоптрии. **Линзы для очков.** Мы закажем для вас новые очки или очки на замену у поставщика линз для очков DHCS. Если поставщик DHCS не может предоставить вам линзы, мы организуем изготовление линз в другой оптической лаборатории. Вы не будете доплачивать, если нам придется принимать меры, поскольку поставщик DHCS не может изготовить линзы для ваших очков. Если вам нужны линзы для очков или характеристики, которые не покрываются программой Medi-Cal, то вам, возможно, придется доплатить за эти улучшения. **Оправы для очков.** Мы оплачиваем новые или сменные оправы, которые стоят **$80** или меньше. Если вы выберете оправу стоимостью более **$80**, то должны будете оплатить разницу между стоимостью оправы и **$80**. **Замена очков в течение 24 месяцев.** Мы оплачиваем замену очков, если согласно рецепту параметр изменился по меньшей мере на 0,50 диоптрии или если ваши очки потеряны, украдены или сломаны (и их нельзя починить) не по вашей вине. Вы должны предоставить нам заявление с описанием того, как были потеряны, украдены или сломаны ваши очки. Оправа для замены будет выполнена в том же стиле, что и ваша старая оправа (стоимостью не более **$80**), если с момента получения очков прошло менее чем 24 месяца. **Продолжение на следующей странице**	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг. Если вам нужны линзы для очков или характеристики, которые не покрываются программой Medi-Cal, то **вам, возможно, придется доплатить за эти улучшения.**

Услуга, покрываемая страховым планом		Сколько вы платите
	Услуги, связанные со зрением (продолжение) **Приспособления для слабовидящих.** В рамках программы Medi-Cal мы также оплачиваем расходы на приспособления для слабовидящих при соблюдении всех следующих условий: • 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. • Состояние, вызывающее ухудшение зрения, является хроническим и не поддается медикаментозному или хирургическому лечению. • Есть основания предполагать, что при таком физическом и психическом состоянии получателя приспособление облегчит получателю его повседневную деятельность. Страховое покрытие распространяется на приспособления наименьшей стоимости, соответствующие медицинским потребностям участника. Страховое покрытие по программе Medi-Cal не распространяется на электронные увеличительные устройства и устройства для глаз без линз.	$0 Обратитесь за направлением к своему поставщику медицинских услуг.
	Профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» Мы покрываем одноразовый профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare». Во время приема предоставляются следующие услуги: • проверка состояния здоровья; • обучение и консультирование по поводу необходимых профилактических услуг (включая обследования и прививки); **и** • направление к другим специалистам, если необходимо. **Примечание.** Мы оплачиваем профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» только в течение первых 12 месяцев вашего участия в рамках программы Medicare часть B. Когда вы записываетесь на прием, сообщите своему врачу, что хотите запланировать профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare».	$0

E. Ресурсы поддержки по месту жительства

Вы можете получать поддержку в рамках вашего индивидуального плана обслуживания. Ресурсы поддержки по месту жительства — это приемлемые с медицинской точки зрения и экономически выгодные альтернативные услуги или условия, предоставляемые в рамках планов Medi-Cal штата. Эти услуги являются необязательными для участников. Если вы соответствуете требованиям, эти услуги могут помочь вам жить более независимо. Они не заменяют покрываемые услуги и товары, которые вы уже получаете по программе Medi-Cal.

Ниже приведены примеры услуг по программе поддержки по месту жительства. Они доступны не во всех регионах. Не все участники имеют право на получение услуг в рамках этой программы. Вы должны соответствовать определенным критериям.

Ресурсы поддержки по месту жительства	**Описание**	**Кто может иметь право**
Помощь при перемещении в учреждение проживания с уходом (Assisted Living Facility, ALF)	Услуги помогают участнику жить в сообществе и/или избежать помещения в учреждение сестринского ухода. Цель услуг — облегчить возвращение из учреждения сестринского ухода в домашнюю обстановку сопровождаемого проживания и/или предотвратить помещение в учреждения квалифицированного сестринского ухода для участников с неотложной потребностью в уходе уровня учреждения сестринского ухода.	Следующие участники: • которые пребывали в учреждении сестринского ухода более 60 дней, желают переехать в учреждение проживания с уходом (ALF) и могут там безопасно жить; **или** • которые живут в сообществе, желают оставаться в сообществе, могут безопасно жить в учреждении ALF и нуждаются в обслуживании, предоставляемом в учреждении сестринского ухода, но хотят получать эти услуги в учреждении ALF вместо переезда в учреждение сестринского ухода.

Ресурсы поддержки по месту жительства	Описание	Кто может иметь право
Облегчение состояния при астме	Включает физические изменения домашней обстановки, которые необходимы для обеспечения здоровья, хорошего самочувствия и безопасности человека или позволяют ему функционировать в домашних условиях, снижая вероятность острых приступов астмы.	Участники, проходившие оценку домашней обстановки на наличие триггеров в течение последних 12 месяцев в рамках услуг по профилактике астмы (Asthma Preventive Services, APS), как указано в Таблице страхового покрытия.
Помощь при переходе к сопровождаемому проживанию или домой	Включает единовременные расходы на обустройство для лиц, переводящихся из лицензированного учреждения домой, где человек самостоятельно оплачивает свои расходы на проживание.	Следующие участники: • которые в настоящее время получают необходимое по медицинским показаниям обслуживание уровня учреждения сестринского ухода, но хотят переехать домой и продолжать получать обслуживание; **и** • которые пребывали в учреждении сестринского ухода или реабилитационного ухода более 60 дней; **и** • которые заинтересованы в том, чтобы вернуться в сообщество; **и** • которые способны безопасно проживать в сообществе при наличии соответствующей и экономически эффективной поддержки и услуг.

Ресурсы поддержки по месту жительства	Описание	Кто может иметь право
Дневные программы развития навыков	Эти услуги предоставляются на дому или вне дома, не в условиях учреждения. Дневные программы развития навыков направлены на оказание помощи в приобретении, сохранении и совершенствовании навыков самопомощи, социализации и адаптации, необходимых для успешного проживания в естественной для человека среде.	Следующие участники: • которые являются бездомными; **или** • которые были бездомными ранее, но получили жилье в течение последних 24 месяцев; **или** • которые находятся под угрозой стать бездомными или быть помещенными в учреждение, если при этом стабильность их жилищной ситуации может быть улучшена за счет участия в дневной программе развития навыков.
Адаптация внешней среды для повышения доступности (модификация дома)	Эти услуги включают физическую адаптацию жилья, необходимую для обеспечения здоровья, благополучия и безопасности участника или позволяющую ему функционировать дома с большей независимостью, без которой участнику потребовалось бы помещение в учреждение.	Участники, находящиеся под угрозой помещения в учреждение.

Ресурсы поддержки по месту жительства	Описание	Кто может иметь право
Финансовая помощь при заселении в жилье	Услуги помогают определять, координировать, обеспечивать или финансировать единоразовые услуги и модификации, необходимые для того, чтобы участник мог создать основное домашнее хозяйство, помимо проживания и питания.	Следующие участники: • которые соответствуют определению бездомных, данному Управлением жилищного строительства и городского развития (Housing and Urban Development, HUD), или находятся под угрозой стать бездомными, а также подвержены влиянию одного или нескольких факторов клинического риска; **или** • которые определены как имеющие право на услуги переходной аренды; **или** • которым присвоен приоритет для получения постоянной жилищной поддержки или субсидии на оплату аренды в рамках местной системы координированного подбора жилья и услуг поддержки для бездомных или аналогичной системы.
Помощь с арендой и сохранением жилья	Это услуги по аренде и сохранению жилья, направленные на поддержание безопасного и стабильного проживания после получения жилья.	Следующие участники: • которые соответствуют определению бездомных, данному Управлением жилищного строительства и городского развития (HUD), или находятся под угрозой стать бездомными, а также подвержены влиянию одного или нескольких факторов клинического риска; **или**

Ресурсы поддержки по месту жительства	Описание	Кто может иметь право
		• которые определены как имеющие право на услуги переходной аренды; **или** • которым присвоен приоритет для получения постоянной жилищной поддержки или субсидии на оплату аренды в рамках местной системы координированного подбора жилья и услуг поддержки для бездомных или аналогичной системы.
Услуги по переходу в новое жилье и подбору жилья	Услуги помогают участникам получить жилье и включают в себя проведение скрининга арендаторов и оценку жилья, составление индивидуального плана жилищной поддержки и обеспечение жильем.	Следующие участники: • которые соответствуют определению бездомных, данному Управлением жилищного строительства и городского развития (HUD), или находятся под угрозой стать бездомными, а также подвержены влиянию одного или нескольких факторов клинического риска; **или** • которые определены как имеющие право на услуги переходной аренды; **или** • которым присвоен приоритет для получения постоянной жилищной поддержки или субсидии на оплату аренды в рамках местной системы координированного подбора жилья и услуг поддержки для бездомных или аналогичной системы.

Ресурсы поддержки по месту жительства	Описание	Кто может иметь право
Питание с учетом индивидуального диагноза / медицинское поддерживающее питание	Эти услуги включают: 1) питание с учетом индивидуального диагноза, предоставляемое участнику на дому и отвечающее уникальным диетическим потребностям людей с хроническими заболеваниями, разработанное сертифицированным специалистом по питанию; и/или 2) вспомогательные медицинские диетологические услуги.	Участники с серьезными или хроническими заболеваниями, нуждающиеся в особом режиме питания.
Услуги личного ухода и ведения домашнего хозяйства	Эти услуги предусматривают помощь в выполнении повседневных действий (ADL) и помощь в выполнении инструментальных повседневных действий (Instrumental Activities of Daily Living, IADL).	Следующие участники: • которые находятся под угрозой госпитализации или помещения в учреждение сестринского ухода; **или** • которые имеют функциональные нарушения и не имеют другой адекватной системы поддержки; **или** • для которых одобрено предоставление услуг поддержки на дому.
Реабилитационный уход (временный медицинский уход)	Эти услуги включают краткосрочное пребывание в учреждении, обеспечивающем уход и проживание, для людей, которые больше не нуждаются в госпитализации, но все еще нуждаются в восстановлении после травмы или болезни и чье состояние может усугубиться из-за нестабильности обстановки проживания.	Следующие участники: • которые нуждаются в восстановлении после травмы или болезни; **и** • которые соответствуют определению бездомных, данному HUD, или находятся под угрозой стать бездомными.

Ресурсы поддержки по месту жительства	Описание	Кто может иметь право
Замена для ухаживающего лица	Эти услуги предоставляются на краткосрочной основе в связи с временным отсутствием лиц, обычно осуществляющих уход, или необходимостью этих лиц в помощи и/или с целью контроля этих лиц и не являются медицинскими по своей природе. Эта услуга отличается от временного медицинского ухода / реабилитационного ухода и предоставляется только лицу, осуществляющему уход.	Участники, которые проживают в сообществе и испытывают трудности с повседневными действиями (ADL), а также зависят от поддержки квалифицированного лица, осуществляющего уход, для которого необходимо предоставить замену, чтобы избежать необходимости помещения участника в учреждение.
Вытрезвители	Эти учреждения служат альтернативными местами для людей, которые находятся в состоянии алкогольного опьянения в общественном месте и в противном случае были бы доставлены в отделение скорой помощи или тюрьму. Вытрезвители предоставляют таким людям, в первую очередь бездомным или тем, кто находится в нестабильной жизненной ситуации, безопасную и благоприятную среду для того, чтобы протрезветь.	Следующие участники: • в возрасте 18 лет и старше; **и** • которые находятся в состоянии алкогольного опьянения, но в сознании, готовы к сотрудничеству, могут ходить, не агрессивны и не страдают от каких-либо медицинских нарушений (в том числе от угрожающих жизни симптомов отмены или явных симптомов основного заболевания); **и** • которые в противном случае были бы доставлены в отделение скорой помощи или в тюрьму; **или** • которые обратились в отделение скорой помощи и могут быть направлены в вытрезвитель.

Ресурсы поддержки по месту жительства	Описание	Кто может иметь право

Переходная аренда	До 6 месяцев помощи с арендой жилья в промежуточных или постоянных условиях.	Следующие участники:
		• у которых присутствует один или несколько отвечающих требованиям факторов клинического риска; **и**
		• которые соответствуют определению бездомных, данному HUD, или находятся под угрозой стать бездомными; **и**
		• которые переходят из одного из двух отвечающих требованиям учреждений:
		  ○ из учреждения ухода или учреждения совместного проживания;
		  ○ из места заключения.

Если вам нужна помощь или информация о доступных вам ресурсах поддержки по месту жительства, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-443-0815 (TTY: 711) или свяжитесь со своим координатором медицинского обслуживания.

F. Услуги, покрытие которых не предусмотрено планом

Мы не покрываем следующие услуги, но они доступны в рамках плана Medi-Cal со сдельной оплатой.

F1. Программа перехода к проживанию в сообществе в штате Калифорния (CCT)

В рамках Программы перехода к проживанию в сообществе в штате Калифорния (California Community Transitions, CCT) местные ведущие организации помогают участникам программы Medi-Cal, которые имеют право на льготы и пробыли в стационарном учреждении не менее 60 дней подряд, вернуться к жизни в сообществе 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 сообществе.

Вы можете получить услуги по координации перехода от любой ведущей организации CCT, обслуживающей округ, в котором вы проживаете. Список ведущих организаций CCT и округов, которые они обслуживают, можно найти на веб-сайте Департамента здравоохранения по адресу: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Услуги по координации перехода в рамках программы CCT

Программа Medi-Cal оплачивает услуги по координации перехода. Вы ничего не платите за эти услуги.

Услуги, не связанные с переходом в рамках программы CCT

Поставщик медицинских услуг 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 программы CCT, мы оплачиваем услуги, перечисленные в Таблице страхового покрытия в **разделе D**.

Без изменений в страховом покрытии лекарственных препаратов

Программа CCT 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 во время переходного периода, не предусмотренный программой CCT, позвоните своему координатору медицинского обслуживания, чтобы договориться об услугах. Под уходом во время переходного периода, не предусмотренным программой CCT, подразумевается уход, **не** связанный с вашим возвращением из учреждения.

F2. Программа Medi-Cal Dental

Некоторые стоматологические услуги доступны в рамках программы Medi-Cal Dental. Более подробную информацию см. на веб-сайте smilecalifornia.org. Программа Medi-Cal Dental включает, помимо прочего, следующие услуги:

- первичные осмотры, рентгенологические обследования, профессиональная чистка зубов, герметизация фиссур и обработка фторсодержащими средствами;
- реставрация зубов и установка коронок;
- лечение зубных каналов;
- изготовление частичных и полных зубных протезов, а также их корректировка, ремонт и перебазировка.

Чтобы получить дополнительную информацию о страховом покрытии стоматологических услуг, доступном по программе Medi-Cal Dental, или помощь в поиске стоматолога, принимающего участие в программе Medi-Cal, обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-322-6384 (номер для пользователей TTY: 1-800-735-2922). Звонки бесплатные. Связаться с представителями программы Medi-Cal Dental можно с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Для получения дополнительной информации вы также можете посетить веб-сайт smilecalifornia.org.

В округах Sacramento и Los Angeles можно получить страховое покрытие на стоматологические услуги по программе Medi-Cal в рамках плана регулируемого стоматологического обслуживания (DMC). Если вы хотите получить подробную информацию о стоматологических планах Medi-Cal или хотите сменить план, позвоните в отдел вариантов услуг здравоохранения по номеру 1-800-430-4263 (номер для пользователей TTY: 1-800-430-7077). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Звонки бесплатные. Контактную информацию планов DMC также можно получить на сайте: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

F3. Услуги поддержки на дому (IHSS)

- Программа услуг поддержки на дому (IHSS) поможет оплатить услуги зарегистрированных поставщиков, необходимые вам для того, чтобы вы могли оставаться в безопасности в своем собственном доме. IHSS считается альтернативой уходу за больными вне дома, например в центрах сестринского ухода, пансионатах и учреждениях по уходу.

- Для получения услуг проводится оценка с целью определения того, какие виды услуг могут быть разрешены для каждого участника на основе его потребностей. Типы услуг, которые могут быть разрешены в рамках поддерживающих услуг на дому, включают уборку дома, приготовление пищи, стирку, покупку продуктов, услуги личного ухода (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 медицинского обслуживания поможет подать заявление на получение услуг IHSS, для чего необходимо обратиться в агентство социальных услуг вашего округа. Контактную информацию для вашего округа можно найти в **разделе I главы 2** или на сайте https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices.

F4. Альтернативная программа получения услуг на дому и по месту жительства согласно разделу 1915(c)

Альтернативная программа проживания с уходом (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 сестринского ухода для участников программы, которым в скором времени потребуется помещение в учреждение сестринского ухода.

- Участники, зарегистрированные в программе ALW, могут продолжать участвовать в этой программе и одновременно получать покрываемые услуги и товары, предусмотренные нашим планом. Для координации получаемых вами услуг наш план сотрудничает с вашим агентством по координации услуг ALW.

- В настоящее время услуги по программе ALW доступны только в следующих округах: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara и Sonoma.

- Ваш координатор медицинского обслуживания может помочь вам подать заявление на участие в программе ALW. Список агентств по координации услуг ALW можно найти на следующем веб-сайте: https://www.dhcs.ca.gov/services/long-term-care-alternatives-home-and-community-based-service-options/participating-care-coordination-agencies/.

Альтернативная программа получения помощи на дому и по месту жительства для жителей Калифорнии с нарушениями развития (HCBS-DD)

Альтернативная программа свободного волеизъявления (SDP) для жителей Калифорнии с нарушениями развития

- Существует две программы согласно разделу 1915(c), Альтернативная программа получения услуг на дому и по месту жительства для жителей Калифорнии с нарушениями развития (Home and Community Based Services Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD) и Альтернативная программа свободного волеизъявления (Self-Determination Program, 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 медицинского обслуживания может помочь вам получить услуги по альтернативной программе для лиц с нарушениями развития.

Альтернативная программа получения помощи на дому и по месту жительства (HCBA)

- Альтернативная программа получения помощи на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Alternative, HCBA) предоставляет услуги управления медицинским обслуживанием для лиц, подверженных риску помещения в центр сестринского ухода или другое стационарное учреждение. Услуги по управлению медицинским обслуживанием 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, услуги поддержки на дому и т. д.), а также организовывает другие услуги по долговременному уходу и поддержке, доступные в вашем населенном пункте. Услуги по управлению медицинским обслуживанием и услуги по альтернативной программе предоставляются по месту жительства участника. Местом проживания может быть частная собственность, арендованное жилье или дом члена семьи участника.

- Участники, зарегистрированные в программе HCBA, могут оставаться ее участниками и одновременно получать покрываемые услуги и товары, предусмотренные нашим планом. Для координации получаемых вами услуг наш план сотрудничает с вашим агентством, предоставляющим услуги по программе HCBA.

- Ваш координатор медицинского обслуживания может помочь вам подать заявление на участие в программе HCBA. Список агентств, предоставляющих услуги по программе HCBA, можно найти на следующем веб-сайте: Альтернативная программа получения помощи на дому и по месту жительства | DHCS.

Альтернативная программа Medi-Cal (MCWP)

- Альтернативная программа Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) предоставляет комплексные услуги по ведению пациента и непосредственному уходу для людей с ВИЧ 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 обслуживании, чтобы участник программы мог оставаться дома и в сообществе.

- Целями программы MCWP являются: (1) предоставление услуг на дому и по месту жительства 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 охраны психического здоровья; (4) координация работы поставщиков медицинских услуг и исключение дублирования услуг.

- Участники, зарегистрированные в программе MCWP, могут оставаться ее участниками и одновременно получать льготы, предусмотренные нашим планом. Для координации получаемых вами услуг наш план сотрудничает с вашим агентством, предоставляющим услуги по программе MCWP.

- Ваш координатор медицинского обслуживания может помочь вам подать заявление на участие в программе MCWP. Список агентств, предоставляющих услуги по программе MCWP, можно найти на следующем веб-сайте: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx.

Многоцелевая программа услуг для пожилых людей (MSSP)

- Многоцелевая программа услуг для пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) предоставляет социальные услуги и услуги по управлению медицинским обслуживанием, чтобы помочь людям оставаться дома и в сообществе.

- Хотя большинство участников программы также получают услуги поддержки на дому, MSSP осуществляет постоянную координацию обслуживания, помогает участникам получать другие необходимые услуги и ресурсы по месту жительства, координирует работу с поставщиками услуг здравоохранения и приобретает некоторые необходимые услуги, которые не доступны в других случаях, чтобы предотвратить или отсрочить помещение в учреждение. Общая годовая стоимость управления медицинским обслуживанием и других услуг должна быть ниже, чем стоимость обслуживания в учреждении квалифицированного ухода.

- Группа специалистов по медицинским и социальным услугам 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 обслуживания. Вы можете получить указанные ниже услуги:

  - управление медицинским обслуживанием;
  - дневной уход за взрослыми;
  - мелкий бытовой ремонт / обслуживание жилья;

- дополнительные бытовые услуги, услуги личного ухода и патронаж;
- замена для ухаживающего лица;
- транспортные услуги
- консультационные и терапевтические услуги;
- услуги по организации питания;
- коммуникационные услуги.

- Участники, зарегистрированные в программе MSSP, могут оставаться ее участниками этой программы и одновременно получать страховое покрытие нашего плана. Для координации получаемых вами услуг наш план сотрудничает с вашим агентством, предоставляющим услуги по программе MSSP.

- Ваш координатор медицинского обслуживания может помочь вам подать заявление на участие в программе MSSP. Список агентств, предоставляющих услуги по программе MSSP, можно найти на следующем веб-сайте: aging.ca.gov/Providers_and_Partners/Multipurpose_Senior_Services_Program/Service_Area_Map/.

F5. Оказываемые округом услуги охраны психического здоровья, предоставляемые за рамками нашего плана (услуги по лечению психических расстройств и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ)

У вас есть возможность воспользоваться необходимыми по медицинским показаниям услугами охраны психического здоровья, которые покрывают программы Medicare и Medi-Cal. Мы предоставляем доступ к услугам охраны психического здоровья, покрываемым регулируемым медицинским обслуживанием по программам Medicare и Medi-Cal. В нашем плане не предусмотрены покрываемые программой Medi-Cal специализированные услуги психиатрической помощи или оказываемые округом услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, однако они доступны вам в окружных агентствах по вопросам охраны психического здоровья.

Специализированные услуги психиатрической помощи по программе Medi-Cal доступны вам в рамках окружного плана психологической и психиатрической помощи (MHP), если вы соответствуете критериям для получения доступа к специализированным услугам психиатрической помощи. Специализированные услуги психиатрической помощи по программе Medi-Cal, предоставляемые планом MHP вашего округа, включают следующее:

- услуги психиатрической помощи;
- лекарственное обеспечение;
- услуги интенсивной терапии в дневном стационаре;
- реабилитация в дневном стационаре;
- услуги по кризисному вмешательству;
- услуги по кризисной стабилизации;
- услуги лечения с проживанием для взрослых;
- услуги лечения с проживанием в кризисных ситуациях;
- услуги психиатрического лечебного учреждения;

- стационарное психиатрическое обслуживание;
- адресное ведение пациентов;
- услуги взаимопомощи, если доступны;
- мобильные услуги по кризисному вмешательству по месту жительства, если доступны;
- услуги поведенческой терапии;
- терапевтическая опека;
- реинтеграция после взаимодействия с системой правосудия, если доступна;
- услуги интенсивного лечения в сообществе (ACT);
- услуги интенсивного лечения в рамках судебной психиатрии в сообществе (FACT), если доступны;
- координированная специализированная помощь (КСПП) при первом эпизоде психоза (ПЭП), если доступна;
- услуги дома творчества, если доступны;
- покрываемые услуги общественных медработников (CHW), если доступны.

Услуги по программе Drug Medi-Cal (DMC) доступны для вас через ваше окружное агентство по вопросам охраны психического здоровья:

- услуги интенсивного амбулаторного лечения;
- лечение перинатальных расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, с проживанием;
- услуги амбулаторного лечения;
- программа лечения наркозависимости;
- предоставление лекарственных препаратов для лечения зависимости (также известное как медикаментозное лечение);
- услуги взаимопомощи, если доступны;
- мобильные услуги по кризисному вмешательству по месту жительства, если доступны.

Услуги в рамках системы организованного медицинского обслуживания по программе Drug Medi-Cal (Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) включают:

- услуги амбулаторного лечения;
- услуги интенсивного амбулаторного лечения;
- услуги частичной госпитализации;
- предоставление лекарственных препаратов для лечения зависимости (также известное как медикаментозное лечение);
- услуги лечения с проживанием;
- услуги по лечению синдрома отмены;
- программа лечения наркозависимости;

- услуги реабилитации;
- координация лечения;
- услуги взаимопомощи, если доступны;
- мобильные услуги по кризисному вмешательству по месту жительства, если доступны;
- управление кризисными жизненными ситуациями, если доступно;
- услуги стационарного лечения.

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

G. Услуги, не покрываемые нашим планом, программами Medicare и Medi-Cal

В этом разделе представлена информация об услугах и товарах, исключенных из нашего плана. «Исключенные» означает, что мы не оплачиваем эти услуги и товары. Программы Medicare и Medi-Cal также их не покрывают.

В приведенном ниже списке описаны некоторые услуги и товары, которые не покрываются нами ни при каких условиях, а некоторые мы исключаем в отдельных случаях.

Мы не оплачиваем исключенные медицинские услуги и товары, указанные в этом разделе (или где-либо еще в настоящем *Справочнике участника*), кроме определенных перечисленных условий. Даже если вы получите услуги в отделении скорой помощи, план не будет их покрывать. Если вы считаете, что наш план должен покрывать неоплачиваемую услугу, вы можете подать апелляцию. Информацию об апелляциях см. в **главе 9** этого *Справочника участника*.

В дополнение к любым исключениям и ограничениям, описанным в Таблице страхового покрытия, наш план не покрывает следующие товары и услуги:

- Услуги, не считающиеся «целесообразными и необходимыми по медицинским показаниям» в соответствии с требованиями программ Medicare и Medi-Cal, за исключением случаев, перечисленных в перечне покрываемых услуг. Это исключение не распространяется на услуги и товары, 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**.)
- Одноместная палата в больнице, за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям.
- Частная сиделка.
- Личные вещи в вашей палате в больнице или учреждении сестринского ухода.
- Постоянный сестринский уход на дому.
- Оплата услуг ваших близких родственников и других членов семьи.

- Необязательные или предоставляемые по желанию процедуры либо услуги по улучшению физических и других показателей (включая снижение массы тела, решение проблем выпадения 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.
- Мануальная терапия, за исключением мануальных манипуляций на позвоночнике в соответствии с руководством по страховому покрытию.
- Плановый уход за стопами, за исключением случаев, описанных в разделе «Услуги подиатра» в Таблице страхового покрытия в **разделе D**.
- Ортопедическая обувь или поддерживающие приспособления, за исключением случаев, когда обувь является частью протеза ноги и 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.
- Услуги врача-натуропата (использование естественных или альтернативных методов лечения).
- Услуги, оказываемые ветеранам в учреждениях Управления по делам ветеранов (Veterans Affairs, VA). Однако если ветеран получает услуги экстренной помощи в больнице VA и установленный VA размер долевого участия в расходах превышает размер долевого участия в расходах по нашему плану, мы возместим ветерану разницу. Вы по-прежнему несете ответственность за оплату сумм долевого участия в расходах.
- Определенные обследования и услуги:
    - для приема на работу или сохранения рабочего места;
    - для получения страхового покрытия;
    - для получения какой-либо лицензии;
    - по распоряжению суда или в рамках процедуры условного заключения или условно-досрочного освобождения;
    - это исключение не применяется, если сетевой врач считает, что услуги являются необходимыми по медицинским показаниям.
- Товары для повышенной комфортности и удобства. Страховое покрытие по программе Medi-Cal не распространяется на оборудование или характеристики для повышенной комфортности, удобства или роскоши. К ним относятся товары, которые предназначены исключительно для повышения комфортности или удобства участника, члена его семьи или поставщика услуг здравоохранения участника. Это исключение не применяется к бытовым молокоотсосам для личного пользования, которые предоставляются женщинам после родов. Это исключение также не распространяется на товары, утвержденные в рамках вашей программы поддержки по месту жительства.
- Косметические услуги и процедуры. Это исключение не применяется к следующим услугам и товарам:
    - импланты яичек, установленные в рамках покрываемой реконструктивной хирургической операции;
    - протезы молочной железы, необходимые после мастэктомии или лампэктомии;
    - протезы полностью или частично заменяющие какую-либо внешнюю часть лица.

- Расходные материалы. Страховое покрытие по программе Medi-Cal не распространяется на расходные материалы для домашнего использования: повязки, марлю, пластыри, антисептики, перевязочные материалы, эластичные бинты типа Ace. Это исключение не применяется к расходным материалам, предоставленных в рамках следующих покрываемых услуг и товаров, описанных в Таблице страхового покрытия:
  - услуги диализа/гемодиализа;
  - медицинское оборудование длительного пользования;
  - услуги здравоохранения на дому;
  - хосписное и паллиативное обслуживание;
  - медицинские принадлежности, оборудование и устройства;
  - рецептурные лекарства;
  - протезы и расходные материалы.
- Репродуктивная медицина:
  - Страховое покрытие по программе Medi-Cal не распространяется на услуги, которые помогают забеременеть, в том числе на услуги в связи с бесплодием, искусственное оплодотворение и услуги вспомогательных репродуктивных технологий. Программа Medi-Cal не покрывает услуги сохранения репродуктивной функции.
  - Программа Medicare не покрывает услуги, связанные с искусственным зачатием, такие как экстракорпоральное оплодотворение, перенос зигот в маточные трубы, трансплантация яйцеклетки, перенос гамет в маточные трубы (за исключением искусственного оплодотворения и связанных услуг).
- Товары и услуги, не связанные со здравоохранением, за исключением случаев, когда они одобрены в рамках вашего страхового покрытия по программе Medi-Cal как услуги поддержки по месту жительства либо медицинское оборудование длительного пользования. Например, мы не покрываем указанное ниже:
  - 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 улучшение знаний или навыков, предусмотренных образовательной программой;
  - 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 искусству, танцам, верховой езде, музыке, игре или плаванием, при этом исключение касательно «обучения игре» не применяется к услугам, предоставляемым в рамках плана поведенческой терапии и покрываемым согласно этой главе;
  - обучение навыкам с целью трудоустройства или получения профессии;
  - профессиональное обучение или обучение профессиональным навыкам;

  - курсы профессионального роста;
  - обучение навыкам конкретной профессии или консультации по поводу трудоустройства;
  - модификации для дома или автомобиля, за исключением случаев, когда они являются временными изменениями, которые считаются необходимыми по медицинским показаниям или утверждены в рамках вашей программы поддержки по месту жительства.

- Акватерапия и другие виды водной терапии. Это исключение касательно акватерапии и других видов водной терапии не применяется к терапевтическим услугам, предоставляемым в рамках плана физиотерапии и покрываемым в рамках следующих услуг:
  - услуги здравоохранения на дому;
  - хосписное и паллиативное обслуживание;
  - услуги реабилитации и социально-бытовой адаптации;
  - услуги учреждений квалифицированного сестринского ухода.
- Массажная терапия. Это исключение не применяется к терапевтическим услугам, предоставляемым в рамках плана физиотерапии и покрываемым в рамках следующих услуг:
  - услуги здравоохранения на дому;
  - хосписное и паллиативное обслуживание;
  - услуги реабилитации и социально-бытовой адаптации;
  - услуги учреждений квалифицированного сестринского ухода.
- Услуги личного ухода (повседневного ухода), в частности помощь в выполнении повседневных действий (таких как ходьба, укладывание в постель и подъем из постели, купание, одевание, прием пищи, пользование туалетом, прием лекарств). Эти исключение не применяется к помощи в выполнении повседневных действий, предоставляемой в рамках страхового покрытия, описанного для следующих услуг:
  - хосписное и паллиативное обслуживание;
  - услуги долговременного ухода и поддержки;
  - квалифицированный сестринский уход, промежуточный уход или уход при подострых состояниях;
  - ресурсы поддержки по месту жительства.
- Услуги, не одобренные федеральным Управлением США по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration). Мы не покрываем лекарственные препараты, пищевые добавки, анализы, вакцины, устройства, радиоактивные материалы и другие услуги, не одобренные Управлением США по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA), если законодательством предусмотрено, что их продажа на территории США возможна только при условии одобрения. Это исключение не применяется к следующим ситуациям:
  - услуги покрываются в рамках клинических исследований;
  - услуги предоставляют в рамках покрываемых услуг исследовательского характера.

- Услуги, предоставляемые лицами, не имеющими лицензии. Страховое покрытие, как правило, не включает услуги, безопасно и эффективно предоставляемые лицами, в отношении которых законодательство штата не требует наличия лицензии или сертификации для предоставления услуг здравоохранения, если состояние участника не предполагает необходимость предоставления услуг лицензированным поставщиком услуг здравоохранения. Это исключение не применяется к следующим покрываемым услугам:
    - одобренные для вас ресурсы поддержки по месту жительства;
    - услуги доулы;
    - услуги общественных медработников.
- Услуги, связанные с непокрываемой услугой. Если услуга не покрывается, все связанные с ней услуги также не покрываются. Это исключение не применяется к лечению осложнения, возникших в результате получения непокрываемых услуг, если в ином случае такое лечение покрывалось бы. Например, если вам провели косметическую хирургическую операцию, которая не покрывается, мы не оплатим предоставленные вам услуги по подготовке к операции или последующее наблюдение. Если у вас впоследствии возникнут осложнения, угрожающие вашей жизни, например серьезная инфекция, это исключение не будет применяться, и мы оплатим услуги, необходимые для лечения этого осложнения, если такие услуги покрываются согласно этому *Справочнику участника*.

Глава 5. Получение лекарственных препаратов для амбулаторного лечения

Введение

В этой главе изложены правила получения лекарственных препаратов для амбулаторного лечения. Эти лекарственные препараты заказывает для вас врач, и вы получаете их в аптеке или по почте. К ним относятся лекарственные препараты, покрываемые в рамках программы Medicare часть D и программы Medi-Cal. В **главе 6** этого *Справочника участника* указано, сколько вы платите за лекарственные препараты. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Мы также покрываем лекарственные препараты, указанные ниже, хотя информация о них не представлена в этой главе.

- **Лекарственные препараты, покрываемые в рамках программы Medicare часть A.** Обычно это лекарственные препараты, которые вы получаете во время пребывания в больнице или учреждении сестринского ухода.
- **Лекарственные препараты, покрываемые в рамках программы Medicare часть B.** К ним относятся некоторые лекарственные препараты для химиотерапии, некоторые лекарственные препараты, которые вам вводят во время посещения врача или другого поставщика медицинских услуг, а также лекарственные препараты, которые вы получаете в клинике диализа. Подробная информация о том, какие лекарственные препараты покрываются в рамках программы Medicare часть B, содержится в Таблице страхового покрытия в **главе 4** этого *Справочника участника*.
- В дополнение к программе Medicare часть D и медицинскому страховому покрытию лекарственные препараты могут покрываться программой Original Medicare, если вы находитесь в хосписе, сертифицированном программой Medicare. Дополнительную информацию об этом см. в **разделе F3 главы 5**, пункт «В программе хосписных услуг, сертифицированной Medicare».

Правила страхового покрытия нашим планом лекарственных препаратов для амбулаторного лечения

Обычно мы покрываем ваши лекарственные препараты, если вы соблюдаете правила, изложенные в этом разделе.

Вы должны обратиться поставщику медицинских услуг (врачу, стоматологу или другому врачу, назначивший лекарственный препарат), чтобы он выписал вам рецепт в соответствии с применимым законодательством штата. Обычно вы обращаетесь к поставщику услуг первичной медико-санитарной помощи (поставщику первичных медицинских услуг). Это также может быть другой поставщик, к которому вас направил ваш поставщик первичных медицинских услуг.

Имя врача, назначивший лекарственный препарат, **не** должно быть указано в списках исключений Medicare или других подобных списках Medi-Cal.

Как правило, вы получаете лекарств по рецепту в сетевой аптеке. (Дополнительную информацию см. в **разделе A1**.) Вы также можете получить лекарств по рецепту с помощью услуг доставки заказа по почте.

Выписанный вам лекарственный препарат должен быть включен в *Список покрываемых лекарств* нашего плана. Сокращенно мы его называем «*Перечнем лекарственных препаратов*». (См. **раздел B** этой главы.)

- Если лекарственного препарата нет в *Перечне лекарственных препаратов*, мы можем покрыть его стоимость в качестве исключения.
- Информацию о том, как подать запрос об исключении, см. в **главе 9**.
- Также обратите внимание, что запрос на покрытие рецептурного лекарственного препарата будет оцениваться в соответствии со стандартами программ Medicare и Medi-Cal.

Для применения вашего лекарственного препарата должно быть утвержденное медицинское показание. Это означает, что использование лекарственного препарата одобрено Управлением США по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов либо подтверждено определенными медицинскими рекомендациями. Врач, назначивший лекарственный препарат, может помочь определить медицинские рекомендации для обоснования использования рецептурного лекарственного препарата.

Для покрытия вашего лекарственного препарата может потребоваться одобрение со стороны нашего плана на основе определенных критериев. (См. **раздел C** этой главы.)

Содержание главы 5

A. Получение лекарств по рецепту 199

A1. Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке 199

A2. Использование карточки участника плана при получении лекарств по рецепту 199

A3. Ваши действия в случае смены сетевой аптеки 199

A4. Ваши действия в случае выхода аптеки из сети 199

A5. Специализированные аптеки 200

A6. Получение лекарственных препаратов по почте 200

A7. Получение долгосрочного запаса лекарственных препаратов 202

A8. Обслуживание в аптеке, не входящей в сеть нашего плана 203

A9. Возмещение за рецептурный препарат 203

B. *Перечень лекарственных препаратов* плана 204

B1. Лекарственные препараты, включенные в наш *Перечень лекарственных препаратов* 204

B2. Поиск лекарственного препарата в нашем *Перечне лекарственных препаратов* 205

B3. Лекарственные препараты, не включенные в наш *Перечень лекарственных препаратов* 205

B4. Уровни долевого участия в расходах в *Перечне лекарственных препаратов* 206

C. Ограничения для некоторых лекарственных препаратов 207

D. Причины, по которым лекарственный препарат может не покрываться 208

D1. Получение временного запаса 209

D2. Запрос о предоставлении временного запаса 210

D3. Запрос об исключении 210

E. Изменение страхового покрытия лекарственных препаратов 211

F. Страховое покрытие лекарственных препаратов в особых случаях 213

F1. В больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода на период пребывания, покрываемого нашим планом 213

F2. В учреждении долговременного ухода 213

F3. В программе хосписных услуг, сертифицированной Medicare 214

G. Программы по безопасному применению и контролю применения лекарственных препаратов 214

G1. Программы, которые помогают безопасно принимать лекарственные препараты 214

G2. Программы, которые помогают контролировать прием лекарственных препаратов 215

G3. Программа контроля приема лекарственных препаратов (DMP), которая помогает участникам безопасно принимать опиоидные препараты 216

A. Получение лекарств по рецепту

A1. Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке

Обычно мы оплачиваем рецептурные препараты, только если вы получаете их в любой из наших сетевых аптек. Сетевая аптека — это аптека, которая соглашается выдавать лекарственные препараты по рецепту для участников нашего плана. Вы можете пользоваться услугами любой из наших сетевых аптек. (Для получения информации о том, в каких случаях мы покрываем рецептурные препараты, полученные в аптеках, не входящих в нашу сеть, см. **раздел A8**.)

Чтобы найти сетевую аптеку, см. *Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек*, посетите наш веб-сайт или свяжитесь с отделом обслуживания участников.

A2. Использование карточки участника плана при получении лекарств по рецепту

Чтобы получить лекарство по рецепту, **предъявите свою карточку участника плана** в сетевой аптеке. Сетевая аптека выставляет нам счет в размере нашей части стоимости вашего покрываемого лекарственного препарата. Возможно, вам придется оплатить в аптеке свою часть, когда будете забирать лекарство.

Не забывайте, что для получения лекарственных препаратов, покрываемых программой Medi-Cal Rx, нужна карта участника программы Medi-Cal или идентификационная карта получателя покрываемых услуг и товаров (Benefits Identification Card, BIC).

Если при получении лекарств по рецепту у вас нет с собой карточки участника плана или карты BIC, попросите аптеку связаться с нами по телефону для получения необходимой информации или найти информацию о вашей регистрации в плане.

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 часть стоимости. **Если вы не можете заплатить за лекарственный препарат, немедленно свяжитесь с отделом обслуживания участников.** Мы сделаем все возможное, чтобы помочь вам.

- Чтобы узнать о том, как попросить нас вернуть вам средства, см. **главу 7** этого *Справочника участника*.
- Если вам нужна помощь в получении лекарства по рецепту, обратитесь в отдел обслуживания участников.

A3. Ваши действия в случае смены сетевой аптеки

Если вам нужна помощь с переходом в новую сетевую аптеку, обратитесь в отдел обслуживания участников.

A4. Ваши действия в случае выхода аптеки из сети

Если аптека, в которой вы обслуживаетесь, выходит из сети нашего плана, вам необходимо найти новую сетевую аптеку.

Чтобы найти новую сетевую аптеку, см. *Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек*, посетите наш веб-сайт или свяжитесь с отделом обслуживания участников.

A5. Специализированные аптеки

Иногда рецептурные препараты выдаются в специализированной аптеке. К специализированным аптекам относятся:

- Аптеки, поставляющие лекарственные препараты для инфузионной терапии в домашних условиях.
- Аптеки, которые снабжают лекарственными препаратами лиц, проживающих в учреждениях долговременного ухода, таких как учреждениях сестринского ухода.
    - Обычно в учреждениях долговременного ухода есть собственные аптеки. Если вы проживаете в учреждении долговременного 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 лекарственных препаратов в учреждении долговременного ухода, обратитесь в отдел обслуживания участников.
- Аптеки индейских поставщиков медицинских услуг (IHCP). Члены племен американских индейцев и коренных народов Аляски имеют доступ к аптекам IHCP, если у них есть зарегистрированная розничная аптека. Если вы не являетесь американским индейцем или коренным жителем Аляски, вы все равно можете получать услуги в розничной аптеке IHCP, если вы направлены в клинику или в случае экстренной ситуации.
- Аптеки, отпускающие лекарственные препараты, которые FDA разрешает продавать только в определенных местах или которые требуют особого обращения, координации поставщика медицинских услуг или обучения их применению. (Примечание. Такой сценарий — скорее исключение.)
- Чтобы найти специализированные аптеку, см. *Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек*, посетите наш веб-сайт или свяжитесь с отделом обслуживания участников.

A6. Получение лекарственных препаратов по почте

Чтобы получить определенные виды лекарственных препаратов в рамках нашего плана, вы можете воспользоваться услугами доставки заказа по почте. Как правило, это лекарственные препараты, которые вы принимаете на регулярной основе при хроническом заболевании либо длительном течении заболевания. Лекарственные препараты, которые можно получить, воспользовавшись услугами доставки заказа по почте в рамках нашего плана, отмечены в *Перечне лекарственных препаратов* как лекарственные препараты для доставки по почте.

По почте в рамках нашего плана можно заказать запас на срок до 100 дней. Доплата за 100-дневный запас такая же, как и за месячный.

Получение рецептурных препаратов по почте

Чтобы узнать подробнее о получении рецептурных препаратов по почте, посетите местную сетевую аптеку или наш веб-сайт по адресу kp.org/refill. Вы можете заказать новый запас рецептурных препаратов без особых усилий с вашей стороны, как указано ниже.

- Зарегистрируйтесь и сделайте заказ без какого-либо риска на kp.org/refill.
- Позвоните по номеру, указанному в вашем плане покрытия рецептурных препаратов, и следуйте инструкциям (при появлении запроса обязательно выберите вариант доставки по почте).

- Позвоните по указанному ниже номеру, действующему для вашего плана:

  Планы South: 1-866-206-2983 (TTY: 711), с понедельника по пятницу с 7:00 до 19:00.

  Планы North: 1-888-218-6245 (TTY: 711), с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу — с 8:00 до 18:00, в воскресенье — с 9:00 до 18:00.

- Отправьте запрос на получение лекарств по рецепту или пополнение запаса, 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 свое долевое участие в расходах при размещении заказа (за обычную доставку Почтовой службой США (United States Postal Service, USPS) плата за доставку не взимается). По желанию вы можете указать сетевую аптеку, в которой хотите забрать и оплатить рецептурные лекарства. Обратитесь в сетевую аптеку, если у вас есть вопросы о том, можно ли отправить ваши рецептурные лекарства по почте, или ознакомьтесь с нашим *Перечнем лекарственных препаратов* и узнайте подробнее о лекарственных препаратах, которые можно получить по почте.

Обычно рецептурные лекарства, отправляемые по почте, приходят в течение **5** дней. Если ваш заказ задерживается, позвоните по номеру, указанному выше или на этикетке флакона рецептурного препарата. Если у вас нет возможности ждать, пока рецептурный препарат будет доставлен из нашей аптеки по почте, вы можете пополнить запас препарата в срочном порядке, позвонив в одну из сетевых розничных аптек, указанных в *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек*, или через веб-сайт по адресу 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 по почте.

Процедуры заказа по почте

Служба доставки заказов по почте следует разным процедурам, когда получает новые рецепты от вас, из офиса вашего поставщика медицинских услуг и в случае повторного выполнения ваших почтовых заказов.

1. **Новый рецепты, которые аптека получает из офиса вашего поставщика медицинских услуг**

   После того как аптека получит рецепт от поставщика услуг здравоохранения, сотрудник аптеки свяжется с вами, чтобы узнать, хотите ли вы получить лекарственный препарат незамедлительно или через какое-то время.

   - Таким образом вы можете убедиться, что аптека доставит необходимый лекарственный препарат (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 запаса по почте**

   Если вам необходимо пополнить запас обратитесь в аптеку за 5 дней до того, как текущий запас лекарственного препарата закончится, чтобы ваш следующий заказ был отправлен вовремя.

Кроме того, вы можете зарегистрироваться в программе автоматического пополнения запасов. В рамках этой программы мы автоматически начинаем обрабатывать следующий заказ на пополнение запаса, когда по имеющимся у нас данным запас вашего лекарственного препарата подходит к концу. Сотрудник аптеки свяжется с вами перед отправкой повторного заказа, чтобы убедиться, что вам все еще нужен этот лекарственный препарат, а вы можете отменить повторный заказ, если у вас есть достаточный запас либо вы начали принимать другой лекарственный препарат.

Если вы решили отказаться от участия в программе автоматического пополнения запаса, но все еще хотите получать лекарства по рецепту из аптеки по почте, обратитесь в аптеку за 5 дней до того, как текущий запас лекарственного препарата закончится. Таким образом вы сможете убедиться, что заказ будет отправлен вовремя.

Чтобы отказаться от участия в программе автоматической подготовки заказов для пополнения запасов, свяжитесь с нами.

- Позвоните по указанному ниже номеру, действующему для вашего плана:

  Планы South: 1-866-206-2983 (TTY: 711), с понедельника по пятницу с 7:00 до 19:00.

  Планы North: 1-888-218-6245 (TTY: 711), с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу — с 8:00 до 18:00, в воскресенье — с 9:00 до 18:00.

- Посетите веб-сайт kp.org/refill и следуйте инструкциям:

View Pharmacy (Просмотреть аптеку) → Auto Refill (Автоматическое пополнение) → Manage Auto Refill (Настроить автоматическое пополнение) → Remove this medication from Auto Refill (Убрать лекарственный препарат из списка автоматического пополнения)

Если вы получите автоматическое пополнение лекарственного препарата, который вам не нужен, у вас может быть право на возврат средств.

A7. Получение долгосрочного запаса лекарственных препаратов

Вы можете получить долгосрочный запас поддерживающих лекарственных препаратов из *Перечня лекарственных препаратов* нашего плана. Поддерживающие лекарственные препараты — это препараты, которые вы принимаете на регулярной основе при хроническом заболевании или длительном течении заболевания.

Вы можете получить долгосрочный запас поддерживающих лекарственных препаратов в некоторых сетевых аптеках. Доплата за 100-дневный запас такая же, как и за месячный. 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.

Долгосрочный запас некоторых поддерживающих лекарственных препаратов можно получить, воспользоваться услугами доставки заказа по почте в рамках нашего плана. Информацию об услугах доставки заказа по почте см. в **разделе A6**.

A8. Обслуживание в аптеке, не входящей в сеть нашего плана

Как правило, мы оплачиваем лекарственные препараты, которые вы получаете в аптеках, не входящих в сеть, только в том случае, если вы не можете воспользоваться услугами сетевой аптеки. В таком случае сначала обратитесь в отдел обслуживания участников и узнайте, есть ли поблизости сетевая аптека.

Мы оплачиваем рецептурные лекарства, полученные в аптеке, не входящей в сеть, в указанных ниже случаях.

- Если во время путешествия по США и территориям США за пределами нашей территории обслуживания вы заболели или у вас закончились рецептурные лекарства, покрываемые в рамках части D, мы оплатим рецептурные лекарственные препараты, полученные в аптеке, не входящей в сеть с учетом ограниченных возможностей и исключительных обстоятельств в соответствии с нашими инструкциями к фармацевтическому справочнику в рамках программы Medicare часть D.

- Если вам нужно рецептурное лекарство, покрываемое в рамках программы Medicare часть D, назначение которого связано с покрываемой экстренной медицинской помощью, оказываемой внесетевым поставщиком медицинских услуг, или неотложной медицинской помощью вне территории обслуживания, мы покроем запас на срок до 30 дней, полученный в аптеке, не входящей в сеть. Примечание. Покрытие рецептурных лекарств, которые были выписаны и получены за пределами США и их территорий в рамках покрываемой экстренной медицинской помощи или неотложной медицинской помощи, ограничивается запасом на срок до 30 дней в течение 30-дневного периода. Эти лекарственные препараты не покрываются в рамках программы Medicare часть D, поэтому расходы на них не учитываются для расчета достижения этапа страхового покрытия в критических случаях.

- Если вы не можете получить покрываемый лекарственный препарат своевременно на нашей территории обслуживания из-за отсутствия круглосуточной сетевой аптеки в пределах разумного расстояния. Мы можем не покрыть рецептурное лекарство, если у здравомыслящего человека есть возможность приобрести его в сетевой аптеке в обычное рабочее время.

- Если вы пытаетесь получить по рецепту лекарственный препарат, который не всегда имеется в наличии в доступной сетевой аптеке или его нельзя заказать через нашу аптеку с доставкой по почте (включая дорогостоящие лекарственные препараты).

- Если вы не можете получить рецептурные лекарственные препараты в сетевой аптеке во время стихийного бедствия.

A9. Возмещение за рецептурный препарат

Если вы вынуждены приобрести рецептурное лекарство в аптеке, не входящей в сеть, вы оплачиваете его полную стоимость, а не свою долю. Затем вы можете обратиться к нам, чтобы мы возместили вам нашу часть стоимости.

Если вы оплатили 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 программу Medi-Cal Rx возместить ваши расходы, подав заявку «Возмещение расходов за счет собственных средств по программе Medi-Cal (Conlan)» [Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan)].

Дополнительную информацию можно найти на веб-сайте программы Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Чтобы узнать больше об этом, см. **главу 7** этого *Справочника участника*.

B. *Перечень лекарственных препаратов* плана

У нашего плана есть *Список покрываемых лекарственных препаратов.* Сокращенно мы его называем «*Перечнем лекарственных препаратов*».

Мы выбираем лекарственные препараты из *Перечня лекарственных препаратов* с помощью команды врачей и фармацевтов. *Перечень лекарственных препаратов* также содержит правила, которым необходимо следовать, чтобы получить лекарственные препараты.

Как правило, мы оплачиваем лекарственный препарат из *Перечня лекарственных препаратов* нашего плана, если вы следуете правилам, изложенным в этой главе.

B1. Лекарственные препараты, включенные в наш *Перечень лекарственных препаратов*

Наш *Перечень лекарственных препаратов* содержит лекарственные препараты, покрываемые в рамках программы Medicare часть D.

Большинство лекарственных препаратов, которые вы получаете в аптеке, покрываются нашим планом. Другие лекарственные препараты, такие как лекарственные препараты, отпускаемые без рецепта (OTC), и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт программы Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/). Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273. При получении рецептов через программу Medi-Cal Rx необходимо иметь при себе идентификационную карту получателя покрываемых услуг и товаров (BIC) программы Medi-Cal.

Наш *Перечень лекарственных препаратов* содержит патентованные лекарства, непатентованные лекарственные препараты, а также биологические препараты (которые могут содержать биоаналоги).

Патентованное лекарство — это лекарственный препарат, который продается под торговой маркой его производителя. Биологические препараты — это лекарственные препараты, которые более сложны, чем обычные лекарственные препараты. В нашем *Перечне лекарственных препаратов* под «лекарственными препаратами» мы понимаем как лекарственные, так и биологические препараты.

Непатентованные лекарственные препараты имеют те же активные ингредиенты, что и патентованные. У биологических препаратов имеются альтернативы, которые называются биоаналогами. Как правило, непатентованные лекарственные препараты и биоаналоги действуют так же, как и патентованные или оригинальные биологические препараты, и при этом стоят дешевле. Для многих патентованных лекарств существует альтернатива в виде непатентованных лекарственных препаратов, и для некоторых оригинальных биологических препаратов имеются биоаналоги. Некоторые биоаналоги являются биоаналогами-заменителями и в зависимости от законодательства штата могут быть выданы в аптеке взамен оригинальных биологических препаратов без необходимости нового рецепта, точно так же, как непатентованные лекарственные препараты могут заменять патентованные лекарства.

Определения видов лекарственных препаратов, которые могут быть включены в наш *Перечень лекарственных препаратов*, см. в **главе 12**.

B2. Поиск лекарственного препарата в нашем *Перечне лекарственных препаратов*

Чтобы узнать, есть ли ваш лекарственный препарат в нашем *Перечне лекарственных препаратов*, вы можете выполнить указанные ниже действия.

- Посетите веб-сайт нашего плана по адресу kp.org/seniorrx. *Перечень лекарственных препаратов* на нашем сайте всегда актуальный.
- Позвоните в отдел обслуживания участников, чтобы узнать, есть ли лекарственный препарат в нашем *Перечне лекарственных препаратов*, или попросить копию перечня.
- Лекарственные препараты, которые не покрываются в рамках части D, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт программы Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/).
- Воспользуйтесь нашим «Инструментом поиска сведений о покрываемых товарах и услугах в реальном времени» по адресу kp.org/seniorrx для поиска лекарственных препаратов, включенных в *Перечень лекарственных препаратов*, и определения суммы, которую вам необходимо будет заплатить, а также чтобы узнать, есть ли в *Перечне лекарственных препаратов* альтернативные препараты, которые могут использоваться для лечения того же заболевания. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников.

B3. Лекарственные препараты, не включенные в наш *Перечень лекарственных препаратов*

Мы покрываем не все лекарственные препараты.

- Некоторые лекарственные препараты не включены в наш *Перечень лекарственных препаратов*, потому мы не можем их покрывать согласно закону.
- В других случаях мы решили не включать лекарственный препарат в наш *Перечень лекарственных препаратов*.
- В некоторых случаях вы сможете получить лекарственный препарат, которого нет в нашем *Перечне лекарственных препаратов*. Дополнительную информацию см. в **главе 9**.

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. Дополнительную информацию об апелляциях см. в **главе 9** этого *Справочника участника*.

Ниже представлены три общих правила для исключенных лекарственных препаратов.

1. Страховое покрытие лекарственных препаратов для амбулаторного лечения нашего плана (которое включает препараты в рамках программы Medicare часть D) не охватывает лекарственный препарат, который уже покрывается в рамках программы Medicare часть A или часть B. Наш план оплачивает лекарственные препараты, покрываемые в рамках программы Medicare часть A или часть B, но эти лекарственные препараты не считаются частью вашего страхового покрытия лекарственных препаратов для амбулаторного лечения.

2. Наш план не покрывает лекарственные препараты, приобретенные за пределами США и их территорий.

3. Использование лекарственного препарата должно быть одобрено FDA или подтверждено определенными медицинскими рекомендациями для лечения вашего состояния. Ваш врач или другой поставщик медицинских услуг может назначить определенный лекарственный препарат, даже если он не был одобрен для лечения вашего состояния. Это называется «использованием, не предусмотренным инструкцией». Наш план обычно не покрывает лекарственные препараты, прописанные для использования не предусмотренного инструкцией.

Кроме того, по закону программы Medicare или Medi-Cal не могут покрывать перечисленные ниже виды лекарственных препаратов.

- 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 препаратов фторида*.
- Лекарственные препараты, используемые для лечения половой или эректильной дисфункции.
- Лекарственные препараты, используемые для лечения анорексии, снижения или увеличения массы тела*.
- Лекарственные препараты для амбулаторного лечения, если компания-изготовитель заявляет, что только она должна выполнять анализы или оказывать услуги.

* Некоторые продукты могут покрываться программой Medi-Cal. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт программы Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov).

B4. Уровни долевого участия в расходах в *Перечне лекарственных препаратов*

Каждый лекарственный препарат в нашем *Перечне лекарственных препаратов* относится к одному из шести уровней долевого участия в расходах. Каждый уровень представляет собой группу лекарственных препаратов, как правило, одного типа (например, патентованные, непатентованные или отпускаемые без рецепта препараты). Как правило, чем выше уровень долевого участия в расходах, тем больше вы платите за лекарственный препарат.

- Уровень 1 — предпочтительные непатентованные лекарственные препараты (в этот уровень входят некоторые патентованные лекарства).
- Уровень 2 — непатентованные лекарственные препараты (в этот уровень входят некоторые патентованные лекарства).
- Уровень 3 — предпочтительные патентованные лекарства.
- Уровень 4 — непредпочтительные лекарственные препараты (в этот уровень входят как непатентованные лекарственные препараты, так и патентованные лекарства).

- Уровень 5 — препараты специального назначения (в этот уровень входят как непатентованные лекарственные препараты, так и патентованные лекарства).
- Уровень 6 — вакцины, покрываемые в рамках части D (в этот уровень входят только патентованные лекарства).

Чтобы узнать, к какому уровню долевого участия в расходах относится ваш лекарственный препарат, найдите его в нашем *Перечне лекарственных препаратов*.

В **главе 6** этого *Справочника участника* указана сумма, которую вы платите за лекарственные препараты каждого уровня.

C. Ограничения для некоторых лекарственных препаратов

В отношении некоторых лекарственных препаратов существуют особые правила, ограничивающие то, как и когда их покрывает наш план. Обычно наши правила призывают вас приобретать лекарственный препарат, который 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.

Обратите внимание, что иногда один и тот же лекарственный препарат может встречаться в нашем *Перечне лекарственных препаратов* несколько раз. Это связано с тем, что одни и те же лекарственные препараты могут различаться по силе действия, количеству или форме, назначенных вашим поставщиком медицинских услуг, а к разным версиям препаратов могут применяться разные ограничения (например, 10 мг по сравнению со 100 мг; одна таблетка в день по сравнению с двумя в день; таблетки по сравнению с жидкостью).

Если для вашего лекарственного 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 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 в вашей ситуации, попросите нас воспользоваться процедурой принятия решения о страховом покрытии, чтобы сделать исключение. Мы можем разрешить или не разрешить вам использовать лекарственный препарат без принятия дополнительных мер.

Чтобы узнать больше о том, как попросить об исключении, см. **главу 9** этого *Справочника участника.*

1. Ограничение использования патентованного лекарства или оригинальных биологических препаратов, когда, соответственно, доступен непатентованный лекарственный препарат или биоаналог-заменитель.

Как правило, непатентованные лекарственные препараты или биоаналоги-заменители действуют так же, как и патентованные или оригинальные биологические препараты, и при этом стоят дешевле. Если имеется непатентованный лекарственный препарат или биоаналог-заменитель патентованного лекарства либо оригинального биологического препарата, наши сетевые аптеки предоставляют вам непатентованный лекарственный препарат или биоаналог-заменитель.

- Обычно мы не платим за патентованное лекарство или оригинальный биологический препарат, если существует непатентованный вариант.

- Однако если ваш поставщик медицинских услуг предоставил нам медицинское обоснование того, почему непатентованный лекарственный препарат, биоаналог-заменитель или другие покрываемые лекарственные препараты, предназначенные для лечения того же состояния, вам не подойдут, мы оплатим патентованное лекарство.

- Размер вашей доплаты за патентованное лекарство или оригинальный биологический препарат может быть выше, чем за непатентованный лекарственный препарат или биоаналог-заменитель.

2. Предварительное одобрение от плана

Для некоторых рецептурных лекарственных препаратов вы или ваш врач, назначивший лекарственный препарат, должны получить одобрение от нашего плана. Эта процедура называется получением предварительного разрешения. Это делается для обеспечения безопасности лекарственных препаратов и содействия правильному применению определенных препаратов. Если лекарственный препарат не будет одобрен, мы можем его не оплатить. Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу страницы или посетите наш веб-сайт по адресу kp.org/seniorrx.

3. Количественные ограничения

Некоторые лекарственные препараты вы можете получать в ограниченном количестве. Речь идет о так называемых количественных ограничениях. Например, если обычно считается безопасным принимать только одну таблетку определенного лекарственного препарата в день, мы можем ограничить количество лекарственного препарата, которое вы можете получить каждый раз при получении лекарства по рецепту.

Чтобы узнать, применимы ли какие-либо из приведенных выше правил к лекарственному препарату, который вы принимаете или хотите принимать, ознакомьтесь с нашим *Перечнем лекарственных препаратов*. Чтобы получить актуальную информацию, позвоните в отдел обслуживания участников или посетите наш веб-сайт по адресу 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*.

D. Причины, по которым лекарственный препарат может не покрываться

Мы стараемся, чтобы ваше страховое покрытие лекарственных препаратов было выгодным для вас, однако в некоторых случаях оно может не соответствовать вашим ожиданиям. Ниже приведены их примеры.

- Наш план не покрывает лекарственный препарат, который вы хотите принимать. Лекарственный препарат может отсутствовать в нашем *Перечне лекарственных 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, на некоторые лекарственные препараты, покрываемые нашим планом, распространяются правила, ограничивающие их использование. В некоторых случаях вы или врач, назначивший лекарственный препарат, можете попросить нас сделать исключение.

- Лекарственный препарат покрывается страхованием, но в связи с уровнем долевого участия в расходах, к которому он принадлежит, его стоимость выше, чем вы предполагаете.

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 лекарственных препаратов* или на него распространяется какое-либо ограничение. 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. В отношении лекарственного препарата, который вы принимаете, правдиво одно из следующих утверждений:

- он был исключен из нашего *Перечня лекарственных препаратов*; **или**
- он никогда не был включен в наш *Перечень лекарственных препаратов*; **или**
- на него распространяется действие какого-либо ограничения.

2. В отношении вас правдиво одно из следующих утверждений:

- Вы были участником нашего плана в прошлом году.
  - 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 лекарственный препарат повторно, чтобы обеспечить себе запас не более чем на 30 дней. Вы должны получать лекарство по рецепту в сетевой аптеке.
  - Аптеки, отпускающие товары для долговременного ухода могут выдавать лекарственные препараты в небольшом количестве, 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 лекарственный препарат повторно, чтобы обеспечить себе запас не более чем на 30 дней. Вы должны получать лекарство по рецепту в сетевой аптеке.
  - Аптеки, отпускающие товары для долговременного ухода могут выдавать лекарственные препараты в небольшом количестве, чтобы предотвратить их нецелевое использование.

- Если вы являетесь участником нашего плана более 30 дней, живете в учреждении долговременного ухода и вам необходимо безотлагательно пополнить запас лекарств:
  - Мы единоразово 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 долговременного 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 в рамках части D в течение этого периода изменения уровня ухода, даже если лекарственный препарат не входит в наш *Перечень лекарственных препаратов*.

D2. Запрос о предоставлении временного запаса

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 после того, как ваш запас закончится. Вы можете выбрать один из вариантов, предложенных ниже.

- Перейти 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 лечения вашего состояния. Ваш поставщик медицинских услуг может найти в этом списке покрываемый лекарственный препарат, который вам подойдет.

  ИЛИ

- Попросить 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 лекарственных препаратов*, или не применять ограничения относительно покрытия. Если ваш поставщик медицинских услуг считает, что существует веское обоснование для исключения, он может помочь вам с запросом.

D3. Запрос об исключении

Если в следующем году лекарственный препарат, который вы принимаете, будет исключен из нашего *Перечня лекарственных препаратов* или к нему буду применяться какие-либо ограничения, мы разрешаем вам запросить исключение до начала следующего года.

- Мы сообщим вам обо всех изменениях в страховом покрытии вашего лекарственного препарата на следующий год. Направьте запрос об исключении, чтобы в следующем году мы покрывали лекарственный препарат в соответствии с вашими нуждами.
- Мы ответим на запрос об исключении в течение 72 часов после получения запроса (или заявления с обоснованием от вашего врача, назначившего лекарственный препарат).

- Если мы одобрим ваш запрос, мы разрешим страховое покрытие лекарственного препарата до того, как изменения вступят в силу.

Чтобы узнать больше о том, как попросить об исключении, см. **главу 9** этого *Справочника участника*.

Если вам нужна помощь с направлением запроса об исключении, обратитесь в отдел обслуживания участников.

E. Изменение страхового покрытия лекарственных препаратов

Большинство изменений в страховом покрытии лекарственных препаратов происходят 1 января, однако мы можем добавлять позиции в наш *Перечень лекарственных препаратов* или исключать 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 лекарственного препарата);
- добавить или изменить количество лекарственного препарата, которое вы можете получить (количественные ограничения);
- заменить оригинальный биологический препарат биоаналогом-заменителем биологического препарата.

Когда мы вносим изменения в *Перечень лекарственных препаратов* нашего плана, мы должны соблюдать требования Medicare. Дополнительную информацию об этих правилах см. в **разделе C.**

Если вы принимаете лекарственный препарат, который мы покрывали на **начало** года, его страховое покрытие, как правило, не отменяется и не изменяется **до конца года**, кроме случаев, когда:

- на рынке появляется новый, более дешевый лекарственный препарат, который так же эффективен, как и лекарственный препарат из нашего *Перечня лекарственных препаратов*, **или**
- мы узнаем, что лекарственный препарат небезопасен, **или**
- лекарственный препарат изъят из продажи.

Что произойдет, если изменится страховое покрытие лекарственного препарата, который вы принимаете?

Чтобы получить дополнительную информацию о том, что происходит в случае изменения нашего *Перечня лекарственных препаратов*, вы всегда можете:

- ознакомиться с актуальным *Перечнем лекарственных препаратов* на сайте kp.org/seniorrx, **или**
- позвонить в отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу страницы, чтобы ознакомиться с актуальным *Перечнем лекарственных препаратов*.

Изменения, которые мы можем внести в *Перечень лекарственных препаратов* и которые затронут вас в течение текущего года плана

Некоторые изменения в *Перечне лекарственных препаратов* отображаются **незамедлительно**. Ниже приведены их примеры.

Появляется новый непатентованный лекарственный препарат. Иногда на рынке появляется новый непатентованный лекарственный препарат или биоаналог с тем же действием, что и патентованное лекарство или оригинальный биологический препарат, включенный в *Перечень лекарственных препаратов*. Когда это происходит, мы можем удалить патентованное лекарство и добавить новый непатентованный лекарственный препарат, при этом для вас стоимость нового лекарственного препарата останется прежней или станет ниже. Когда мы добавляем новый непатентованный лекарственный препарат, мы также можем принять решение оставить в списке патентованное лекарство, 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. Дополнительную информацию об исключениях см. в **главе 9** этого справочника.

Изъятие небезопасных лекарственных препаратов и других препаратов, снятых с продажи. Иногда лекарственный препарат может быть признан небезопасным или снят с продажи по другой причине. Если это произойдет, мы можем немедленно исключить его из нашего *Перечня лекарственных препаратов*. Если вы принимаете этот лекарственный препарат, мы отправим вам уведомление после внесения изменений. Врач, назначивший лекарственный препарат, также узнает об этом изменении и может вместе с вами подобрать другой лекарственный препарат для лечения вашего состояния.

Мы можем вносить другие изменения, влияющие на лекарственные препараты, которые вы принимаете. Мы заранее сообщим вам о таких изменениях в нашем *Перечне лекарственных препаратов*. Эти изменения могут произойти в таких случаях:

- FDA предоставляет новые рекомендации или новые клинические рекомендации по применению лекарственного препарата.

В случае таких изменений мы:

- информируем вас не позднее чем за 30 дней до внесения изменений в наш *Перечень лекарственных препаратов*, **или**
- информируем вас и предоставляем вам 30-дневный запас лекарственного препарата после подачи вами запроса о пополнении запаса препарата.

Это даст вам время проконсультироваться со своим врачом или с другим лицом, назначившим лекарственный препарат. Они могут помочь вам определить:

- есть ли в нашем *Перечне лекарственных препаратов* аналогичный лекарственный препарат, который вы можете принимать в качестве замены, **или**

- нужно ли вам попросить об исключении из этих изменений, чтобы продлить покрытие на принимаемый вами лекарственный препарат или его версию. См. подробнее о том, как попросить об исключении, в **главе 9** *Справочника участника*.

Изменения в *Перечне лекарственных препаратов*, которые не затрагивают вас в течение текущего года плана

Мы можем вносить в покрытие принимаемых вами лекарственных препаратов такие изменения, которые не описаны выше и в настоящее время не повлияют на вас. В случае таких изменений, если вы принимаете лекарственный препарат, который мы покрывали на **начало** года, его страховое покрытие, как правило, не отменяется и не изменяется **до конца года**.

Например, если мы исключим лекарственный препарат, который вы принимаете, или введем ограничения в отношении него, то это изменение не повлияет на его страховое покрытие до конца года.

Если какие-либо из этих изменений коснутся принимаемого вами лекарственного препарата (за исключением изменений, отмеченных в разделе выше), это изменение не повлияет на его страховое покрытие до 1 января следующего года.

Мы не будем информировать вас об изменениях такого типа непосредственно в текущем году. Вам нужно будет проверить *Перечень лекарственных препаратов* на следующий год плана (когда перечень будет доступен во время периода открытой регистрации), чтобы узнать о наличии каких-либо изменений, которые повлияют на вас в течение следующего года плана.

F. Страховое покрытие лекарственных препаратов в особых случаях

F1. 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, как правило, оплачиваем стоимость лекарственных препаратов, пока вы пребываете в учреждении. Вам не придется платить доплату. После вашей выписки из больницы или учреждения квалифицированного сестринского ухода мы покрываем ваши лекарственные препараты, если они соответствуют всем нашим правилам страхового покрытия.

Чтобы узнать больше о страховом покрытии лекарственных препаратов, см. **главу 6** этого *Справочника участника*.

F2. В учреждении долговременного ухода

Обычно в учреждении долговременного 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 долговременного ухода, то можете получать лекарственные препараты 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 долговременного ухода в нашу сеть. Если это не так или вам нужна дополнительная информация, обратитесь в отдел обслуживания участников.

F3. В программе хосписных услуг, сертифицированной Medicare

Лекарственные препараты никогда не покрываются одновременно программой хосписных услуг и нашим планом.

- Вы можете быть зарегистрированы в программе хосписных услуг Medicare и при этом нуждаться в определенных лекарственных препаратах (например, обезболивающих, противорвотных, слабительных или успокоительных препаратах), которые не покрываются программой хосписных услуг, поскольку они не связаны с прогнозом и состоянием, касающимися терминальной стадии вашей болезни. В этом случае врач, назначивший лекарственный препарат, или поставщик хосписных услуг 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 хосписных услуг 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.

Если вы покинете хоспис, наш план покроет все ваши лекарственные препараты. Во избежание задержек в аптеке после окончания срока действия страхового покрытия хосписных услуг по программе Medicare возьмите с собой в аптеку документы, подтверждающие, что вы покинули хоспис.

См. предыдущие части этой главы, где рассказывается о лекарственных препаратах, покрываемых нашим планом. Дополнительную информацию о покрытии хосписных услуг см. в **главе 4** этого *Справочника участника*.

G. Программы по безопасному применению и контролю применения лекарственных препаратов

G1. Программы, которые помогают безопасно принимать лекарственные препараты

Каждый раз, когда вы получаете лекарства по рецепту, мы проверяем их на наличие возможных проблем, например связанных с ними ошибок, или ситуации, когда лекарственные препараты:

- могут не понадобиться, потому что вы принимаете другой аналогичный лекарственный препарат, который имеет подобное действие;
- могут быть опасны для людей вашего возраста или пола;
- могут навредить вам, если вы будете принимать их одновременно с другими препаратами;
- содержат ингредиенты, на которые у вас есть или может быть аллергия;
- могут быть указаны в ошибочном количестве (дозировке);
- содержат небезопасное количество опиоидных обезболивающих.

Если мы обнаружим потенциальную проблему, связанную с применением вами лекарственных препаратов, мы свяжемся с вашим поставщиком медицинских услуг, чтобы решить ее.

G2. Программы, которые помогают контролировать прием лекарственных препаратов

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 контроля лекарственной терапии (medication therapy management, MTM). Участие в программе является добровольным и бесплатным. Эта программа поможет вам и вашему поставщику медицинских услуг убедиться, что принимаемые лекарственные препараты способствуют улучшению вашего здоровья. Если вы подходите для участия в программе, фармацевт или другой работник здравоохранения 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 лекарственных препаратов и реакции на лекарственный препарат;
- как лучше принимать лекарственные препараты;
- любые вопросы или проблемы, связанные с вашими отпускаемыми по рецепту и -без рецепта- лекарственными препаратами.

Затем сотрудники предоставят вам следующее:

- Краткое письменное изложение этого обсуждения. В нем содержится план действий по приему лекарственных препаратов с рекомендациями о том, что вы можете сделать для наиболее эффективного применения вашими лекарственных препаратов.
- Индивидуальный список принимаемых препаратов, который включает все лекарственные препараты, которые вы принимаете, их дозировку и время приема, а также причины, по которым они вам были назначены.
- Информация о безопасной утилизации отпускаемых по рецепту лекарственных препаратов, распространение которых контролируется законом.

Обсудите со своим лечащим врачом план действий и список принимаемых препаратов.

- Берите план действий и список принимаемых препаратов с собой на прием, а также когда беседуете со своими врачами, фармацевтами и другими поставщиками услуг здравоохранения.
- Берите с собой список принимаемых препаратов, направляясь в лечебное учреждение или реанимационное отделение.

Программы MTM 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 исключим вас из нее.

Если у вас есть вопросы об этих программах, обратитесь в отдел обслуживания участников.

G3. Программа контроля приема лекарственных препаратов (DMP), которая помогает участникам безопасно принимать опиоидные препараты

У нас есть программа, помогающая обеспечить безопасное использование участниками рецептурных опиоидов и других лекарственных препаратов, вызывающих зависимость. Она называется программой контроля приема лекарственных препаратов (Drug Management Program, DMP).

Если вы принимаете опиоидные препараты, которые получаете от нескольких лечащих врачей или в нескольких аптеках, или если вы недавно перенесли передозировку опиоидами, мы можем поговорить с вашими лечащими врачами, чтобы убедиться, что вы принимаете опиоидные препараты надлежащим образом и они необходимы по медицинским показаниям. Если в сотрудничестве с вашими лечащими врачами мы решим, что применение вами рецептурных опиоидов или бензодиазепинов небезопасно, мы можем ограничить способы получения вами этих лекарственных препаратов. Если мы включим вас в нашу программу DMP, ограничения могут включать:

- требование, чтобы вы получали все эти лекарства по рецепту в определенной аптеке (аптеках);
- требование, чтобы вы получали рецепты на все опиоидные или бензодиазепиновые препараты у определенных врачей;
- ограничение количества опиоидных или бензодиазепиновых препаратов, которые мы вам покрываем.

Если мы планируем ограничить способ получения вами этих лекарственных препаратов или их количество, мы отправим вам письмо заранее. В письме будет указано, ограничим ли мы покрытие этих лекарственных препаратов для вас или потребуем, чтобы вы получали рецепты на них только у определенного поставщика или получали лекарства по рецепту только в определенной аптеке.

У вас будет возможность сообщить нам, к каким лечащим 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, или не согласны с нашим решением или ограничением, вы и ваш лечащий врач можете подать апелляцию. Если вы подадите апелляцию, мы рассмотрим ваш случай и предоставим вам свое новое решение. Если мы отклоним любую часть вашей апелляции, связанной с ограничением вашего доступа к этим лекарственным препаратам, мы автоматически направим ваше дело в независимую экспертную организацию по рассмотрению апелляций (Independent Review Organization, IRO). (Чтобы узнать больше об апелляциях и независимой экспертной организации по рассмотрению апелляций, см. **главу 9** этого *Справочника участник*.)

Программа DMP может не применяться к вам, если вы:

- страдаете на определенные заболевания, например рак или серповидно-клеточную болезнь;
- получаете хосписные услуги, паллиативную помощь или уход как неизлечимо больной пациент; **или**
- проживаете в учреждении долговременного ухода.

Глава 6. Сколько вы платите за рецептурные лекарства в рамках программ Medicare и Medi-Cal

Введение

В этой главе рассказывается, сколько вы платите за лекарственные препараты для амбулаторного лечения. Под термином «лекарственные препараты» подразумеваются:

- лекарственные препараты в рамках программы Medicare часть D, **и**
- лекарственные препараты и товары, покрываемые по программе Medi-Cal Rx, **и**
- лекарственные препараты и товары, покрываемые нашим планом в качестве дополнительных покрываемых услуг и товаров.

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medi-Cal, вы участвуете в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help) программы Medicare, помогающей с оплатой лекарственных препаратов, отпускаемых в рамках программы Medicare часть D. Мы отправим вам отдельный документ под названием «Условия пакета дополнительного страхового покрытия для лиц, получающих дополнительную помощь с оплатой рецептурных лекарств» (также называемый «Пакет дополнительного страхового покрытия для лиц с низким уровнем доходов, получающих субсидии» [Low Income Subsidy Rider или LIS Rider»]), в котором представлена информация о страховом покрытии ваших лекарственных препаратов. Если у вас нет этого документа, позвоните в отдел обслуживания участников и попросите предоставить вам LIS Rider.

> **«Дополнительная помощь« (Extra Help)** — это программа Medicare, которая помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами сократить расходы на лекарственные препараты, отпускаемые в рамках программы Medicare часть D, такие как страховые взносы, франшизы и доплаты. Программу «Дополнительная помощь» (Extra Help) также называют субсидией для лиц с низким уровнем доходов (Low-Income Subsidy, LIS).

Прочие основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Чтобы узнать больше о лекарственных препаратах, обратитесь к нижеприведенным источникам.

- Наш Перечень покрываемых лекарств.
  - Мы его называем «*Перечнем лекарственных препаратов*». В нем указана следующая информация:
    - какие лекарственные препараты мы оплачиваем;
    - к какому из 6 уровней относится каждый лекарственный препарат;
    - если есть какие-либо ограничения, касающиеся лекарственных препаратов.

- Если вам нужен экземпляр нашего *Перечня лекарственных препаратов*, свяжитесь с отделом обслуживания участников. Актуальную копию *Перечня лекарственных препаратов* также можно найти на нашем веб-сайте по адресу kp.org/seniorrx.

- Большинство лекарственных препаратов, которые вы получаете в аптеке, покрываются планом Kaiser Permanente Dual **Complete**. Другие лекарственные препараты, такие как лекарственные препараты, отпускаемые без рецепта (OTC), и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт программы Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/). Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников программы Medi-Cal Rx по номеру 1-800-977-2273**.** При получении лекарств по рецепту через программу Medi-Cal Rx необходимо иметь при себе идентификационную карту получателя покрываемых услуги и товаров (BIC) программы Medi-Cal Rx.

- **Глава 5** этого *Справочника участника*.
  - В этой главе объясняется, как получить лекарственные препараты для амбулаторного лечения в рамках нашего плана.
  - В ней приведены правила, которым необходимо следовать. В ней также указано, какие виды лекарственных препаратов не покрывает наш план.
  - При использовании «Инструмента поиска сведений о покрываемых товарах и услугах в реальном времени» нашего плана для поиска сведений о страховом покрытии расходов на лекарственные препараты (см. **раздел B2 главы 5**) отображаемая стоимость представляет собой оценку расходов, которые вам предстоит 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 сетевую аптеку. Сетевые аптеки — это аптеки, выразившие желание работать с нами.
  - В **Справочнике** *поставщиков медицинских услуг и аптек* перечислены сетевые аптеки. Дополнительную информацию о сетевых аптеках см. в **главе 5** этого *Справочника участника*.

Содержание главы 6

A. *Объяснение льгот* (EOB).....220

B. Как отслеживать расходы на лекарственные препараты.....221

B1. Что делать, если вы обнаружили ошибки в этих сводных данных?.....222

B2. Что делать в случае возможного мошенничества?.....222

C. Этапы оплаты лекарственных препаратов в рамках программы Medicare часть D.....223

D. Этап 1. Начальный этап страхового покрытия 223

D1. Выбор аптеки 224

D2. Получение долгосрочного запаса лекарственных препаратов 224

D3. Сколько вы платите 224

D4. Завершение начального этапа страхового покрытия 226

E. Этап 2. Страховое покрытие в критических случаях 226

F. Расходы на лекарственные препараты, если врач выписывает их в меньшем количестве, чем месячный запас 226

G. Сколько вы платите за вакцины в рамках части D 227

G1. Что нужно знать перед вакцинацией 227

G2. Сколько вы платите за вакцины в рамках программы Medicare часть D 227

A. *Объяснение льгот* (EOB)

Наш план отслеживает ваши расходы на лекарственные препараты и платежи, которые вы совершаете при получении рецептурных лекарств в аптеке. Мы отслеживаем два вида расходов:

- Ваши **расходы за счет собственных средств**. Это сумма, которую вы или другие лица от вашего имени тратите на рецептурные лекарства. Сюда входят суммы, которые вы заплатили при получении покрываемого частью D лекарственного препарата, любые платежи за ваши лекарственные препараты, внесенные членами семьи или друзьями, любые платежи за ваши лекарственные препараты в рамках программы «Дополнительная помощь» (Extra Help) от программы Medicare, от работодателя или профсоюзного плана медицинского страхования, Индейской службы здравоохранения, программы медикаментозной помощи для больных СПИДом, благотворительных организаций и большинства программ фармацевтической помощи штата (SPAP).

- **Общая сумма расходов на лекарственные препараты**. Это общая сумма всех платежей, произведенных за покрываемые частью D лекарственные препараты. Сюда входят суммы, внесенные нашим планом, а также другими программами или организациями, оплатившими ваши покрываемые частью D лекарственные препараты.

Когда вы получаете лекарственные препараты в рамках нашего плана, мы отправляем вам сводные данные под названием *Объяснение льгот (Explanation of Benefits, EOB)*. Для краткости мы называем этот документ «EOB». EOB не является счетом. В EOB содержится дополнительная информация о принимаемых вами лекарственных препаратах. В EOB входит следующая информация:

- **Информация за месяц.** В сводных данных перечислены лекарственные препараты, которые вы получили в предыдущем месяце. Здесь отображена общая стоимость лекарственных препаратов, сумма, которую мы оплатили, и сумма, которую заплатили вы и другие лица.

- **Итоги за год с 1 января.** Здесь отображаются общие расходы на лекарственные препараты и общие платежи за них с начала года.

- **Информация о ценах на лекарственные препараты.** Это общая стоимость лекарственного препарата и изменения в его цене с момента первого отпуска по каждому рецепту на одно и то же количество.

- **Более дешевые альтернативные препараты.** Информация о других доступных лекарственных препаратах с более низким долевым участием в расходах для каждого рецепта (если такие препараты существуют).

Мы предлагаем страховое покрытие лекарственных препаратов, которые не покрывает программа Medicare.

- Платежи за эти лекарственные препараты не учитываются в ваших общих расходах за счет собственных средств.

- Большинство лекарственных препаратов, которые вы получаете в аптеке, покрываются планом. Другие лекарственные препараты, такие как лекарственные препараты, отпускаемые без рецепта (OTC), и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт программы Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников программы Medi-Cal по номеру 1-800-977-2273. При получении лекарств по рецепту через программу Medi-Cal Rx необходимо иметь при себе идентификационную карту получателя покрываемых услуги и товаров (BIC) программы Medi-Cal Rx.

  - Чтобы узнать, какие лекарственные препараты покрывает наш план, см. наш *Перечень лекарственных препаратов*.

B. Как отслеживать расходы 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 свою карточку участника плана.

Показывайте свою карточку участника плана каждый раз, когда получаете лекарство по рецепту. Это поможет нам определить, какие рецептурные лекарства вы получаете и сколько платите.

2. Убедитесь, что у нас есть необходимая информация.

Затем вы можете обратиться к нам, чтобы мы возместили вам нашу часть стоимости лекарственного препарата. Чтобы отправить запрос на оплату лекарственного препарата в рамках части D, прописанного сетевым поставщиком медицинских услуг и полученного из сетевой аптеки, пишите по адресу:

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Ниже перечислены примеры ситуаций, в которых вы должны предоставить нам копии квитанций.

- Вы покупаете покрываемый лекарственный препарат в сетевой аптеке по специальной цене или с использованием дисконтной карты, которая не является частью льгот нашего плана.

- Вы вносите доплату за лекарственные препараты, которые 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 рецептурного лекарства в особых обстоятельствах.

Дополнительную информацию о том, как попросить нас возместить вам *нашу* часть стоимости лекарственного препарата см. в **главе 7** этого *Справочника участника*.

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 медикаментозной помощи для больных СПИДом (ADAP), платежи, внесенные Индейской службой здравоохранения и большинством благотворительных организаций, считаются осуществленными за счет собственных средств. Так вы сможете претендовать на страховое покрытие в критических случаях. Когда вы достигнете этапа страхового покрытия в критических случаях, наш план будет оплачивать все расходы на ваши лекарственные препараты в рамках программы Medicare часть D до конца года.

4. Проверьте EOB, которые мы вам отправили.

Когда вы получите по почте EOB, убедитесь, что в нем содержится полная и правильная информация.

- **Узнаете ли вы название каждой аптеки?** Проверьте даты. Получили ли вы лекарственные препараты в указанный день?

- **Получили ли вы перечисленные лекарственные препараты?** Совпадают ли они с теми, что указаны в ваших чеках? Соответствуют ли лекарственные препараты тем, что прописал врач?

B1. Что делать, если вы обнаружили ошибки в этих сводных данных?

Если что-то в этом EOB кажется вам непонятным или неверным, позвоните в отдел обслуживания участников плана Kaiser Permanente Dual Complete.

B2. Что делать в случае возможного мошенничества?

Если в этих сводных данных указаны лекарственные препараты, которые вы не принимаете, или что-то еще, что кажется вам подозрительным, свяжитесь с нами.

- Позвоните в отдел обслуживания участников.

- Либо позвоните в программу Medicare на номер 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Звонки на эти номера бесплатные.

- Если вы подозреваете, что поставщик медицинских услуг, сотрудничающий с программой 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 программы Medi-Cal можно найти на сайте по адресу: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Если вы считаете, что в документе есть ошибка или не хватает данных, либо у вас есть какие-либо вопросы, свяжитесь с отделом обслуживания участников. Кроме того, со своим **EOB** можно ознакомиться онлайн. Перейдите на сайт kp.org/goinggreen и войдите в свою учетную запись, чтобы узнать больше о том, как безопасно просмотреть свой **EOB** онлайн. Сохраните эти EOB. Они содержат важные сведения о ваших расходах на лекарственные препараты.

C. Этапы оплаты лекарственных препаратов в рамках программы Medicare часть D

В рамках нашего плана существует два этапа оплаты вашего страхового покрытия расходов на лекарственные препараты в рамках программы Medicare часть D. Сумма, которую вы платите за каждый рецепт, зависит от того, помощь какого уровня вы получаете по программе «Дополнительная помощь» (Extra Help) и на каком этапе вы находитесь во время получения лекарств по рецепту или пополнения их запасов.

Существует два этапа.

Этап 1. Начальный этап страхового покрытия	Этап 2. Страховое покрытие в критических случаях
На этом этапе мы оплачиваем часть стоимости ваших лекарственных препаратов, а вы оплачиваете свою часть. Оплачиваемая вами доля называется доплатой. Вы начинаете с этого этапа, когда получаете лекарство по рецепту первый раз в текущем году.	На этом этапе мы оплачиваем все расходы на ваши лекарственные препараты до 31 декабря 2026 года. Вы начинаете этот этап, когда заплатите за лекарственные препараты определенную сумму за счет собственных средств.

D. Этап 1. Начальный этап страхового покрытия

На начальном этапе страхового покрытия мы оплачиваем часть стоимости ваших лекарственных препаратов, а вы оплачиваете свою часть. Оплачиваемая вами доля называется доплатой. Размер доплаты зависит от того, на каком уровне долевого участия в расходах находится лекарственный препарат, и где вы его получаете.

Уровни долевого участия в расходах — это группы лекарственных препаратов с одинаковой доплатой. Каждый лекарственный препарат *Перечне лекарственных препаратов* нашего плана относится к одному из шести уровней долевого участия в расходах. Как правило, чем выше номер уровня, тем выше доплата. Чтобы узнать, к какому уровню долевого участия в расходах относятся ваши лекарственные препараты, см. наш *Перечень лекарственных препаратов*.

- **Уровень 1** долевого участия в расходах — предпочтительные непатентованные лекарственные препараты (в этот уровень входят некоторые патентованные лекарства).
- **Уровень 2** долевого участия в расходах — непатентованные лекарственные препараты (в этот уровень входят некоторые патентованные лекарства).
- **Уровень 3** долевого участия в расходах — предпочтительные патентованные лекарства.

- **Уровень 4** долевого участия в расходах — непредпочтительные лекарственные препараты (в этот уровень входят как непатентованные лекарственные препараты, так и патентованные лекарства).

- **Уровень 5** долевого участия в расходах — препараты специального назначения (в этот уровень входят как непатентованные лекарственные препараты, так и патентованные лекарства).

- **Уровень 6** долевого участия в расходах — вакцины, покрываемые в рамках части D (в этот уровень входят только патентованные лекарства).

D1. Выбор аптеки

Сколько вы платите за лекарственный препарат, зависит от того, в какой аптеке вы его получаете:

- В сетевой розничной аптеке. **Или**

- В розничной аптеке, не входящей в сеть. В ограниченных случаях мы покрываем лекарства по рецепту, полученные в аптеках, не входящих в нашу сеть. Чтобы узнать, в каких случаях мы это делаем, см. **главу 5** этого *Справочника участника*.

- В аптеке нашего плана с доставкой по почте.

Чтобы узнать больше об этих вариантах, см. **главу 5** этого *Справочника участника* и наш *Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек*.

D2. Получение долгосрочного запаса лекарственных препаратов

При получении лекарств по рецепту 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.

Подробную информацию о том, как получить долгосрочный запас лекарственного препарата, см. в **главе 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 каждый раз при получении лекарств по рецепту. Если стоимость вашего покрываемого лекарственного препарата меньше доплаты, вы платите по более низкой цене.

Свяжитесь с отделом обслуживания участников, чтобы узнать размер вашей доплаты за любой покрываемый лекарственный препарат.

Ваша часть стоимости при получении месячного или долгосрочного запаса покрываемого лекарственного препарата:

	Сетевая аптека или служба доставки заказа по почте в рамках нашего плана	**Аптека при учреждении долговременного ухода**	**Аптека, не входящая в сеть** В отдельных случаях покрытие ограничено. Подробную информацию см. в **главе 5**.
	Запас на один месяц или на срок до 100 дней	Запас на срок до 31 дня	Запас на срок до 30 дней.
Уровень 1 долевого участия в расходах — предпочтительные непатентованные лекарственные препараты	**$0–5,80**, в зависимости от уровня помощи по программе «Дополнительная помощь» (Extra Help)		
Уровень 2 долевого участия в расходах — непатентованные лекарственные препараты	**$0–5,80**, в зависимости от уровня помощи по программе «Дополнительная помощь» (Extra Help)		
Уровень 3 долевого участия в расходах — предпочтительные патентованные лекарства	**$0–14,40**, в зависимости от уровня помощи по программе «Дополнительная помощь» (Extra Help)		
Уровень 4 долевого участия в расходах — непредпочтительные лекарственные препараты	**$0–14,40**, в зависимости от уровня помощи по программе «Дополнительная помощь» (Extra Help)		
Уровень 5 долевого участия в расходах — лекарственные препараты специального назначения	**$0–14,40**, в зависимости от уровня помощи по программе «Дополнительная помощь» (Extra Help)		
Уровень 6 долевого участия в расходах — вакцины, покрываемые в рамках части D	**$0** (для лекарственных препаратов уровня 6 заказ по почте недоступен)		

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

Этап начального страхового покрытия заканчивается, когда общая сумма оплаты лекарственных препаратов за счет собственных средств достигает **$2 400.** В этот момент начинается Этап страхового покрытия в критических случаях. С этого момента и до конца года мы покрываем все ваши расходы на лекарственные препараты.

EOB помогает вам отслеживать, сколько вы заплатили за лекарственные препараты в течение года. Мы сообщим вам, если вы достигнете лимита в размере **$2 400**. Многие пациенты не достигают его за год.

E. Этап 2. Страховое покрытие в критических случаях

Этап страхового покрытия в критических случаях начинается при достижении лимита оплаты лекарственных препаратов за счет собственных средств в размере **$2 400**. Вы остаетесь на этапе страхового покрытия в критических случаях до окончания календарного года. На этом этапе вы ничего не платите за лекарственные препараты, покрываемые частью D.

F. Расходы на лекарственные препараты, если 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 месячный запас.

- Бывают случаи, когда вы можете попросить своего врача выписать меньшее количество лекарственного препарата, чем требуется для приема в течение месяца (например, когда вы впервые пробуете препарат).

- Если врач согласен с этим, вы не будете платить за полный месячный запас некоторых лекарственных препаратов.

Если вы получаете меньше месячного запаса лекарственного препарата, сумма, которую вы платите, зависит от количества дней его приема. Мы рассчитываем сумму, которую вы платите за лекарственный препарат в день («дневная ставка долевого участия в расходах»), и умножаем ее на количество дней, в течение которых вы получаете лекарственный препарат.

- 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 лекарственного препарата на семь дней, вы платите менее $0,05 в день, умноженные на семь дней: общая сумма платежа составляет менее $0,35.

- Дневная ставка долевого участия в расходах 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 планировать, когда следует пополнять запасы лекарственных препаратов;

    - согласовывать пополнение с другими принимаемыми препаратами, чтобы реже ходить в аптеку.

G. Сколько вы платите за вакцины в рамках части D

Важная информация о размере вашей платы за вакцины. Некоторые вакцины считаются медицинскими услугами и покрываются в рамках программы Medicare часть B. Другие вакцины считаются лекарственными препаратами, получаемыми в рамках программы Medicare часть D. Вы можете найти эти вакцины в нашем *Перечне лекарственных препаратов*. Наш план покрывает большинство вакцин для взрослых в рамках программы Medicare часть D без затрат для вас. Чтобы получить подробную информацию о страховом покрытии и долевом участии в расходах на конкретные вакцины, см. *Перечень лекарственных препаратов* нашего плана или свяжитесь с отделом обслуживания участников.

Наше страховое покрытие вакцинации в рамках программы Medicare часть D состоит из двух частей:

1. Первая часть страхового покрытия касается стоимости **самой вакцины**.
2. Вторая часть касается стоимости **введения вакцины**. Например, иногда вакцину в виде инъекции вам может ввести ваш врач.

G1. 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 вакцинацию.
- Мы расскажем вам, как снизить расходы, пользуясь услугами сетевых аптек и поставщиков медицинских услуг.
- Если вы не можете пользоваться услугами сетевых поставщиков и аптек, мы расскажем вам, что нужно сделать, чтобы запросить возмещение нашей части стоимости.

G2. Сколько вы платите за вакцины в рамках программы Medicare часть D

Сумма, которую вы платите за вакцину, зависит от типа вакцины (от чего вас вакцинируют).

- Получение некоторых вакцин рассматривается как медицинская услуга, а не как приобретение лекарственного препарата. Эти вакцины являются для вас бесплатными. Чтобы узнать о страховом покрытии этих вакцин, см. Таблицу страхового покрытия в **главе 4** этого *Справочника участника*.
- Другие вакцины считаются лекарственными препаратами, получаемыми в рамках программы Medicare часть D. Вы можете ознакомиться с этими вакцинами в *Перечне лекарственных 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 on Immunization Practices, ACIP)**, то вам ничего не нужно будет платить за вакцину.

Ниже представлены три распространенных способа вакцинации, которыми можно воспользоваться в рамках программы Medicare часть D.

1. В рамках программы Medicare часть D вы получаете вакцину в сетевой аптеке, и вакцинацию проводят ее сотрудники.
   - За большинство вакцин для взрослых в рамках части D вам не придется ничего платить.
   - За другие вакцины в рамках части D вы оплачиваете сумму доплаты для конкретной вакцины.
2. В рамках программы Medicare часть D вы получаете вакцину в кабинете своего врача, и вакцинацию проводит ваш врач.
   - Вы платите доплату врачу за вакцину.
   - Наш план покрывает расходы на введение вам вакцины.
   - В этой ситуации врач должен позвонить нам. Таким образом мы сможем убедиться, что ему известно, что вам нужно внести доплату только за вакцину.
3. В рамках программы Medicare часть D 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 саму вакцину.
   - За другие вакцины в рамках части D вы оплачиваете сумму доплаты для конкретной вакцины.
   - Наш план покрывает расходы на введение вам вакцины.

Глава 7. Как попросить нас оплатить часть 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. Как попросить нас оплатить полученные вами услуги или лекарственные препараты 230

B. Отправка запроса об оплате 234

C. Решения о страховом покрытии 235

D. Апелляции 236

A. Как попросить нас оплатить полученные вами услуги или лекарственные препараты

Наши сетевые поставщики медицинских услуг выставляют счет плану за покрываемые услуги и лекарственные препараты после того, как вы их получите. Сетевой поставщик медицинских услуг — это поставщик, который сотрудничает с планом медицинского страхования.

Мы не разрешаем поставщикам услуг Kaiser Permanente выставлять вам счета за эти услуги или лекарственные препараты. Мы платим нашим поставщикам медицинских услуг напрямую, и вы не получаете счета.

Если вы получили счет на полную стоимость за услуги здравоохранения или лекарственные препараты, не оплачивайте его и отправьте нам. Чтобы узнать, как отправить нам счет, см. **раздел B**.

- Если мы покрываем услуги или лекарственные препараты, мы осуществим оплату поставщику напрямую.
- Если мы покрываем услуги или лекарственные препараты, но вы уже заплатили больше, чем предусмотрено в рамках вашего долевого участия в расходах, вы имеете право на возмещение.
    - Если вы оплатили услуги, покрываемые программой Medicare, мы возместим ваши расходы.
- Если вы оплатили уже полученные услуги по программе 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 возместим вам стоимость услуг, которые не покрываются планом Kaiser Permanente Dual Complete.
    - Вы получили услугу, покрываемую страховым планом, после того как стали отвечающим требованиям участником плана Kaiser Permanente Dual Complete.
    - Вы просите возместить ваши расходы в течение одного года с момента получения услуги, покрываемой страховым планом.
    - Вы предоставляете доказательство того, что оплатили услугу, покрываемую страховым планом, например подробную квитанцию от поставщика медицинских услуг.
    - Вы получили услугу, покрываемую страховым планом, от поставщика медицинских услуг, зарегистрированного в программе Medi-Cal и входящего в сеть плана Kaiser Permanente Dual Complete. Вам не нужно выполнять это условие, если вы получили экстренную медицинскую помощь, услуги по планированию семьи или другую услугу, которую программа Medi-Cal разрешает оказывать поставщикам медицинских услуг, не состоящим в сети, без предварительного согласования (предварительного разрешения).
- Если услуга, покрываемая планом, обычно требует предварительного одобрения (предварительного разрешения), необходимо предоставить подтверждение от поставщика медицинских услуг о наличии медицинских показаний для получения такой услуги.

- Kaiser Permanente Dual Complete сообщит вам о том, будут ли возмещены ваши 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, план Kaiser Permanente Dual Complete вернет вам всю сумму, которую вы заплатили. Мы возместим вам расходы в течение 45 рабочих дней после получения страхового иска. Если поставщик медицинских услуг включен в программу Medi-Cal, но не входит в нашу сеть и отказывается возвращать вам деньги, план Kaiser Permanente Dual Complete возместит ваши расходы, но только в размере, который был бы оплачен в рамках программы Medi-Cal со сдельной оплатой. Kaiser Permanente Dual Complete вернет вам полную сумму, оплаченную за счет собственных средств за услуги скорой помощи, услуги по планированию семьи или другие услуги, которые программа Medi-Cal разрешает получать у внесетевых поставщиков медицинских услуг без предварительного согласования. Если вы не соответствуете одному из вышеперечисленных условий, мы не возместим ваши расходы.
- Мы не возместим ваши расходы в следующих случаях:
  - Вы запросили и получили услуги, которые не покрываются программой Medi-Cal, например косметические услуги.
  - Услуга не покрывается страховым планом Kaiser Permanente Dual Complete.
  - 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 позвонить нам, если хотите сообщить информацию о запросе на оплату, который вы нам уже отправили.

Далее представлены примеры случаев, когда вам может понадобиться выслать нам запрос на возмещение ваших расходов или оплату выставленного вам счета.

1. Вы получили экстренную или неотложную медицинскую помощь от поставщика медицинских услуг, не состоящего в сети

Попросите поставщика медицинских услуг выставить счет нам.

- Если вы оплатите полную сумму при получении услуг, вы можете отправить нам запрос на компенсацию нашей части стоимости. Отправьте нам счет и доказательство любого произведенного 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 произведенного вами платежа.
  - Если услуги поставщика должны быть оплачены, мы осуществим оплату поставщику напрямую.
  - Если вы уже заплатили за услуги по программе Medicare больше, чем предусмотрено в рамках вашего долевого участия в расходах, мы выясним сумму нашей задолженности и возместим вам нашу часть расходов.

2. Сетевой поставщик медицинских услуг выставил вам счет

Сетевые поставщики медицинских услуг должны всегда выставлять счета нам. При получении любых услуг или лекарств по рецепту необходимо предъявлять карточку участника плана. Тем не менее иногда сетевые поставщики медицинских услуг могут допустить ошибку и попросить вас оплатить услуги или заплатить больше размера вашего долевого участия в расходах. **Позвоните в отдел обслуживания участников** по номеру, указанному внизу страницы, **если получите какой-либо счет.**

- Участники плана вносят доплату только тогда, когда получают покрываемые нами услуги. Мы не разрешаем поставщикам медицинских услуг выставлять вам счета на сумму, превышающую такое значение. Это справедливо даже в том случае, если мы платим поставщику медицинских услуг меньше, чем стоимость услуги, которую он предоставляет. Даже если мы решим не оплачивать какие-то счета, вы все равно их не оплачиваете.

- Всякий раз, когда вы получаете от сетевого поставщика медицинских услуг счет, в котором, по вашему мнению, указана сумма, превышающая то, что вы должны заплатить, отправьте этот счет нам. Мы свяжемся с поставщиком напрямую и решим проблему.

- Если вы уже оплатили счет за услуги сетевого поставщика, покрываемые программой Medicare, но считаете, что заплатили слишком много, отправьте нам этот счет и доказательство любого произведенного вами платежа. Мы вернем вам разницу между суммой, которую вы заплатили, и суммой, которую вы должны были заплатить в рамках нашего плана.

3. Вы были зарегистрированы в нашем плане задним числом

В некоторых случаях 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 вы были зарегистрированы в плане задним числом и оплатили счет после даты регистрации, вы можете попросить нас возместить вам расходы.

- Отправьте нам счет и доказательство любого произведенного вами платежа.

4. Вы получаете лекарства по рецепту в аптеке, не входящей в нашу сеть

Если вы пользуетесь услугами аптеки, не входящей в нашу сеть, вы оплачиваете полную стоимость своего рецептурного лекарства.

- В ограниченных случаях мы покрываем лекарства по рецепту, полученные в аптеках, не входящих в нашу сеть. Отправьте нам запрос на возмещение нашей части стоимости и предоставьте копию квитанции.

- Чтобы узнать больше об аптеках, не входящих в нашу сеть, см. **главу 5** этого *Справочника участника*.

- Мы не можем вернуть вам разницу между суммой, которую вы заплатили за лекарственный препарат в аптеке, не входящей в сеть, и суммой, которую мы заплатили бы, если бы вы приобрели его в сетевой аптеке.

5. Вы оплачиваете полную стоимость рецептурного лекарства в рамках программы Medicare часть D, потому что у вас с собой нет карточки участника плана

Если у вас нет с собой карточки участника плана, 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 рецептурного лекарства самостоятельно или вернуться в аптеку с карточкой участника плана.
- Отправьте нам запрос на возмещение нашей части стоимости и предоставьте копию квитанции.
- Мы не можем вернуть вам полную сумму, которую вы заплатили, если цена, которую вы заплатили наличными, превышает нашу договорную цену рецептурного лекарства.

6. Вы оплачиваете полную стоимость рецептурного лекарства в рамках программы Medicare часть D, которое не покрывается

Вам может понадобиться оплатить полную стоимость рецептурного лекарства, поскольку данный лекарственный препарат не покрывается планом.

- Лекарственный препарат может не входить в наш *Перечень покрываемых лекарственных препаратов* (*Перечень лекарственных препаратов*), размещенный 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 лекарственный препарат, вам, возможно, придется заплатить его полную стоимость.
    - Если вы не заплатите за лекарственный 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 другое лицо, назначившее лекарственный препарат, считаете, что лекарственный препарат нужен вам немедленно (в течение 24 часов), вы можете запросить ускоренное решение о страховом покрытии (см. **главу 9**этого*Справочника участника*).
- Отправьте нам запрос на возмещение расходов и предоставьте копию квитанции. В некоторых случаях нам может понадобиться дополнительная информация от вашего врача или другого лица, назначившего лекарственный препарат, чтобы возместить вам нашу часть стоимости лекарственного препарата. Мы не можем вернуть вам полную сумму, которую вы заплатили, если цена, которую вы заплатили, превышает нашу договорную цену рецептурного лекарства.

После отправки нам запроса на оплату мы рассматриваем его и решаем, следует ли покрывать услугу или лекарственный препарат. Это называется «решением о страховом покрытии». Если мы решаем, что услуга или лекарственный препарат должны быть покрыты, мы оплачиваем нашу часть стоимости.

Если мы отклоним ваш запрос на оплату, вы можете обжаловать наше решение. Подробную информацию о том, как подать апелляцию, см. в **главе 9** этого *Справочника участника*.

B. Отправка запроса об оплате

Вы можете запросить возмещение расходов, отправив свой запрос по адресу: Если вы отправляете запрос в письменном виде, пришлите счет и подтверждение произведенной оплаты услуг, покрываемых программой Medicare. Рекомендуется сделать копию счета и квитанций для себя. **Вы должны подать страховой иск нам в течение 12 месяцев (для медицинских страховых исков по части C) и в течение 36 месяцев (для страховых исков в отношении лекарственных препаратов по части D) с того момента, как вам предоставили услугу.**

Чтобы убедиться, что при отправке запроса на оплату вы предоставили нам всю информацию, необходимую для принятия решения, вы можете заполнить нашу форму страхового иска. Заполнение данной формы не является обязательным, но она помогает нам быстрее обрабатывать информацию. Подать иск можно одним из следующих способов.

- 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 в наш отдел обработки страховых исков по указанному ниже адресу.
- Если вы не можете получить форму, то можете подать запрос на оплату, отправив перечисленную далее информацию в отдел обработки страховых исков по указанному ниже адресу.
  - 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, предоставивший услуги.
  - Причины, по которым вы считаете, что мы должны оплатить эти услуги.
  - Ваша подпись и дата. (Если вы хотите, чтобы вместо вас запрос подало другое лицо, нам также потребуется заполненная форма «Назначение представителя» (Appointment of representative), которая доступна на сайте kp.org.)
  - Копия счета, медицинская документация о получении этих услуг и квитанция, если вы их оплатили.

Отправьте запрос на оплату вместе со всеми счетами или квитанциями по адресу:

Планы South:
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

Планы North:
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

Чтобы отправить запрос на оплату лекарственного препарата в рамках части D, прописанного сетевым поставщиком медицинских услуг и полученного из сетевой аптеки, пишите по указанному ниже адресу: Все остальные запросы по части D отправляйте по указанному выше адресу.

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.

C. 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 заплатить, если это требуется.

- Мы сообщим вам, если нам понадобится 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 заплатили полную стоимость лекарственного препарата, вам не будет возмещена вся уплаченная вами сумма (например, если вы приобрели лекарственный препарат в аптеке, не входящей в сеть, или если уплаченная вами цена наличными выше, чем наша договорная цена). Если вы не заплатили, мы заплатим непосредственно поставщику медицинских услуг.

В **главе 3** *Справочника участника* разъясняются правила покрытия услуг.
В **главе 5** *Справочника участника* разъясняются правила покрытия лекарственных препаратов в рамках программы Medicare часть D.

- Если мы примем решение не оплачивать нашу часть стоимости услуги или лекарственного препарата, мы отправим вам письмо и укажем в нем причины такого решения. В этом письме мы также расскажем о вашем праве на подачу апелляции.
- Чтобы узнать больше о решениях о страховом покрытии, см. **главу 9**.

D. Апелляции

Если вы считаете, что мы отклонили ваш запрос на оплату по ошибке, вы можете попросить нас изменять наше решение. Это называется «подачей апелляции». Вы также можете подать ее, если не согласны с суммой, уплаченной нами.

Официальный процесс подачи апелляции состоит из детальных процедур и имеет определенные сроки. Чтобы узнать больше об апелляциях, см. **главу 9** этого *Справочника участник*.

- Чтобы подать апелляцию о возмещении суммы, уплаченной за услуги здравоохранения, см. **раздел F**.
- Чтобы подать апелляцию о возмещении суммы, уплаченной за лекарственный препарат, см. **раздел G**.

Глава 8. Ваши права и обязанности

Введение

Эта 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 246

B. Наша ответственность за предоставление вам своевременного доступа к покрываемым услугам и лекарственным препаратам....250

C. Наша ответственность за защиту вашей личной медицинской информации (PHI) 251

C1. Как мы защищаем вашу PHI 251

C2. Ваше право просматривать свою медицинскую документацию....252

D. Наша ответственность за предоставление вам информации....252

E. Запрет сетевым поставщикам медицинских услуг выставлять счета непосредственно вам 253

F. Ваше право выйти из плана 253

G. Ваше право принимать решения о получении услуг здравоохранения 254

G1. Ваше право знать варианты лечения и принимать решения 254

G2. Ваше право определить порядок действий в случае, если вы не сможете самостоятельно принимать решения об услугах здравоохранения 255

G3. Что делать, если ваши указания не выполняются 256

H. Ваше право подавать жалобы и запрашивать у нас пересмотр решений 256

H1. Что делать в случае несправедливого отношения и как получить более подробную информацию о своих правах....256

I. Обязанности участника плана 257

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, audio file, or data CD. To get materials in one of these alternative formats, please call or write to Member Services (refer to **Chapter 2**). Contact Member services to do the following:
    - Request a preferred language other than English and/or alternate format,
    - Keep your information as a standing request for future mailings and communications, and
    - Change a standing request for preferred language and/or format.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

أ حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم **كل** الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، لك بطريقة مؤهلة ثقافيًا ويسهل الوصول إليها بما في ذلك الأفراد أصحاب الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات القراءة المحدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب أن نخبرك أيضًا عن مزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نخبرك بحقوقك كل عام كونك في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تحتوي خطتنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.

- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو ملف صوتي أو قرص مضغوط للبيانات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يُرجى الاتصال أو الكتابة إلى خدمات الأعضاء (راجع **الفصل 2**). اتصل بخدمات الأعضاء للقيام بما يلي:
  - طلب لغة مفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو تنسيق بديل، و
  - الاحتفاظ بمعلوماتك كطلب دائم للرسائل البريدية والاتصالات المستقبلية، و
  - تغيير طلب قائم للغة المفضلة و/أو التنسيق.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ա. Ձեր կարիքներին համապատասխանող եղանակով ծառայություններ և տեղեկություններ ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է համոզվենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ թե՛ կլինիկական, և թե՛ ոչ կլինիկական, տրամադրվում են ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացություն, կարդալու սահմանափակ հմտություններ, լսողության խանգարում ունեցող կամ բազմազան մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի արտոնությունների և ձեր իրավունքների մասին այնպիսի եղանակով, որը հասկանալի է ձեզ: Մենք պարտավոր ենք ձեզ տեղեկացնել ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, երբ դուք բաժանորդագրվում եք մեր պլանին:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր պլանը տրամադրում է անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք հասանելի են՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:

- Մեր պլանը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և ձևաչափերով՝ խոշոր տառաչափով, Բրայլի գրատիպով կամ CD-ROM-ով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել Անդամների սպասարկման կոնտրոն (այցելեք **2-րդ Գլուխ**): Դիմեք Անդամների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հարցերի դեպքում՝

  - Անգլերենից բացի այլ նախընտրելի լեզու և (կամ) այլ ձևաչափ պահանջելու համար

  - Հետագայում նամակագրություններ և հաղորդակցություններ ստանալու հարցումների համար, և

  - Նախընտրած լեզուն և (կամ) ձևաչափը փոխելու համար:

Եթե լեզվական խնդրի կամ հաշմանդամության պատճառով մեր պլանի կողմից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:

- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែជានាថា សេវាកម្ម **ទាំងអស់** ទាំងគ្លីនិក និងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមានសមត្ថភាពផ្នែករបួជម៌ និងអាចចូលប្រើបាន រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានកម្រិតជំនាញភាសាអង់គ្លេសកម្រិតទាប ជំនាញអានកម្រិតទាប អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិរបួជម៌ និងជនជាតិចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។

- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ និង ក្នុងទម្រង់ដូចជាការពុម្ពអក្សរធំ អក្សរស្ទាប ឬអូឌីយ៉ូ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់សេវាសមាជិក (សូមមើល**ជំពូកទី 2**)។ ទាក់ទងសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីធ្វើដូចខាងក្រោម៖

  - ស្នើសុំភាសាដែលចង់បានក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស

  - រក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការផ្ញើសំបុត្រ និងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត និង

  - ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយសម្រាប់ភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

- ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។

A. 您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保**所有**服務（臨床和非臨床），都以符合文化要求並可供取得的方式提供給您，包括英語水準或閱讀能力有限、聽力喪失，或具有不同文化和族裔背景的人。我們還必須以您能理解的方式告知您本計劃的理賠福利和您的權利。我們每年都必須告訴您有關您在本計劃中的權利。

- 若要以您可以理解的方式獲取資訊，請致電會員服務。本計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回覆問題。
- 本計劃還會以英語以外的其他語言和大字版、點字版、音訊檔案或資料CD的格式提供您資訊。若要取得這些其他格式的資訊，請致電或寫信給會員服務（請參閱**第2章**）。請致電會員服務以進行下列行動：
  - 要求使用英文以外的慣用語言和/或其他格式，
  - 保留您的資訊作為未來郵寄和溝通時的常規要求，以及
  - 變更慣用語言和/或格式的常規要求。

如果您因為語言問題或身心障礙而無法取得本計劃的資訊，而且您想提出投訴，請致電：

- Medicare的電話為1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線使用者，請撥打1-877-486-2048。
- Medi-Cal民權辦公室的電話為916-440-7370。聽障及語障電話專線使用者，請撥打711。
- 美國衛生與民眾服務部民權辦公室的電話為1-800-368-1019。聽障及語障電話專線使用者，請撥打1-800-537-7697。

A.حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، از لحاظ فرهنگی، به شیوه ای شایسته و قابل دسترس ارائه می شوند ازجمله برای کسانی که مهارت های محدودی در زبان انگلیسی، مهارت های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا پیشینه های فرهنگی و قومی متنوع دارند. ما همچنین باید مزایای طرحمان و حقوقتان را به صورتی که برای شما قابل درک باشد به شما اطلاع دهیم. باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما اطلاع دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتی که برایتان قابل درک باشد، با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان های متفاوت است.

- طرح ما همچنین می تواند مطالبی به سایر زبان ها غیر از انگلیسی و در قالب هایی از جمله چاپ درشت، خط بریل، فایل صوتی یا سی دی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب به یکی از این فرمت های جایگزین، لطفاً با "خدمات اعضا" تماس بگیرید یا مکاتبه کنید. (به فصل 2 مراجعه کنید). برای انجام کارهای زیر با "خدمات اعضا" تماس بگیرید:
  - درخواست زبان ترجیحی غیر از انگلیسی و/یا فرمت جایگزین،
  - حفظ اطلاعاتتان جهت درخواست دائمی برای نامه ها و مکاتبات آینده، و
  - تغییر درخواست قبلی برای زبان و/یا فرمت ترجیحی.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرحمان دچار مشکل هستید، و قصد طرح شکایت دارید، با این شماره تماس بگیرید:

- Medicare از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTYباید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Koj muaj cai tau txais tej kev saib xyuas thiab cov ntaub ntawv uas koj xav tau ntawd

Peb yuav tsum saib xyuas **tag nrho** cov kev saib xyuas, tsis hais kho mob thiab tsis yog kho mob, uas tau muab saib xyuas rau koj ntawd kom haum raws li kab lis kev cai thiab mus cuag tau suav nrog cov neeg uas tsis paub lus Askiv zoo, nyeem ntawv tsis tau zoo, hnov lus tsis zoo, los sis cov uas muaj kab lis kev cais thiab kev ntseeg sib txawv tib si. Peb kuj yuav tsum qhia rau koj txog peb qhov kev npaj kho mob cov txiaj ntsig thiab koj cov cai kom koj nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia koj txog koj cov cai hauv txhua xyoo uas koj koom rau hauv peb qhov kev npaj kho mob.

- Yuav tau txais cov ntaub ntawv uas koj nkag siab tau, ces hu rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Peb qhov kev npaj kho mob yeej muaj cov kws txhais lus pub dawb uas khoom los teb cov lus nug ua ntau hom lus rau sawv daws.

- Peb qhov kev npaj kho mob kuj yuav muab cov ntaub ntawv sau ua lwm hom lus uas tsis yog lus Askiv thiab muab luam tawm kom loj, sau ua ntawv rau neeg dig muag xua, tso ua suab lus, los sis tso rau hauv CD rau koj thiab. Yuav tau txais cov ntaub ntawv sau ua ib hom ntawm cov no, thov hu los sis sau ntawv mus rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab (saib **Tshooj ntawv 2**). Hu Rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab los mus ua raws li nram qab no:

    - Thov ib hom lus uas koj nyiam uas tsis yog lus Askiv thiab/los sis lwm hom ntawv,

    - Khaws koj cov ntaub ntawv tseg cia siv rau kev thov rau kev xa ntawv thiab kev sib txuas lus yav tom ntej, thiab

    - Kev hloov pauv ib qho kev thov rau hom lus uas nyiam thiab/los sis lwm hom ntawv.

Yog tias koj tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb qhov kev npaj kho ob tau nyuaj vim yog qhov tsis paub lus los sis qhov tsis taus thiab koj xav hais ib qho kev tsis txaus siab, ces hu rau:

- Medicare rau ntawm tus xov toooj 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau1-877-486-2048.

- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Pej Xeem Cov Cai rau ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711.

- Tsoom Fwv Meskas Lub Chaw Ua Hauj Lwm ntsig txog Kev Noj Qab Haus Huv thiab Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Ua Hauj Lwm rau Pej Xeem Cov Cai ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

A. Права на получение услуг и информации в удобной для вас форме

Мы обязаны предоставлять все услуги, включая услуги, связанные с медицинской помощью и без нее, которые помогут вам получить доступ к услугам и информации в удобной для вас форме, включая людей с ограниченными возможностями речи, чтения, слуха, а также людей из культурно и этнически отличающихся групп. Мы также обязаны предоставлять информацию о наших планах и ваших правах в удобной для вас форме. Мы должны ежегодно информировать вас о ваших правах.

- Если вам нужна информация в удобной для вас форме, позвоните в службу поддержки участников. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, которые помогут вам задать вопросы на любом языке.
- Наш план может предоставить материалы в виде крупного шрифта, шрифта Брайля или аудиозаписи, а также в электронном виде. Если вам нужны материалы в одной из этих форм, обратитесь в службу поддержки участников (**глава 2**).

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана из-за языкового барьера или инвалидности, позвоните по следующим номерам:

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Medi-Cal: 916-440-7370. Пользователи TTY могут звонить по номеру 711.
- Министерство здравоохранения и социальных служб США, Управление по защите прав: 1-800-368-1019. Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-800-537-7697.

A. Ваше право на получение услуг и информации таким способом, который отвечает вашим потребностям

Мы должны гарантировать, что **все** услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются с соблюдением принципов культурной компетентности и в такой форме, которая доступна, в том числе, людям с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или людям с различным культурным и этническим происхождением. 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, кроме английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиофайл или компакт-диск с данными. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников или напишите его сотрудникам (см. **главу 2**). Обратитесь в отдел обслуживания участников, чтобы выполнить следующее:

    - отправить запрос на предпочтительный язык, кроме английского, и (или) альтернативный формат;

    - сохранить вашу информацию в качестве долгосрочного 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, телефон: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048.

- Управление по гражданским правам программы Medi-Cal, телефон: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 711.

- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам, телефон: 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, clínicos y no clínicos, se le brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. También debemos informarle, de manera que pueda entender, sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicio a los Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Además, nuestro plan puede entregarle materiales en otros idiomas y en formatos como letra grande, braille, archivo de audio o CD de datos. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a Servicio a los Miembros (consulte el **Capítulo 2**). Comuníquese con Servicio a los Miembros para:
  - pedir el idioma que prefiere además de inglés u otro formato;
  - mantener su información como una solicitud abierta, para que sea considerada en las futuras listas de correo y comunicaciones, y
  - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido al idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.
- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ang iyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa iyo sa paraang suportado ng kaalaman sa kultura at naa-access kabilang ang para sa mga taong may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kasanayan sa pagbabasa, may problema sa pandinig, o mayroong iba't ibang kultura at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at iyong mga karapatan sa paraang nauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taong kabilang ka sa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.

- Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa mga wikang bukod sa Ingles at nasa mga format na gaya ng malaking titik, braille, audio file, o data CD. Para kumuha ng mga materyal na nasa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa Mga Serbisyo sa Miyembro (sumangguni sa **Kabanata 2**). Makipag-ugnayan sa mga serbisyo sa Miyembro upang gawin ang mga sumusunod:

    - Humiling ng gustong wika maliban sa English at/o alternatibong format,

    - Panatilihin ang iyong impormasyon bilang patuloy na kahilingan para sa mga sulat at komunikasyon sa hinaharap, at

    - Baguhin ang isang patuloy na kahilingan para sa mas gustong wika at/o format.

Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

- Medi-Cal Office of Civil Rights sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận được các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và có thể tiếp cận được bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và nguồn gốc dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng có nghĩa vụ phải thông báo cho quý vị biết về các quyền lợi thuộc chương trình của chúng tôi cùng các quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm trong trường hợp quý vị vẫn tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời nhiều câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi braille, tệp âm thanh hoặc CD dữ liệu. Để nhận tài liệu có tuỳ chọn định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc làm đơn gửi đến Dịch Vụ Hội Viên (tham khảo **Chương 2**). Hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để thực hiện những việc sau:

    - Yêu cầu ngôn ngữ ưu tiên khác với tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế,

    - Lưu thông tin thường xuyên sử dụng của quý vị để phục vụ cho việc gửi thư tín hay liên lạc trong tương lai và

    - Thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưa thích mà quý vị thường xuyên sử dụng.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

- Văn Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY hãy gọi số 711.

- Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY hãy gọi số 1-800-537-7697.

B. Наша ответственность за предоставление вам своевременного доступа к покрываемым услугам и лекарственным препаратам

У вас есть права как у участника нашего плана.

- Вы имеете право выбрать поставщика услуг первичной медико-санитарной помощи (поставщика первичных медицинских услуг) в нашей сети. Сетевой поставщик услуг — это поставщик медицинских услуг, который сотрудничает с нами. Чтобы получить дополнительную информацию о типах поставщиков медицинских услуг, которые могут действовать в качестве поставщиков первичных медицинских услуг, и о том, как выбрать поставщика первичных медицинских услуг, см. **главу 3** этого *Справочника участника*.
    - Чтобы узнать больше о сетевых поставщиках медицински услуг и о том, какие врачи принимают новых пациентов, звоните в отдел обслуживания участников или см. *Справочник 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** этого *Справочника участника*. Направление — это разрешение от поставщика первичных медицинских услуг на визит к поставщику медицинских услуг, который не является вашим поставщиком первичных медицинских услуг.
- Вы имеете право получать покрываемые услуги от сетевых поставщиков медицинских услуг в течение разумного срока.
    - Это включает право на своевременное получение услуг от специалистов.
    - Если вы не можете получить услуги в течение разумного срока, мы обязаны оплатить обслуживание у поставщика, не входящего в сеть.
- Вы имеете право на получение услуг экстренной или неотложной медицинской помощи без предварительного разрешения (PA).
- Вы имеете право на первичное и повторное получение лекарств по рецептам в любых сетевых аптеках без длительных задержек.
- Вы имеете право знать, когда можете пользоваться услугами поставщика медицинских услуг, не входящего в сеть. Чтобы узнать больше о поставщиках услуг, не входящих в сеть, см. **главу 3** этого *Справочника участника*.
- Когда вы впервые присоединяетесь к нашему плану, вы имеете право сохранить своих текущих поставщиков медицинских услуг и разрешения на получение услуг на строк до 12 месяцев, если отвечаете определенным условиям. Чтобы узнать больше о том, как сохранить своих текущих поставщиков медицинских услуг и разрешения на получение услуг, см. **главу 1** этого *Справочника участника*.
- Вы имеете право принимать собственные решения в области здравоохранения при помощи команды медицинского обслуживания и координатора медицинского обслуживания.

В **главе 9** этого *Справочника участника* рассказывается о том, что вы можете сделать, если считаете, что не получаете услуги или лекарственные препараты в течение разумного строка. 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.

C. Наша ответственность за защиту вашей личной медицинской информации (PHI)

Мы защищаем вашу PHI, как того требует федеральное законодательство и законодательство штата.

Ваша PHI включает личную информацию, которую вы предоставили нам во время регистрации в нашем плане. Она также включает вашу медицинскую документацию и прочую медицинскую информацию и информацию относительно состояния здоровья.

Вы имеете право контролировать использование своей PHI. Мы предоставляем вам письменное уведомление, в котором мы информируем вас об этих правах и объясняем, 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 страховой иск на оплату конфиденциальных услуг. Kaiser Permanente будет направлять сообщения, касающиеся конфиденциальных услуг, на альтернативный указанный участником почтовый адрес, адрес электронной почты или номер телефона либо, 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 участникам плана без письменного разрешения участника плана, получающего обслуживание. Kaiser Permanente будет удовлетворять запросы о конфиденциальной передаче 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 информации в связи с конфиденциальными услугами будет действителен до тех пор, пока участник не отзовет запрос или не подаст новый запрос на конфиденциальную передачу информации.

Участники могут запросить конфиденциальную передачу информации, заполнив форму запроса на конфиденциальную передачу информации, которая доступна на сайте kp.org в разделе Request for confidential communications forms (Формы запроса на конфиденциальную передачу информации).

C1. Как мы защищаем вашу PHI

Мы следим за тем, чтобы неуполномоченные лица не просматривали ваши записи и не вносили в них изменения.

Кроме случаем, указанных ниже, мы не передаем вашу PHI лицам, которые не лечат вас или не оплачивают ваше лечение. Если мы передаем их, то обязаны сначала получить ваше письменное разрешение. Письменно решение можете предоставить вы или лицо, законно уполномоченное принимать решения от вашего имени.

В некоторых случаях мы не обязаны предварительно получать ваше письменное разрешение. Эти исключения разрешены законодательством или требуются по закону.

- Мы должны раскрывать PHI государственным органам, проверяющим качество лечения, предоставляемого нашим планом.
- Мы можем раскрывать личную медицинскую информацию по решению суда, но только если это разрешено законодательством штата Калифорния.
- Мы обязаны предоставить программе Medicare вашу PHI, включая информацию о ваших лекарственных препаратах в рамках программы Medicare часть D. Если в рамках программы Medicare ваша PHI раскрывается в исследовательских либо иных целях, это делается в соответствии с федеральным законодательством.

C2. Ваше право просматривать свою медицинскую документацию

- Вы имеете право просматривать свою медицинскую документацию и делать ее копии. Мы можем взимать с вас плату за изготовление копии вашей медицинской документации.
- Вы имеете право просить нас обновить вашу медицинскую документацию или внести в нее изменения. Если вы попросите нас это сделать, мы вместе с вашим поставщиком услуг здравоохранения решим, следует ли вносить изменения.
- Вы имеете право знать, передаем ли мы вашу PHI третьим лицам в целях, не являющихся стандартными, и если да, то каким образом.

Если у вас есть вопросы или опасения относительно конфиденциальности вашей PHI, позвоните в отдел обслуживания участников.

D. Наша ответственность за предоставление вам информации

Как участник нашего плана, вы имеете право получить информацию от нас о нашем плане, наших сетевых поставщиках услуг и ваших покрываемых услугах.

Если вы не говорите на английском языке, мы предоставляем услуги устного перевода, чтобы вы получили ответы на вопросы о нашем плане. Чтобы запросить услуги устного перевода, позвоните в отдел обслуживания участников. Эта услуга бесплатная для вас. Этот документ доступен на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, фарси, хмонг, корейском, русском, испанском, тагальском и вьетнамском языке в отделе обслуживания участников плана. Мы также предоставляем вам информацию крупным шрифтом, шрифтом Брайля, в виде аудиофайла или файла с данными.

Если вам нужна какая-либо указанная ниже информация, позвоните в отдел обслуживания участников.

- Как выбрать или сменить план.
- Наш план, в том числе:
  - финансовые вопросы;
  - как участники плана оценили нас;

- количество апелляций, поданных участниками;
- как выйти из нашего плана.

- Наши сетевые поставщики медицинских услуг и аптеки, в том числе:
  - как выбрать или сменить поставщика услуг первичной медико-санитарной помощи;
  - квалификация наших сетевых поставщиков медицинских услуг и аптек;
  - как мы платим поставщикам медицинских услуг в нашей сети.
- Покрываемые услуги и лекарственные препараты, 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 в отношении вашего страхового покрытия и лекарственных препаратов;
  - правила, которые вы должны выполнять, чтобы получать покрываемые услуги и лекарственные препараты.
- Почему что-то не входит в покрытие и что вы можете сделать в связи с этим (см. **главу 9** этого *Справочника участника*), включая просьбы к нам о выполнении указанного ниже:
  - предоставить письменную информацию о том, почему что-то не входит в покрытие;
  - изменить решение, которое мы приняли;
  - оплатить счет, который вы получили.

E. Запрет сетевым поставщикам медицинских услуг выставлять счета непосредственно вам

Врачи, больницы и другие поставщики медицинских услуг 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 сетевой поставщик услуг пытается взять с вас плату за покрываемые услуги, см. **главу 7** этого *Справочника участника*.

F. Ваше право выйти из плана

Никто не может заставить вас остаться в нашем плане, если вы этого не хотите.

- Вы имеете право на получение большей части услуг здравоохранения через Original Medicare или другой план Medicare Advantage (MA).
- Вы можете получить страховое покрытие лекарственных препаратов в рамках программы Medicare часть D через план страхового покрытия лекарственных препаратов или другой план MA.

- См. **главу 10** этого *Справочника участника*:
  - чтобы получить информацию о том, когда вы можете присоединиться к новому плану MA или плану страхового покрытия лекарственных препаратов;
  - чтобы узнать о том, как вы будете получать покрываемые услуги и товары в рамках программы Medi-Cal, если выйдете из плана.

G. Ваше право принимать решения о получении услуг здравоохранения

Вы имеете право получать полную информацию от своих врачей и других поставщиков медицинских услуг, при помощи которой сможете принимать решения о получаемых услугах здравоохранения.

G1. Ваше право знать варианты лечения и принимать решения

Ваши поставщики медицинских услуг должны объяснить вам ваше состояние и варианты лечения таким образом, чтобы вы поняли эту информацию. У вас есть следующие права.

- **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 любого варианта 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 «решением о страховом покрытии». В **главе 9** этого *Справочника участника* рассказывается, как направить нам запрос о решении о страховом покрытии.

G2. Ваше право определить порядок действий в случае, если вы не сможете самостоятельно принимать решения об услугах здравоохранения

В некоторых случаях люди не могут самостоятельно принимать решения об услугах здравоохранения. Прежде чем такое произойдет, вы можете сделать указанное ниже.

- Заполните письменную форму, **предоставляющую кому-либо право принимать решения об услугах здравоохранения от вашего имени**, если вы когда-либо станете неспособны принимать решения самостоятельно.

- Давать **врачу письменные указания** о том, какие действия следует предпринимать в отношении вашего здоровья, если вы не сможете самостоятельно принимать такие решения, включая отказ от получения определенной медицинской помощи.

Юридический документ, в котором вы даете указания, называется «заблаговременные распоряжения». Есть разные типы заблаговременных распоряжений, которые называются по-разному. Например, «завещание о жизни» и «доверенность по вопросам медицинского обслуживания».

Вы не обязаны оформлять заблаговременное распоряжение, но можете это сделать. Ниже описано, каким образом подготовить заблаговременное распоряжение.

- **Получите форму.** Вы можете получить форму у врача, юриста, социального работника или в некоторых магазинах канцелярских товаров. Иногда такой документ можно получить в аптеках и у поставщиков медицинских услуг. Кроме того, эту форму можно бесплатно загрузить онлайн. Вы также можете запросить ее в отделе обслуживания участников.

- **Заполните форму и подпишите.** Подписанная форма является юридическим документом. Возможно, вы захотите обратиться к юристу или лицу, которому вы доверяете, например члену семьи, или поставщику первичных медицинских услуг, чтобы они помогли вам ее заполнить.

- **Передайте копии формы всем заинтересованным лицам.** Один экземпляр отдайте своему врачу. Вам также следует передать копию лицу, которое будет принимать решения от вашего имени в случае вашей недееспособности. Вы можете передать копии близким друзьям или членам семьи. Одну копию храните дома.

- Если вас госпитализируют и у вас есть заранее подписанное заблаговременное распоряжение, **возьмите один экземпляр 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 вам могут предложить ее подписать.

У вас есть следующие права:

- Поместить заблаговременные распоряжения в свою медицинскую карту.
- Изменить или отменить заблаговременные распоряжения в любой момент.
- Узнавать об изменениях, внесенных в законы, которые регулируют заблаговременные распоряжения. План Kaiser Permanente Dual Complete сообщит вам об изменениях в законодательстве штата не позднее чем через 90 дней после внесения изменений.

По закону никто не может отказать вам в медицинском обслуживании или подвергнуть вас дискриминации на основании наличия или отсутствия заблаговременных указаний. Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников.

G3. Что делать, если ваши указания не выполняются

Если вы подписали заблаговременные распоряжения и считаете, что врач или больница не выполнили содержащиеся в нем указания, вы можете подать жалобу в организацию по улучшению качества медицинской помощи, указанную в **разделе F главы 2** этого *Справочника участника.*

H. Ваше право подавать жалобы и запрашивать у нас пересмотр решений

В **главе 9** этого *Справочника* рассказывается о том, что можно сделать, если у вас возникли проблемы или опасения относительно покрываемых услуг либо лечения. Например, вы можете попросить нас принять решение относительно страхового покрытия, подать апелляцию для изменения такого решения или подать жалобу.

Вы имеете право получать информацию об апелляциях и жалобах, которые подали другие участника плана против нас. Чтобы получить эту информацию, позвоните в отдел обслуживания участников.

H1. Что делать в случае несправедливого отношения и как получить более подробную информацию о своих правах

Если вы считаете, что мы отнеслись к вам несправедливо, и это **не** связано с дискриминацией по причинам, указанным в **главе 11** данного *Справочника участника*, или вы хотите получить информацию о своих правах, позвоните по указанным ниже номерам:

- Отдел обслуживания участников.
- Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) по номеру: 1-800-434-0222. Подробную информацию о HICAP см. в **разделе E главы 2** данного *Справочника*.
- Омбудсмен Medi-Cal: 1-888-452-8609. Подробную информацию об этой программе см. в **главе 2** данного *Справочника*.
- Программа Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048. (Вы также можете ознакомиться с брошюрой «Ваши права и их защита в рамках программы Medicare», которая доступна для загрузки на сайте Medicare: www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Обязанности участника плана

Будучи участником плана, вы обязаны выполнять указанные ниже обязанности. При возникновении вопросов звоните в отдел обслуживания участников.

- **Ознакомиться со *Справочником участника***, чтобы получить информацию о страховом покрытии и правилах, которые следует выполнять для получения покрываемых услуг и лекарственных препаратов. В справочнике содержится следующая информация:
  - Покрываемые услуги — см. **главы 3 и 4** *справочника участника*. В этих главах рассказывается о том, что входит и не входит в покрытие, какие правила вы должны выполнять и за что нужно платить.
  - Покрываемые лекарственные препараты — см. **главы 5 и 6** *Справочника участника*.
- **Сообщать нам о другом страховом покрытии медицинского обслуживания и лекарственных препаратов**, которое у вас есть. Мы обязаны убедиться, что вы используете свое страховое покрытие в полном объеме при получении услуг здравоохранения. Если у вас есть другое страховое покрытие, позвоните в отдел обслуживания участников.
- **Сообщать своему врачу и другим поставщикам медицинских услуг**, что вы являетесь участником нашего плана. При получении услуг или лекарственных препаратов предъявляйте свою карточку участника плана.
- **Сотрудничать с врачами** и другими поставщиками медицинских услуг, чтобы получать наилучшее обслуживание.
  - Предоставляйте информацию о себе и своем здоровье, которую им следует знать. Собирайте информацию о своих медицинских проблемах. Следуйте плану лечения и инструкциям, которые вы согласовали с поставщиками медицинских услуг.
  - Обязательно сообщайте своим врачам и прочим поставщикам медицинских услуг обо всех лекарственных препаратах, которые вы принимаете, в том числе о рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратах, витаминах и пищевых добавках.
  - Задавайте любые вопросы. Врачи и прочие поставщики медицинских услуг обязаны объяснить вам все максимально доступно. Если вы не поняли ответ на вопрос, переспросите.
- **Сотрудничать со своим координатором медицинского обслуживания,** включая выполнение ежегодной оценки рисков.
- **Проявлять уважение.** Мы ожидаем, что все участники плана будут уважать права других лиц. Мы также рассчитываем, что вы будете вести себя уважительно в кабинете врача, больнице и прочих медицинских учреждениях.

- **Платить за оказанные услуги.** Как участник плана, вы несете ответственность за указанные ниже платежи.

  - Страховые взносы по программам Medicare часть A и Medicare часть B. Medi-Cal оплачивает страховые взносы по программам Medicare часть A и Medicare часть B для большинства участников плана Kaiser Permanente Dual Complete.

  - За некоторые лекарственные препараты, покрываемые планом, вы обязаны платить свою долю участия в расходах при получении услуги или лекарственного препарата. В **главе 6** указано, сколько вы должны платить за лекарственные препараты.

  - Если **вы получаете услуги или лекарственные препараты, которые не покрываются нашим планом, вам придется оплатить их полную стоимость.** (**Примечание.** Если вы не согласны с нашим решением не покрывать услугу или лекарственный препарат, вы можете подать апелляцию. Подробную информацию о процедуре подачи апелляции см. в **главе 9**.)

- **Сообщать нам о смене места жительства.** Если вы планируете переехать, незамедлительно сообщите нам об этом. Позвоните в отдел обслуживания участников.

  - **Вы не сможете остаться участником нашего плана, если переедете за пределы нашей зоны обслуживания.** Участниками плана могут быть только люди, проживающие в нашей зоне обслуживания. В **главе 1** *Справочника участника* содержится информация о нашей зоне обслуживания.

  - Вы можете у нас узнать, находитесь ли вы в данный момент в нашей зоне обслуживания. Во время специального периода регистрации вы можете выбрать план Original Medicare или зарегистрироваться в плане программы Medicare или плане покрытия лекарственных препаратов по вашему новому адресу. Мы сообщим вам, есть ли у нас план, действующий в вашем новом регионе проживания.

  - После переезда сообщайте программам Medicare и Medi-Cal свой новый адрес. Телефонные номера программ Medicare и Medi-Cal см. в **главе 2** этого *Справочника участника*.

  - **Если вы переехали, но находитесь в пределах нашей зоны обслуживания, все равно сообщите нам об этом.** Информация в карточке участника должна быть актуальной, чтобы мы знали, как с вами связаться.

  - **Если вы переезжаете, сообщите об этом в Управление социального обеспечения (или в Пенсионный совет железнодорожников).**

- **Сообщать нам, если у вас изменился номер телефона**, или предпочитаемый способ связи.

- **Звонить в отдел обслуживания участников при возникновении вопросов или проблем.**

Глава 9. Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Введение

В этой главе содержится информация о ваших правах. Ознакомившись с ней, вы узнаете, что делать в следующих случаях:

- у вас возникли проблемы с планом или вы хотите оставить жалобу;
- вам нужны услуги, материалы или лекарственные препараты, а наш план их не оплачивает;
- вы не согласны с решением, принятым планом относительно вашего лечения;
- вы считаете, что срок действия покрываемых услуг заканчивается слишком рано;
- у вас есть проблема или жалоба, связанные с услугами долговременного ухода и поддержки, в том числе с услугами для взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS) и услугами учреждения сестринского ухода (Nursing Facility, NF).

Глава поделена на разделы, чтобы вы могли легко найти нужную информацию. **Если у вас есть проблема или жалоба, прочитайте соответствующую часть этой главы.**

Вы должны получать медицинское обслуживание, лекарственные препараты, услуги долговременного ухода и поддержки, которые ваш врач или прочие поставщики медицинских услуг определили как необходимые для вас в рамках вашего плана обслуживания. **Если у вас возникли проблемы с медицинским обслуживанием, позвоните специалистам программы омбудсменов Medicare Medi-Cal по номеру 1-855-501-3077**. В этой главе содержится информация о возможных действиях, которые вы можете предпринять в случае возникновения проблем и жалоб. Но вы можете в любое время позвонить сотрудникам программы омбудсменов, которые помогут вам решить вашу проблему. Чтобы узнать, куда еще можно обратиться с вопросами, см. **главу 2** этого *Справочника участника*.

Содержание главы 9

A. Что делать, если у вас возникла проблема или вопрос 262

A1. О юридических терминах 262

B. Куда обратиться за помощью 262

B1. Ресурсы для получения дополнительной информации и помощи 262

C. Понимание жалоб и апелляций по программам Medicare и Medi-Cal в рамках нашего плана 264

D. Проблемы со страховым покрытием 264

E. Решения о страховом покрытии и апелляции 264

E1. Решения о страховом покрытии 265

E2. Апелляции 265

E3. Помощь с решениями о страховом покрытии и апелляциями 266

E4. Какой раздел этой главы будет полезен для вас 267

F. Медицинское обслуживание 267

F1. Как пользоваться этим разделом 267

F2. Как направить запрос на решение о страховом покрытии 268

Стандартное решение о страховом покрытии 269

Ускоренное решение о страховом покрытии 269

F3. Подача апелляции 1-го уровня 271

F4. Подача апелляции 2-го уровня 274

F5. Проблемы с оплатой 280

G. Лекарственные препараты, покрываемые программой Medicare часть D 282

G1. Решения о покрытии и апелляции в рамках программы Medicare часть D 282

G2. Исключения в рамках программы Medicare часть D 284

G3. Важные аспекты запроса об исключении 285

G4. Запрос решения о покрытии, в том числе об исключении 286

G5. Подача апелляции 1-го уровня 289

G6. Подача апелляции 2-го уровня 291

H. Запрос на более длительное пребывание в больнице 293

H1. Информация о ваших правах как участника Medicare 293

H2. Подача апелляции 1-го уровня 294

H3. Подача апелляции 2-го уровня 296

I. Запрос на продолжение покрытия определенных медицинских услуг 297

I1. Предварительное уведомление о завершении страхового покрытия 297

I2. Подача апелляции 1-го уровня 297

I3. Подача апелляции 2-го уровня 299

J. Следующие уровни апелляции (после 2-го) 300

J1. Дальнейшие действия в отношении услуг и медицинских товаров по программе Medicare 300

J2. Дополнительные уровни апелляции в рамках программы Medi-Cal 301

J3. Апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровней по запросам, связанным с лекарственными препаратами по программе Medicare часть D 301

K. Как подать жалобу 303

K1. На какие проблемы можно подавать жалобы 303

K2. Внутренние жалобы 304

K3. Внешние жалобы 305

A. Что делать, если у вас возникла проблема или вопрос

В этой главе поясняется, как урегулировать проблемы и вопросы. Применимый процесс зависит от типа проблемы. В отношении **решений о покрытии и апелляций** используйте один процесс, в отношении **подачи жалоб** (также называемых «претензии») — другой.

Чтобы обеспечить объективное и своевременное рассмотрение, для каждого процесса действуют правила, процедуры и сроки, которые и мы, и вы должны выполнять.

A1. О юридических терминах

В этой главе в отношении некоторых правил и сроков применяются юридические термины. Иногда такую терминологию сложно понять, поэтому при возможности мы используем более простые слова вместо определенных юридических терминов. Мы стараемся почти не использовать аббревиатуры.

Например, мы говорим:

- «подать жалобу» вместо «подать претензию»;
- «решение о страховом покрытии» вместо «определение организации», «определение покрытия», «определение с повышенным риском» или «определение страхового покрытия»;
- «быстрое решение по страховому покрытию» вместо «ускоренное определение»;
- «независимая экспертная организация» (IRO) вместо «независимое экспертное юридическое лицо» (IRE).

Мы указали эти юридические термины, поскольку они могут вам пригодиться при изложении своей позиции.

B. Куда обратиться за помощью

B1. Ресурсы для получения дополнительной информации и помощи

Иногда сложно инициировать процесс урегулирования проблемы или следовать этому процессу, особенно в тех ситуациях, когда вы себя плохо чувствуете или обессилены. Иногда вы можете не знать, что делать дальше.

Помощь от нашего плана

Позвоните в наш план по номеру 1-800-443-0815 (TTY: 711), чтобы получить помощь в решении проблемы или ответ на вопрос.

Помощь от Программы консультирования и защиты прав в области медицинского страхования

Вы можете обратиться в Программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222. Информацию о программе можно получить на сайте https://www.aging.ca.gov/HICAP/. Консультанты HICAP могут ответить на ваши вопросы и помочь решить вашу проблему. Программа HICAP не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. HICAP располагает квалифицированными консультантами в каждом округе. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Помощь от программы омбудсменов Medicare Medi-Cal

Вы можете позвонить в программу омбудсменов Medicare Medi-Cal и обсудить с адвокатом проблемы, связанные с медицинским страхованием. Возможно, вам предложат бесплатную юридическую помощь. Программа омбудсменов не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. Номер телефона: 1-855-501-3077, сайт: www.healthconsumer.org.

Помощь и информация от программы Medicare

Для получения дополнительной информации и помощи свяжитесь с программой Medicare. Есть два способа обратиться за помощью в Medicare:

- позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048;
- посетить сайт Medicare (www.medicare.gov).

Помощь от Департамента здравоохранения штата Калифорния

Вам также может помочь омбудсмен по вопросам регулируемого медицинского обслуживания по программе Medi-Cal Департамента здравоохранения штата Калифорния (DHCS). Вам помогут, если у вас возникнут проблемы с регистрацией, сменой или выходом из плана медицинского страхования. Если вы переехали и у вас возникли трудности с переводом программы Medi-Cal в новый округ, вы тоже можете обратиться в эту службу. Вы можете позвонить омбудсмену с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по номеру 1-888-452-8609.

Помощь от Департамента регулирования в области здравоохранения штата Калифорния

Свяжитесь с Департаментом регулируемого здравоохранения (DMHC) штата Калифорния для получения бесплатной помощи. DMHC отвечает за регулирование планов медицинского страхования. DMHC помогает людям подать апелляции, связанные с услугами в рамках программы Medi-Cal, или решить проблемы с оплатой. Телефон: **1-888-466-2219**. Лица с глухотой, нарушениями слуха и речи могут звонить бесплатно на линию **TDD**: **1-877-688-9891**. Вы также можете посетить сайт DMHC: **www.dmhc.ca.gov**.

Департамент регулирования в области здравоохранения штата Калифорния отвечает за регламентирование деятельности планов медицинского страхования. Если вы хотите подать жалобу на план медицинского страхования, вам следует сначала позвонить в свой план по номеру **1-800-443-0815 (TTY 711)** и воспользоваться процедурой подачи жалобы, предусмотренной планом, прежде чем обращаться в Департамент. Использование этой процедуры подачи и рассмотрения претензий не приведет к потере имеющихся юридических прав или доступных средств правовой защиты. Если вам требуется помощь в отношении претензии, связанной с экстренной ситуацией, претензии, которая не была урегулирована удовлетворительным образом вашим планом медицинского страхования, или претензией, которая не была урегулирована в течение 30 дней, вы можете обратиться в Департамент за помощью. Вы можете также иметь право на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR). Если вы имеете право на IMR, в ее рамках будет произведена независимая проверка медицинских решений, принятых планом медицинского страхования в отношении медицинской необходимости предложенных услуг или лечения, решений о покрытии экспериментального лечения или клинических испытаний,

а также при спорных вопросах об оплате за скорую или неотложную медицинскую помощь. Также можно позвонить в Департамент по **бесплатному номеру** (**1-888-466-2219**) или воспользоваться **линией TDD** (**1-877-688-9891**), предназначенной для лиц с нарушениями слуха и речи. На сайте Департамента **www.dmhc.ca.gov** опубликованы бланки для подачи жалобы, бланки заявления на проведение IMR и инструкции по заполнению.

C. Понимание жалоб и апелляций по программам Medicare и Medi-Cal в рамках нашего плана

У вас есть покрытие Medicare и Medi-Cal. Информация, изложенная в этой главе, применяется ко всем услугам в рамках регулируемого медицинского обслуживания программ 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 разные процессы по отношению к покрытию Medicare и покрытию Medi-Cal. В **разделе F4** эти ситуации рассматриваются подробнее.

D. Проблемы со страховым покрытием

Если у вас есть проблема или жалоба, прочитайте соответствующий раздел этой главы. В таблице ниже вы сможете найти подходящий раздел для своей проблемы либо жалобы.

Ваша проблема связана со страховым покрытием? К ним относятся следующие проблемы: входит ли в покрытие определенное медицинское обслуживание, например медицинские изделия, услуги или лекарственные препараты, покрываемые частью B, каким именно образом они покрываются, а также проблемы, связанные с оплатой медицинского обслуживания.	
Да. Моя проблема связана со страховым покрытием. См. **раздел E** «Решения о страховом покрытии и апелляции»	**Нет.** Моя проблема не связана со страховым покрытием. См. **раздел K** «Как подать жалобу»

E. Решения о страховом покрытии и апелляции

Процесс запроса решения о страховом покрытии и подачи апелляция касается проблем, связанных со страховым покрытием вашего медицинского обслуживания (услуги, изделия и лекарственные препараты, покрываемые частью B, включая оплату). Для простоты мы называем медицинские изделия, услуги и лекарственные препараты, покрываемые частью B, медицинским обслуживанием. Вы используете решение о страховом покрытии и процесс апелляции для решения вопросов о том, покрывается ли та или иная услуга, и если да, то каким образом.

E1. Решения о страховом покрытии

Решение о страховом покрытии — это решение, которое мы принимаем относительно покрываемых нами услуг или относительно суммы, которую мы выплачиваем за предоставленные медицинскую помощь или лекарственные препараты. Вы или ваш врач можете также связаться с нами, чтобы направить запрос на решение по страховому покрытию. Вы не всегда знаете, 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 о страховом покрытии.**

Мы принимаем решение о покрытии при рассмотрении запроса на обслуживание или страхового требования. В некоторых случаях мы решаем, что услуга или лекарственный препарат больше не покрываются для вас в рамках Medicare или Medi-Cal. Если вы не согласны с принятым нами решением о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию.

E2. Апелляции

Если вы не согласны с нашим решением о страховом покрытии, вы можете его «обжаловать». Апелляция — это официальный способ обратиться к нам с просьбой пересмотреть и изменить принятое нами решение о страховом покрытии.

Если вы впервые подаете апелляцию на решение, этот процесс называется «апелляция 1-го уровня». В рамках этой апелляции мы рассматриваем принятое нами решение, чтобы проверить, выполнили ли мы все правила должным образом. Рассматривают апелляцию другие эксперты, а не те, которые изначально приняли отрицательное решение.

В большинстве случаев вы должны начинать процесс апелляции с 1-го уровня. Если ваша медицинская проблема носит неотложный характер или связана с непосредственной и серьезной угрозой вашему здоровью, или если вы испытываете сильную боль и нуждаетесь в срочном принятии решения, вы можете немедленно запросить IMR в Департаменте регулируемого здравоохранения через сайт www.dmhc.ca.gov. Дополнительную информацию см. в **разделе F4**.

После завершения экспертизы мы сообщим вам о своем решении. При определенных условиях, описанных далее в этой главе, вы можете запросить ускоренную или «быструю» процедуру решения о страховом покрытии либо ускоренное рассмотрение апелляции на такое решения.

Если мы даем **отрицательный** ответ на ваш запрос полностью или частично, мы отправим вам письмо. Если ваша проблема касается страхового покрытия медицинского обслуживания по программе Medicare, в письме будет указано, что мы отправили ваше дело в независимую экспертную организацию для рассмотрения апелляции 2-го уровня. Если ваша проблема касается страхового покрытия услуги или изделия, покрываемых программой Medicare часть D или Medicaid, в письме будет указано, как самостоятельно подать апелляцию 2-го уровня. Дополнительную информацию об апелляции 2-го уровня см. в **разделе F4**.

Если вас не устраивает решение по апелляции 2-го уровня, вы можете подать апелляцию на следующий уровень.

E3. Помощь с решениями о страховом покрытии и апелляциями

Вы можете обратиться за помощью к указанным ниже лицам и организациям.

- **Отдел обслуживания участников**: номера указаны внизу страницы.
- **Омбудсмен Medicare Medi-Cal: 1-855-501-3077.**
- **Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP):** 1-800-434-0222.
- **Справочный центра Департамента регулируемого здравоохранения (DMHC)** (бесплатно). DMHC помогает людям подать апелляции, связанные с услугами в рамках программы Medi-Cal, или решить проблемы с оплатой. Номер телефона: 1-888-466-2219. Лица с нарушениями слуха и речи могут звонить бесплатно (линия TDD): 1-877-688-9891. Сайт DMHC: www.dmhc.ca.gov. Хотя DMHC может помогать участникам планов регулируемого медицинского страхования Medi-Cal, он не может помогать людям, участвующим только в планах Medicare и в следующих организованных системах здравоохранения округов (County Organized Health System, COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health и CalOptima. Федеральное правительство регулирует программу Medicare и планы, а Департамент здравоохранения регулирует планы системы COHS.
- **Ваш врач или другой поставщик услуг**. Ваш врач или другой поставщик медицинских услуг могут запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию от вашего имени.
- **Друг или член семьи**. Вы можете назначить другое лицо своим «представителем», которое запросит решение о страховом покрытии или подаст апелляцию.
- **Юрист**. Вы имеете право пользоваться услугами юриста, но **вы не обязаны его нанимать**, чтобы запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию.
    - Позвоните своему юристу или обратитесь в местное объединение юристов либо иную справочную службу. Некоторые юридические группы предоставляют бесплатные юридические услуги по определенным критериям.
    - Обратитесь за юридической помощью к адвокату из программы омбудсменов Medicare Medi-Cal по номеру 1-855-501-3077.

Если вы хотите, чтобы юрист или иное лицо действовали в качестве вашего представителя, заполните форму назначения представителя. Эта форма дает право лицу действовать от вашего имени.

Позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы, и запросите форму назначения представителя. Форму можно также получить на сайте www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf **Вы должны предоставить нам копию подписанной формы.**

E4. Какой раздел этой главы будет полезен для вас

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** «Лекарственные препараты, покрываемые программой Medicare часть D»**.**
- **Раздел H** «Запрос на более длительное пребывание в больнице».
- **Раздел I** «Запрос на продолжение покрытия определенных медицинских услуг» (положения этого раздела применяются только к следующим услугам: медицинские услуги 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 в Программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) (см. телефоны программы в **разделе C главы 2** этого *Справочника участника*).

F. Медицинское обслуживание

В этом разделе рассказывается, что делать, если у вас есть проблемы с получением страхового покрытия на медицинское обслуживание или если вы хотите, чтобы мы оплатили нашу долю стоимости обслуживания, полученного вами. Информацию о том, как запросить более длительное пребывание в больнице, см. в **разделе H**.

В этом разделе рассказывается о страховом покрытии медицинского обслуживания, описанном в **разделе 4** этого *Справочника участника* в Таблице страхового покрытия. В некоторых случаях к лекарственным препаратам в рамках программы Medicare часть B могут применяться другие правила. В таком случае мы объясняем, чем правила для лекарственных препаратов в рамках программы Medicare часть B отличаются от правил для медицинских услуг и изделий.

F1. Как пользоваться этим разделом

В этом разделе рассказывается, что вы можете сделать в ситуациях, описанных ниже.

1. Вы считаете, что мы покрываем медицинское обслуживание, в котором вы нуждаетесь, но вы его не получаете.

   Что вы можете сделать. Вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии. См. **раздел F2.**

2. Мы не одобрили медицинское обслуживание, прописанное вашим врачом или поставщиком медицинских услуг, но, по вашему мнению, мы должны это сделать.

   Что вы можете сделать. Вы можете оспорить это решение. 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 оспорить это решение. См. **раздел F5**.

4. Вам было предоставлено медицинское обслуживание, за которое вы заплатили. Вы думали, что мы его покрываем, и хотите получить от нас возмещение.

   Что вы можете сделать. Вы можете направить нам запрос на возмещение средств. См. **раздел F5**.

5. Мы уменьшили страховое покрытие для определенных типов медицинского обслуживания или прекратили предоставлять такое покрытие, а вы считаете, что это 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 медицинского обслуживания на дому, услуг квалифицированного сестринского ухода и услуг CORF, применяются специальные правила. См. **раздел H** или **раздел I** для получения дополнительной информации.
   - Во всех остальных ситуациях, связанных с сокращением либо прекращением страхового покрытия для определенных типов медицинского обслуживания, используйте 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.**

F2. Как направить запрос на решение о страховом покрытии

> Если решение по страховому покрытию связано с медицинским обслуживанием, оно будет называться **интегрированным определением организации**.

Вы или ваш врач можете также связаться с нами, чтобы направить запрос на решение о страховом покрытии одним из указанных ниже способов.

- По телефону: 1-800-443-0815 (TTY: 711), без выходных, с 8:00 до 20:00. Если ваше решение по страховому покрытию, апелляция или жалоба подлежат быстрому рассмотрению, звоните в Отдел ускоренного рассмотрения по телефону 1-888-987-7247 с 8:30 до 17:00, без выходных.
- По факсу: 1-888-987-2252.
- В письменной форме:
  - Если ваш вопрос касается стандартного решения о страховом покрытии или жалобы, напишите в местный отдел обслуживания участников (адрес см. в *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек*).

- Если ваш вопрос касается стандартной апелляции, напишите на адрес, указанный 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 о страховом покрытии означает, что мы предоставим вам ответ в течение:

- **5 рабочих дней** после получения вашего запроса на медицинскую услугу или товар, подпадающий под наши правила предварительного разрешения.
- **5 рабочих дней**, но не позже **14 календарных дней** после получения вашего запроса **на все прочие медицинские услуги или товары**.
- **72 часа** после получения вашего запроса на **лекарственные препараты по программе Medicare часть B**.

В отношении медицинского изделия или услуги мы можем продлить рассмотрение еще на 14 календарных дней, если мы попросим дополнительное время или если нам потребуется дополнительная информация, которую можно истолковать в вашу пользу (например, медицинская документация от врачей, не входящих в нашу сеть). Если нам потребуется дополнительное время для принятия решения, мы сообщим вам об этом в письменной форме. **Мы не имеем права брать дополнительное время для рассмотрения запросов в отношении лекарственных препаратов по программе Medicare часть B.**

Если вы считаете, что нам **не следует** брать дополнительные дни для рассмотрения, вы можете подать «срочную жалобу» на это решение. Если вы подаете срочную жалобу, наш план должен предоставить вам решение в течение 24 часов. Процесс подачи жалобы отличается от процесса запроса решения о страховом покрытии и апелляции. Подробную информацию о подаче жалобы, в том числе срочной жалобы, см. в **разделе K**.

Ускоренное решение о страховом покрытии

> **В юридической терминологии** ускоренное решение о страховом покрытии называется **«ускоренным определением»**.

Когда вы направляете нам запрос на принятие решения о страховом покрытии медицинского обслуживания, по которому нужен быстрый ответ, попросите нас принять ускоренное решение о страховом покрытии. Ускоренное решение означает, что мы предоставим вам свое решение в следующие сроки:

- **72 часа** после получения запроса **в отношении медицинских услуг или изделий**.
- **24 часа** после получения запроса на **лекарственные препараты по программе Medicare часть B**.

В отношении медицинского изделия или услуги мы можем продлить рассмотрение еще на 14 календарных дней, если окажется, что у нас нет информации, которую можно истолковать в вашу пользу (например, медицинской документации от врачей, не входящих в нашу сеть), или если вам нужно время, чтобы предоставить нам такую информацию. Если нам потребуется дополнительное время для принятия решения, мы сообщим вам об этом в письменной форме. **Мы не имеем права брать дополнительное время для рассмотрения запросов в отношении лекарственных препаратов по программе Medicare часть B.**

Если вы считаете, что нам **не следует** брать дополнительные дни для принятия решения о покрытии, вы можете подать «срочную жалобу» на это решение. Дополнительную информацию о подаче жалобы, в том числе срочной жалобы, см. в **разделе K**. Мы свяжемся с вами, как только примем решение.

Чтобы быстро получить решение о страховом покрытии, вы должны соответствовать двум требованиям.

- Вы запрашиваете страховое покрытие медицинских услуг и изделий, которые вы **еще не получили**. Вы не можете запросить быстрое решение о покрытии расходов на оплату товаров или услуг, которые вы уже получили.

- Если придерживаться стандартных сроков, **то вашему здоровью может быть нанесен серьезный вред**, либо пострадают жизненно важные функции.

Мы автоматически предоставим вам ускоренное решение о страховом покрытии, если ваш врач сообщит, 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 подать «срочную жалобу» на наше решение предоставить вам стандартное решение о страховом покрытии вместо ускоренного решения. Подробную информацию о подаче жалобы, в том числе срочной жалобы, см. в **разделе K**.

Если мы даем отрицательный ответ на ваш запрос полностью или частично, мы отправим вам письмо с указанием причин.

- Если мы даем **отрицательный** ответ на ваш запрос, у вас есть 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 вы решите подать апелляцию, вы перейдете на 1-й уровень процесса апелляции (см. **раздел F3**).

В некоторых случаях мы можем отклонить ваш запрос на решение о страховом покрытии. Это означает, что мы не будем рассматривать запрос. Запрос может быть отклонен в следующих случаях:

- запрос не содержит всей необходимой информации;
- если кто-то делает запрос от вашего имени, не имея на это законных полномочий; **или**
- если вы попросите отозвать свой 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. Этот пересмотр называется апелляцией. Апелляции обсуждаются в следующем разделе.

F3. Подача апелляции 1-го уровня

Чтобы подать апелляцию в отношении услуг или товаров, или чтобы продолжить получение услуги или товаров, которые вы уже получаете, вы, ваш врач или ваш уполномоченный представитель должны связаться с нами. Звоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-443-0815 (TTY: 711).

Запросите стандартную или ускоренную апелляцию в письменной форме или по номеру телефона 1-800-443-0815 (TTY: 711).

- Если ваш врач или другой поставщик услуг запросит продолжение предоставления услуги или получения товаров, 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 форму назначения представителя, уполномочивающую это лицо представлять вас. Форму можно получить на портале www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или на нашем сайте 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 форму до истечения срока принятия решения по вашей апелляции:
    - мы отклоним ваш запрос;
    - отправим вам письменное уведомление, объясняющее, что вы имеете право просить независимую экспертную организацию пересмотреть наше решение об отклонении апелляции.
- Вы должны подать апелляцию в течение 65 календарных дней с даты, указанной в письме, информирующем о нашем решении.
- Если вы пропустите срок подачи апелляции и у вас есть на это уважительная причина, мы можем предоставить вам больше времени. Уважительной 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.

Подайте срочную апелляцию, если вы считаете, что того требует состояние вашего здоровья.

> В юридической терминологии срочная апелляция называется **«ускоренный пересмотр»**.

- Если вы обжалуете решение, принятое нами в отношении покрытия расходов на медицинское обслуживание, вы и/или ваш врач можете подать срочную апелляцию.

Мы автоматически рассмотрим апелляцию в ускоренном порядке, если ваш врач сообщит, что этого требует состояние вашего здоровья. Если вы обратитесь к нам без подтверждения от своего 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 рассмотрения апелляции в ускоренном порядке, 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 подать «срочную жалобу» на наше решение рассмотреть апелляцию в стандартные сроки. Подробную информацию о подаче жалобы, в том числе срочной жалобы, см. в **разделе K**.

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 товаров во время процесса апелляции.

- Если мы решим изменить или прекратить покрытие услуг или изделий, которые вы получаете, мы отправим вам уведомление, прежде чем предпримем какие-либо действия.

- В случае несогласия с нашим решением вы всегда можете подать апелляцию 1-го уровня.

- Мы продолжим покрывать услугу или изделие, если вы запросите апелляцию 1-го уровня в течение десяти 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 уложитесь 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 указанного срока, то покрытие услуги или изделия не будет продолжаться, пока вы ждете решения по апелляции.

Мы рассмотрим вашу апелляцию и дадим вам ответ.

- При рассмотрении апелляции мы еще раз внимательно изучим всю информацию о вашем запросе на страховое покрытие медицинского обслуживания.

- Мы проверим, соблюдали ли мы все правила, когда давали **отрицательный** ответ на ваш запрос.

- Мы соберем дополнительную информацию, если сочтем нужным. Мы можем связаться с вами или вашим врачом для получения дополнительной информации.

Следует придерживаться сроков подачи ускоренной апелляции.

- Если мы применяем ускоренные сроки, мы должны дать вам ответ **в течение 72 часов после получения апелляции или раньше, если состояние вашего здоровья требует более быстрого ответа.** Если мы отклоним рассмотрение апелляции в ускоренном порядке, мы устно подтвердим отказ вам, вашему врачу, другому медицинскому работнику, назначающему лекарственный препарат, или представителю.

- Если мы не дадим вам ответ в течение 72 часов, мы должны отправить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация (IRO). IRO сообщит вам о получении апелляции в письменной форме. 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. Дополнительную информацию см. далее в этой главе. Мы не будем автоматически подавать за вас апелляцию 2-го уровня на предоставление услуг или изделий в рамках 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 даем отрицательный ответ на ваш запрос полностью или частично**, мы отправим вашу апелляцию в IRO на 2-й уровень рассмотрения.

Следует придерживаться сроков подачи стандартной апелляции.

- Когда мы придерживаемся стандартных сроков, мы должны дать вам ответ **в течение 30 календарных дней** после получения апелляции на страховое покрытие услуг, которые вы еще не получили.

- Если ваш запрос касается рецептурного лекарства, покрываемого программой Medicare часть B, которое вы не получали, мы дадим вам ответ **в течение семи календарных дней** после получения апелляции или раньше, если того требует состояние вашего здоровья.

    - Если мы не дадим вам ответ в срок, мы должны отправить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация (IRO). 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. Дополнительную информацию см. далее в этой главе. Мы не будем автоматически подавать за вас апелляцию 2-го уровня на предоставление услуг или изделий в рамках Medi-Cal.

Если мы одобрим ваш запрос полностью или частично, 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 семи календарных дней с даты получения апелляции, если ваш запрос касается лекарственного препарата, покрываемого программой Medicare часть B.

Если мы даем **отрицательный** ответ на ваш запрос полностью или частично,**у вас есть следующие права обжаловать наше решение:**

- Если мы даем **отрицательный** ответ на ваш запрос полностью или частично, мы отправим вам письмо.
- 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 на 2-й уровень апелляции.
- Если ваша проблема касается страхового покрытия услуги или изделия в рамках Medi-Cal, в письме будет указано, как самостоятельно подать апелляцию 2-го уровня.

F4. Подача апелляции 2-го уровня

Если мы **отклоняем** вашу апелляцию 1-го уровня полностью или частично, мы отправим вам письмо. 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 апелляции, как только будет завершен 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. Дополнительную информацию см. далее в этой главе.
- Если ваша проблема касается услуги или изделия, которые могут покрываться **и программой Medicare, и программой Medi-Cal**, вы можете самостоятельно подать апелляцию 2-го уровня. Помимо автоматической апелляции 2-го уровня, вы также можете подать запрос на проведение слушания на уровне штата и независимой медицинской экспертизы с участием штата. Однако независимая медицинская экспертиза не предоставляется, если вы уже представили доказательства на слушании на уровне штата.

Если вы имели право на продление покрытия при подаче апелляции 1-го уровня, то ваше покрытие услуги, изделия или лекарственного препарата, на которые распространяется апелляция, могут также сохраняться на 2-м уровне. Дополнительную информацию о продлении своего покрытия в процессе рассмотрения апелляции 1-го уровня см. в **разделе F3**.

- Если ваша проблема касается услуги, обычно покрываемой только программой Medicare, то ваше покрытие этой услуги не сохраняется в течение процесса апелляции 2-го уровня с участием независимой экспертной организации.
- Если ваша проблема касается услуги, обычно покрываемой только программой Medi-Cal, то ваше покрытие этой услуги сохраняется, если вы подадите апелляцию 2-го уровня в течение десяти календарных дней после получения от нас письма с решением.

Ваша проблема связана с услугой или изделием, которые обычно покрываются программой Medicare

Независимая экспертная организация рассматривает вашу апелляцию. Это независимая организация, предоставляющая свои услуги в рамках программы Medicare.

> Официально независимую экспертную организацию (IRO) называют **«независимое экспертное юридическое лицо» (Independent Review Entity)**. Иногда используется аббревиатура **IRE**.

- Она не связана с нами и не является государственным учреждением. Она была выбрана в качестве независимой экспертной организации в рамках программы Medicare, и Medicare наблюдает за ее 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 апелляции.
- Эксперты организации и 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 ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась в ускоренном порядке, то апелляция 2-го уровня также автоматически поступает на ускоренное рассмотрение. IRO должна предоставить ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента ее получения.

Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась в стандартные сроки, то и апелляция 2-го уровня будет рассматриваться в стандартные сроки.

- Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась 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 лекарственного препарата, покрываемого программой Medicare часть B, то независимая экспертная организация должна дать ответ на апелляцию 2-го уровня **в течение семи 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;**
    - предоставить услугу в течение **14 рабочих дней** после того, как мы получим решение IRO по **стандартным запросам;**
    - предоставить услугу **в течение 72 часов** после того, как мы получим решение IRO **в случае ускоренного запроса.**
- **Если независимая экспертная организация частично или полностью одобрит запрос на лекарственный препарат, покрываемый программой Medicare часть B, то мы должны разрешить или предоставить этот лекарственный препарат:**
    - **в течение 72 часов**с момента получения решения IRO по **стандартным запросам**; **или**
    - **в течение 24 часов** с момента получения решения IRO **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 апелляционном процессе есть еще три дополнительных уровня. Всего уровней пять.
- Если ваша апелляция 2-го уровня отклонена, и вы соответствуете требованиям для продолжения процесса апелляции, вы можете подать апелляцию 3-го уровня. 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 (Administrative Law Judge, ALJ) или уполномоченный третейский судья. Дополнительную информацию об апелляциях 3-го,4-го и 5-го уровней см. в **разделе J**.

Ваша проблема связана с услугой или изделием, которые обычно покрываются программой Medi-Cal

Есть два способа подать апелляцию 2-го уровня в отношении услуг и изделий Medi-Cal: (1) подача жалобы или проведение независимой медицинской экспертизы или (2) проведение слушания на уровне штата.

(1) Департамент регулируемого здравоохранения (DMHC)

Вы можете подать жалобу или заявку на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR) в справочный центр DMHC. После получения жалобы DMHC пересмотрит наше решение. DMHC проведет собственное расследование вашей жалобы или передаст дело для проведения IMR. IMR может проводиться в отношении любых услуг или изделий медицинского характера, покрываемых Medi-Cal. В рамках IMR ваш случай рассматривают специалисты, не входящие в наш план или DMHC. Если после IMR принято решение в вашу пользу, мы должны будем предоставить вам услугу или изделие, которые вы запрашивали. Вы не платите за IMR.

Вы можете подать жалобу или заявку на IMR, если наш план:

- отказывает в предоставлении, изменяет или задерживает предоставление услуги или лечения по программе Medi-Cal, потому что не считает их необходимыми по медицинским показаниям;
- не покрывает экспериментальное лечение или клиническое испытание по лечению серьезного заболевания в рамках программы Medi-Cal;
- оспаривает вопрос о том, носила ли хирургическая услуга или процедура косметический или реконструктивный характер;
- 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 (с учетом состояния здоровья) в случае ускоренной апелляции.

В большинстве случаев вы должны подать нам апелляцию, прежде чем запрашивать IMR. См. подробнее о процессе подачи апелляции 1-го уровня в **разделе G5**. Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать в DMHC жалобу или заявку на IMR.

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 наш план, прежде чем вы сможете подать заявку на IMR 2-го уровня в DMHC, 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 можете запросить как проведение IMR, так и слушание на уровне штата, однако IMR не будет проводиться, если вы уже представляли доказательства или участвовали в слушании на уровне штата по тому же вопросу.

Если вам было отказано в лечении, потому что оно было экспериментальным или исследовательским, вы не обязаны сначала подавать нам апелляцию, прежде чем просить о проведении IMR.

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 DMHC, не проходя процедуру апелляции.

Вы должны **подать запрос на IMR в течение шести месяцев** с момента получения от нас письменного решения по вашей апелляции. DMHC может принять ваше заявление и по истечении шести месяцев при наличии уважительных причин. Например, у вас были медицинские показания, которые не позволили вам запросить проведение IMR в течение шести месяцев, или вы не получили от нас надлежащего уведомления о процедуре IMR.

Для того чтобы подать жалобу или запросить IMR:

- Заполните форму IMR/жалобы на сайте: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx или позвоните в справочный центр DMHC по номеру 1-888-466-2219. TTY: 1-877-688-9891.

- Приложите копии писем или других документов (если есть) об услугах или изделиях, в предоставлении которых мы отказали. Это поможет ускорить процесс проведения IMR. Отправляйте копии документов, а не оригиналы. Справочный центр не возвращает полученные документы.

- Заполните форму уполномоченного представителя (Authorized Assistant Form), указав человека, который помогает вам запросить IMR. Этот бланк можно загрузить на сайте www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx. Либо позвоните в справочный центр департамента по номеру 1-888-466-2219. TTY: 1-877-688-9891.

- Отправьте форму IMR/жалобы и сопутствующие документы на сайт DMHC: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint

- Отправьте по почте или факсу:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  ФАКС: 1-916-255-5241

В течение семи дней DMHC рассмотрит вашу заявку и отправит вам письмо с подтверждением получения. Если DMHC определит, что случай соответствует критериям проведения IMR, то решение по IMR будет принято в течение 45 дней после получения всей необходимой документации.

Если ваш случай срочный и вы имеете право на IMR, решение по IMR обычно принимается в течение семи дней после получения всех необходимых документов.

Если вы не удовлетворены результатами IMR, вы можете запросить проведение слушания на уровне штата

Проведение IMR может затянуться, если DMHC не получит от вас или вашего лечащего врача все необходимые медицинские документы. Если вы пользуетесь услугами врача, не входящего в сеть плана медицинского страхования, постарайтесь получить эти документы и отправить их нам. План медицинского страхования обязан запрашивать копии ваших медицинских документов у врачей, состоящих в сети плана.

Если DMHC решит, что ваш случай не соответствует критериям для проведения IMR, DMHC рассмотрит его в рамках обычного процесса рассмотрения жалоб потребителей. Ваша жалоба должна быть рассмотрена в течение 30 календарных дней с момента подачи заявления. Если ваша жалоба носит срочный характер, она будет рассмотрена быстрее.

(2) Слушание на уровне штата

Вы можете обратиться в суд штата с просьбой о проведении слушаний по покрываемым Medi-Cal услугам и изделиям. Если ваш врач или другой поставщик предлагает вам услугу или изделие, которые мы не утвердим, или мы прекращаем оплачивать услугу или изделие, которые вы уже получили, и мы вынесли отрицательное решение по вашей апелляции 1-го уровня, вы имеете право обратиться в суд штата.

В большинстве случаев **у вас есть 120 дней для запроса слушания на уровне штата** после отправки вам уведомления под названием «Письмо с решением по 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 ожидаете слушание на уровне штата. Дополнительную информацию о продлении покрытия в процессе рассмотрения апелляции 2-го уровня см. в **разделе F4**.

Подать такой запрос можно перечисленными ниже способами.

- Онлайн на сайте www.cdss.ca.gov.
- По телефону 1-800-743-8525. Эта телефонная линия часто бывает занята. Вы можете услышать сообщение с просьбой перезвонить позже. Если у вас трудности со слухом или речью, позвоните на линию TTY/TDD по номеру 1-800-952-8349.
- В письменной форме. Заполните бланк запроса на проведение слушания на уровне штата или напишите письмо. Отправить документ можно на почтовый адрес и номер факса, указанные ниже.
- Почтовый адрес: California Department of Social Services State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- Факс: (916) 309-3487 или бесплатный номер: 1-833-281-0903.
- Вы можете заполнить «Заявление о проведении слушания на уровне штата» на обратной стороне уведомления о подаче иска. Обязательно укажите свое имя, фамилию, адрес, номер телефона, номер социального страхования и/или номер CIN, а также причину, по которой вы запрашиваете проведение слушания на уровне штата. Если кто-то помогает вам подать запрос на проведение слушания на уровне штата, также укажите в письме или бланке полное имя, адрес и номер телефона этого человека. Если Вам нужны услуги переводчика, сообщите в отдел слушаний на уровне штата, на каком языке вы говорите. Вам не нужно платить за услуги переводчика. Отдел вам его предоставит. Если у вас есть особые потребности, отдел слушаний на уровне штата может бесплатно предоставить вам специальные приспособления, чтобы вы смогли присутствовать на слушании. Укажите информацию о своих особых потребностях и необходимых приспособлениях.

Вам не нужно платить за слушание на уровне штата или проведение IMR.

Вы имеете право на проведение IMR и слушания на уровне штата одновременно. Но если вы сперва запросили проведение слушания на уровне штата и оно уже состоялось, вы не сможете запросить IMR. В этом случае решение, принятое на слушании на уровне штата, становится окончательным. Решения по покрытию лекарств в рамках программы Medi-Cal Rx не подлежат IMR.

В следующих разделах представлена дополнительная информация о том, как требовать проведения слушаний на уровне штата или IMR.

Жалобы и апелляции, связанные с покрытием лекарств в рамках Medi-Cal Rx, не рассматриваются Kaiser Permanente. Вы можете подать жалобы и апелляции по поводу покрытия лекарств в рамках Medi-Cal Rx, позвонив по номеру 1-800-977-2273 (TTY: 1-800-977-2273 и нажать 5 или 711). Однако жалобы и апелляции, связанные с покрытием лекарств, не включенными в Medi-Cal Rx, могут подлежать независимой медицинской экспертизе. Если вы не согласны с решением, связанным с покрытием лекарств в рамках Medi-Cal Rx, вы можете обратиться с просьбой о проведении слушания на уровне штата.

Примечание. В отношении товаров и услуг, которые вы получаете в рамках программы поддержки по месту жительства, IMR не проводится.

Отдел проведения слушаний на уровне штата сообщит вам свое решение в письменной форме и объяснит причины.

- Если отдел полностью или частично **одобрит** ваш запрос в отношении медицинского изделия или услуги, мы должны одобрить или предоставить эту услугу или изделие **в течение 72 часов** с момента получения решения.

- Если отдел 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 мы даем **отрицательный** ответ на ваш запрос полностью или частично, у вас есть право обжаловать наше решение:

Если ваша апелляция 2-го уровня рассматривалась **независимой экспертной организацией**, то вы можете подать следующую апелляцию только в том случае, если стоимость требуемой услуги или изделия в долларах соответствует определенной минимальной сумме. Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья ALJ или уполномоченный третейский судья. **В письме, которое вы получите от независимой экспертной организации, разъясняются ваши права на дополнительную апелляцию.**

В письме, которое вы получите из отдела слушаний на уровне штата, описан следующий этап процесса апелляции.

Дополнительную информацию о правах на апелляцию после 2-го уровня см. в **разделе J**.

F5. Проблемы с оплатой

Мы не разрешаем нашим поставщикам медицинских услуг, входящим в сеть, выставлять вам счета за покрываемые услуги. Это касается даже тех случаев, когда мы платим поставщику медицинских услуг меньше, чем он взимает за покрываемую услугу или изделие. Вы не обязаны оплачивать любую часть счет. Единственная сумма, которую у вас должны запросить, — это сумма участия в оплате, как указано в Таблице страхового покрытия в **главе 4** (если вы потеряете полное покрытие Medi-Cal) или в **главе 6** (в отношении лекарственных препаратов).

Если вы получили счет, который превышает вашу доплату за покрываемые услуги и изделия, отправьте счет нам. Не оплачивайте счет самостоятельно. Мы свяжемся с поставщиком напрямую и решим проблему. Если вы оплатите счет, вы можете получить возврат средств от плана, если следовали правилам получения услуг или изделий.

Дополнительную информацию см. в **главе 7** этого *Справочника участника* В ней описываются ситуации, когда вы можете попросить нас о возврате средств или оплате счета, полученного от поставщика медицинских услуг. Вы также узнаете, как отправить нам документы с запросом оплаты.

Запрашивая возврат средств, вы просите принять решение о страховом покрытии. Мы проверим, покрывается ли оплаченная вами услуга или изделие и соблюдались ли вами все правила использования страхового покрытия.

- Если услуга или товар, за который вы заплатили, покрываются, и вы следовали всем правилам, мы оплатим свою часть стоимости услуги или товара, как правило, в течение 30 календарных дней, но не позднее 60 календарных дней после получения вашего запроса.

- Если вы еще не оплатили услугу или товар, мы отправим платеж непосредственно поставщику. Если мы отправляем платеж, это означает, что мы **одобрили** ваш запрос на страховое покрытие.

- Если услуга или товар не покрываются или вы не соблюдали все правила, мы отправим вам письмо с отказом и объясним свое решение.

Если вы не согласны с нашим решением, **вы можете подать апелляцию**. Процедура подачи апелляции описана в **разделе F3**. Следуя этим инструкциям, обратите внимание на следующее.

- Если вы подаете апелляцию, чтобы мы вернули вам деньги, мы должны дать вам ответ в течение 30 календарных дней после получения апелляции.

Если мы **отклоняем** вашу апелляцию, а **Medicare** обычно покрывает эту услугу или товар, мы отправим ваше дело на независимую экспертную организацию (IRO). В этом случае мы отправим вам письмо.

- Если IRO отменит наше решение и обяжет нас заплатить, мы должны отправить платеж вам или поставщику медицинских услуг в течение 30 календарных дней. Если ответ на вашу апелляцию **положительный**, на любом этапе процесса апелляции после 2-го уровня мы должны отправить платеж вам или поставщику медицинских услуг в течение 60 календарных дней.

- Если IRO **отклоняет** вашу апелляцию, это означает, что эксперты поддерживают наше решение не одобрять ваш запрос. Это называется «оставить решение в силе» или «отклонить апелляцию». Вы получите письмо, в котором разъясняются ваши права на дополнительную апелляцию. Дополнительную информацию о следующих уровнях апелляции см. в **разделе J**.

Если мы **отклоняем** вашу апелляцию, но Medi-Cal обычно покрывает эту услугу или изделие, вы можете подать апелляцию 2-го уровня самостоятельно. Дополнительную информацию см. в **разделе F4**.

G. Лекарственные препараты, покрываемые программой Medicare часть D

Ваш план включает покрытие многих лекарственных препаратов. Большинство из них покрываются программой Medicare часть D. Некоторые лекарственные препараты не покрываются программой Medicare часть D, но могут покрываться Medi-Cal. **В этом разделе речь идет только об апелляциях в отношении лекарственных препаратов, покрываемых программой Medicare часть D.** Мы будем использовать термин «лекарственный препарат» в этом разделе, имея в виду «лекарственный препарат, покрываемый программой Medicare часть D».

Лекарственный препарат покрывается, только если имеет утвержденное медицинское показание. Это означает, что лекарственный препарат одобрен Управлением США по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) или опирается на определенные медицинские рекомендации. Дополнительную информацию об утвержденных медицинских показаниях см. в **главе 5** этого *Справочника участника*.

G1. Решения о покрытии и апелляции в рамках программы Medicare часть D

Ниже приведены примеры решений о страховом покрытии, которые вы просите нас принять в отношении ваших лекарственных препаратов, покрываемых программой Medicare часть D:

- Вы просите нас сделать исключение, а именно:
    - одобрить покрытие лекарственного препарата по части D, которого нет в *Перечне лекарственных препаратов* нашего плана;
    - отменить ограничение на покрытие лекарственного препарата (например, ограничения на количество, которое вы можете получить).
- Вы просите нас одобрить покрытие лекарственного препарата для вас (например, если ваш препарат находится в *Перечне лекарственных препаратов* нашего плана, но мы должны одобрить его для вас, прежде чем покрыть его).

ПРИМЕЧАНИЕ. Если в аптеке сообщают, что не могут отпустить вам лекарства по рецепту, аптека выдает вам письменное уведомление, в котором объясняется, как связаться с нами, чтобы запросить решение о покрытии.

> Первоначальное решение о покрытии лекарственных препаратов по программе Medicare часть D называется **«определением страхового покрытия».**

- Вы просите нас оплатить лекарственный препарат, который вы уже купили. Это просьба принять решение о страховом покрытии в отношении оплаты.

Если вы не согласны с принятым нами решением о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию. В этом разделе поясняется, как запросить решение о покрытии и подать апелляцию. Используйте приведенную ниже таблицу.

Выберите ситуацию

Вам нужен лекарственный препарат, которого нет в нашем Перечне лекарственных препаратов, или вы хотите, чтобы мы отменили правило или ограничение в отношении препарата, который мы покрываем.	Вы хотите, чтобы мы покрыли лекарственный препарат из нашего Перечня лекарственных препаратов, и считаете, что выполняете правила или ограничения плана (например, получили предварительное разрешение) в отношении необходимого вам препарата.	Вы хотите попросить нас вернуть вам деньги за лекарственный препарат, который вы уже получили и оплатили.	Мы сообщили, что не будем покрывать лекарственный препарат или платить за него столько, сколько вы хотите.
Вы можете попросить нас сделать исключение. (Это разновидность решения о покрытии). Начните с **разделе G2,** затем см. **разделы G3 и G4**.	**Вы можете запросить у нас решение о покрытии.** См. **раздел G4**.	**Вы можете запросить у нас возврат денег.** (Это разновидность решения о покрытии). См. **раздел G4**.	**Вы можете подать апелляцию.** (Это означает, что вы просите нас пересмотреть принятое решение). См. **раздел G5**.

G2. Исключения в рамках программы Medicare часть D

Если лекарственный препарат не покрывается так, как вам хотелось бы, вы можете попросить нас сделать «исключение». Если мы отклоним ваш запрос на исключение, вы можете обжаловать наше решение.

В случае запроса об исключении, ваш врач или другой медицинский работник, назначающий лекарственный препарат, должен предоставить медицинское обоснование данного исключения.

> Запрос на страховое покрытие лекарственного препарата, не входящего в наш *Перечень лекарственных препаратов*, или на снятие ограничения в отношении лекарственного препарата иногда называется **«исключением из правил фармацевтического справочника»**.
>
> Запрос на более низкую цену на покрываемый лекарственный препарат, не входящий в список предпочтительных, иногда называется запросом на **исключение из уровня**.

Ниже представлены примеры исключений, которые вы, ваш врач или другой медицинский работник, назначающий лекарственный препарат, можете запросить у нас.

1. **Страховое покрытие лекарственного препарата, которого нет в нашем *Перечне лекарственных препаратов***

- Если мы решим сделать исключение и покрыть лекарственный препарат, которого нет в нашем *Перечне лекарственных препаратов*, к нему будет применяться такая же доплата, как и к прочим покрываемым нами препаратам.
- Вы не можете получить исключение в отношении обязательной доплаты за лекарственный препарат.

2. **Снятие ограничения на покрываемый лекарственный препарат**

- К определенным лекарственным препаратам из нашего *Перечня лекарственных 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.
    - Получение предварительного одобрения от нас. Иногда его называют «предварительным разрешением (prior authorization, PA)».
    - Количественные ограничения: некоторые лекарственные препараты можно получать в ограниченном количестве.
- Если мы согласны сделать для вас исключение и отменить ограничение, вы можете попросить сделать исключение из суммы доплаты, которую вы должны вносить.

3. **Переход на более низкий уровень покрытия расходов на лекарственный препарат.** Каждый лекарственный препарат в нашем *Перечне лекарственных препаратов* относится к одному из шести уровней долевого участия в расходах. Как правило, чем ниже уровень покрытия расходов, тем меньше размер вашей обязательной доплаты.

- В нашем *Перечне лекарственных препаратов*, как правило, есть не один лекарственный препарат для лечения определенного заболевания. Это так называемые «альтернативные» лекарственные препараты.

- Если альтернативный лекарственный препарат для лечения вашего заболевания относится к более низкому уровню долевого участия в расходах, чем лекарственный препарат, который вы принимаете, вы можете попросить нас покрыть его стоимость в размере долевого участия в расходах для альтернативного лекарственного препарата. Это снизит сумму вашей доли участия в расходах на препарат.

    - Если принимаемый вами препарат является биологическим продуктом, вы можете попросить нас покрыть его стоимость в размере долевого участия в расходах для самого низкого уровня альтернативных биологических продуктов для лечения вашего заболевания.

    - Если принимаемый вами лекарственный препарат является патентованным, вы можете попросить нас покрыть его стоимость в размере долевого участия в расходах для самого низкого уровня альтернативных патентованных лекарств для лечения вашего заболевания.

    - Если принимаемый вами лекарственный препарат является непатентованным, вы можете попросить нас покрыть его стоимость в размере участия в расходах для самого низкого уровня патентованных или непатентованных альтернативных лекарственных препаратов для лечения вашего заболевания.

- Вы не можете просить нас изменить уровень участия в расходах для лекарственного препарата из уровня 5 (лекарственные препараты специального назначения).

- Если мы одобряем ваш запрос на исключение из уровня и существует несколько уровней с более низким участием в расходах с альтернативными лекарственными препаратами, которые вы не можете принимать, вы, как правило, платите наименьшую сумму.

G3. Важные аспекты запроса об исключении

Ваш врач или другой медицинский работник, назначающий лекарственный препарат, должен предоставить нам медицинское обоснование.

Ваш врач или другой медицинский работник, назначающий лекарственный препарат, должен предоставить нам заявление, содержащее медицинские обоснование запроса об исключении. Для более быстрого принятия решения включите в свой запрос об исключении данную медицинскую информацию.

В нашем *Перечне лекарственных препаратов*, как правило, есть не один лекарственный препарат для лечения определенного заболевания. Это так называемые «альтернативные» лекарственные препараты. Если альтернативный лекарственный препарат так же эффективен, как и запрашиваемый лекарственный препарат, не имеет больше побочных действий и не вызывает других проблем со здоровьем, мы обычно **не** утверждаем запрос на исключение. Если вы попросите нас об исключении из уровня участия в оплате, мы, как правило, **не удовлетворяем** подобные запросы, за исключением случаев, когда все альтернативные лекарственные препараты, относящиеся к более низкому уровню участия, не подходят вам или могут вызвать побочную реакцию или нанести вред здоровью.

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 он остается безопасным и эффективным при вашем заболевании.

- Если мы **отклоним** ваш запрос об исключении, вы можете подать апелляцию. См. информацию о процессе апелляции в **разделе G5** в случае нашего **отказа.**

Ниже вы узнаете, как запросить решение по страховому покрытию, включая исключение.

G4. Запрос решения о покрытии, в том числе об исключении

- Запросить решение о желаемом страховом покрытии можно, позвонив в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-443-0815 (TTY: 711) либо отправив нам запрос письмом или факсом. Это можете сделать вы, ваш представитель или ваш врач (или другой медицинский работник, назначающий лекарственный препарат). Укажите свое имя, фамилию, контактные данные и информацию о запросе.

- Запросить решение о покрытии можете вы, ваш врач (или другой медицинский работник, назначающий лекарственный препарат) или другое лицо, действующее от вашего имени. Вы также можете пригласить юриста, действующего от вашего имени.

- В **разделе E3** описано, как назначить представителя.

- Чтобы запросить решение о страховом покрытии от вашего имени, вам не нужно давать письменное разрешение своему врачу или другому медицинскому работнику, назначающему лекарственный препарат.

- Если вы хотите отправить нам запрос на возврат средств за лекарственный препарат, см. **главу 7** этого *Справочника участника*.

- Если вы просите об исключении, предоставьте нам «заявление в поддержку». Данное заявление включает в себя медицинское обоснование запроса об исключении, составленное вашим врачом или другим медицинским работником, назначающим лекарственный препарат.

- Ваш врач или другой медицинский работник, назначающий лекарственный препарат, может отправить нам такое заявление по факсу или по почте. Они также могут известить нас по телефону, а затем отправить документ по факсу или по почте.

Если этого требует состояние вашего здоровья, попросите нас принять «срочное решение о страховом покрытии».

Если ваша просьба о «срочном решении» будет отклонена, мы будем использовать «стандартные сроки».

- **Стандартное решение о страховом покрытии** предполагает, что мы дадим вам ответ в течение 72 часов после получения заключения вашего врача.
- **Срочное решение о страховом покрытии** предполагает, что мы дадим вам ответ в течение 24 часов после получения заключения вашего врача.

> Срочное решение о страховом покрытии называется **«ускоренным определением страхового покрытия».**

Вы можете запросить срочное решение о покрытии в описанных ниже случаях.

- Речь идет о лекарственном препарате, который вы еще не приобрели. Нельзя получить срочное решение о страховом покрытии, если вы просите нас вернуть вам деньги за уже купленный лекарственный препарат.
- Ваше здоровье или дееспособность могут серьезно пострадать, если мы будем принимать решение в стандартные сроки.

Если ваш врач или другой медицинский работник, назначающий лекарственный препарат, сообщит нам, что состояние вашего здоровья требует принятия срочного решения о покрытии, мы рассмотрим ваш запрос в соответствии со сроками принятия срочного решения о покрытии. Мы отправим вам письмо с этой информацией.

- Если вы запросите срочное решение о страховом покрытии, не имея поддержки со стороны своего врача или другого медицинского работника, назначающего лекарственный препарат, мы решим сами, можете ли вы получить срочное решение о страховом покрытии.
- Если мы установим, что ваше состояние здоровья не соответствует требованиям для срочного принятия решения о покрытии, мы будем использовать стандартные сроки.
    - Мы отправим вам письмо с уведомлением о применении стандартных сроков. В этом письме также будет указано, как подать апелляцию на наше решение.
    - Вы можете подать срочную жалобу и получить ответ на нее в течение 24 часов. Подробную информацию о подаче жалобы, в том числе срочной жалобы, см. в **разделе K**.

Сроки принятия срочного решения о страховом покрытии

- При ускоренной процедуре мы обязаны дать вам ответ в течение 24 часов после получения 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 того требует состояние вашего здоровья.

- Если данный срок не соблюдается, мы отправим ваш запрос на 2-й уровень апелляции для рассмотрения независимой экспертной организацией. Дополнительную информацию о процессе апелляции 2-го уровня см. в **разделе G6**.

- Если мы **одобрим** ваш запрос полностью или частично, мы предоставим вам страховое покрытие в течение 24 часов после получения вашего запроса или заявления в поддержку от вашего врача.

- Если мы **отклоним** ваш запрос полностью или частично, мы отправим вам письмо с указанием причин. В письме также будет указано, как подать апелляцию.

Сроки принятия стандартного решения по страховому покрытию лекарственного препарата, который вы не приобретали

- При стандартной процедуре мы обязаны дать вам ответ в течение 72 часов после получения 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 того требует состояние вашего здоровья.

- Если данный срок не соблюдается, мы отправим ваш запрос на 2-й уровень апелляции для рассмотрения независимой экспертной организацией.

- Если мы **одобрим** ваш запрос полностью или частично, мы предоставим вам страховое покрытие в течение 72 часов после получения вашего запроса или заявления на исключение от вашего врача.

- Если мы **отклоним** ваш запрос полностью или частично, мы отправим вам письмо с указанием причин. В письме также будет указано, как подать апелляцию.

Сроки принятия стандартного решения по страховому покрытию лекарственного препарата, который вы уже приобрели

- Мы обязаны предоставить вам ответ в течение 14 календарных дней после получения запроса.

- Если данный срок не соблюдается, мы отправим ваш запрос на 2-й уровень апелляции для рассмотрения независимой экспертной организацией.

- Если мы **одобрим** ваш запрос полностью или частично, мы возместим вам расходы в течение 14 календарных дней.

- Если мы **отклоним** ваш запрос полностью или частично, мы отправим вам письмо с указанием причин. В письме также будет указано, как подать апелляцию.

G5. Подача апелляции 1-го уровня

> Апелляция к нашему плану по страховому покрытию лекарственных препаратов по программе Medicare часть D называется **«повторное определение».**

- Начните процесс подачи **стандартной или ускоренной апелляции** с обращения к нам по телефону 1-866-206-2973, в письменной форме или по факсу. Это можете сделать вы, ваш представитель или ваш врач (или другой медицинский работник, назначающий лекарственный препарат). Укажите свое имя, контактную информацию и сведения, касающиеся вашей апелляции.

- Вы должны подать апелляцию **в течение 65 календарных дней** с даты, указанной в письме, информирующем о нашем решении.

- Если вы пропустите срок подачи апелляции и у вас есть на это уважительная причина, мы можем предоставить вам больше времени. Уважительной 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.

Подайте срочную апелляцию, если вы считаете, что того требует состояние вашего здоровья.

> Срочная апелляция также называется **«ускоренным повторным определением»**.

- Если вы подаете апелляцию на решение, принятое нами в отношении лекарственного препарата, который вы не приобретали, вы, ваш врач или другой медицинский работник, назначающий лекарственный препарат, решаете, нужна ли вам срочная апелляция.

- Требования к срочной апелляции такие же, как и для срочного решения о страховом покрытии. Дополнительную информацию см. в **разделе G4**.

Мы рассмотрим вашу апелляцию и дадим вам ответ.

- При рассмотрении апелляции мы еще раз внимательно изучим всю информацию о вашем запросе на страховое покрытие.

- Мы проверим, соблюдали ли мы все правила, когда давали **отрицательный** ответ на ваш запрос.

- Мы можем связаться с вами, вашим врачом или другим медицинским работником, назначающим лекарственный препарат, для получения дополнительной информации.

Сроки рассмотрения срочной апелляции 1-го уровня

- При ускоренной процедуре мы обязаны дать вам ответ **в течение 72 часов** после получения запроса.
    - Мы предоставим вам ответ раньше, если того требует состояние 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. Дополнительную информацию об экспертной организации и процессе апелляции 2-го уровня см. в **разделе G6**.
- Если мы **одобрим** ваш запрос полностью или частично, мы должны предоставить одобренное страховое покрытие в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- Если мы **отклоним** ваш запрос полностью или частично, мы отправим вам письмо с указанием причин и описанием процесса подачи апелляции.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции 1-го уровня

- При стандартной процедуре мы должны дать вам ответ **в течение семи календарных дней** после получения апелляции, касающейся лекарственного препарата, который вы не получили.
- Мы сообщим вам о своем решении раньше, если вы не приобретали лекарственный препарат и того требует состояние вашего здоровья. Подайте срочную апелляцию, если вы считаете, что того требует состояние вашего здоровья.
    - Если мы не предоставим вам свое решение в течение семи календарных дней, мы должны отправить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции. После чего независимая экспертная организация рассмотрит вашу заявку. Дополнительную информацию об экспертной организации и процессе апелляции 2-го уровня см. в **разделе G6**.

Если мы **одобрим** ваш запрос полностью или частично:

- Мы должны **предоставить одобренное страховое покрытие** настолько быстро, насколько того требует состояние вашего здоровья, но **не позднее чем через семь календарных дней** после получения апелляции.
- Мы должны **отправить вам платеж** за приобретенный лекарственный препарат **в течение 30 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.

Если мы **отклоним** ваш запрос полностью или частично:

- Мы отправим вам письмо с объяснением причин и описанием процесса подачи апелляции.
- Мы обязаны дать вам ответ относительно возврата средств за приобретенный лекарственный препарат **в течение 14 календарных дней** с момента получения апелляции.

- Если мы не сообщим 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. Дополнительную информацию об экспертной организации и процессе апелляции 2-го уровня см. в **разделе G6**.

- Если мы **одобрим** ваш запрос полностью или частично, мы обязаны возместить вам расходы в течение 30 календарных дней.

- Если мы **отклоним** ваш запрос полностью или частично, мы отправим вам письмо с указанием причин и описанием процесса подачи апелляции.

G6. Подача апелляции 2-го уровня

Если мы **отклоняем** вашу апелляцию 1-го уровня полностью или частично, вы можете согласиться с нашим решением или подать еще одну апелляцию. Если вы решите подать еще одну апелляцию, вы переходите на процесс апелляции 2-го уровня. **Независимая экспертная организация** пересматривает наше решение, если мы **отклонили** вашу первую апелляцию. Эта организация определяет, должны ли мы изменить свое решение.

> Официально независимую экспертную организацию (IRO) называют **«независимое экспертное юридическое лицо» (Independent Review Entity).** Иногда используется аббревиатура **IRE**.

Чтобы подать апелляцию 2-го уровня, вы, ваш представитель, ваш врач или другой медицинский работник, назначающий лекарственный препарат, должны обратиться в независимую экспертную организацию **в письменном виде** и запросить пересмотр вашего дела.

- Если мы **отклоним** вашу апелляцию 1-го уровня полностью или частично, мы отправим вам письмо с **инструкциями о том, как подать апелляцию 2-го уровня** в IRO. В письме будет указано, кто может подавать апелляцию 2-го уровня, какие сроки следует 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 «материалами дела». **Вы имеете право запросить бесплатную копию материалов вашего дела.** Если вам нужна помощь в отправке запроса на бесплатную копию материалов вашего дела, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-443-0815.

- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку апелляции.

Независимая экспертная организация даст экспертную оценку вашей апелляции 2-го уровня в связи с покрытием программы Medicare часть D и предоставит вам ответ в письменном виде. Дополнительную информацию об IRO см. в **разделе F4**.

Сроки рассмотрения срочной апелляции 2-го уровня

Отправьте в IRO запрос на срочную апелляцию, если того требует состояние вашего здоровья.

- Если организация согласится рассмотреть вашу апелляцию в срочном порядке, она должна дать вам ответ **в течение 72 часов** с момента получения вашего запроса.
- Если эксперты **одобрят** ваш запрос полностью или частично, мы обязаны предоставить одобренное страховое покрытие лекарственного препарата **в течение 24 часов** с момента получения решения IRO.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции 2-го уровня

Если вы подаете стандартную апелляцию 2-го уровня, независимая экспертная организация должна дать вам ответ:

- **в течение семи календарных дней** после получения апелляции в отношении лекарственного препарата, который вы не получили;
- **в течение 14 календарных дней** с момента получения вашей апелляции на возврат средств за лекарственный препарат, который вы уже приобрели.

Если IRO **одобрит** ваш запрос полностью или частично:

- Мы обязаны предоставить одобренное страховое покрытие лекарственного препарата **в течение 72 часов** с момента получения решения IRO.
- Мы должны возместить вам средства за купленный лекарственный препарат в течение 30 календарных дней с момента получения решения IRO.
- Если независимая экспертная организация **отклоняет** вашу апелляцию, это означает, что эксперты поддерживают наше решение не одобрять 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 соответствует требованию к минимальной стоимости в долларах. Если сумма страхового покрытия по лекарственному препарату меньше минимальной суммы, вы не можете подать апелляцию следующего уровня. В этом случае решение по апелляции 2-го уровня является окончательным. Независимая экспертная организация отправит вам письмо с указанием минимальной суммы в долларах, необходимой 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 IRO **отклоняет** полностью или частично вашу апелляцию 2-го уровня, и вы соответствуете требованиям для продолжения апелляционного процесса, вы можете:
    - решить, нужно ли подавать апелляцию 3-го уровня;
    - ознакомиться с информацией о подаче апелляции 3-го уровня, изложенной в письме, которое организация IRO отправила вам после вашей апелляции 2-го уровня.

- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья ALJ или уполномоченный третейский судья. Информацию об апелляциях 3-го,4-го и 5-го уровней см. в **разделе J**.

H. Запрос на более длительное пребывание в больнице

При поступлении в больницу вы имеете право на получение всех покрываемых нами больничных услуг, необходимых для диагностики и лечения вашего заболевания или травмы. Чтобы узнать больше о страховом покрытии госпитализации, см. **главу 4** этого *Справочника участника*.

Во время пребывания в больнице, которое покрывает наш план, ваш врач и персонал больницы будут готовить вас к выписке. Они также помогут организовать уход, который может понадобиться вам после выписки.

- Ваш последний день в больнице называется «датой выписки».
- Дату выписки вам сообщит ваш врач или персонал больницы.

Если вы считаете, что вас просят выписаться из больницы слишком рано, или беспокоитесь о своем уходе после выписки, вы можете попросить о продлении госпитализации. В этом разделе рассказывается, как попросить об этом.

Вне зависимости от апелляций, рассмотренных в **разделе H**, вы также можете подать жалобу в DMHC 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 DMHC. Вы можете запросить проведение независимой медицинской экспертизы в дополнение к апелляции 3-го уровня или вместо нее.

H1. Информация о ваших правах как участника Medicare

В течение двух дней с момента поступления в больницу медперсонал (медсестра или соцработник) предоставят вам уведомление под названием «Важное сообщение от Medicare о ваших правах». Все участники программы Medicare получают копию этого уведомления при госпитализации.

Если вы не получили это 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 позвонить по номер 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. TTY: 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 указанные ниже.
    - 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 лечения в больнице.
    - Подавать апелляцию, если считаете, что вас выписывают из больницы слишком рано.

- **Подпишите уведомление**, чтобы подтвердить, что вы его получили и понимаете свои права.
    - Это уведомление можете подписать вы или лицо, действующее от вашего имени.
    - Подпись на уведомлении означает **только** то, что вы получили информацию о своих правах. Подпись **не** означает, что вы соглашаетесь с датой выписки, которую сообщил вам врач или персонал больницы.
- **Сохраните у себя экземпляр** подписанного уведомления, чтобы вся необходимая информация была у вас была под рукой.

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 в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048;
- посетите сайт www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Подача апелляции 1-го уровня

Чтобы запросить покрытие стационарного обслуживания в течение более длительного времени, подайте апелляцию. Организация по улучшению качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO) рассмотрит апелляцию 1-го уровня, чтобы выяснить, правильно ли выбрана дата выписки с медицинской точки зрения.

Организация QIO представляет собой группу врачей и других медицинских работников, работу которых оплачивает федеральное правительство. Эксперты проверяют и помогают улучшить качество обслуживания участников программы Medicare. Они не являются сотрудниками нашего плана.

В Калифорнии организацией QIO является Commence Health (телефон: 1-877-588-1123). Контактная информация также содержится в уведомлении «Важное сообщение от Medicare о ваших правах» и в **главе 2**.

Позвоните в QIO 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 QIO по своей апелляции.
- **Если вы не позвоните, чтобы подать апелляцию,** и решите остаться в больнице после запланированной даты выписки, возможно, вам придется оплатить все расходы за стационарное медицинское обслуживание, которое вы будете получать после запланированной даты выписки.

- Поскольку пребывание в больнице покрывается обеими программами (Medicare и Medi-Cal), если организация по улучшению качества обслуживания не одобрит ваш запрос на продление госпитализации, 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 QIO, чтобы попросить о срочном рассмотрении вопроса вашей выписки из больницы.

> В юридической терминологии **«срочное рассмотрение»** называется **«неотложное рассмотрение»** или **«ускоренное рассмотрение»**.

Что происходит во время срочного рассмотрения

- Эксперты QIO 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 карточку, 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 будут указаны причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что именно эта дата выписки соответствует требованиям с медицинской точки зрения.

> В юридической терминологии такое письменное объяснение называется **«подробное уведомление о выписке»**. Вы можете получить образец, позвонив в отдел обслуживания участников по номерам, указанным в нижней части страницы, или по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY: 1-877-486-2048.) Образец уведомления также можно найти на сайте www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

В течение одного полного дня после получения всей необходимой информации организация QIO предоставит вам ответ на апелляцию.

Если QIO **одобрит** вашу апелляцию:

- мы будем предоставлять вам покрываемые услуги стационарного обслуживания до тех пор, пока они вам необходимы по медицинским показаниям.

Если QIO **отклонит** вашу апелляцию:

- организация считает, что запланированная дата выписки является обоснованной с медицинской точки зрения;
- наше покрытие вашего стационарного обслуживания заканчивается в полдень на следующий день после того, как QIO предоставит вам ответ на апелляцию;
- возможно, вам потребуется оплатить полную стоимость больничного обслуживания, которое вы получите после полудня того дня, когда вы получите ответ на апелляцию от QIO;
- вы можете подать апелляцию 2-го уровня, если QIO отклонит вашу апелляцию 1-го уровня **и** если вы останетесь в больнице после запланированной даты выписки.

H3. Подача апелляции 2-го уровня

Чтобы подать апелляцию 2-го уровня, вы должны отправить в QIO запрос на пересмотр ее решения, принятого по вашей апелляции 1-го уровня (телефон: 1-877-588-1123).

Вы должны отправить такой запрос **в течение 60 календарных дней** с того момента, как QIO **отклонила** вашу апелляцию 1-го уровня. Вы можете отправить запрос **только в том случае**, если остаетесь в больнице после даты прекращения страхового покрытия вашего обслуживания.

Эксперты QIO:

- 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 QIO **одобрит** вашу апелляцию:

- мы обязаны возместить вам нашу долю расходов на больничное обслуживание с полудня следующего дня после даты, когда QIO отклонила вашу апелляцию 1-го уровня;
- мы будем предоставлять вам покрываемые услуги стационарного обслуживания до тех пор, пока они вам необходимы по медицинским показаниям.

Если QIO **отклонит** вашу апелляцию:

- эксперты подтвердят свое решение по вашей апелляции 1-го уровня и не будут его менять;
- вы получите письмо с информацией о том, как 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.

Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья ALJ или уполномоченный третейский судья. Информацию об апелляциях 3-го,4-го и 5-го уровней см. в **разделе J**.

I. Запрос на продолжение покрытия определенных медицинских услуг

Этот раздел посвящен только трем перечисленным ниже видам услуг, которые вы можете получать:

- услуги здравоохранения на дому;
- квалифицированный сестринский уход в учреждении с квалифицированным сестринским уходом; **и**
- амбулаторный реабилитационный уход в одобренном Medicare учреждении CORF. Обычно это означает, что вы проходите лечение заболевания или последствий несчастного случая либо восстанавливаетесь после серьезной операции.

Вы имеете право на страховое покрытие этих услуг до тех пор, пока врач считает, что вы в них нуждаетесь.

Когда мы решим прекратить страховое покрытие любой из них, мы обязаны сообщить вам об этом **до** завершения покрытия. Когда ваше страховое покрытие услуги заканчивается, мы прекращаем ее оплачивать.

Если вы считаете, что мы прекращаем страховое покрытие вашего обслуживания слишком рано, **вы можете подать апелляцию.** В этом разделе рассказывается, как это сделать.

I1. Предварительное уведомление о завершении 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 завершения страхового покрытия, а также предоставлена информация о процедуре обжалования данного решения.

Вы или ваш представитель должны подписать уведомление, чтобы подтвердить его получение. Подпись на уведомлении означает **только то**, что вы получили информацию. Подпись **не** означает, что вы согласны с нашим решением.

I2. Подача апелляции 1-го уровня

Если вы считаете, что мы прекращаем страховое покрытие вашего обслуживания слишком рано, вы можете подать апелляцию. В этом разделе рассказывается об апелляционном процессе 1-го уровня и о том, как подать апелляцию.

- **Соблюдайте сроки.** Сроки важны. Уточните и соблюдайте сроки процедур. Наш план также должен соблюдать установленные сроки. Если вы считаете, что мы не соблюдаем сроки, вы можете подать жалобу. Дополнительную информацию о подаче жалоб см. в **разделе K**.

- **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 QIO.**
    - Дополнительную информацию об организации QIO и контактную информацию см. в **разделе H2** или в **главе 2** этого *Справочника участника*.
    - Попросите ее рассмотреть вашу апелляцию и вынести решение о том, следует ли изменить решение нашего плана.
    - **Действуйте быстро и запросите «ускоренную апелляцию».** Попросите организацию QIO выдать экспертное заключение о том, допустимо ли прекращение страхового покрытия медицинских услуг с медицинской точки зрения.

Крайний срок для обращения в эту организацию

- Чтобы начать апелляционный процесс, вы должны связаться с организацией QIO до полудня дня, предшествующего дате вступления в силу решения, указанной в отправленном вам «Уведомлении об отсутствии страхового покрытия Medicare».
- 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.

> В юридической терминологии такое уведомление называется **«Уведомление об отсутствии страхового покрытия Medicare» (Notice of Medicare Non-Coverage)**. Чтобы получить образец уведомления, позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным в нижней части страницы, или по номеру программы Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048. Вы также можете получить образец на сайте www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Что происходит во время ускоренной апелляции

- Эксперты QIO 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 карточку, 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.

> В юридической терминологии такое письменное объяснение называется **«подробное уведомление о выписке»**.

- Эксперты сообщат вам свое решение в течение одного дня после получения всей необходимой информации.

Если QIO **одобрит** вашу апелляцию:

- мы будем предоставлять вам покрываемые услуги до тех пор, пока они вам необходимы по медицинским показаниям.

Если QIO **отклонит** вашу апелляцию:

- ваше страховое покрытие завершится в тот день, когда мы вам об этом сообщили;
- мы прекратим оплачивать свою долю расходов по данному обслуживанию в день, указанный в уведомлении;
- вы будете оплачивать полную стоимость этого лечения самостоятельно, если после даты окончания вашего страхового покрытия вы захотите продолжить услуги здравоохранения на дому, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или услуги CORF;
- вы примете решение, хотите ли вы продолжать получать эти услуги и подать апелляцию 2-го уровня.

I3. Подача апелляции 2-го уровня

Чтобы подать апелляцию 2-го уровня, вы должны отправить в QIO запрос на пересмотр ее решения, принятого по вашей апелляции 1-го уровня (телефон: 1-877-588-1123).

Вы должны отправить такой запрос **в течение 60 календарных дней** с того момента, как организация QIO отклонила вашу апелляцию 1-го уровня. Вы можете отправить запрос **только в том случае**, если продолжать получать медицинское обслуживание после даты прекращения страхового покрытия вашего обслуживания.

Эксперты QIO:

- 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 QIO **одобрит** вашу апелляцию:

- мы возместим вам нашу долю расходов на обслуживание, которое вы получили с даты, когда мы сообщили вам о прекращении страхового покрытия;
- мы обеспечим страховое покрытие обслуживания до тех пор, пока это необходимо по медицинским показаниям.

Если QIO **отклонит** вашу апелляцию:

- эксперты согласны с нашим решением о завершении вашего медицинского обслуживания и не изменят его;
- вы получите письмо с информацией о том, как продолжить апелляционный процесс и подать апелляцию 3-го уровня;
- вы можете подать жалобу и обратиться за независимой медицинской экспертизой в DMHC для продления страхового покрытия услуг здравоохранения. См. **раздел F4**, чтобы узнать, как подать жалобу или обратиться за независимой медицинской экспертизой в DMHC. Вы можете подать жалобу и обратиться за независимой медицинской экспертизой в DMHC в дополнение к апелляции 3-го уровня или вместо нее.

Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья ALJ или уполномоченный третейский судья. Информацию об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровней см. в **разделе J**.

J. Следующие уровни апелляции (после 2-го)

J1. Дальнейшие действия в отношении услуг и медицинских товаров по программе 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 услуг или товаров в рамках Medicare, в отношении которых вы подавали апелляцию, не соответствует установленной минимальной сумме в долларах, вы не сможете продолжить процесс апелляции. Если же сумма в долларах соответствует требованиям, процесс апелляции может быть продолжен. В письме, которое вы получите от независимой экспертной организации по апелляции 2-го уровня, разъясняется, как подавать апелляцию 3-го уровня.

Апелляция 3-го уровня

Апелляция 3-го уровня — это слушание дела судьей ALJ. Решение принимает судья ALJ или уполномоченный третейский судья, представляющий федеральный орган власти.

Если судья ALJ или уполномоченный третейский судья **одобрит** вашу апелляцию, у нас есть право обжаловать положительное для вас решение по апелляции 3-го уровня.

- Если мы решим **обжаловать** принятое решение, мы вышлем вам копию запроса на апелляцию 4-го уровня с сопроводительными документами. Мы можем ожидать решения по апелляции 4-го уровня, прежде чем разрешить предоставление услуги или предоставлять спорную услугу.
- Если мы решим **не обжаловать** принятое решение, мы должны разрешить предоставление вам услуги или предоставить вам услугу в течение 60 календарных дней после получения решения судьи ALJ или уполномоченного третейского судьи.
- Если судья ALJ или уполномоченный третейский судья **отклонит** вашу апелляцию, процесс апелляции может быть продолжен.
- Если вы **согласитесь** с данным решением, процесс апелляции будет завершен.

- Если вы **не согласитесь** с данным решением, вы можете перейти к следующему уровню процесса рассмотрения. В полученном вами уведомлении будет указано, как подать апелляцию 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня

Вашу апелляцию рассматривает Совет по апелляциям Medicare (Совет). Совет представляет федеральное правительство.

Если Совет **одобрит** вашу апелляцию 4-го уровня или откажет 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 **обжаловать** принятое решение, мы сообщим вам об этом в письменной форме.

- Если мы решим **не обжаловать** принятое решение, мы должны разрешить предоставление вам услуги или предоставить вам услугу в течение 60 календарных дней после получения решения Совета.

Если Совет **отклонит** наш запрос на пересмотр, процесс апелляции может быть продолжен.

- Если вы **согласитесь** с данным решением, процесс апелляции будет завершен.

- Если вы **не согласитесь** с данным решением, вы можете перейти к следующему уровню процесса рассмотрения. В полученном вами уведомлении будет указано, можете ли вы подать апелляцию 5-го уровня и как это сделать.

Апелляция 5-го уровня

- Вашу апелляцию будет рассматривать судья федерального окружного суда. Он выносит **положительное** или **отрицательное** решение. Это решение является окончательным. Других уровней апелляции не существует.

J2. Дополнительные уровни апелляции в рамках программы 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 отдела слушаний с участием штата, будет указано, что делать, если вы хотите продолжить процесс апелляции.

J3. Апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровней по запросам, связанным с лекарственными препаратами по программе Medicare часть D

Этот раздел содержит полезную для вас информацию, если вы подали апелляции 1-го и 2-го уровней, которые были отклонены.

Если стоимость лекарственного препарата, по которому вы подавали апелляцию, соответствует определенной сумме в долларах, вы можете перейти на дополнительные уровни апелляции. В письменном ответе, который вы получите на свою апелляцию 2-го уровня, даются инструкции о подаче апелляции 3-го уровня.

Апелляция 3-го уровня

Апелляция 3-го уровня — это слушание дела судьей ALJ. Решение принимает судья ALJ или уполномоченный третейский судья, представляющий федеральный орган власти.

Если судья ALJ 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 ALJ или уполномоченный третейский судья **отклонит** вашу апелляцию, процесс апелляции может быть продолжен.

- Если вы **согласитесь** с данным решением, процесс апелляции будет завершен.
- Если вы **не согласитесь** с данным решением, вы можете перейти к следующему уровню процесса рассмотрения. В полученном вами уведомлении будет указано, как подать апелляцию 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня

Вашу апелляцию рассматривает Совет. Совет представляет федеральное правительство.

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 или запрос на пересмотр, процесс апелляции может быть продолжен.

- Если вы **согласитесь** с данным решением, процесс апелляции будет завершен.
- Если вы **не согласитесь** с данным решением, вы можете перейти к следующему уровню процесса рассмотрения. В полученном вами уведомлении будет указано, можете ли вы подать апелляцию 5-го уровня и как это сделать.

Апелляция 5-го уровня

Вашу апелляцию будет рассматривать судья федерального окружного суда. Он выносит **положительное** или **отрицательное решение.** Это решение является окончательным. Других уровней апелляции не существует.

K. Как подать жалобу

K1. На какие проблемы можно подавать жалобы

Процесс рассмотрения жалоб используется только в отношении определенных проблем, например проблем с качеством лечения, временем ожидания, координацией лечения и обслуживанием участников. Далее приведены примеры проблем, в отношении которых можно подавать жалобы.

Жалоба	Пример
Качество медицинского обслуживания	• Вы недовольны качеством обслуживания, например лечением, полученным в больнице.
Уважение вашей конфиденциальности	• Вы считаете, что кто-то нарушил ваше право на неприкосновенность конфиденциальной информации или поделился конфиденциальной информацией о вашей личности.
Неуважение, плохое обслуживание участников или другое негативное поведение	• Поставщик медицинских услуг или персонал проявляли грубость или неуважение по отношению к вам. • Наш персонал плохо к вам относился. • Вы считаете, что наш план хочет от вас избавиться.
Доступность и языковая помощь	• Вы физически не можете получить доступ к услугам здравоохранения в кабинете врача или поставщика медицинских услуг. • Ваш врач или поставщик медицинских услуг не предоставляет услуг устного перевода для перевода на ваш родной язык (не английский) (например, на американский язык жестов или на испанский). • Ваш поставщик медицинских услуг не предоставляет вам других специальных условий, в которых вы нуждаетесь и о которых просите.
Время ожидания	• У вас возникли проблемы с записью на прием или вы слишком долго его ожидали. • Врачи, фармацевты или другие медицинские работники, сотрудники отдела обслуживания участников или другой персонал плана заставляют вас ждать слишком долго.

Жалоба	Пример
Чистота	• По вашему мнению, в клинике, больнице или кабинете врача не поддерживается чистота.
Предоставляемая нами информация	• Вы считаете, что мы не отправили вам уведомление или письмо, которое вы должны были получить. • Вы считаете, что информация, которую мы вам отправили в письменной форме, слишком сложна для понимания.
Своевременность принятия решений о страховом покрытии или по апелляциям	• Вы считаете, что мы не соблюдаем установленные сроки для принятия решения о страховом покрытии или ответа на вашу апелляцию. • Вы считаете, что после получения решения о страховом покрытии или апелляции в вашу пользу мы не соблюдаем установленные сроки для разрешения или предоставления вам услуги либо для возмещения вам средств за определенные медицинские услуги. • Вы считаете, что мы не вовремя отправили ваше дело в независимую экспертную организацию.

Есть разные виды жалоб. Вы можете подать внутреннюю жалобу или внешнюю жалобу. Внутренняя жалоба подается в наш план, и мы ее рассматриваем. Внешняя жалоба подается в организацию, не связанную с нашим планом. Если вам нужна помощь в подаче внутренней или внешней жалобы, обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-443-0815 (TTY: 711). Линия работает без выходных с 8:00 до 20:00.

> В юридической терминологии жалоба называется **«претензией»**.
>
> В юридической терминологии подача жалоба называется **«подачей претензии»**.

K2. Внутренние жалобы

Чтобы подать внутреннюю жалобу, позвоните в обслуживание участников по номеру 1-800-443-0815 (TTY: 711). Вы можете подать жалобу в любое время, за исключением случаев, когда речь идет о лекарственном препарате, покрываемом по программе Medicare часть D. Если жалоба касается такого лекарственного препарата, ее следует подать **в течение 60 календарных дней** с момента возникновения проблемы.

- Обо всех прочих шагах вас проинструктирует отдел обслуживания участников.
- Вы также можете написать жалобу и отправить ее нам. Если вы подадите жалобу в письменной форме, мы ответим на вашу жалобу в письменной форме.

Мы должны рассмотреть вашу жалобу настолько быстро, насколько того требует состояние вашего здоровья, но не позднее 30 календарных дней после получения.

> **В юридической терминологии** срочная жалоба называется **«претензией с ускоренным рассмотрением»**.

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 состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, мы его предоставим.

- На большинство жалоб мы отвечаем 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 ориентировочный срок предоставления ответа.
- 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 из-за того, что нам потребовалось дополнительное время для принятия решения о страховом покрытии или решения об апелляции, мы автоматически рассматриваем вашу жалобу в ускоренном режиме и отвечаем вам в течение 24 часов.

Если мы не согласны с вашей жалобой полностью или частично, мы сообщим вам об этом и представим свое обоснование. Мы ответим вам независимо от того, согласны мы с жалобой или нет.

K3. Внешние жалобы

Программа Medicare

Вы можете сообщить программе Medicare о своей жалобе или отправить ее в Medicare. Форма для подачи жалоб в программу Medicare доступна на сайте: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Не обязательно подавать жалобу в план Kaiser Permanente Dual Complete до подачи жалобы в Medicare.

Medicare серьезно относится к вашим жалобам и будет использовать эту информацию для улучшения качества своей программы.

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). Номер для пользователей TTY: 1-877-486-2048. Звонки бесплатные.

Программа Medi-Cal

Вы можете подать жалобу омбудсмену по вопросам регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal Департамента здравоохранения штата Калифорния (DHCS), позвонив по номеру 1-888-452-8609. Номер для пользователей TTY: 711. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

Вы можете подать жалобу в Департамент регулируемого здравоохранения (DMHC) штата Калифорния. Департамент регулируемого здравоохранения отвечает за регулирование планов медицинского страхования. Вы можете позвонить в справочный центр DMHC и пожаловаться на услуги 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 ваша жалоба связана 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.

- Звоните по телефону 1-888-466-2219. Лица с нарушениями слуха и речи могут звонить по номеру (TTY): 1-877-688-9891. Звонки бесплатные.
- Посетите сайт Департамента регулируемого здравоохранения (www.dmhc.ca.gov).

Управление по гражданским правам (OCR)

Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights, OCR) при Департаменте здравоохранения и социального обеспечения (Department of Health and Human Services, HHS), если считаете, что с вами обошлись несправедливо. Например, вы можете подать жалобу, касающуюся доступа для людей с ограниченными возможностями или услуг переводчика. Номер телефона OCR: 1-800-368-1019. TTY: 1-800-537-7697. Подробную информацию можно получить на сайте www.hhs.gov/ocr.

Вы также можете связаться с местным отделением OCR 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: 1-800-368-1019
Факс: 1-202-619-3818
TDD: 1-800-537-7697
Электронная почта: ocrmail@hhs.gov

У вас также могут быть права в соответствии с Законом о защите прав граждан США с ограниченными возможностями (ADA).

Организация QIO

Если ваша жалоба касается качества обслуживания, вы можете воспользоваться одним из двух приведенных ниже вариантов.

- Вы можете подать жалобу на качество обслуживания непосредственно в QIO.
- Вы можете подать жалобу в QIO и в наш план. Если вы подадите жалобу в QIO, мы будем совместно с ней работать над вашей жалобой.

QIO — это группа практикующих врачей и других экспертов в сфере здравоохранения, которая получает финансирование от Федерального правительства с целью оценки и содействия в улучшении оказания медицинских услуг пациентам программы Medicare. Дополнительную информацию об организации QIO см. в **разделе H2** или в **главе 2** этого *Справочника участника.*

В Калифорнии организацией QIO является Commence Health. Номер телефона Commence Health: 1-877-588-1123.

Глава 10. Завершение вашего участия в плане

Введение

В этой главе рассказывается о том, как прекратить участие в нашем плане, а также о вариантах медицинского страхового покрытия, которыми вы можете воспользоваться после выхода из плана. Если вы прекратите участие в нашем плане, вы по-прежнему будете участвовать в программах Medicare и Medi-Cal, если отвечаете их критериям. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Содержание главы 10

A. Когда можно завершить участие в плане 309

B. Как завершить участие в плане 310

C. Как получать услуги программ Medicare и Medi-Cal по отдельности 310

C1. Услуги по программе Medicare 310

C2. Услуги по программе Medi-Cal 314

D. Покрытие медицинских изделий, услуг и лекарственных препаратов до завершения участия в плане 315

E. Другие ситуации, при которых ваше участие в плане завершается 315

F. Правила, запрещающие нам просить вас выйти из плана по любой причине, связанной со здоровьем 316

G. Вы имеете право подать жалобу, если мы прекратим ваше участие в плане 317

H. Как получить дополнительную информацию о прекращении участия в плане 317

A. Когда можно завершить участие в плане

Большинство участников программы Medicare могут прекратить свое участие в определенный период года. Поскольку у вас есть программа Medi-Cal, у вас есть возможность прекратить участие в нашем плане в любой месяц года.

Кроме того, вы можете прекратить участие в нашем плане в определенные периоды года.

- **Период открытой 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 Medicare Advantage (MA)** длится с 1 января по 31 марта, в том числе для новых участников программы Medicare, зарегистрированных в плане, с месяца получения права на покрытие по части A и части B и до последнего дня 3-го месяца действия этого права. 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 влиять на свое участие в плане. Например, в следующих случаях:

- вы переезжаете за пределы зоны обслуживания;

- вы перестали соответствовать критериям участия в программах Medi-Cal или «Дополнительная помощь» (Extra Help); **или**

- вы недавно переехали в центр сестринского ухода или учреждение долгосрочного ухода, в настоящее время получаете там лечение или только выписались из него.

Ваше участие заканчивается в последний день месяца, в котором мы получили ваш запрос на выход из плана. Например, если мы получим ваш запрос 18 января, ваше страховое покрытие в рамках нашего плана прекратится 31 января. Если вы зарегистрируетесь в качестве участника нового плана, ваше новое страховое покрытие начнет действовать в первый день следующего месяца (в этом пример — 1 февраля).

В случае выхода из нашего плана вы можете получить следующую информацию:

- возможности в рамках программы Medicare: таблица в **разделе C1**;

- возможности и услуги в рамках программы Medi-Cal: **раздел C2**.

Дополнительную информацию о том, как прекратить участие, можно получить следующим образом:

- В отделе обслуживания участников: номера указаны внизу страницы. Номер для пользователей линии TTY также указан.

- В программе Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048.

- В Программе консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. TTY: 711. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите сайт https://www.aging.ca.gov/HICAP.

- Отдел вариантов услуг здравоохранения: 1-800-430-4263, с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. TTY: 1-800-430-7077.
- Омбудсмен по вопросам регулируемого медицинского обслуживания в рамках программы Medi-Cal: 1-888-452-8609, с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00; электронная почта: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы являетесь участником программы контроля приема лекарственных препаратов (DMP), у вас может не быть возможности вносить изменения в план. Подробную информацию о программе контроля приема лекарственных препаратов см. в **главе 5** этого *Справочника участников*.

B. Как завершить участие в 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 лекарственным препаратам, 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 страницы, если вам нужна дополнительная информация о том, как это сделать.
- Позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY (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 лекарственных препаратов программы Medicare. Подробнее о получении услуг по программе Medicare после выхода из плана см. в таблице в**разделе C1**.
- Отдел вариантов услуг здравоохранения: 1-800-430-4263, с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. TTY: 1-800-430-7077.
- В **разделе C** ниже поэтапно описано, как зарегистрироваться в другом плане. При этом ваше участие в нашем плане прекращается.

C. Как получать услуги программ Medicare и Medi-Cal по отдельности

Если вы решите выйти из плана, у вас есть ряд возможностей получать услуги по программам Medicare и Medi-Cal.

C1. Услуги по программе Medicare

Ниже перечислены три возможности получить услуги по программе Medicare в любой месяц года. В определенные периоды года у вас есть дополнительные возможности, включая **Период открытой регистрации** и **Период открытой регистрации в программе Medicare Advantage**, а также другие ситуации, описанные в **разделе A**. Выбирая один из этих вариантов, вы автоматически прекращаете участие в нашем плане.

1. Вы можете перейти на:	**Что для этого нужно:**
План программы Medicare Medi-Cal (план Medi-Medi) — это разновидность плана программы Medicare Advantage. Он предназначен для людей, которые состоят как в программе Medicare, так и в программе Medi-Cal, и объединяет покрытие программ Medicare и Medi-Cal в один план. Планы Medi-Medi координируют все страховое покрытие и услуги в рамках обеих программ, включая все услуги, покрываемые Medicare и Medi-Cal, или план Программы комплексного ухода за пожилыми людьми (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), если вы отвечаете критериям. **Примечание.** Названием Medi-Medi обозначаются интегрированные планы для лиц с особыми потребностями, имеющих право на участие в двух программах (D-SNP) в штате Калифорния.	Позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048. По вопросам, связанным с Программой комплексного ухода за пожилыми людьми (PACE), звоните по телефону 1-855-921-PACE (7223). Для получения помощи или дополнительной информации: • Обращайтесь в Программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. TTY: 711. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите сайт https://www.aging.ca.gov/HICAP/. **ИЛИ** Зарегистрируйтесь в новом плане Medi-Medi. Вы будете автоматически исключены из нашего плана по программе Medicare, когда начнется страховое покрытие в рамках нового плана. Ваш план Medi-Cal изменится в соответствии с вашим планом Medi-Medi.

2. Вы можете перейти на: **Original Medicare с отдельным планом покрытия расходов на лекарственные препараты Medicare и планом Medi-Cal.**	**Что для этого нужно:** Позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048. Для получения помощи или дополнительной информации: • Обращайтесь в Программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Пользователям устройств TTY следует звонить по номеру 711. Для получения дополнительной информации или поиска местного отделения программы HICAP в вашем районе посетите сайт www.aging.ca.gov/HICAP/. **ИЛИ** Зарегистрируйтесь в новом плане Medicare с покрытием лекарственных препаратов. Вы будете автоматически исключены из нашего плана, когда начнется страховое покрытие в рамках Original Medicare. Вы останетесь участником своего плана Medi-Cal, если не выберете другой план.

3. Вы можете перейти на: **Original Medicare без отдельного плана покрытия лекарственных препаратов Medicare, если у вас есть уважительная причина для выхода из плана** **ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы перейдете на программу Original Medicare без присоединения к отдельному плану покрытия лекарственных препаратов Medicare, вы можете быть автоматически зарегистрированы в нем, если только вы не сообщите программе Medicare, что не хотите быть участником такого плана. Вы можете отказаться от страхового покрытия лекарственных препаратов только в том случае, если у вас имеется такое покрытие из другого источника, например от работодателя или профсоюза. Если у вас есть вопросы о том, нужно ли вам страховое покрытие лекарственных препаратов, позвоните в Программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите сайт www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Что для этого нужно:** Позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048. Для получения помощи или дополнительной информации: • Обращайтесь в Программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. TTY: 711. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите сайт www.aging.ca.gov/HICAP/. Вы будете автоматически исключены из нашего плана, когда начнется страховое покрытие в рамках Original Medicare. Вы останетесь участником своего плана Medi-Cal, если не выберете другой план.

4. Вы можете перейти на:	**Что для этого нужно:**
Любой план медицинского страхования Medicare в определенные периоды года, в том числе **Период открытой регистрации** и **Период открытой регистрации в Medicare Advantage**, либо в другой ситуации, описанной в **разделе A**.	Позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048. По вопросам, связанным с Программой комплексного ухода за пожилыми людьми (PACE), звоните по телефону 1-855-921-PACE (7223). Для получения помощи или дополнительной информации: • Обращайтесь в Программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. TTY: 711. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите сайт www.aging.ca.gov/HICAP/. **ИЛИ** Зарегистрируйтесь в новом плане Medicare. Вы будете автоматически исключены из нашего плана, когда начнется страховое покрытие в рамках нового плана. Ваш план Medi-Cal может быть изменен.

C2. Услуги по программе Medi-Cal

Для получения ответов на вопросы в отношении предоставления услуг по программе Medi-Cal после завершения участия в нашем плане, обращайтесь в отдел услуг здравоохранения по номеру 1-800-430-4263, с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. TTY: 1-800-430-7077. Или посетите сайт www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Спросите, каким образом присоединение к другому плану или возвращение в программу Original Medicare повлияет на получение вами страхового покрытия в рамках программы Medi-Cal.

D. Покрытие медицинских изделий, услуг и лекарственных препаратов до завершения участия в плане

Если вы выйдете из плана, может пройти некоторое время, прежде чем ваше участие прекратится и начнет действовать новое страховое покрытие в рамках программ Medicare и Medi-Cal.
В течение этого времени, пока не начнет действовать новое покрытие, вы продолжите получать лекарственные препараты и медицинские услуги в рамках нашего плана.

- Для получения медицинского обслуживания обращайтесь к сетевым поставщикам услуг.
- Для получения рецептурных лекарств обращайтесь в аптеки, входящие в нашу сеть, в том числе для получения услуг доставки по почте.
- Если вы будете госпитализированы в день завершения вашего участия в Kaiser Permanente Dual Complete, наш план покроет ваше пребывание в больнице до выписки. Покрытие продолжится, даже если ваше страховое покрытие по новому плану начинается до вашей выписки.

E. Другие ситуации, при которых ваше участие в плане завершается

Ниже перечислены случаи, когда мы вынуждены прекратить ваше участие в нашем плане.

- Перерыв в вашем страховом покрытии по программам Medicare часть A и Medicare часть B.
- Вы более не имеете права на покрытие по программе Medi-Cal. Наш план предназначен для лиц, которые имеют право на участие в обеих программах: Medicare и Medi-Cal. Примечание. Если вы более не имеете права на покрытие по программе Medi-Cal, вы можете получить временное покрытие по программе Medicare в рамках нашего плана. См. подробнее о периоде приостановки далее. Если вы более не имеете права на покрытие по программе Medi-Cal, мы сообщим вам в письменной форме, что у вас есть четыре месяца отсрочки для восстановления права на участие в программе Medi-Cal, прежде чем вам придется прекратить участие в плане Kaiser Permanente Dual Complete. Прежде чем исключить вас из плана Kaiser Permanente Dual Complete, мы свяжемся с вами и предложим зарегистрироваться в одном из наших планов Medicare Advantage. Страховое покрытие и суммы собственных расходов в этих планах могут отличаться от предлагаемых планом Kaiser Permanente Dual Complete.
- Вы переезжаете за пределы зоны обслуживания.
- Вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания более шести месяцев.
    - Если вы переезжаете или отправляетесь в длительную поездку, позвоните в отдел обслуживания участников, чтобы узнать, входит ли ваше место назначения в зону обслуживания нашего плана.
- Вы оказались в тюрьме или в заключении за уголовное преступление.
- Вы предоставляли неверную или неполную информацию о другом страховании, покрывающем лекарственные препараты.

- Вы не являетесь гражданином или подданным США либо находитесь в США на незаконных основаниях.
    - Чтобы стать участником нашего плана, вы должны быть гражданином США или находиться в США на законных основаниях.
    - Центры услуг Medicare и Medicaid (Medicare & 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 потеряете право на участие в программе Medi-Cal, но можете снова его получить в течение четырех месяцев, мы продолжим предоставлять вам страховое покрытие по программе Medicare в рамках плана Kaiser Permanente Dual Complete. Когда ваше покрытие по программе Medi-Cal закончится, мы больше не будем предоставлять вам страховое покрытие по программе Medi-Cal. Ваше долевое участие в расходах на оплату услуг, покрываемых планом Kaiser Permanente Dual Complete, изменится. Изменения описаны в Таблице страхового покрытия этого *Справочника участника*. Вы также можете потерять право на участие в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help) от Medicare для оплаты лекарственных препаратов по программе Medicare часть D.

Если ваше право на участие в программе Medi-Cal будет восстановлено, пока вы остаетесь нашим участником по программе Medicare, мы возобновим предоставление страхового покрытия по программе Medi-Cal, а вы останетесь участником нашего плана. Если ваше право на участие в программе Medi-Cal не восстановится в течение четырех месяцев, мы исключим вас из плана Kaiser Permanente Dual Complete. Если ваше право на участие в программе Medi-Cal восстановится после исключения из плана, обратитесь к нам для повторной регистрации.

Мы можем прекратить ваше участие в плане по перечисленным ниже причинам только после получения разрешения от программ Medicare и Medi-Cal.

- При регистрации в нашем плане вы намеренно предоставили нам неверную информацию, и эта информация влияет на ваше право на участие в плане.
- Вы постоянно ведете себя агрессивно и мешаете предоставлять медицинское обслуживание вам и другим участникам нашего плана.
- Вы разрешили другому лицу пользоваться вашей карточкой участника плана для получения медицинского обслуживания. (Medicare может обратиться к главному инспектору с запросом расследовать ваше дело, если мы прекратим ваше участие по этой причине).

F. Правила, запрещающие нам просить вас выйти из плана по любой причине, связанной со здоровьем

Нам запрещено просить вас прекратить участие в плане по какой-либо причине, связанной со здоровьем. Если вам кажется, что мы просим вас прекратить участие в плане по этой причине, **позвоните в программу Medicare** по телефону 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048.

G. Вы имеете право подать жалобу, если мы прекратим ваше участие в плане

Если мы прекратим ваше участие в плане, мы должны сообщить вам о причинах в письменной форме. Мы также должны объяснить вам, как подать жалобу на наше решение о прекращении вашего участия в плане. Для получения дополнительной информации о том, как подать жалобу, см. **главу 9** этого *Справочника участника*.

H. 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 в нижней части страницы.

Глава 11. Правовые уведомления

Введение

В этой главе содержатся правовые уведомления, относящиеся к вашему участию в плане. Основные термины и их определения представлены в алфавитном порядке в последней главе *этого Справочника участника*.

Содержание главы 11

A. Уведомление о законах 319
B. Федеральное уведомление о недопущении дискриминации 319
C. Уведомление о недопущении дискриминации в программе Medi-Cal 319
D. Уведомление о программе Medicare в качестве плательщика второй очереди и о программе Medi-Cal в качестве плательщика последней очереди 320
E. Уведомление о возмещении выплат по программе Medi-Cal за счет имущества 321
F. Порядок применения *Справочника участника* 321
G. Заявления и декларации 321
H. Переуступка прав 321
I. Гонорары и расходы на адвокатов и правозащитников 321
J. Координация страхового покрытия 322
K. Ответственность работодателя 322
L. Обязательство придерживаться правил, изложенных в *Справочнике участника* 322
M. Ответственность государственных органов 322
N. Освобождение участников от ответственности 322
O. Отсутствие отказа от прав требовать исполнения договора 323
P. Уведомления 323
Q. Взыскание переплаты 323
R. Ответственность третьих лиц 323
S. Министерство по делам ветеранов США 324
T. Выплаты по программе компенсации работникам или по ответственности работодателя 324
U. Суррогатное материнство 325
V. Обязывающий арбитраж 325

A. Уведомление о законах

Настоящий *Справочник участника* регулируется положениями многих нормативно-правовых актов. Они могут влиять на ваши права и обязанности, даже если эти нормативно-правовые акты не указаны или не разъяснены 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.

B. Федеральное уведомление о недопущении дискриминации

Мы не допускаем дискриминации на основании расы, этнической принадлежности, национальности, цвета кожи, религии, пола, возраста, психических или физических недостатков, состояния здоровья, опыта подачи жалоб, истории болезни, генетической информации, доказательств права на участие в программе страхования или местоположения в зоне обслуживания. Все организации, предоставляющие планы Medicare Advantage, такие как наш план, должны соблюдать федеральные законы против дискриминации, включая Раздел VI Закона о гражданских правах 1964 года, Закон о реабилитации 1973 года, Закон о дискриминации по возрасту 1975 года, Закон об американцах с ограниченными возможностями, раздел 1557 Закона о доступном медицинском обслуживании (ACA), все прочие законы, которые применяются к организациям, получающим федеральное финансирование, а также любые другие законы и правила, которые применяются по любой другой причине.

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. TTY: 1-800-537-7697. Подробную информацию можно получить на сайте hhs.gov/ocr/index.html.

C. Уведомление о недопущении дискриминации в программе Medi-Cal

Мы не допускаем дискриминации или иного отношения к вам на основании вашей расы, этнической принадлежности, национальности, цвета кожи, религии, пола, возраста, психических или физических недостатков, состояния здоровья, опыта подачи жалоб, истории болезни, генетической информации, доказательств права на участие в программе страхования или местоположения в зоне 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 Департамента здравоохранения и социального обеспечения по номеру 916-440-7370. Линия TTY: 711 (служба коммутируемых сообщений). Если вы считаете, что подверглись дискриминации, и хотите подать жалобу на дискриминацию, воспользуйтесь следующими каналами связи.
- Телефон: звоните в отдел обслуживания участников круглосуточно и без выходных (за исключением праздничных дней).

- Почта: обратитесь в отдел обслуживания участников и попросите, чтобы вам прислали бланк.
- Личное обращение: заполните форму жалобы, страхового требования или запроса на страховое покрытие (Complaint or Benefit Claim/Request) в отделе обслуживания участников в учреждении плана (воспользуйтесь *справочником поставщиков медицинских услуг* или перейдите на сайт kp.org/facilities, чтобы узнать адрес).
- Используйте онлайн-форму на нашем сайте kp.org.
- Вы также можете связаться непосредственно с координаторами по гражданским правам Kaiser Permanente по адресу ниже.

  Attn: 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 916-440-7370. Если у вас проблемы с речью или слухом, позвоните по номеру 711 (служба коммутируемых сообщений).
- В письменной форме: заполните форму жалобы или отправьте письмо по адресу, указанному ниже.

  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

  Бланки жалоб доступны на странице dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- По электронной почте: отправьте письмо на следующий адрес: CivilRights@dhcs.ca.gov.

Если у вас есть особые потребности, и вам нужна помощь в получении услуг здравоохранения или для доступа к поставщику медицинских услуг, позвоните в отдел обслуживания участников. Если у вас есть жалоба, например проблема с доступом для инвалидной коляски, обратитесь в отдел обслуживания участников может.

D. Уведомление о программе Medicare в качестве плательщика второй очереди и о программе Medi-Cal в качестве плательщика последней очереди

Иногда за услуги, которые мы вам предоставляем, сначала должна платить 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.

Это отвечает требованиям федерального законодательства и законов и нормативных актов 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.

Вам необходимо использовать все прочие виды медицинского страхования, прежде чем обращаться в Medi-Cal, если аналогичная услуга доступна в рамках вашего основного медицинского страхования, поскольку Medi-Cal является плательщиком последней инстанции. Это означает, что в большинстве случаев Medi-Cal будет вторичным плательщиком по отношению к другому плану Medicare, покрывая допустимые расходы, не оплаченные нашим планом или другим планом в пределах ставки Medi-Cal.

E. Уведомление о возмещении выплат по программе Medi-Cal за счет имущества

Программа Medi-Cal должна добиваться от наследников некоторых умерших участников возврата страховых выплат, полученных в рамках Medi-Cal по достижении участниками 55 лет. Возврат включает в себя выплаты по услугам с гонорарным способом оплаты и взносы за регулируемое медицинское обслуживание / платеж на одного человека за услуги учреждений сестринского ухода, услуги на дому и по месту жительства, а также соответствующие услуги больниц и рецептурные лекарственные препараты, полученные, полученные во время стационарного лечения в учреждении сестринского ухода или на дому и по месту жительства. Выплата не может превышать стоимость завещанного имущества участника.

Чтобы узнать подробнее, посетите сайт Департамента здравоохранения о возмещении выплат за счет имущества по адресу **dhcs.ca.gov** или звоните по номеру 916-650-0590.

F. Порядок применения *Справочника участника*

Мы можем принимать обоснованные политики, процедуры и разъяснения для обеспечения надлежащего и эффективного применения данного *Справочника участника плана***.**

G. Заявления и декларации

Вы обязаны заполнять все заявления, формы или декларации, которые необходимы нам для работы либо указаны в данном *Справочника участника* плана.

H. Переуступка прав

Вы не имеете права переуступать данный *Справочника участника* или какие-либо права, интересы, денежные претензии, страховое покрытие или обязательства, связанные с ним, без нашего предварительного письменного согласия.

I. Гонорары и расходы на адвокатов и правозащитников

В любых спорах между участником и Планом медицинского страхования, Медицинской группой или Kaiser Foundation Hospitals каждая сторона самостоятельно оплачивает свои расходы на гонорары юристам и адвокатам и прочие расходы, если иное не предусмотрено законодательством.

J. Координация страхового покрытия

Если у вас есть другое страхование, вы обязаны использовать его в сочетании со своим страховым покрытием в качестве участника плана Kaiser Permanente Dual Complete для оплаты получаемой медицинской помощи. Это называется «координацией страхового покрытия», поскольку предполагает согласование всех доступных вам страховых выплат. Вы будете получать покрываемое медицинское обслуживание, как обычно, у поставщиков услуг, входящих в сеть, а остальные виды вашего страхового покрытия просто помогут оплатить полученные вами услуги.

Если другой страховой план является основным плательщиком, она зачастую рассчитывается за свою долю оплаты напрямую с нами, и вам не придется участвовать в этом процессе. Однако если выплата, причитающаяся нам от основного плательщика, поступает непосредственно вам, в соответствии с законодательством о программе Medicare вы обязаны передать нам эту основную выплату. Дополнительную информацию о выплатах по первичному страхованию в случаях ответственности третьей стороны см. в **разделе S** данной главы, а о выплатах по первичному страхованию в случаях компенсации работникам — в **разделе U** этой главы.

Вы обязаны сообщать нам о наличии у вас другого медицинского страхования, а также проинформировать нас о любых изменениях в дополнительном страховом покрытии.

K. Ответственность работодателя

За любые услуги, предоставление которых работодатель обязан обеспечить в соответствии с законом, мы не будем выплачивать работодателю вознаграждение, и в случае покрытия нами расходов на такие услуги мы оставляем за собой право взыскать их стоимость с работодателя.

L. Обязательство придерживаться правил, изложенных в *Справочнике участника*

Выбирая или принимая страховое покрытие в рамках данного *Справочника участника*, все участники, обладающие дееспособностью для заключения договоров, и законные представители всех участников, не обладающих дееспособностью для заключения договоров, соглашаются со всеми положениями данного *Справочника участника*.

M. Ответственность государственных органов

За любые услуги, предоставление которых в соответствии с законом обязан обеспечить исключить государственный орган или которые могут быть получены только от него, мы не будем выплачивать государственному органу вознаграждение, и в случае покрытия нами расходов на такие услуги мы оставляем за собой право взыскать их стоимость с государственного органа.

N. Освобождение участников от ответственности

Наши договоры с сетевыми поставщиками услуг предусматривают, что вы не несете ответственности за какие-либо суммы, которые мы должны им выплатить. Однако вы обязаны оплатить стоимость не покрываемых услуг, которые вы получаете от сетевых или несетевых поставщиков.

O. Отсутствие отказа от прав требовать исполнения договора

Неприменение нами какого-либо из положений данного *Справочника участника* не будет означать отказ от такого положения или любых других положений либо наносить ущерб нашему праву впоследствии требовать от вас строгого соблюдения любого из положений.

P. Уведомления

Мы будем направлять свои уведомления на тот адрес, который вы нам предоставили последним. Вы обязаны уведомлять нас о любых изменениях адреса. Если вы переезжаете, как можно скорее сообщите об этом в отдел обслуживания участников (номера телефонов указаны на обратной стороне этого буклета) и в Управление социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Q. Взыскание переплаты

Мы вправе взыскивать любую переплату, произведенную нами за услуги, с любого лица, получившего такую переплату, либо с любого лица или организации, обязанных оплатить услуги.

R. Ответственность третьих лиц

Как правило, третьи лица, по вине которых вы получили травму или заболевание (и/или их страховые компании), обязаны платить первыми, до программы Medicare и нашего плана. Поэтому мы вправе требовать, чтобы такое третье лицо покрывало расходы в первую очередь. Если по решению суда либо в рамках мирового соглашения вы получите выплату от третьего лица (либо от его имени), предположительно причинившего травму или заболевание, в связи с которыми вы получали покрываемые услуги, вы должны обеспечить возмещение нам расходов на эти услуги.

Примечание. Раздел «Ответственность третьих лиц» не освобождает вас от обязанности уплачивать свою долю участия в расходах на указанные услуги.

В случаях и пределах, предусмотренных или допускаемых законом, к нам переходят имеющиеся у вас права требования, права на предъявление исков и иные права в отношении третьего лица, страховщика, государственной программы или другого источника страхового покрытия, связанные с получением денежного возмещения ущерба, компенсации или возмещения убытков в связи с травмой или заболеванием, предположительно причиненными третьим лицом. Указанные права переходят к нам с момента отправки по почте или вручения вам либо вашему адвокату письменного уведомления о том, что мы воспользовались этим правом.

В целях защиты наших прав мы приобретаем залоговое право и право на возмещение за счет любых сумм, полученных вами или нами по судебному решению либо мировому соглашению с третьим лицом, а также за счет выплат или сумм, присужденных в рамках других видов страхового покрытия, включая страхование гражданской ответственности, страхование на случай дорожно-транспортного происшествия с участием незастрахованного водителя, страхование на случай дорожно-транспортного происшествия с участием водителя с недостаточным страховым покрытием, личное зонтичное страхование, компенсационное страхование работников, страхование на случай телесных повреждений, выплаты на медицинские расходы и другие виды страхования в пользу страхователя. Все средства, полученные вами или нами по судебному решению либо мировому соглашению, в первую очередь направляются на удовлетворение нашего залогового требования, даже если ваши убытки не были возмещены в полном объеме или общая сумма полученных средств меньше

фактически понесенных вами убытков и ущерба. Мы не обязаны оплачивать услуги и расходы адвоката, которого вы наняли для предъявления иска о возмещении ущерба. Если вы возместите нам расходы без нашего обращения в суд, сумма возмещения будет уменьшена (мы предоставим вам скидку с учетом потенциальных расходов на получение возмещения). Если для защиты своих прав нам потребуется обратиться в суд, такая скидка не будет предоставлена. Не позднее чем через 30 дней после предъявления требования или подачи иска третьему лицу вы должны направить письменное уведомление о таком требовании или иске по следующему адресу:

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
Факс: 1-502-753-7064

Чтобы мы могли установить наличие прав, которые можем иметь, и реализовать их, вы должны оформить и направить нам все согласия, разрешения, документы о передаче или уступке прав и другие необходимые документы, включая формы, подтверждающие наше залоговое право и обязывающие вашего адвоката, третье лицо и страховщика гражданской ответственности третьего лица перечислять средства непосредственно нам. Без нашего предварительного письменного согласия вы не вправе отказываться от предусмотренных настоящим положением наших прав, прекращать их действие или ограничивать их объем.

S. Министерство по делам ветеранов США

В отношении любых услуг в связи с заболеваниями, возникшими в результате прохождения военной службы, которые по закону обязано предоставлять Министерство по делам ветеранов, мы не будем производить выплаты Министерству по делам ветеранов, и в случае покрытия нами таких услуг мы вправе взыскивать их стоимость с Министерства по делам ветеранов.

T. Выплаты по программе компенсации работникам или по ответственности работодателя

Как правило, выплаты по программе компенсации работникам производятся первыми, до выплат по программе Medicare или в рамках нашего плана. Таким образом, мы имеем право требовать совершение первичных выплат в соответствии с законодательством о компенсациях работникам или об ответственности работодателя. Вы можете иметь право на выплаты или иные покрываемые услуги, включая суммы, полученные в рамках урегулирования спора (далее — «финансовая выгода»), в соответствии с законодательством о компенсациях работникам или об ответственности работодателя. Мы предоставим услуги, даже если не установлено, имеете ли вы право на получение финансовых выгод, но мы можем взыскивать стоимость таких услуг с других лиц:

- с любого лица, предоставляющего финансовые выгоды, или обязанного их предоставить;
- с вас, при условии что вы получили такие финансовые выгоды, они подлежат выплате или должны были бы быть предоставлены или подлежать выплате, если бы вы надлежащим образом пытались подтвердить свои права на финансовые выгоды в соответствии с законами о компенсации работникам, пострадавшим на рабочем месте, или об ответственности работодателя.

U. Суррогатное материнство

В случаях, когда участник получает денежное вознаграждение за выполнение функций суррогатной матери, наша программа будет требовать возмещения всех расходов по программе за покрываемые услуги, полученные участником и связанные с зачатием, беременностью и/или родами. Соглашение о суррогатном материнстве — это соглашение, в рамках которого женщина соглашается выносить ребенка и передать его другому лицу или лицам, намеревающимся воспитывать этого ребенка

V. Обязывающий арбитраж

Представленное ниже описание третейского суда распространяется на следующих участников:

- Все участники плана Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan с датой начала действия до 1 января 2008 года.
- Все участники плана Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan с датой начала действия плана медицинского страхования 1 января 2008 года или позднее, которые не отказались от третейского суда в течение 60 календарных дней с даты регистрации в плане.

В отношении всех исков, на которые распространяется действие настоящего раздела «Третейский суд с обязывающим решением», как Заявители, так и Ответчики отказываются от права на рассмотрение дела судом присяжных или в суде общей юрисдикции и соглашаются на проведение третейского суда с обязывающим решением. В той мере, в какой данный раздел применяется к претензиям, предъявленным Сторонами плана Kaiser Permanente, он имеет обратную силу в отношении всех нерешенных претензий, возникших до даты вступления в силу настоящего *Справочника участника***.** Такое применение с обратной силой имеет обязательную силу только для Сторон плана Kaiser Permanente.

Предмет арбитража

Любой спор подлежит рассмотрению в рамках третейского суда с обязывающим решением, если соблюдены все указанные условия:

- Претензия вытекает из предполагаемого нарушения любой обязанности, связанной с настоящим *Справочником участника*, вытекающей из него или относящейся к нему, либо из отношений Стороны-участника с компанией Kaiser Foundation Health Plan, Inc., включая любые претензии в связи с врачебной ошибкой или халатностью больничного персонала (медицинские услуги или изделия не были необходимыми или санкционированными либо были предоставлены ненадлежащим образом, небрежно или некомпетентно), в связи с ответственностью за безопасность помещений, а также связанные с покрытием или предоставлением услуг или изделий, независимо от правовых оснований, на которых основана данная претензия.
- Претензия предъявляется одной или несколькими Сторонами-участниками в отношении одной или нескольких Сторон плана Kaiser Permanente либо одной или несколькими Сторонами плана Kaiser Permanente в отношении одной или нескольких Сторон-участников.
- Применимое право не препятствует использованию третейского суда с обязывающим решением для урегулирования данной претензии.

Таким образом, участники, зарегистрированные в соответствии с настоящим *Справочником участника* отказываются от своего права на судебное разбирательство или рассмотрение дела судом присяжных и вместо этого соглашаются на применение третейского суда с обязывающим решением, за исключением следующих видов претензий, которые не подлежат рассмотрению в рамках третейского суда:

- Претензии, подпадающие под юрисдикцию суда малых исков.
- Претензии, подпадающие под процедуру апелляции в рамках программы Medicare, применимую к участникам плана Kaiser Permanente Dual Complete (информацию об апелляциях в рамках программы Medicare см. в **главе 9**).
- Претензии, которые не могут быть рассмотрены в рамках третейского суда в соответствии с применимым законодательством.

В настоящем разделе под «Сторонами-участниками» понимаются:

- участник плана;
- наследник, родственник или личный представитель участника;
- любое лицо, утверждающее, что обязательство по отношению к нему вытекает из отношений участника с одной или несколькими Сторонами плана Kaiser Permanente.

К «Сторонам плана Kaiser Permanente» относятся:

- компания Kaiser Foundation Health Plan, Inc;
- компания Kaiser Foundation Hospitals;
- компания The Permanente Medical Group, Inc.;
- медицинская группа Southern California Permanente Medical Group;
- компания The Permanente Federation, LLC;
- компания The Permanente Company, LLC;
- любой врач из медицинской группы Southern California Permanente Medical Group или The Permanente Medical Group;
- любое физическое лицо или организация, договор которых с любой из вышеуказанных организаций предусматривает рассмотрение претензий, предъявленных одной или несколькими Сторонами-участницами, в арбитражном порядке;
- любой сотрудник или представитель любой из вышеуказанных организаций.

«Заявитель» означает Сторону-участника или Сторону плана Kaiser Permanente, которая предъявляет иск согласно описанию выше. «Ответчик» означает Сторону-участника или Сторону программы Kaiser Permanente, в отношении которой предъявлен иск.

Регламент

Арбитражные разбирательства проводятся в соответствии с **Правилами проведения арбитражных разбирательств в отношении участников плана Kaiser Permanente под надзором Офиса независимого администратора** («Регламент»), разработанными Офисом независимого администратора по согласованию с Kaiser Permanente и Советом по надзору за арбитражными разбирательствами. Копии Регламента можно получить в отделе обслуживания участников.

Инициирование арбитражного разбирательства

Заявители должны инициировать арбитражное разбирательство путем вручения арбитражного требования. В арбитражном требовании должны быть указаны: основания иска в отношении Ответчиков; сумма ущерба, взыскания которой Заявители добиваются в рамках арбитражного разбирательства; фамилии, адреса и номера телефонов Заявителей и их адвоката (при наличии); а также фамилии всех Ответчиков. Заявители должны включить в арбитражное требование все исковые требования к Ответчикам, основанные на одном и том же происшествии, финансовой операции или связанных с ними обстоятельствах.

Вручение арбитражного требования

Компании Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, The Permanente Medical Group, Inc., медицинская группа Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC и The Permanente Company, LLC должны получить уведомление об арбитражном требовании путем отправки такого уведомления по почте на имя соответствующего Ответчика:

- **Планы South:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  373 E. Walnut Street
  Pasadena, CA 91188

- **Планы North:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  1 Kaiser Plaza, 19th Floor
  Oakland, CA 94612

Вручение документов данному Ответчику считается произведенным с момента их получения. Всем остальным Ответчикам, включая физических лиц, должны быть вручены судебные документы согласно положениям Гражданско-процессуального кодекса штата Калифорния в отношении гражданских процессов.

Регистрационный сбор

Заявители обязаны уплатить единовременный невозвратный регистрационный сбор в размере $150 за каждое арбитражное разбирательство на счет «Arbitration Account», независимо от количества исковых требований, заявленных в арбитражном требовании, а также от количества Заявителей или Ответчиков, указанных в данном требовании.

Любой Заявитель, находящийся в тяжелых жизненных условиях, может обратиться в Офис независимого администратора с просьбой об освобождении от уплаты регистрационного сбора, а также от оплаты гонораров и расходов на независимого третейского судью. Заявитель, желающий получить такое освобождение от уплаты сборов, должен заполнить форму заявления об освобождении от уплаты сборов и подать ее в Офис независимого администратора, а также одновременно вручить ее Ответчикам. В форме заявления об освобождении от уплаты сборов изложены критерии освобождения от уплаты сборов. Ее можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников.

Количество третейских судей

Количество третейских судей может повлиять на обязанность Заявителей по оплате гонорара и расходов на независимого арбитра (см. «Регламент»).

Если в арбитражном требовании сумма искового требования не превышает $200 000, спор рассматривается и разрешается одним независимым арбитром, если только стороны не договорились иным образом в письменной форме после возникновения спора и подачи заявления о проведении третейского суда с обязывающим решением о том, что арбитражное разбирательство будет проводиться двумя третейскими судьями, назначенными сторонами, и одним независимым третейским судьей. Независимый третейский судья не вправе присуждать денежную компенсацию в размере, превышающем $200 000.

Если в арбитражном требовании сумма искового требования превышает $200 000, спор рассматривается и решается одним независимым третейским судьей и двумя третейскими судьями, назначенными сторонами: одним, назначенным совместно всеми Заявителями, и одним, назначенным совместно всеми Ответчиками. Стороны, имеющие право назначить своего третейского судью, могут договориться об отказе от этого права. При условии согласия всех сторон эти арбитражные дела будут рассматриваться одним независимым третейским судьей.

Оплата гонораров третейских судей

Компания Kaiser Foundation Health Plan, Inc. обязуется оплатить гонорар и расходы независимого третейского судьи при соблюдении определенных условий, изложенных в Регламенте. Во всех остальных арбитражных разбирательствах гонорар независимого третейского судьи и прочие расходы оплачиваются Заявителями и Ответчиками пополам.

Если стороны назначают третейских судей от своей стороны, Заявители обязаны оплачивать гонорары и расходы своего арбитра, а Ответчики — гонорары и расходы своего.

Расходы

За исключением вышеупомянутых гонораров и расходов независимого третейского судьи, а также, если иное не предусмотрено законодательством, применимым к арбитражным разбирательствам в соответствии с разделом «Третейский суд с обязывающим решением», каждая сторона несет свои собственные расходы на оплату услуг адвокатов, вознаграждение свидетелей и другие расходы, понесенные в ходе предъявления иска или защиты от него, независимо от характера иска или исхода арбитражного разбирательства.

Общие положения

Иск считается отклоненным и навсегда утратившим силу, если (1) на дату вручения арбитражного требования этот иск, в случае его предъявления в рамках гражданского производства, был бы признан утратившим силу в отношении Ответчика, которому оно было вручено, в соответствии с действующим сроком исковой давности; (2) Заявители не подготовили арбитражный иск в соответствии с Регламентом и разумной осмотрительностью; (3) арбитражное разбирательство не начато в течение пяти лет после более ранней из следующих дат: (а) даты вручения арбитражного требования в соответствии с процедурами, предусмотренными в настоящем документе, или (б) даты подачи гражданского иска, основанного на том же происшествии, финансовой операции или связанных обстоятельствах, которые являются предметом иска. Независимый третейский судья может отклонить иск по иным основаниям при наличии веских причин. Если сторона не явится на арбитражное заседание после получения надлежащего уведомления о его проведении, независимый третейский судья вправе приступить к рассмотрению спора в отсутствие этой стороны.

Закон штата Калифорния о реформе системы компенсации за врачебный ущерб от 1975 года (включая все поправки к нему), в том числе положения, устанавливающие право на представление доказательств выплаты пациенту каких-либо страховых выплат или пособий по нетрудоспособности, ограничение на возмещение неимущественного ущерба, а также право на приведение суммы присужденного возмещения будущего ущерба в соответствие с периодическими выплатами, применяется к любым искам о профессиональной халатности или любым другим искам, разрешенным или требуемым законом.

Арбитражные разбирательства регулируются положениями настоящего раздела «Третейский суд с обязывающим решением», **разделом 2** Федерального закона об арбитраже, а также положениями Гражданско-процессуального кодекса штата Калифорния, касающимися арбитража и действующими на момент применения данного закона, наряду с настоящим Регламентом в той мере, в какой они не противоречат положениям настоящего раздела «Третейский суд с обязывающим решением». В соответствии с нормой, действующей на основании **разделов 3** и **4** Федерального закона об арбитраже, в праве на арбитражное разбирательство, предусмотренное настоящим разделом «Третейский суд с обязывающим решением», не может быть отказано, такое право не может быть приостановлено или иным образом ограничено по той причине, что спор между Стороной-участником и Стороной плана Kaiser Permanente включает в себя как требования, подлежащие арбитражному рассмотрению, так и не подлежащие ему, либо по той причине, что одна или несколько сторон арбитражного разбирательства также являются сторонами судебного разбирательства с участием третьей стороны, которое вытекает из тех же или связанных финансовых операций и создает вероятность противоречивых решений или выводов.

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.

Повседневные действия (ADL) — это действия, которые люди выполняют в течение дня (кушают, ходят в туалет, одеваются, моются или чистят зубы).

Судья по административным делам (ALJ) — это судья, который рассматривает и решает дела с участием государственных органов. Также судья, который рассматривает апелляцию 3-го уровня.

Программа медикаментозной помощи для больных СПИДом (ADAP) — это программа, помогающая людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, получить доступ к жизненно важным лекарственным препаратам для лечения ВИЧ-инфекции.

Пособие — определенная сумма, которую вы можете использовать для приобретения медицинских товаров или услуг. Если стоимость выбранных вами товаров или услуг превышает сумму пособия, вы должны будете оплатить разницу. Это правило не распространяется на максимальную сумму собственных расходов.

Амбулаторный хирургический центр — это учреждение, которое оказывает амбулаторные хирургические услуги пациентам, не требующим стационарного и круглосуточного лечения (согласно прогнозу).

Апелляция — способ оспорить наши действия, если вы считаете, что мы совершили ошибку. Вы можете попросить нас изменить решение о страховом покрытии, подав апелляцию. В **главе 9** этого *Справочника участника* поясняется, как подавать апелляции.

Компенсация разницы — выставление поставщиком услуг счета пациенту на разницу между взимаемой поставщиком платой и суммой, выплаченной планом медицинского страхования.

Психическое здоровье — охватывает наше эмоциональное, психологическое и социальное благополучие. Проще говоря, речь идет о том, как мы думаем, чувствуем и взаимодействуем с другими. Это широкий термин, который включает расстройства, вызванные проблемами с психическим здоровьем и употреблением веществ.

Период покрытия — метод оценки использования услуг квалифицированного сестринского ухода (SNF), который применяют наш план и программа Original Medicare. Период покрытия начинается в первый день вашего обращения в учреждение квалифицированного сестринского ухода (SNF). Период предоставления льгот заканчивается, если вы не получали услуги квалифицированного ухода в SNF в течение 60 календарных дней подряд. Если вы поступили в учреждение квалифицированного ухода после завершения одного периода покрытия, начинается новый период. Количество периодов покрытия не ограничено.

Биологический препарат — это лекарственный препарат, изготовленный из натурального и живого сырья, такого как клетки животного и растительного происхождения, бактерии и дрожжи. Биологические препараты считаются сложнее других лекарственных препаратов, и их невозможно точно воспроизвести, поэтому альтернативные формы называют биоаналогами. (См. также «Оригинальный биологический препарат» и «Биоаналог»).

Биоаналог — это биологический лекарственный препарат, который очень похож, но не идентичен оригинальному биологическому препарату. Биоаналоги так же безопасны и эффективны, как и оригинальный биологический препарат. Некоторые биоаналоги могут заменить оригинальный биологический препарат в аптеке без необходимости нового рецепта. (См. «Взаимозаменяемый биоаналог»).

Патентованное лекарство — это лекарственный препарат, изготавливаемый и реализуемый компанией, которая первой начала его производить. Патентованные лекарства имеют в своем составе те же ингредиенты, что и непатентованные версии лекарственных препаратов. Непатентованные лекарственные препараты обычно производятся и продаются другими фармацевтическими компаниями и, как правило, недоступны до окончания срока действия патента на патентованное лекарство.

Координатор медицинского обслуживания — это один ключевой сотрудник, который работает с вами, планом медицинского страхования и поставщиками медицинских услуг, чтобы вы получали необходимое лечение.

План обслуживания — см. «Индивидуальный план обслуживания».

Команда медицинского обслуживания — см. «Междисциплинарная команда медицинского обслуживания».

Страховое покрытие в критических случаях — это этап покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare часть D, в рамках которого наш план оплачивает всю стоимость препаратов до конца года. Этот этап начинается, если вы (или другие квалифицированные лица от вашего имени) в течение года потратили $2400 на лекарственные препараты, покрываемые программой Medicare часть D.

Центры обслуживания программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) — федеральное агентство, отвечающее за программу Medicare. В главе 2 этого *Справочника участника* поясняется, как связаться с CMS.

Медицинские услуги для взрослых по месту жительства (CBAS) — это амбулаторная программа обслуживания на базе медицинского учреждения, которая предлагает квалифицированную сестринскую помощь, социальные услуги, эрготерапию, логопедию, личный уход, обучение и поддержку семьи/опекуна, услуги питания, перевозки и другие услуги, если участники соответствуют применимым критериям.

Жалоба — это письменное или устное заявление о проблеме либо опасении, которые связаны с покрываемыми услугами либо лечением. К жалобам относятся замечания относительно качества услуг, лечения, наших поставщиков и аптек, входящих в сеть. Официально подача жалобы называется «подача претензии».

Комплексное амбулаторное реабилитационное учреждение (CORF) — это учреждение, которое в основном оказывает услуги реабилитации после заболевания, несчастного случая или тяжелой операции. Оно предлагает разнообразные услуги, включая физиотерапию, социально-психологические услуги, респираторную терапию, эрготерапию, логопедию и услуги по оценке домашней обстановки.

Доплата — это фиксированная стоимость вашей доли участия, которую вы должны оплачивать каждый раз при получении определенных услуг или лекарственных препаратов. Например, возможно, вам придется заплатить $2 или $5 за услугу или лекарственный препарат.

Участие в расходах — означает суммы, которые участник плана должен заплатить при получение услуг или лекарственных препаратов. (Дополнение к ежемесячному страховому взносу.) Участие в расходах включает в себя любую комбинацию из следующих 3 видов платежей: 1) любая сумма франшизы, которую может установить план до покрытия расходов на услуги или лекарственные препараты; 2) любая фиксированная сумма доплаты, которую требует план при получении конкретной услуги или лекарственного препарата; 3) любая сумма доли стоимости, представляющая собой процент от общей суммы, уплаченной за услугу или лекарственный препарат, которую требует план при получении конкретной услуги или лекарственного препарата. **Примечание.** В некоторых случаях вы можете не оплатить всю применимую сумму участия в расходах во время получения услуг. В этом случае мы вышлем вам счет за эти расходы позже. Например, если во время планового профилактического осмотра вы получаете медицинскую помощь, не связанную с профилактикой, мы можем позже выставить вам счет на участие в расходах, предусмотренное для такой помощи. При заказе товара заранее вы оплачиваете сумму участия в расходах, действующую на дату заказа (хотя мы не будем покрывать товар, если у вас еще не будет покрытия на него на дату получения). От вас может потребоваться оплатить участие в расходах при заказе товара. В случае рецептурных лекарств для амбулаторного лечения датой заказа считается дата обработки заказа аптекой после получения всей необходимой информации для выдачи лекарств по рецепту.

Уровни участия в расходах — это группы лекарственных препаратов с одинаковой доплатой. Каждый лекарственный препарат в *Перечне лекарственных препаратов* нашего плана относится к одному из шести уровней долевого участия в расходах. Как правило, чем выше уровень участия в расходах, тем больше вы платите за лекарственный препарат.

Решение о страховом покрытии — это решение относительно товаров и услуг, которые мы покрываем. Такое решение включает решения о покрываемых лекарственных препаратах и услугах либо суммы, которую мы платим за медицинские услуги. В главе 9 этого *Справочника участника* поясняется, как направить нам запрос на решение о страховом покрытии.

Покрываемые лекарственные препараты — все рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, покрываемые в рамках нашего плана.

Покрываемые услуги — все медицинские услуги, услуги долгосрочного ухода и поддержки, материалы, рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, оборудование и прочие услуги, покрываемые планом.

Засчитываемое покрытие рецептурных лекарств — страховое покрытие рецептурных лекарств (например, от работодателя или профсоюза), которое в среднем должно покрывать расходы как минимум на сумму, равную стандартному страховому покрытию Medicare на рецептурные лекарства. Люди, имеющие подобное страховое покрытие на момент получения права на участие в программе Medicare, как правило, могут сохранить его без уплаты штрафных санкций, если позже решат оформить страховое покрытие на рецептурные лекарства в рамках программы Medicare.

Повседневный уход — это личный уход, предоставляемый в доме престарелых, хосписе или другом учреждении, для людей, которым не требуется квалифицированная медицинская или сестринская помощь. Повседневный уход предоставляется лицами, не обладающими профессиональными навыками или подготовкой. Он включает помощь во время купания, одевания, приема пищи, вставания и укладывания в кровать или кресло, передвижения и пользования туалетом. Это также может включать в себя те виды медицинской помощи, которые большинство людей оказывают себе самостоятельно, например использование глазных капель. Medicare не оплачивает услуги повседневного ухода.

Обучение культурной компетентности — это дополнительное обучение наших медицинских работников, которое помогает им лучше понять ваше происхождение, ценности и убеждения, чтобы адаптировать услуги для удовлетворения ваших социальных, культурных и языковых потребностей.

Департамент здравоохранения (DHCS) — это департамент штата Калифорния, который осуществляет управление программой Medicaid (также известной как Medi-Cal).

Департамент регулируемого здравоохранения (DMHC) штата Калифорния отвечает за регулирование большинства планов медицинского страхования. DMHC помогает людям оформлять апелляции и жалобы на услуги по программе Medi-Cal. DMHC также выполняет независимые медицинские экспертизы (IMR).

Прекращение участия — это процесс завершения участия в нашем плане. Этот процесс может быть добровольным (по вашему желанию) или принудительным (не по вашему желанию).

Программа контроля приема лекарственных препаратов (DMP) — программа, помогающая обеспечить безопасное использование участниками рецептурных опиоидов и других лекарственных препаратов, вызывающих зависимость.

Уровни лекарственных препаратов — группы препаратов из нашего Перечня лекарственных препаратов. Например, к таким уровням относятся непатентованные, патентованные или специализированные лекарственные препараты. Каждый лекарственный препарат из Перечня лекарственных препаратов относится к одному из шести уровней.

План для лиц с особыми потребностями, имеющих право на участие в двух программах (D-SNP) — план для лиц, которые имеют право на участие в программах Medicare и Medicaid одновременно. Наш план является планом D-SNP.

Медицинское оборудование длительного пользования (DME) — это определенные изделия, которые заказывает ваш врач для использования вами на дому. К такому оборудованию относятся инвалидные кресла, 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 другой человек со средними познаниями в области здоровья и медицины считаете, что имеющиеся у вас медицинские симптомы требуют немедленной медицинской помощи, чтобы предотвратить смерть, потерю органа или серьезную патологию функций организма (если вы беременная женщина, — чтобы не допустить потери ребенка). Медицинскими симптомами могут быть недомогание, травма, сильная боль или быстро ухудшающееся самочувствие.

Экстренная помощь — это покрываемые услуги, предоставляемые квалифицированным поставщиком для купирования угрожающего здоровью или психике состояния.

Экстренное медицинское состояние —состояние, которое проявляется в виде острых симптомов достаточной тяжести (включая сильную боль), при которых здравомыслящий человек, обладающий средними познаниями о здоровье и медицине, может обоснованно предположить, что отсутствие срочной медицинской помощи может привести к любому из следующих последствий:

- серьезная угроза здоровью человека или, в случае беременной женщины, здоровью женщины или ее будущего ребенка;
- серьезное нарушение функций организма;
- серьезное нарушение функций внутренних органов или частей тела.

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.

Исключенный лекарственный препарат — лекарственный препарат, не входящий в перечень препаратов, покрываемых частью D, как это определено в разделе 1395w-102(e) главы 42 Свода законов США (United States Code, U.S.C.).

Исключенные услуги — услуги, не покрываемые нашим планом.

«Дополнительная помощь» (Extra Help) — программа Medicare, которая помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами сократить расходы на лекарственные препараты в рамках программы Medicare часть D, например страховые взносы, франшизы и доплаты. Программу «Дополнительная помощь» (Extra Help) также называют субсидией для лиц с низким уровнем доходов (Low-Income Subsidy, LIS).

Непатентованный лекарственный препарат — это лекарственный препарат, одобренный Управлением США по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) с целью его использования вместо патентованного лекарственного препарата. Непатентованный лекарственный препарат имеет те же ингредиенты, что и патентованный. Как правило, такой препарат дешевле и действует не хуже патентованного лекарства.

Претензия — это жалоба, которую вы подали против нас, одного из наших сетевых поставщиков услуг или одной из наших сетевых аптек. Жалоба может касаться качества лечения или услуги, предоставляемых в рамках нашего плана медицинского страхования.

Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) — программа, бесплатно предлагающая объективную информацию о рекомендации по программе Medicare. В **главе 2**этого *Справочника участника* поясняется, как связаться с HICAP.

План медицинского страхования — это организация, в которую входят врачи, больницы, аптеки, поставщики долговременных услуг и другие поставщики медицинских услуг. Кроме того, в ней работают также координаторы медицинского обслуживания, цель которых помочь вам управлять всеми поставщиками и услугами. Они будут совместно обеспечивать необходимое вам медицинское обслуживание.

Оценка рисков для здоровья (HRA) — это проверка вашей истории болезни и текущего состояния. Оценка используется для того, чтобы изучить состояние вашего здоровья и перспективы его изменения.

Сотрудник по оказанию медико-социальной помощи на дому — это лицо, оказывающее услуги, не требующие навыков лицензированной медсестры или психотерапевта. Например, это может быть помощь с личным уходом (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 организация комфортной жизни для людей с последней стадией неизлечимого заболевания. Последняя стадия неизлечимого заболевания означает, что человек по медицинским показаниям является неизлечимо больным, т. е. ожидаемая продолжительность его жизни составляет не более шести месяцев.

- Участник с неизлечимым заболеванием имеет право выбрать хоспис.
- Квалифицированная команда профессионалов и опекунов заботится о различных сферах жизни человека, в частности об удовлетворении физических, эмоциональных, социальных и духовных потребностей.
- Мы обязаны предоставить вам список поставщиков медицинских услуг хосписа в вашем регионе.

Ненадлежащее или неправомерное выставление счетов — это ситуация, когда поставщик медицинских услуг (например, врач или больница) выставил вам счет на сумму, превышающую нашу сумму участия в расходах. Позвоните в отдел обслуживания участников, если вы получили неожиданные счета.

Участники плана оплачивают сумму участия в расходах, когда получают услуги, которые мы покрываем. Мы **не разрешаем** поставщикам услуг выставлять вам счета на сумму, превышающую такое значение.

Программа услуг поддержки на дому (IHSS) помогает оплатить услуги зарегистрированных поставщиков, необходимые вам для того, чтобы вы могли спокойно оставаться в своем доме. IHSS — это альтернатива уходу вне дома, например в домах престарелых или учреждениях по уходу за пожилыми людьми. Для получения услуг проводится оценка с целью определения того, какие виды услуг могут быть разрешены для каждого участника на основе его потребностей. Типы услуг, которые могут быть разрешены в рамках поддерживающих услуг на дому, включают уборку дома, приготовление пищи, стирку, покупку продуктов, услуги личного ухода (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-специалист, не входящий в наш план. Если IMR окажется 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, которую привлекает Medicare для рассмотрения апелляции 2-го уровня. Она не связана с нами и не является государственным учреждением. Эта организация определяет, должны ли мы изменить свое решение. Контроль за работой этой организации осуществляет Medicare. Официальное название организации — **«независимое юридическое лицо, предоставляющее экспертное заключение» (Independent Review Entity)**.

Индивидуальный план обслуживания (ICP или план обслуживания) — 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 услуги долгосрочного ухода и поддержки.

Этап начального страхового покрытия — это этап до того, как сумма затрат на лекарственные препараты по программе Medicare часть D достигнет **$2400.** Сюда входят уплаченные вами суммы, суммы, оплаченные нашим планом от вашего имени, и субсидия для лиц с низким доходом. **Вы начинаете с этого этапа, когда получаете лекарство по рецепту первый раз в текущем году.** На этом этапе мы оплачиваем часть стоимости ваших лекарственных препаратов, а вы оплачиваете свою часть.

Стационарное лечение — этот термин используется, когда вы официально поступаете в больницу для получения квалифицированных медицинских услуг. Если вы официально не госпитализированы, вы можете считаться амбулаторным, а не стационарным пациентом, даже если останетесь на ночь.

Интегрированный план D-SNP — это план для участников с особыми потребностями, имеющими право на участие в двух программах. Он покрывает услуги программы Medicare и большинство или все услуги программы Medicaid в рамках единого плана медицинского страхования. В нем могут участвовать люди, имеющие право на полное покрытие по обеим программам.

Взаимозаменяемый биоаналог — это биоаналог, который можно заменить в аптеке без предъявления нового рецепта, поскольку он соответствует дополнительным требованиям, связанным с автоматической заменой. Автоматическая замена в аптеке регулируется законодательством штата.

Междисциплинарная команда медицинского обслуживания (ICT или команда медицинского обслуживания): — это врачебная группа, в которую могут входить врачи, медсестры, психологи и прочие специалисты по вопросам здоровья, готовые помочь вам получить необходимое лечение. Эта команда также поможет вам составить план обслуживания.

Kaiser Foundation Health Plan (Health Plan) — компания Kaiser Foundation Health Plan, Inc., регионы Северная и Южная Калифорния — это некоммерческая корпорация, обслуживающая программу Medicare Advantage. В настоящем *Справочнике участника* Health Plan иногда именуется местоимением «мы».

Больница Kaiser Foundation — сетевая больница, которой владеет и управляет компания Kaiser Foundation Hospitals.

Kaiser Permanente — включает план медицинского страхования (Health Plan), медицинскую группу (Medical Group) и больницы компании Kaiser Foundation Hospitals.

Регион Kaiser Permanente (Регион) — структура в составе Kaiser Foundation Health Plan, которая напрямую реализует программу медицинского страхования. Находясь за пределами нашей зоны обслуживания, вы можете получить необходимую по медицинским показаниям медицинскую помощь и постоянный уход при хронических заболеваниях у санкционированных поставщиков медицинских услуг в другом регионе Kaiser Permanente. Дополнительную информацию см. в **разделе D4 главы 3**.

Перечень покрываемых лекарственных препаратов (*Перечень лекарственных препаратов*) — список рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратов, которые мы покрываем. Мы включаем в этот список лекарственные препараты на основе консультаций с врачами и фармацевтами. *Перечень лекарственных препаратов* также содержит правила, которым необходимо следовать, чтобы получить лекарственные препараты. Иногда мы называем *Перечень лекарственных препаратов* «фармацевтическим справочником».

Услуги долговременного ухода и поддержки (LTSS): это уход и поддержка при длительном течении заболевания. Благодаря большинству таких услуг вы можете оставаться дома и не посещать учреждение сестринского ухода или больницу. Покрываемые нашим планом услуги долговременного ухода и поддержки включают услуги для взрослых, предоставляемые по месту жительства (CBAS), также называемые дневным уходом за взрослыми, услуги, оказываемые в учреждениях сестринского ухода (NF), и услуги по месту жительства. Программы поддерживающих услуг на дому и альтернативные программы согласно разделу 1915(c) закона о социальном обеспечении — это программы услуг по долговременному уходу и поддержке плана Medi-Cal, предоставляемые за рамками нашего плана.

Субсидия для лиц с низким доходом (LIS) — см. раздел «"Дополнительная помощь" (Extra Help)».

Программа отправки по почте — в рамках некоторых планов вы можете воспользоваться программой отправки по почте, чтобы получить запас покрываемых рецептурных лекарств (до трех месяцев), которые будут отправляться на ваш адрес. Это экономичный и удобный способ получать по рецептам лекарственные препараты, которые вы регулярно принимаете.

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 в штате Калифорния.

Медицинская группа — это сеть поставщиков услуг плана, с которыми наш план заключил договор на предоставление вам покрываемых услуг. Наши медицинские группы называются The Permanente Medical Group, Inc., коммерческая профессиональная корпорация, и Southern California Permanente Medical Group, коммерческое профессиональное партнерство.

Программа Medi-Cal — это наименование программы Medicaid в штате Калифорния. Программа Medi-Cal находится в ведении штата и оплачивается штатом и федеральным правительством.

- Она помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами платить за услуги долговременного ухода и поддержки, а также оплачивать медицинские расходы.
- Она покрывает дополнительные услуги и лекарственные препараты, которые не покрываются программой Medicare.

- Условия программ Medicaid в каждом штате свои, но большинство расходов на услуги здравоохранения покрываются, если вы отвечаете требованиям участия в программе Medicare и программе Medi-Cal.

Планы Medi-Cal — это планы, в рамках которых покрываются только услуги по программе Medi-Cal, такие как услуги долговременного ухода и поддержки, медицинское оборудование и транспортировка. Покрытие по программе Medicare предоставляется отдельно.

Необходимый по медицинским показаниям — это термин, описывающий услуги, материалы и лекарственные препараты, необходимые для предотвращения, диагностики и лечения медицинского заболевания или поддержания текущего состояния 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.

Medicare — это 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 получать покрытие медицинского обслуживания по программе Medicare через программу Original Medicare или план регулируемого медицинского обслуживания (см. «План медицинского страхования»).

Medicare Advantage — это программа Medicare (также известна как программа Medicare часть C или MA), в рамках которой предлагаются планы MA через частные компании. Medicare платит этим компаниям за покрытие вашего медицинского обслуживания по программе Medicare.

Совет по апелляциям Medicare (Совет) — это совет, который рассматривает апелляцию 4-го уровня. Совет представляет федеральное правительство.

Услуги, покрываемые Medicare, — это услуги, покрываемые программами Medicare часть A и Medicare часть B. Все планы медицинского страхования, работающие с программой, включая наш план, должны покрывать все услуги, покрываемые программами Medicare часть A и Medicare часть B.

Программы Medicare по профилактике диабета (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-Medi-Cal — это лицо, которое отвечает требованиям для получения страхового покрытия по программам Medicare и Medicaid. Участник программ Medicare-Medicaid также называется «участник, отвечающий требованиям двух программ».

Medicare часть A — это программа Medicare, которая покрывает большинство необходимых по медицинским показаниям услуг больниц, учреждений квалифицированного сестринского ухода, ухода на дому и в хосписе.

Medicare часть B — это программа Medicare, покрывающая услуги (например, лабораторные анализы, операции и посещение врача) и товары (например, инвалидное кресло и ходунки), необходимые по медицинским показаниям. В рамках программы Medicare часть B также покрываются многие профилактические и скрининговые услуги.

Medicare часть C — это программа Medicare (также известна как Medicare Advantage или MA), благодаря которой частные страховые компании могут предоставлять покрытие Medicare через план Medicare Advantage.

Medicare часть D — программа покрытия лекарственных препаратов Medicare. Мы называем эту программу «часть D» для краткости. В рамках программы Medicare часть D покрываются лекарственные препараты, вакцины и некоторые материалы для амбулаторного лечения, не покрываемые программами Medicare часть A, Medicare часть B и Medicaid. Наш план включает покрытие по программе Medicare часть D.

Лекарственные препараты по программе Medicare часть D — это лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare часть D. Конгресс целенаправленно исключил некоторые категории лекарственных препаратов из страхового покрытия по программе Medicare часть D. Некоторые такие препараты покрываются по программе Medicaid.

Программа контроля лекарственной терапии (MTM) — это программа в рамках Medicare часть D, предназначенная для удовлетворения комплексных медицинских потребностей. Она предоставляется людям, которые соответствуют определенным требованиям или участвуют в программе контроля приема лекарственных препаратов. Услуги MTM обычно включают беседу с фармацевтом или поставщиком медицинских услуг для обзора лекарственных препаратов. Подробную информацию см. в **главе 5** этого *Справочника участника*.

План Medi-Medi — это разновидность плана программы Medicare Advantage. Он предназначен для людей, которые состоят как в программе Medicare, так и в программе Medi-Cal, и объединяет страховое покрытие программ Medicare и Medi-Cal в один план. Планы Medi-Medi координируют все покрываемые услуги обеих программ, включая все услуги, покрываемые программами Medicare и Medi-Cal.

Участник (участник нашего плана, участник плана) — это лицо, имеющее покрытие 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 форма изложения порядка страхования** — документ, который наряду с формой регистрации и другими приложениями или документами пакетов дополнительного страхового покрытия содержит информацию о вашем страховом покрытии, наших обязанностях, а также ваших правах и обязанностях в качестве участника плана.

Отдел обслуживания участников — это отдел в рамках нашего плана, сотрудники которого отвечают на ваши вопросы об участии, страховом покрытии, жалобах и апелляциях. Дополнительную информацию об отделе см. в **главе 2** этого *Справочника участника*.

Сетевая аптека — это аптека, которая соглашается выдавать лекарства по рецепту для участников нашего плана. Мы называем такие аптеки сетевыми, поскольку они согласились работать с нашим планом. В большинстве случаев мы покрываем рецептурные лекарственные препараты только в том случае, если вы получили их в одной из наших сетевых аптек.

Сетевой врач — любой лицензированный врач, являющийся партнером или сотрудником Медицинской группы, или любой лицензированный врач, с которым мы заключили договор о предоставлении услуг нашим участникам (кроме врачей, которых мы привлекли только для выписывания направлений).

Сетевой поставщик услуг — это поставщик, который работает с нашим планом. Он соглашается принимать наши платежи в качестве полной оплаты. «Поставщик услуг» — это общий термин, охватывающий врачей, медсестер и других лиц, предоставляющих вам услуги и осуществляющих уход. Этот термин включает больницы, организации по предоставлению услуг здравоохранения на дому, клиники и другие учреждения, которые оказывают услуги здравоохранения, предоставляют медицинское оборудование и услуги долговременного ухода и поддержки.

- Такие учреждения и врачи имеют лицензию или сертификаты от Medicare и штата на предоставление услуг здравоохранения.
- Мы называем их «сетевые поставщики услуг», когда они соглашаются работать с нашим планом медицинского страхования, принимают нашу оплату и не взимают с участников дополнительную плату.
- Пока вы зарегистрированы в нашем плане, вы обязаны обращаться за покрываемыми услугами к поставщикам, сотрудничающим с нами. Сетевые поставщики услуг также называются поставщиками плана.

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 помогают разрешить проблемы или жалобы и дают рекомендации о дальнейших действиях. Услуги омбудсмена предоставляются бесплатно. См. подробнее в **главах 2 и 9** *Справочника участника*.

Определение организации — 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. Определение организации называется «решением о страховом покрытии». **В главе 9** этого *Справочника участника* поясняется, что такое решение о страховом покрытии.

Оригинальный биологический препарат — это биологический препарат, одобренный Управлением США по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов и служащий образцом для производителей, выпускающих биоаналоги. Его еще называют эталонным препаратом.

Original Medicare (стандартная программа Medicare или Medicare с оплатой за услуги) — государственная программа. В рамках программы Original Medicare услуги покрываются за счет выплат врачам, больницам и другим поставщикам медицинских услуг в размере, определяемом Конгрессом.

- Вы можете воспользоваться услугами любого врача, больницы или другого поставщика услуг здравоохранения, которые принимают Medicare. Original Medicare состоит из двух частей: Medicare часть A (страхование больничного обслуживания) и Medicare часть B (страхование медицинского обслуживания).
- Программа Original Medicare доступна на всей территории Соединенных Штатов.
- Если вы не хотите участвовать в нашем плане, вы можете выбрать Original Medicare.

Аптека, не входящая в сеть, — это аптека, которая не согласилась координировать или предоставлять покрываемые лекарственные препараты участникам нашего плана. Наш план не покрывает большинство лекарственных препаратов, которые вы получаете в сторонних аптеках, кроме определенных ситуаций.

Поставщик услуг или учреждение, не входящие в сеть, — это поставщик услуг или учреждение, которые не являются сотрудниками, не принадлежат и не управляются нашим планом и с которыми у нас нет договора на предоставление покрываемых услуг участникам плана. Подробную информацию о таких поставщиках см. в **главе 3** этого *Справочника участника*.

Собственные расходы — это требование к участникам оплачивать свою долю расходов за полученные услуги или лекарственные препараты (также известно как «требование оплаты собственных расходов»). См. определение термина «участие в расходах» выше.

Безрецептурные лекарственные препараты (OTC) — это лекарственные препараты, которые можно купить без рецепта у специалиста сферы здравоохранения.

Часть A: см. «Medicare часть A».

Часть B: см. «Medicare часть B».

Часть C: см. «Medicare часть C».

Часть D: см. «Medicare часть D».

Лекарственные препараты по части D: см. «Лекарственные препараты по программе Medicare часть D».

Личная медицинская информация (также известная как «защищенная медицинская информация», PHI) — 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 PHI, а также о своих правах относительно PHI, см. Уведомление о соблюдении конфиденциальности.

Стоимость услуг плана означает следующее:

- В отношении услуг, предоставляемых Медицинской группой или Kaiser Foundation Hospitals, — стоимость услуг, предоставляемых участникам, по прейскуранту плана для Медицинской группы и Kaiser Foundation Hospitals.

- В отношении услуг, за которые поставщик услуг (кроме Медицинской группы или Kaiser Foundation Hospitals) получает компенсацию в виде оплаты из расчета за каждого человека, — стоимость по прейскуранту, который Kaiser Permanente согласовывает с поставщиком.

- Для товаров, приобретенных в аптеке, принадлежащей и управляемой Kaiser Permanente, указывается сумма, которую аптека взимала бы с участника плана за данный товар, если бы план медицинского страхования не покрывал этот товар. (Эта сумма представляет собой оценочную стоимость, включающую затраты на приобретение, хранение и отпуск лекарственных препаратов, прямые и косвенные затраты аптеки на предоставление участникам услуг, а также вклад аптечной программы в выполнение требований плана в отношении размера чистого дохода.)

- В отношении всех остальных услуг — платежи, которые Kaiser Permanente производит за услуги, или, если план вычитает из платежа уплачиваемую вами долю участия в расходах, та сумма, которую план заплатил бы, если бы не вычитал долю участия в расходах.

Посткризисная медицинская помощь — необходимые по медицинским показаниям услуги, которые вы получаете после того, как ваш лечащий врач определит, что экстренное медицинское состояние, клинически стабилизировано. Клинически стабильным пациент считается, когда его лечащий врач, опираясь на признанные медицинские стандарты, имеет достаточные основания считать, что во время или по причине выписки либо перевода пациента из больницы не произойдет существенного ухудшения его состояния.

Профилактические услуги — это медицинские услуги по профилактике или выявления заболеваний на ранней стадии, когда лечение считается наиболее эффективным (например, профилактические услуги включают мазки Папаниколау, прививки от гриппа и скрининговые маммограммы).

Поставщик первичных медицинских услуг (PCP) — это врач или другой поставщик медицинских услуг, к которому вы обращаетесь в первую очередь при возникновении большинства проблем со здоровьем. Он заботится о том, чтобы вы получали уход, необходимый для поддержания здоровья.

- Он также может взаимодействовать с другими врачами и поставщиками медицинских услуг относительно вашего лечения и направлять вас к ним.

- В рамках многих планов медицинского страхования Medicare вы должны обратиться к своему поставщику первичных медицинских услуг, прежде чем обращаться к любому другому поставщику.

- Информацию о том, как получить услуги поставщика первичных медицинских услуг, см. в **главе 3** этого *Справочника участника*.

Предварительное разрешение (PA) — это одобрение, которое нужно получить от нас, прежде чем вы получите конкретные услуги или лекарственные препараты или обратитесь к поставщику медицинских услуг, не входящему в нашу 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 сетевой поставщик услуг получит от нас предварительное разрешение.

- Информацию о покрываемых услугах, для которых необходимо получить предварительное разрешение от нашего плана, см. в **главе 4** этого *Справочника участника*.

Наш план покрывает некоторые лекарственные препараты только в том случае, если вы получите от нас предварительное разрешение.

- Покрываемые лекарственные препараты, которые требуют предварительного разрешения, указаны в *Перечне покрываемых лекарственных препаратов*. Правила получения разрешения размещены на нашем сайте.

Программа комплексного ухода за пожилыми людьми (PACE) — это программа, покрывающая услуги Medicare и Medicaid для людей в возрасте от 55 лет и старше, которым нужен более высокий уровень ухода для проживания дома.

Протезы и ортопедические изделия — это медицинские изделия, заказанные вашим врачом или иным поставщиком медицинских услуг, включая, помимо прочего, ортезы для рук, спины и шеи, протезы конечностей, глазные протезы и изделия, необходимые для замены внутренних частей тела или функции, включая принадлежности для стомы и энтерального и парентерального питания.

Поставщики услуг — это врачи, медицинские сестры и другие люди, которые оказывают вам услуги в сфере здравоохранения и имеют лицензию штата. К поставщикам услуг также относятся больницы, агентства по оказанию медицинской помощи на дому, клиники и другие учреждения, предоставляющие услуги здравоохранения, услуги охраны психического здоровья, медицинское оборудование и определенные услуги долговременного ухода и поддержки.

Организация по улучшению качества обслуживания (QIO) — это группа врачей и других специалистов здравоохранения, которые помогают улучшить качество медицинских услуг, предоставляемых участникам программы Medicare. Федеральное правительство платит QIO за проверку и улучшение ухода за пациентами. Подробную информацию об организации QIO 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 один рецепт.

Инструмент поиска покрытия в реальном времени — портал или компьютерное приложение, где участники программы могут найти полную, точную, своевременную, клинически достоверную информацию о покрываемых лекарственных препаратах и услугах для конкретного участника программы. Сюда входят суммы участия в расходах, альтернативные препараты, которые могут использоваться для лечения того же заболевания, и ограничения на покрытие (предварительное разрешение, поэтапная терапия или количественные ограничения), которые применяются к альтернативным лекарственным препаратам.

Направление — это одобрение, которое выдаем мы или ваш поставщик первичных медицинских услуг (PCP), на обращение к другому поставщику первичных медицинских услуг. Если вы обратитесь без нашего одобрения, мы можем не оплачивать такие услуги. Для посещения некоторых специалистов, например специалистов по женскому здоровью, направление не требуется. Подробную информацию 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. Эти услуги включают реабилитацию в стационаре, физиотерапию (амбулаторно), эрготерапию и логопедию. Дополнительную информацию об услугах реабилитации см. в **главе 4** этого *Справочника участника*.

Конфиденциальные 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.

Зона обслуживания — это географический район, в пределах которого план медицинского страхования принимает участников, если он применяет ограничения на основе места проживания. Если план ограничивает круг врачей и больниц, в которые вы можете обращаться, то, как правило, речь идет о районе, в пределах которого вы можете получить плановые (неэкстренные) услуги. Только люди, которые проживают в нашей зоне обслуживания, могут зарегистрироваться для участия в нашем плане.

Описание зоны обслуживания в целях участия в расходах, регистрации в плане и выхода из него см. в **главе 1**. Для получения покрываемых услуг можно обращаться к поставщикам медицинских услуг, сотрудничающим с планом, в любой точке зоны обслуживания в вашем регионе (см. *Каталог поставщиков услуг и аптек*).

Услуги — услуги здравоохранения, принадлежности или товары.

Доля участия в расходах — это часть стоимости медицинских услуг, которую вам, возможно, придется оплачивать каждый месяц, прежде чем ваше покрытие вступит в силу. Сумма доли участия в расходах зависит от вашего дохода и ресурсов.

Учреждение квалифицированного ухода (SNF) — это учреждение сестринского ухода 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 ухода (SNF) — это постоянный квалифицированный сестринский уход и услуги по реабилитации, предоставляемые каждый день в специализированном учреждении сестринского ухода. Примерами таких услуг являются физиотерапия или внутривенные (в/в) инъекции, которые может сделать дипломированная медсестра или врач.

Специальный период регистрации — установленный период, в течение которого участники могут изменить свой план медицинского страхования или план покрытия лекарственных препаратов, либо вернуться в программу Original Medicare. К ситуациям, в которых вы можете иметь право на специальный период регистрации, относятся: переезд за пределы зоны обслуживания, получение помощи с оплатой рецептурных лекарств по программе «Дополнительная помощь» (Extra Help), переезд в дом престарелых или нарушение нами договора с вами.

Специалист — это врач, который лечит определенные заболевания. Например, травматолог лечит переломы, аллерголог лечит аллергии, кардиолог лечит заболевания сердца. В большинстве случаев для обращения к врачу-специалисту участнику необходимо направление от своего поставщика первичных медицинских услуг.

Специализированные аптеки: информацию о специализированных аптеках см. в **главе 5** этого *Справочника участника*.

Лекарственные препараты специального назначения — очень дорогостоящие лекарственные препараты из нашего фармацевтического справочника, одобренные FDA.

Слушания на уровне штата — если ваш врач или поставщик медицинских услуг просит предоставить 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 (Supplemental Security Income, SSI) — это ежемесячное пособие, выплачиваемое органом социального обеспечения лицам с ограниченным доходом и ресурсами, лицам с инвалидностью, лицам, у которых полностью отсутствует зрение или лицам старше 65 лет. Пособие SSI — это не то же самое, что пособие по социальному обеспечению.

Неотложная помощь — это помощь, которую вы получаете в связи с непредвиденным заболеванием, травмой или состоянием, которое не является экстренной ситуацией, но требует немедленного оказания помощи. Вы можете получить неотложную медицинскую помощь у сторонних поставщиков медицинских услуг, если сетевые поставщики медицинских услуг недоступны в силу сроков, места или обстоятельств или если пользоваться услугами сетевых поставщиков нерационально (например, если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана и нуждаетесь в срочной медицинской помощи, но ваше состояние не является неотложным).

Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente Dual Complete

ТЕЛЕФОН	1-800-443-0815 Звонки на этот номер бесплатные. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00. Отдел обслуживания участников также предлагает бесплатные услуги устного перевода для тех, кто не владеет английским языком.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатные. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00.
ПОЧТА	Местный отдел обслуживания участников (см. адреса в *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек*).
ВЕБ-САЙТ	kp.org (на английском языке)

Заявление в соответствии с Законом о сокращении документооборота (Paperwork Reduction Act, PRA). *Согласно Закону о сокращении документооборота от 1995 г. лица не обязаны отвечать на запрос по сбору информации, если в нем не указан действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления (Office of Management and Budget, OMB). Действительный контрольный номер OMB для данного сбора информации: 0938-1444. С замечаниями и предложениями по улучшению данной формы пишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*

Уведомление о недопущении дискриминации

Когда в этом документе используется местоимение «мы», а также соответствующие производные местоимения, имеется в виду компания Kaiser Permanente (в состав Kaiser Permanente входят Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. и Southern California Medical Group). Это уведомление можно найти на нашем сайте по адресу **kp.org**.

Дискриминация запрещена законом. Мы соблюдаем федеральные гражданские законы и законы штата.

Мы не нарушаем закон, дискриминируя, исключая или относясь иначе к людям на основании возраста, расы, этнической принадлежности, цвета кожи, национальности, культурной принадлежности, происхождения, религии, пола, гендера, 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 вовремя предоставляет указанные далее услуги.

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможности для обеспечения эффективной коммуникации с нами, например:
  - ♦ услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - ♦ письменная информация в других форматах (шрифт Брайля, крупный шрифт, в формате аудио, доступных в цифровых и других форматах).
- Бесплатные услуги перевода людям, не владеющим английским языком, например:
  - ♦ услуги квалифицированных устных переводчиков;
  - ♦ информация в письменном виде на других языках.

Если вам нужны данные услуги, звоните в наш отдел обслуживания участников по номерам, указанным ниже. Звонок бесплатный. Отдел обслуживания участников не работает в дни государственных праздников.

- Medicare, включая D-SNP: **1-800-443-0815** (линия TTY **711**), ежедневно с 8:00 до 20:00;
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия TTY **711**), круглосуточно, ежедневно;
- Любые другие поставщики услуг: **1-800-464-4000** (линия TTY **711**), круглосуточно, ежедневно.

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 отдел 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. Вы можете подать жалобу по телефону, по почте, лично или через Интернет. Для получения более подробной информации см. брошюры *Свидетельство о страховом покрытии (Evidence of Coverage) или Свидетельство о страховании (Certificate of Insurance)*. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников, чтобы получить дополнительную информацию о доступных вам вариантах или получить помощь в подаче жалобы. Вы можете подать жалобу о дискриминации одним из описанных ниже способов.

- **По телефону:** позвоните в отдел обслуживания участников. Номера телефонов указаны ниже.
- **По почте:** з агрузите форму на **kp.org** или позвоните в отдел обслуживания участников и попросите прислать вам форму, которую вы сможете отправить обратно.
- **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**, чтобы узнать адрес).
- **Онлайн:** используйте онлайн-форму на нашем вебсайте **kp.org.**

Вы также можете связаться с координатором по гражданским правам Kaiser Permanente непосредственно по указанному далее 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** (TTY **711**).
- **По почте:** заполните форму жалобы и отправьте письмом по указанному далее адресу.

  Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Формы жалоб в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения Калифорнии доступны по адресу:
  http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **Онлайн:** отправьте электронное сообщение на адрес 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 TTY **711** или **1-800-537-7697**).
- **По почте:** заполните форму жалобы и отправьте письмом по указанному далее адресу.

  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  Формы жалоб в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов доступны по адресу: https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **Онлайн:** посетите **портал для подачи жалоб в отдел по гражданским правам: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**