1 января–31 декабря 2026 г.

Документ об объеме страховой ответственности страховщика на 2026 год:

Покрываемые программой Medicare медицинские услуги и страховое покрытие лекарственных препаратов, доступные вам как участнику плана страхования Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP)

В настоящем документе подробно описывается ваше медицинское страхование и страховое покрытие лекарственных препаратов по программе Medicare в период с 1 января по 31 декабря 2026 г. **Это важный юридический документ. Храните его в надежном месте.**

В этом документе разъясняются доступное вам страховое покрытие и ваши права. Этот документ содержит информацию на следующие темы:

- страховой взнос по нашему плану и участие в расходах;
- страховое покрытие нами медицинских услуг и лекарственных препаратов;
- порядок подачи жалобы, если вы не удовлетворены предоставленной услугой или лечением;
- наша контактная информация;
- прочие средства правовой защиты, предусмотренные правилами Medicare.

По вопросам, связанным с данным документом, звоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-844-796-6811. (пользователи линии TTY звонят по номеру 711). График работы: с 1 октября по 31 марта поговорить с нашими представителями можно с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m., а с 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонки бесплатные.

Этот план Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) предлагается компанией Managed Health Services Insurance Corp. (Когда в настоящем *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* употребляются слова «мы», «нас» или «наш», они означают Managed Health Services Insurance Corp. Когда употребляются слова «план» или «наш план», они означают план Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP).)

OMB Approval 0938-1051
(Expires: August 31, 2026)
4636812_WI6CNCEOCRUS_M_A001
H8189001000

H8189_001_2026_WI_EOC_DSNP_4609042RUS_C

Этот документ доступен бесплатно на испанском, лаосском, русском, арабском языках и языке хмонг. Мы обязаны предоставлять информацию в удобном для вас виде (на других языках, помимо английского, шрифтом Брайля, в аудиоформате, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.). Если вам нужна информация о плане в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

Пособия, не покрываемые страховкой минимумы и (или) доплаты / дополнительные взносы могут измениться с 1 января 2027 г.

Наш справочник лекарств, сеть аптек и (или) сеть поставщиков медицинских услуг могут измениться в любое время. Вы получите уведомление обо всех изменениях, которые могут повлиять на вас, не менее чем за 30 дней.

На основании оценки модели медицинского обслуживания план Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) был одобрен Национальным комитетом по обеспечению качества (National Committee for Quality Assurance, NCQA) как план для лиц с особыми потребностями (Special Needs Plan, SNP) на протяжении 2026 года.

Содержание

ГЛАВА 1. Для новых участников плана 6

РАЗДЕЛ 1 Вы являетесь участником плана Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) 6

РАЗДЕЛ 2 Требования к участию в плане 7

РАЗДЕЛ 3 Важные материалы для участников плана 10

РАЗДЕЛ 4 Сводная информация о важных расходах на 2026 год 12

РАЗДЕЛ 5 Дополнительная информация о вашем ежемесячном страховом взносе по плану 19

РАЗДЕЛ 6 Поддержание данных участника нашего плана страхования в актуальном состоянии 20

РАЗДЕЛ 7 Как другое страховое покрытие сочетается с нашим планом 21

ГЛАВА 2. Номера телефонов и ресурсы 23

РАЗДЕЛ 1 Контактная информация нашего плана 23

РАЗДЕЛ 2 Получение справочной информации по программе Medicare 28

РАЗДЕЛ 3 Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP) 30

РАЗДЕЛ 4 Организация повышения качества обслуживания (QIO) 31

РАЗДЕЛ 5 Служба социального обеспечения 32

РАЗДЕЛ 6 Программа Medicaid 33

РАЗДЕЛ 7 Программы помощи в оплате расходов на рецептурные препараты 35

РАЗДЕЛ 8 Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB) 40

РАЗДЕЛ 9 Если у вас групповое или другое медицинское страхование от работодателя 41

ГЛАВА 3. Использование нашего плана для получения медицинских и прочих покрываемых услуг 42

РАЗДЕЛ 1 Порядок получения медицинского обслуживания и прочих услуг, предоставляемых участникам нашего плана страхования 42

Содержание

РАЗДЕЛ 2 Использование представленных в сети нашего плана поставщиков услуг для получения медицинского обслуживания и прочих услуг 45

РАЗДЕЛ 3 Порядок получения услуг в экстренной ситуации, в случае стихийного бедствия или при необходимости неотложной медицинской помощи 50

РАЗДЕЛ 4 Что делать, если вам напрямую выставили счет на оплату полной стоимости покрываемых услуг?..... 53

РАЗДЕЛ 5 Медицинские услуги в рамках клинического научного исследования . 54

РАЗДЕЛ 6 Правила получения услуг в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения 56

РАЗДЕЛ 7 Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования 57

ГЛАВА 4. Таблица страхового покрытия (список покрываемых услуг) 60

РАЗДЕЛ 1 Объяснение покрываемых услуг 60

РАЗДЕЛ 2 В Таблице страхового покрытия представлены ваши медицинские услуги и расходы 61

РАЗДЕЛ 3 Услуги, покрываемые вне *плана* 137

РАЗДЕЛ 4 Услуги, которые не покрываются нашим планом (исключения)..... 137

ГЛАВА 5. Использование страхового покрытия по плану для лекарственных препаратов, покрываемых по части D 141

РАЗДЕЛ 1 Основные правила страхового покрытия лекарственных препаратов по части D нашим планом страхования 141

РАЗДЕЛ 2 Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке или с помощью услуги заказа с доставкой по почте нашего плана 142

РАЗДЕЛ 3 Ваши лекарственные препараты должны быть включены в предусмотренный нашим планом Перечень лекарств 149

РАЗДЕЛ 4 Лекарственные препараты с ограничениями на страховое покрытие 152

РАЗДЕЛ 5 Что вы можете сделать, если один из ваших лекарственных препаратов не покрывается так, как вам хотелось бы..... 154

РАЗДЕЛ 6 В наш Перечень лекарств в течение года могут вноситься изменения157

РАЗДЕЛ 7 Типы лекарственных препаратов, которые мы не покрываем 160

РАЗДЕЛ 8 Как получить лекарства по рецепту..... 161

РАЗДЕЛ 9 Страховое покрытие лекарственных препаратов по части D в особых ситуациях 162

РАЗДЕЛ 10 Программы по обеспечению безопасности и управлению приемом лекарственных средств 164

ГЛАВА 6. Сколько вам нужно платить за лекарственные препараты по части D 167

РАЗДЕЛ 1 Сколько вам нужно платить за лекарственные препараты по части D 167

РАЗДЕЛ 2 Этапы оплаты лекарственных препаратов для участников нашего плана 170

РАЗДЕЛ 3 В отчете «*Разъяснение выплат по части D*» объясняется, на каком этапе оплаты вы находитесь 170

РАЗДЕЛ 4 Этап не покрываемого страховкой минимума 173

РАЗДЕЛ 5 Этап первоначального страхового покрытия 173

РАЗДЕЛ 6 Этап достижения предела самостоятельных расходов 186

РАЗДЕЛ 7 Сколько вам нужно платить за вакцины по части D 187

ГЛАВА 7. Направление запроса на оплату нашей доли счета за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты 190

РАЗДЕЛ 1 Ситуации, в которых вам следует попросить нас оплатить нашу долю за покрываемые услуги или лекарственные препараты 190

РАЗДЕЛ 2 Порядок обращения к нам по поводу возмещения ваших расходов или оплаты полученного вами счета 194

РАЗДЕЛ 3 Мы рассматриваем ваш запрос на оплату и даем положительный или отрицательный ответ 195

ГЛАВА 8. Ваши права и обязанности 196

РАЗДЕЛ 1 Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности 196

РАЗДЕЛ 2 Ваши обязанности как участника нашего плана 207

ГЛАВА 9. Если у вас возникли сложности или претензии (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы) 209

РАЗДЕЛ 1 Что делать, если у вас возникли сложности или опасения 209

РАЗДЕЛ 2 Где получить дополнительную информацию и персонализированную помощь 210

РАЗДЕЛ 3 Какую процедуру использовать для решения вашей проблемы 211

РАЗДЕЛ 4 Решение проблем, связанных со страховым покрытием по программе Medicare 212

РАЗДЕЛ 5 Рекомендации для принятия решений о предоставлении страхового покрытия и обжалования таких решений 212

РАЗДЕЛ 6 Медицинское обслуживание: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию 216

РАЗДЕЛ 7 Лекарственные препараты по части D: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию 226

РАЗДЕЛ 8 Как попросить нас покрыть дальнейшее пребывание в стационаре, если вы считаете, что вас выписывают преждевременно 238

РАЗДЕЛ 9 Как попросить нас продолжить покрывать определенные медицинские услуги, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается преждевременно 244

РАЗДЕЛ 10 Обжалование на 3-м, 4-м и 5-м уровнях 249

РАЗДЕЛ 11 Порядок подачи жалоб в связи с качеством медицинского обслуживания, временем ожидания, клиентским обслуживанием и другими вопросами 252

РАЗДЕЛ 12 Решение проблем, связанных с услугами Департамента здравоохранения штата Wisconsin 257

ГЛАВА 10. Прекращение участия в нашем плане 258

РАЗДЕЛ 1 Прекращение вашего участия в нашем плане 258

РАЗДЕЛ 2 Когда вы можете прекратить свое участие в плане? 258

РАЗДЕЛ 3 Порядок прекращения вашего участия в нашем плане 263

РАЗДЕЛ 4 Вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и лекарства через наш план страхования до тех пор, пока не выйдете из него 264

РАЗДЕЛ 5 План Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) должен прекратить участие в нашем плане в определенных ситуациях 264

ГЛАВА 11. Предусмотренные законом уведомления 267

РАЗДЕЛ 1 Уведомление о регулирующем законодательстве 267

РАЗДЕЛ 2 Уведомление о недопущении дискриминации 267

РАЗДЕЛ 3 Уведомление о правах суброгации по дополнительной страховке Medicare 268

РАЗДЕЛ 4 Возмещение расходов на услуги, оплаченных нашим планом в рамках вашего плана Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) 268

РАЗДЕЛ 5 Карта участника плана 271

РАЗДЕЛ 6 Независимые подрядчики 271

РАЗДЕЛ 7 Мошенничество в отношении плана медицинского обслуживания ... 271

РАЗДЕЛ 8 Обстоятельства вне контроля плана 272

ГЛАВА 12. Определения 273

ГЛАВА 1. Для новых участников плана

РАЗДЕЛ 1 Вы являетесь участником плана Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP)

Раздел 1.1 Вы зарегистрированы в плане Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP), который является планом Medicare для лиц с особыми потребностями

Ваше медицинское обслуживание покрывается как программой Medicare, так и Департаментом здравоохранения штата Wisconsin:

- **Medicare** представляет собой федеральную программу медицинского страхования для лиц в возрасте от 65 лет, некоторых лиц моложе 65 лет с определенными видами инвалидности, а также лиц с терминальной стадией почечной недостаточности.
- **Medicaid** представляет собой программу, реализуемую совместно федеральным правительством и правительством штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы определенным группам лиц с низким доходом и ограниченными ресурсами. Объем страхового покрытия в рамках программы Medicaid зависит от штата проживания и доступного вам типа Medicaid. Некоторые люди, участвующие в программе Medicaid, получают помощь с оплатой страховых взносов и других расходов в рамках Medicare. Другим также предоставляется покрытие дополнительных услуг и лекарств, не покрываемых программой Medicare.

Для получения покрытия медицинских услуг Medicare и лекарственных препаратов вы выбрали наш план страхования Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP). Наш план покрывает все услуги по части A и части B. Однако условия участия в расходах и доступа к поставщикам услуг в рамках нашего плана отличаются от плана Original Medicare.

План Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) представляет собой специализированный план Medicare Advantage Plan (план для лиц с особыми потребностями в рамках программы Medicare); другими словами, этот план обеспечивает страховое покрытие для людей с особыми медицинскими потребностями. План Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) разработан для людей, участвующих в программе Medicare и имеющих право на получение помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin.

Поскольку вы получаете помощь от Департамента здравоохранения штата Wisconsin с оплатой доли расходов в рамках программы Medicare Part A и B (не покрываемые страховкой минимумы, доплаты и дополнительные взносы), возможно, вам не придется ничего платить за услуги по программе Medicare. Департамент здравоохранения штата Wisconsin также может предоставлять другие услуги, покрывая медицинские услуги, которые обычно не покрываются

программой Medicare. Помимо этого, в рамках программы Medicare для вас будет предусмотрена программа «Дополнительная помощь» (Extra Help), позволяющая вам оплачивать расходы на лекарственные препараты по программе Medicare. Наш план страхования поможет вам координировать все эти льготы, чтобы вы могли получать медицинские услуги и финансовую помощь, на которые вы имеете право.

Нашим планом страхования управляет частная компания. Как и все планы Medicare Advantage, этот план для лиц с особыми потребностями в рамках программы Medicare одобрен Medicare. Наш план также заключил договор с программой Medicaid штата Wisconsin для координации ваших пособий Департамента здравоохранения штата Wisconsin. Мы рады предоставлять вам страховое покрытие по программе Medicare, включая страховое покрытие лекарственных препаратов.

Раздел 1.2 Юридическая информация о *Документе об объеме страховой ответственности страховщика*

Настоящий *Документ об объеме страховой ответственности страховщика* является неотъемлемой частью заключенного с вами договора о страховании расходов на ваше обслуживание в рамках нашего плана. Другими частями этого договора являются ваша форма регистрации, *Перечень покрываемых лекарств* (справочник лекарств) и все полученные от нас уведомления об изменениях в покрытии или условиях, затрагивающих вас. Иногда эти уведомления называются *приложениями* или *поправками*.

Договор действует в течение месяцев, когда вы являетесь участником нашего плана, в период с 1 января 2026 г. по 31 декабря 2026 г.

Программа Medicare разрешает нам вносить изменения в предлагаемые нами планы в каждом календарном году. Это значит, что мы можем изменить расходы и льготы, предусмотренные нашим планом, после 31 декабря 2026 г. Кроме того, после 31 декабря 2026 г. мы можем прекратить действие нашего плана в вашей зоне обслуживания.

Наш план должен быть утвержден Medicare (Центрами предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid) и Департаментом здравоохранения штата Wisconsin. Вы можете продолжать ежегодно получать страховое покрытие по программе Medicare как участник нашего плана в течение всего времени, пока мы предлагаем наш план, при условии его регулярного утверждения программой Medicare и Департаментом здравоохранения штата Wisconsin.

РАЗДЕЛ 2 Требования к участию в плане

Раздел 2.1 Необходимые условия для соответствия требованиям

Вы имеете право на участие в нашем плане при условии соблюдения всех следующих условий:

- Вы являетесь участником программ Medicare Part A и Medicare Part B.
- Вы проживаете в нашей географической зоне обслуживания (описанной в разделе 2.3). Люди, находящиеся в тюремном заключении, не считаются проживающими в зоне обслуживания, даже если они физически находятся в ее пределах.
- Вы имеете гражданство США или пребываете на территории США не на законных основаниях.
- Вы удовлетворяете описанным ниже особым критериям соответствия условиям плана.

Особые критерии соответствия условиям нашего плана страхования

Наш план страхования разработан для удовлетворения потребностей людей, получающих определенные услуги в рамках программы Medicaid. (Medicaid представляет собой программу, реализуемую совместно федеральным правительством и правительством штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы определенным группам лиц с низким доходом и ограниченными ресурсами.) Чтобы иметь право на участие в нашем плане, вы должны иметь право на участие в программе Medicare и право на получение полной помощи по программе Medicaid с оплатой доли расходов Департаментом здравоохранения штата Wisconsin.

Примечание. Если вы потеряете право на участие, но, как ожидается, сможете обоснованно восстановить право на участие в программе в течение 6 месяцев, вы по-прежнему будете иметь право на участие. В разделе 2 главы 4 содержатся сведения о страховом покрытии и участии в расходах в период, когда вы считаетесь все еще имеющими право на участие в плане страхования.

Раздел 2.2 Программа Medicaid

Medicaid представляет собой программу, реализуемую совместно федеральным правительством и правительством штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы определенным группам лиц, обладающих низким доходом и ограниченными ресурсами. Каждый штат самостоятельно решает, что считать доходом и ресурсами, кто имеет право участвовать в программе, какие услуги покрываются и какова их стоимость. Кроме того, каждый штат может решать, как именно управлять своей программой при условии, что соблюдаются указания федерального правительства.

Кроме того, программа Medicaid предлагает программы для оказания помощи людям в оплате расходов по программе Medicare, например, страховых взносов по программе Medicare. Эти «программы снижения расходов по программе Medicare» (Medicare Savings Programs) ежегодно помогают людям с низким доходом и ограниченными ресурсами экономить свои деньги:

- **Программа для получателей страхового обеспечения Medicare, отнесенных к определенной категории (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** помогает оплачивать страховые взносы по программам Medicare Part A и Part B, а также другие суммы участия в расходах (например, не покрываемые страховкой минимумы, дополнительные взносы

и доплаты). (Некоторые участники программы QMB также имеют право на получение льгот по программе Medicaid в полном объеме (QMB+).)

- **Расширенная программа для правомочных получателей страхового обеспечения Medicare (QMB+):** помогает оплачивать страховые взносы по программам Medicare Part A и Part B, а также другие суммы участия в расходах (например, не покрываемые страховкой минимумы, дополнительные взносы и доплаты). Лицам, имеющим право на участие в программе страхования, также доступен полный объем покрытия в рамках программы Medicaid.
- **Расширенная программа для получателей страхового обеспечения Medicare с оговоренным низким уровнем доходов (SLMB+):** помогает оплачивать страховые взносы в рамках программы части B. Лицам, имеющим право на участие в программе страхования, также доступен полный объём покрытия в рамках программы Medicaid.
- **Программа для лиц, имеющих право на участие в двух программах с полным страховым покрытием (FBDE):** программа Medicaid может оплачивать ваши страховые взносы за участие в программах Medicare Part A и Part B, а также другие суммы участия в расходах (например, не покрываемые страховкой минимумы, дополнительные взносы и доплаты). Лицам, имеющим право на участие в программе страхования, также доступен полный объем покрытия в рамках программы Medicaid.

Раздел 2.3 Зона обслуживания плана Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP)

План Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) доступен только для людей, проживающих в зоне обслуживания нашего плана. Чтобы оставаться участником нашего плана, вы должны продолжать проживать в зоне обслуживания нашего плана. Ниже приводится описание зоны обслуживания.

Наша зона обслуживания включает следующие округа штата Wisconsin: Adams, Brown, Calumet, Clark, Columbia, Dane, Dodge, Fond du Lac, Green Lake, Jefferson, Kenosha, Kewaunee, Langlade, Lincoln, Manitowoc, Marathon, Marinette, Marquette, Menominee, Milwaukee, Oconto, Outagamie, Ozaukee, Portage, Racine, Shawano, Sheboygan, Taylor, Walworth, Washington, Waukesha, Waupaca, Waushara, Winnebago и Wood.

Если вы планируете переехать в новый штат, вам также следует обратиться в офис программы Medicaid вашего штата и спросить, как этот переезд повлияет на ваши услуги по программе Medicaid. Номера телефонов программы Medicaid указаны в разделе 6 главы 2 настоящего документа.

Если вы переедете за пределы зоны обслуживания нашего плана, вы не сможете оставаться участником этого плана. Позвоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711), чтобы узнать, есть ли у нас план по вашему новому месту жительства. При переезде вам будет предоставлен специальный

период регистрации, чтобы перейти либо на план Original Medicare, либо вступить в план страхования Medicare с покрытием медицинского обслуживания или лекарственных препаратов на новом месте вашего проживания.

Если вы переехали или изменили свой почтовый адрес, также обязательно позвоните в Службу социального обеспечения. Позвоните в Службу социального обеспечения по телефону 1-800-772-1213 (пользователи TTY звонят по номеру 1-800-325-0778).

Раздел 2.4 Гражданство США или пребывание в США на законных основаниях

Вы должны быть гражданином США или пребывать на территории США на законных основаниях, чтобы быть участником плана Medicare по страхованию расходов на медицинское обслуживание. Программа Medicare (Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid) уведомит план страхования Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP), если вы перестанете соответствовать критериям участия в нашем плане на этом основании. План Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) должен прекратить ваше участие в плане, если вы не соответствуете этому требованию.

РАЗДЕЛ 3 Важные материалы для участников плана

Раздел 3.1 Карта участника нашего плана

Используйте свою карту участника каждый раз при получении каких-либо услуг, покрываемых нашим планом страхования, или рецептурных лекарственных препаратов в сетевой аптеке. При необходимости вы также должны предъявить поставщику услуг свою карту Wisconsin Department of Health Services. Образец карты участника:

НЕ используйте свою красно-бело-синюю карту участника программы Medicare для получения покрываемых медицинских услуг, пока вы являетесь участником этого плана. Если вы используете свою карту Medicare вместо карты участника плана Wellcare Dual Access Sync (HMO-

POS D-SNP), вам может потребоваться самостоятельно оплатить полную стоимость медицинских услуг. Храните свою карту участника программы Medicare в надежном месте. Вас могут попросить показать ее, если вы нуждаетесь в услугах больницы, хосписа или участвуете в клинических научных исследованиях (также называемых клиническими испытаниями), одобренных Medicare.

В случае повреждения, утери или кражи карты участника нашего плана страхования сразу же позвоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711), и мы вышлем вам новую карту.

Раздел 3.2 Каталог поставщиков услуг и аптек

В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* go.wellcare.com/2026providerdirectories представлен список актуальных сетевых поставщиков услуг и поставщиков медицинского оборудования длительного пользования. **Сетевые поставщики услуг** — это врачи и прочие медицинские специалисты, медицинские группы, поставщики медицинского оборудования длительного пользования, больницы и иные медицинские учреждения, с которыми мы заключили договор о том, что в качестве полной оплаты услуг они будут принимать наши выплаты и любые суммы участия в расходах по плану страхования.

Медицинская группа — это объединение врачей, в том числе поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP) и специалистов, а также прочих поставщиков медицинских услуг, включая больницы, которые заключили договор с планом на предоставление услуг участникам.

Для получения медицинской помощи и услуг вы должны пользоваться услугами сетевых поставщиков. Если вы обратитесь в другое место без соответствующего разрешения, вам придется оплатить полную стоимость услуги. К исключениям относятся только экстренные ситуации, срочно необходимые услуги, когда обращение к сетевым поставщикам невозможно (т. е. ситуации, в которых получение сетевых услуг нецелесообразно или невозможно), услуги диализа за пределами зоны обслуживания, а также случаи, когда план Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) разрешает обращение к внесетевым поставщикам услуг.

Самый актуальный список поставщиков услуг и товаров доступен на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/2026providerdirectories.

Если у вас нет *Каталога поставщиков услуг и аптек*, вы можете запросить копию (в электронном или бумажном виде) в отделе обслуживания участников плана по телефону

1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711). Запрошенные бумажные экземпляры *Каталога поставщиков услуг* и *аптек* отправляются по почте в течение 3 рабочих дней.

В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* go.wellcare.com/2026providerdirectories представлен список сетевых аптек. **Сетевые аптеки** — аптеки, которые дали согласие на выдачу

покрываемых лекарств по рецепту участникам нашего плана страхования. Используйте *Каталог поставщиков и аптек* для поиска сетевой аптеки, услугами которой вы хотите пользоваться. Перейдите в раздел 2.4 главы 5 для получения информации о том, в каких случаях вы можете пользоваться услугами аптек, не входящих в сеть нашего плана.

В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* вам также представлена информация о том, в каких аптеках нашей сети предлагается привилегированное участие в расходах, что может предполагать меньшую сумму доплаты, чем в случае стандартного участия в расходах, предлагаемого в других аптеках сети в отношении некоторых лекарственных препаратов.

Если у вас нет *Каталога поставщиков услуг и аптек*, вы можете запросить копию в отделе обслуживания участников плана по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711). Кроме того, эта информация есть на нашем веб-сайте по адресу: go.wellcare.com/2026providerdirectories.

Раздел 3.3 Перечень лекарств (справочник лекарств)

В нашем плане есть *Перечень покрываемых лекарств* (также называемый «Перечень лекарств» или «справочник лекарств»). В нем указано, какие рецептурные препараты покрываются в рамках части D по плану страхования Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP). Препараты, входящие в этот перечень, выбираются представителями нашего плана с привлечением врачей и фармацевтов. Перечень лекарств должен соответствовать требованиям программы Medicare. Лекарственные препараты с договорными ценами в рамках программы Medicare по переговорам о цене лекарственных препаратов будут включены в ваш Перечень лекарств, если они не были удалены и заменены, как описано в разделе 6 главы 5. Перечень лекарств плана Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) был одобрен Medicare.

Кроме того, в Перечне лекарств также содержится информация о правилах, ограничивающих страховое покрытие в отношении лекарственных препаратов.

Мы предоставим вам копию Перечня лекарств. Для получения наиболее полной и актуальной информации о том, какие лекарственные препараты покрываются, посетите веб-сайт go.wellcare.com/druglist-6718 или позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

РАЗДЕЛ 4 Сводная информация о важных расходах на 2026 год

	Ваши расходы в 2026 году
Ежемесячный страховой взнос в рамках плана*	$0

	Ваши расходы в 2026 году
*Ваш страховой взнос может быть выше этой суммы. Перейдите в раздел 4.1 для получения более подробных сведений.	
Максимальная сумма личных расходов Это максимальная сумма личных расходов, которую вы выплачиваете за услуги, покрываемые в рамках части A или части B. (Перейдите в раздел 1 главы 4 для получения более подробных сведений.)	$9,250 Вы не обязаны оплачивать какие-либо личные расходы в счет максимальной суммы личных расходов за услуги, покрываемые в рамках части A и части B.
Посещения кабинета первичной медицинской помощи	Доплата в размере $0 за посещение
Посещения кабинета специалиста	Доплата в размере $0 за посещение
Пребывания в стационаре больницы	При покрываемом программой Medicare пребывании в учреждении за каждое пребывание: доплата в размере $0 за каждое пребывание в стационаре. Доплата в размере $0 за день в рамках резервных дней в течение всего срока участия. Резервные дни в течение всего срока участия — это дополнительные дни, которые оплачиваются планом, если участники находятся в больнице больше, чем количество дней, покрываемых планом. В общей сложности участникам плана доступно 60 резервных дней, которые могут быть использованы в течение всего срока участия.
Не покрываемый страховкой минимум страхового покрытия лекарственных препаратов по части D (Перейдите в раздел 4 главы 6 для получения более подробных сведений.)	Нестрахуемый минимум: $400, за исключением покрываемых препаратов инсулина и большинства вакцин для взрослых по части D.

	Ваши расходы в 2026 году
Страховое покрытие лекарственных препаратов по части D (Подробная информация, включая этапы ежегодного не покрываемого страховкой минимума, первоначального страхового покрытия и достижения предела самостоятельных расходов, приведена в главе 6.)	**Доплата / дополнительный взнос в течение этапа первоначального страхового покрытия:** **Препараты уровня 1:** **Стандартное участие в расходах: доплата в размере $19** **Привилегированное участие в расходах: доплата в размере $18** **Препараты уровня 2:** **Стандартное участие в расходах: доплата в размере $20** **Привилегированное участие в расходах: доплата в размере $19** **Препараты уровня 3:** **Стандартное участие в расходах: дополнительный взнос в размере 20%** **Вы платите меньшую из двух сумм: $35 или 20% за месячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата, отнесенного к этому уровню.** **Привилегированное участие в расходах: дополнительный взнос в размере 20%** **Вы платите меньшую из двух сумм: $35 или 20% за месячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата, отнесенного к этому уровню.** **Препараты уровня 4:** **Стандартное участие в расходах: доплата в размере $100** **Вы платите меньшую из двух сумм: $35 или 25% за месячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата, отнесенного к этому уровню.** **Привилегированное участие в расходах: доплата в размере $100**

	Ваши расходы в 2026 году
	Вы платите меньшую из двух сумм: $35 или 25% за месячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата, отнесенного к этому уровню. **Препараты уровня 5:** **Стандартное участие в расходах: дополнительный взнос в размере 25%** **Привилегированное участие в расходах: дополнительный взнос в размере 25%** **Препараты уровня 6:** **Стандартное участие в расходах: доплата в размере $0** **Привилегированное участие в расходах: доплата в размере $0** **Этап достижения предела самостоятельных расходов.** **На этом этапе оплаты вы ничего не платите за покрываемые по части D препараты.**

Ваши расходы могут включать следующее:

- страховой взнос в рамках плана (раздел 4.1);
- ежемесячный страховой взнос в рамках программы Medicare Part B (раздел 4.2);
- штраф за позднюю регистрацию в части D (раздел 4.3);
- сумма корректировки ежемесячных страховых взносов на основании дохода (раздел 4.4);
- сумма плана Medicare по страхованию расходов на рецептурные препараты (раздел 4.5).

Раздел 4.1 Страховой взнос в рамках плана

Поскольку программа «Дополнительная помощь» (Extra Help) оплачивает страховой взнос от вашего имени, вы не платите отдельный ежемесячный взнос по *нашему плану страхования*.

Если вы уже получаете помощь по одной из этих программ, **информация о страховых взносах, изложенная в данном** *Документе об объеме страховой ответственности страховщика,* **может быть неактуальной для вас**. В этом случае мы выслали вам отдельный документ под названием «*Приложение к Документу об объеме страховой ответственности страховщика*

для людей, получающих дополнительную помощь с оплатой лекарств по рецепту» (также называемый *Приложением для получателей субсидии в связи с низким доходом* или *Приложением для LIS*), в котором описывается ваше страховое покрытие лекарственных препаратов. Если вы не получили этот вкладыш, позвоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) и запросите *Приложение для LIS*.

Раздел 4.2 Ежемесячный страховой взнос в рамках программы Medicare Part B

Многие участники плана должны выплачивать другие страховые взносы в рамках программы Medicare

Некоторые участники плана страхования обязаны выплачивать другие взносы по программе Medicare. Как объяснено в разделе 2 выше, чтобы иметь право на участие в нашем плане, вы должны сохранять право на получение помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin, а также быть участником программ Medicare Part A и Medicare Part B. Для большинства участников плана страхования Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) Департамент здравоохранения штата Wisconsin оплачивает ваши страховые взносы в рамках части A (если вы автоматически не получаете право на участие в ней) и части B.

Если Департамент здравоохранения штата Wisconsin не оплачивает ваши страховые взносы по программе Medicare за вас, вы должны продолжать самостоятельно оплачивать страховые взносы по программе Medicare, чтобы оставаться участником нашего плана страхования. Это относится к страховым взносам в рамках части B. Кроме того, вам может быть необходимо платить страховые взносы в рамках части A, если вы не имеете права на бесплатное участие в части A.

Раздел 4.3 Штраф за позднюю регистрацию в части D

Поскольку у вас есть право участвовать в двух программах, LEP не применяется, пока вы сохраняете за собой это право, однако его потеря может повлечь за собой LEP. Штраф за позднюю регистрацию в части D — это дополнительный страховой взнос, который необходимо оплачивать за покрытие по части D, если в любое время после окончания первоначального периода регистрации у вас отсутствует страховое покрытие по части D или другое надежное страховое покрытие расходов на препараты в течение 63 или более дней подряд. Надежное страховое покрытие расходов на рецептурные препараты — это страховое покрытие, соответствующее минимальным стандартам Medicare, поскольку оно должно обеспечивать в среднем по крайней мере не меньшие выплаты, чем стандартное страховое покрытие Medicare в отношении лекарственных препаратов. Размер штрафа за позднюю регистрацию зависит от того, как долго вы не имели страхового покрытия в рамках части D или другого надежного страхового покрытия расходов на рецептурные препараты. Вам придется уплачивать этот штраф на протяжении всего срока действия страхового покрытия в рамках части D.

Вы **не** обязаны уплачивать штраф за позднюю регистрацию в части D, если:

- Вы получаете дополнительную помощь по программе Medicare в оплате расходов на лекарственные препараты.
- У вас не было надежного страхового покрытия в течение менее 63 дней подряд.
- Ваше надежное страховое покрытие расходов на рецептурные препараты предоставлялось другими способами (например, вашим бывшим работодателем, профсоюзной организацией, программой TRICARE или Администрацией по охране здоровья ветеранов (VA)). Ваш страховщик или отдел кадров ежегодно будет сообщать вам, является ли ваше страховое покрытие надежным. Вы можете получить эту информацию в письме или в информационной рассылке этого плана. Сохраняйте ее, так как она может вам понадобиться в случае последующей регистрации участия в плане Medicare по страхованию расходов на лекарственные препараты.
    - **Примечание.** В любом письме или уведомлении должно быть указано, что вы обладали надежным страховым покрытием лекарств по рецепту, которое, как ожидается, будет оплачивать отпускаемые по рецепту лекарства по меньшей мере в том же объеме, что и стандартный план Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты.
    - **Примечание.** Карты скидок на лекарства по рецепту, бесплатные клиники и веб-сайты, продающие лекарства со скидками, не являются надежным покрытием лекарств по рецепту.

Сумму штрафа за позднюю регистрацию в части D определяет Medicare. Ее общие правила приведены ниже.

- Сначала подсчитывается количество полных месяцев задержки вашей регистрации в плане Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты, начиная с того момента, как у вас появилось право в нем зарегистрироваться. Или же определяется количество полных месяцев отсутствия у вас надежного страхового покрытия расходов на лекарственные препараты, если перерыв составил не менее 63 дней. Надбавка начисляется в размере 1% за каждый месяц отсутствия надежного страхового покрытия. Например, если покрытия не было в течение 14 месяцев, процент штрафа составит 14%.
- Затем Medicare определяет сумму среднемесячного страхового взноса по плану для планов Medicare по страхованию расходов на лекарственные препараты, действующих в стране, исходя из данных за прошлый год (национальный базовый страховой взнос получателя страхового покрытия). В 2026 году такой среднемесячный страховой взнос составляет $38.99.
- Чтобы рассчитать ежемесячную сумму штрафа, нужно умножить его процентную величину на национальный базовый страховой взнос получателя страхового покрытия и округлить до ближайшего десятка центов. В приведенном примере это будет 14% x $38.99, что равняется $5.46. Этот результат округляется до $5.50. Полученная

сумма будет добавлена **к ежемесячному страховому взносу лица, которому начислен штраф за позднюю регистрацию в части D**.

Три важных момента, которые нужно знать в связи с ежемесячным штрафом за позднюю регистрацию в части D:

- **Штраф может меняться каждый год,** поскольку национальный базовый страховой взнос получателя страхового покрытия может меняться каждый год.
- **Вы будете продолжать выплачивать штраф** каждый месяц, пока будете зарегистрированы в плане, включающем страховое покрытие лекарств в рамках программы Medicare Part D, даже если вы смените план.
- Если вам *еще не исполнилось* 65 лет и вы зарегистрированы в программе Medicare, штраф за позднюю регистрацию в части D будет отменен, когда вам исполнится 65 лет. По достижении 65 лет ваш штраф за позднюю регистрацию в части D будет рассчитываться только лишь исходя из количества месяцев отсутствия у вас страхового покрытия после окончания первоначального периода регистрации для участия в программе Medicare.

Если вы не согласны со штрафом за позднюю регистрацию в части D, вы или ваш представитель можете попросить о пересмотре решения. Как правило, вы должны попросить об этом пересмотре **в течение 60 дней** с даты на первом полученном вами письме, в котором сказано, что вам необходимо платить штраф за позднюю регистрацию. Однако если вы выплачивали штраф до регистрации вас в нашем плане, у вас может не быть другой возможности попросить о пересмотре штрафа за позднюю регистрацию.

Раздел 4.4 Сумма корректировки ежемесячных страховых взносов на основании уровня дохода

Если вы потеряете право на участие в этом плане из-за изменений в доходе, некоторым участникам может потребоваться оплатить дополнительный сбор за свой план Medicare, известный как сумма корректировки ежемесячных страховых взносов на основании уровня дохода (IRMAA) по части D. Размер дополнительной платы рассчитывается с учетом вашего валового дохода с поправками и изменениями, указанного в налоговой декларации IRS 2 летней давности. Если эта сумма превышает определенную величину, то вы будете выплачивать страховой взнос в стандартном размере и дополнительную IRMAA. Для получения более подробной информации о дополнительной сумме, которую вам, возможно, придется заплатить в зависимости от вашего дохода, посетите веб-сайт www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Если вы обязаны выплачивать дополнительную IRMAA, Служба социального обеспечения (но не ваш план Medicare) пришлет вам письмо о том, какой будет эта дополнительная сумма. Эта дополнительная сумма будет удержана из вашего пособия по социальному страхованию или выплат по пенсионному обеспечению для работников железнодорожного транспорта или государственных служащих, независимо от того, как вы обычно выплачиваете страховые взносы

по нашему плану, за исключением случаев, когда ежемесячное пособие не покрывает причитающуюся дополнительную сумму. Если пособия недостаточно для покрытия дополнительной суммы, вы получите счет от программы Medicare. **Вы должны платить эту дополнительную IRMAA государству. Ее нельзя выплачивать вместе с ежемесячным страховым взносом в рамках плана. Если вы не будете платить дополнительную IRMAA, вас исключат из нашего плана и вы потеряете страховое покрытие лекарств по рецепту.**

Если вы не согласны выплачивать дополнительную IRMAA, вы можете обратиться в Службу социального обеспечения с запросом на пересмотр соответствующего решения. Чтобы уточнить, как это сделать, позвоните в Службу социального обеспечения по телефону 1-800-772-1213 (пользователи линии TTY звонят по номеру 1-800-325-0778).

Раздел 4.5 Сумма плана Medicare по страхованию расходов на рецептурные препараты

Если вы участвуете в плане Medicare по страхованию расходов на рецептурные препараты, каждый месяц вы будете оплачивать страховой взнос в рамках нашего плана (если он у вас есть), и вы будете получать счет от плана по страхованию расходов на медицинское обслуживание или лекарственные препараты за ваши рецептурные препараты (вместо того, чтобы платить аптеке). Ваш ежемесячный счет составлен с учетом суммы, которую вы должны за любые рецептурные препараты, которые вы получаете, а также баланса за предыдущий месяц, разделенном на количество месяцев, оставшихся в году.

В разделе 7 главы 2 приведена более подробная информация о плане Medicare по страхованию расходов на рецептурные препараты. Если вы не согласны с суммой, выставленной в рамках этого варианта оплаты, вы можете выполнить шаги, описанные в главе 9, чтобы подать жалобу или апелляцию.

РАЗДЕЛ 5 Дополнительная информация о вашем ежемесячном страховом взносе по плану

Раздел 5.1 Сумма ежемесячного страхового взноса по нашему плану не будет меняться в течение года

Нам не разрешается менять сумму ежемесячного страхового взноса по нашему плану в течение года. Если сумма ежемесячного страхового взноса по плану изменится в следующем году, мы сообщим вам об этом в сентябре, а новая сумма страхового взноса вступит в силу 1 января.

Однако в некоторых случаях у вас может появиться возможность прекратить выплату штрафа за позднюю регистрацию, если таковая причитается, либо от вас может потребоваться начать выплату штрафа за позднюю регистрацию. Это может произойти, если вы получите право на участие в программе «Дополнительная помощь» или утратите такое право в течение года.

- Если в настоящее время вы выплачиваете штраф за позднюю регистрацию в части D и в течение года получили право участие в программе «Дополнительная помощь», вы сможете прекратить выплату штрафа.
- В случае утери права на участие в программе «Дополнительная помощь» на вас может быть наложен соответствующий штраф за позднюю регистрацию в части D в том случае, если вы проведете 63 или более дней подряд без покрытия лекарственных препаратов в рамках части D или иного надежного страхового покрытия.

Более подробную информацию о программе «Дополнительная помощь» см. в разделе 7 главы 2.

РАЗДЕЛ 6 Поддержание данных участника нашего плана страхования в актуальном состоянии

Сведения о вас как об участнике плана включают данные из формы регистрации, в том числе ваш адрес и номер телефона. Эти данные также содержат информацию о покрытии конкретно по вашему плану страхования, в том числе сведения о поставщике первичного медицинского обслуживания.

Врачи, больницы, фармацевты и другие поставщики услуг в сети нашего плана **используют ваши данные участника плана страхования для определения покрываемых планом услуг и лекарственных препаратов, а также свои суммы участия в расходах.** Поэтому крайне важно поддерживать актуальность информации о вас.

Если у вас произошли какие-либо из этих изменений, сообщите нам:

- об изменениях в ваших имени и фамилии, адресе или номере телефона;
- изменения в условиях покрытия в рамках любой другой программы медицинского страхования, в которой вы участвуете (например, от вашего работодателя, работодателя вашего супруга/супруги, работодателя вашего гражданского партнера, страхование от несчастного случая на рабочем месте или от Департамента здравоохранения штата Wisconsin);
- о любых страховых требованиях в отношении гражданской ответственности, например, страховых требованиях при автомобильной аварии;
- об определении вас в центр сестринского ухода;
- о получении медицинского обслуживания в больнице или отделении скорой помощи за пределами зоны нашего обслуживания или сети;
- об изменении закрепленного за вами ответственного лица (например, лица, ухаживающего за вами);

- об участии в клиническом научном исследовании (**Примечание.** Вы не обязаны предоставлять нашему плану информацию о клинических научных исследованиях, в которых вы намереваетесь участвовать, но мы рекомендуем делать это.)

Если какая-либо из представленной информации изменится, сообщите нам, позвонив в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

Также обязательно сообщите в Службу социального обеспечения, если вы переехали или изменили почтовый адрес. Позвоните в Службу социального обеспечения по телефону 1-800-772-1213 (пользователи TTY звонят по номеру 1-800-325-0778).

РАЗДЕЛ 7 Как другое страховое покрытие сочетается с нашим планом

Программа Medicare требует от нас собирать информацию о любом другом медицинском страховом покрытии или страховом покрытии лекарственных препаратов, которое у вас есть, чтобы мы могли координировать любое другое страховое покрытие с вашими услугами в рамках нашего плана. Это называется **координацией страхового покрытия**.

Один раз в год мы будем присылать вам письмо с перечнем других имеющихся у вас видов страхового покрытия расходов на медицинское обслуживание или лекарственные препараты, о которых нам известно. Внимательно ознакомьтесь с такой информацией. Если все указано правильно, вам не нужно предпринимать какие-либо действия. Если информация неверна или у вас есть другое страховое покрытие, которого нет в списке, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711). Возможно, вам понадобится сообщить свой идентификационный (ID) номер участника нашего плана другим своим страховщикам (удостоверившись в их идентичности), чтобы обеспечить правильную и своевременную оплату своих счетов.

Если вы являетесь участником других программ страхования (например, программы коллективного медицинского страхования от работодателя), то применяются правила программы Medicare, позволяющие определить, будут ли расходы покрываться в первую очередь нашим планом или за счет других программ страхования, в которых вы участвуете. Программа страхования, покрывающая услуги в первую очередь («основной плательщик»), производит выплаты до достижения пределов страхового покрытия. Программа страхования, покрывающая услуги во вторую очередь («вторичный плательщик»), производит выплаты только в том случае, если после выплат основного плательщика остаются непокрытые расходы. Вторичный плательщик может не оплатить все непокрытые расходы. Если вы являетесь участником других программ страхования, сообщите об этом своему врачу, в стационарном лечебном учреждении или в аптеке.

К страховому покрытию по программе коллективного медицинского страхования от работодателя или профсоюзной организации применяются следующие правила:

- Если у вас есть страховое покрытие по программе страхования пенсионеров, расходы в первую очередь покрывает программа Medicare.
- Если коллективная медицинская страховка оформлена по вашему текущему месту работы или по текущему месту работы члена вашей семьи, очередность покрытия расходов зависит от вашего возраста, количества сотрудников, нанятых вашим работодателем, а также от того, предоставлено ли страховое покрытие по программе Medicare в связи с возрастом, инвалидностью или терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD):
  - Если вам еще не исполнилось 65 лет, и у вас есть инвалидность, при этом вы (или член вашей семьи) продолжаете работать, расходы в первую очередь покрывает ваша коллективная медицинская страховка, если у работодателя (или хотя бы у одного из них в случае плана с несколькими работодателями) нанято не менее 100 сотрудников.
  - Если вам больше 65 лет, при этом вы (или ваш супруг/супруга или гражданский партнер) продолжаете работать, расходы в первую очередь покрывает ваша коллективная медицинская страховка, если у работодателя или хотя бы у одного из них в случае плана с несколькими работодателями нанято не менее 20 сотрудников.
- Если страховое покрытие по программе Medicare предоставлено вам в связи с ESRD, расходы в первую очередь покрывает ваша коллективная медицинская страховка в течение первых 30 месяцев с того момента, как у вас появилось право на участие в программе Medicare.

Перечисленные ниже виды страхования обычно покрывают расходы первыми, если такие расходы касаются услуг, связанных с каждым из этих видов страхования:

- страхование от ущерба, полученного/нанесенного не по вине страхователя (включая страхование автотранспортных средств);
- страхование гражданской ответственности (включая страхование автотранспортных средств);
- программа медицинского страхования больных пневмокониозом;
- компенсационное страхование работников.

Программы Medicaid и TRICARE не покрывают первыми расходы на услуги, включенные в страховое покрытие по программе Medicare. Оплаты по этим программам производятся только после того, как свою часть оплатят программа Medicare и (или) корпоративный план медицинского страхования от работодателя.

ГЛАВА 2. Номера телефонов и ресурсы

РАЗДЕЛ 1 Контактная информация нашего плана

Чтобы получить помощь с подачей страховых требований, оплатой счетов или же по вопросам карт участников плана Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP), позвоните или напишите в наш отдел обслуживания участников плана. Мы будем рады помочь вам.

Отдел обслуживания участников плана — контактная информация	
Телефон	1-844-796-6811 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Обратите внимание, что в нерабочее время, выходные и федеральные праздничные дни с 1 апреля по 30 сентября на звонок может ответить автоматизированная телефонная система. Если вы оставите голосовое сообщение, укажите свое имя, фамилию и номер телефона, и сотрудник перезвонит вам в течение 1 (одного) рабочего дня. Отдел обслуживания участников плана по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) также предоставляет бесплатные услуги перевода для лиц, не говорящих на английском языке.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
Почтовый адрес	Wellcare PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
Веб-сайт	go.wellcare.com/WI

Способы подачи запроса на принятие решения о страховом покрытии или подачи апелляции в отношении вашего медицинского обслуживания

Решение о страховом покрытии — это решение, которое мы принимаем в отношении ваших льгот и страхового покрытия либо в отношении суммы, которую мы выплачиваем за ваши медицинские услуги или лекарственные препараты по части D. Апелляция — это официальная возможность просить о пересмотре и изменении решения о предоставлении страхового покрытия. Для получения дополнительной информации о том, как подать запрос на принятие решения о страховом покрытии или апелляцию в отношении вашего медицинского обслуживания или лекарственных препаратов по части D, см. главу 9.

Решения о страховом покрытии медицинского обслуживания — контактная информация	
Телефон	1-844-796-6811 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
Почтовый адрес	Coverage Determinations Department – Medical PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

Решения о страховом покрытии лекарственных препаратов по части D — контактная информация	
Телефон	1-844-796-6811 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатны.

Решения о страховом покрытии лекарственных препаратов по части D — контактная информация	
	С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
Факс	1-866-226-1093
Почтовый адрес	Medicare Pharmacy Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
Веб-сайт	go.wellcare.com/WIcoveragedeterminations

Подача апелляций в отношении медицинского обслуживания — контактная информация	
Телефон	1-844-796-6811 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
Факс	1-844-273-2671
Почтовый адрес	MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10343 Van Nuys, CA 91410-0343

Подача апелляций в отношении лекарственных препаратов по части D — контактная информация	
Телефон	1-844-796-6811 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
Факс	1-866-388-1766
Почтовый адрес	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
Веб-сайт	go.wellcare.com/WI

Как подать жалобу в отношении вашего медицинского обслуживания

Вы можете подать жалобу в отношении нас или одного из поставщиков услуг или одной из аптек нашей сети, в том числе жалобу на качество предоставляемого вам медицинского обслуживания. Жалобы такого типа не предполагают споров по объему страхового покрытия или выплатам. Для получения дополнительной информации о том, как подать жалобу на ваше медицинское обслуживание, см. главу 9.

Подача жалоб в отношении медицинского обслуживания — контактная информация	
Телефон	1-844-796-6811 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатны.

Подача жалоб в отношении медицинского обслуживания — контактная информация	
	С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
Факс	1-844-273-2671
Почтовый адрес	Appeals & Grievances Medicare Operations Grievance Department P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
Веб-сайт программы Medicare	Чтобы подать жалобу на план Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) непосредственно в Medicare, перейдите по ссылке www.Medicare.gov/my/medicare- complaint.

Подача жалоб в отношении лекарственных препаратов по части D — контактная информация	
Телефон	1-844-796-6811 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
Факс	1-844-273-2671
Почтовый адрес	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450

Подача жалоб в отношении лекарственных препаратов по части D — контактная информация	
Веб-сайт программы Medicare	Чтобы подать жалобу на план Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) непосредственно в Medicare, перейдите по ссылке www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Как попросить нас оплатить расходы на медицинское обслуживание или полученный вами лекарственный препарат

Если вы получили счет или оплатили услуги (например, счет от поставщика услуг), которые, по вашему мнению, должны быть оплачены нами, вам может потребоваться обратиться к нам за возмещением или с просьбой оплатить счет, полученный от поставщика. Дополнительную информацию см. в главе 7.

Если вы присылаете нам запрос на оплату, а мы отказываем в его удовлетворении полностью или частично, вы можете обжаловать наше решение. Дополнительную информацию см. в главе 9.

Запросы на оплату — контактная информация	
Почтовый адрес	Запросы на оплату медицинских услуг: Member Reimbursement Dept PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420 Запросы на оплату в рамках части D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
Веб-сайт	go.wellcare.com/WI

РАЗДЕЛ 2 Получение справочной информации по программе Medicare

Программа Medicare — федеральная программа медицинского страхования для лиц, достигших 65 лет, некоторых лиц с инвалидностью моложе 65 лет, а также лиц, у которых диагностирована терминальная стадия почечной недостаточности (необратимое нарушение функции почек, требующее проведения процедуры диализа или пересадки почек).

Федеральным агентством, отвечающим за программу Medicare, являются Центры обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS). Это агентство заключает договоры с организациями Medicare Advantage, в том числе и с нашим планом.

Medicare — контактная информация	
Телефон	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звонки на этот номер бесплатны. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.
TTY	1-877-486-2048 Этот номер предусматривает наличие специального телефонного оборудования и предназначен только для лиц, у которых есть нарушения слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатны.
Чат вживую	Чат вживую по адресу www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Почтовый адрес	Напишите в Medicare по адресу PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Веб-сайт	www.Medicare.gov • Получение информации о планах медицинского страхования Medicare и планах по возмещению расходов на лекарственные препараты в вашем районе, включая их стоимость и услуги, которые они предоставляют. • Поиск врачей, участвующих в программе Medicare, или других поставщиков медицинских услуг. • Получение информации о том, что покрывает программа Medicare, включая профилактические услуги (например, скрининговые обследования, прививки или вакцины, а также ежегодные «профилактические» визиты). • Получение информации об апелляциях и форм Medicare. • Получение информации о качестве медицинского обслуживания, предоставляемого планами, центрами сестринского ухода, больницами, врачами, агентствами по оказанию медицинской помощи на дому, диализными учреждениями, хосписными центрами, стационарными реабилитационными учреждениями и больницами долгосрочного ухода. • Ознакомление с полезными веб-сайтами и номерами телефонов. Вы также можете посетить веб-сайт www.Medicare.gov, чтобы сообщить Medicare о любых жалобах на наш план.

Medicare — контактная информация	
	Чтобы подать жалобу в Medicare, перейдите по ссылке www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. В программе Medicare серьезно относятся к вашим жалобам и используют полученную информацию для повышения качества обслуживания в программе Medicare.

РАЗДЕЛ 3 Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP)

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP) — это государственная программа с обученными консультантами в каждом штате, которая предлагает бесплатную помощь, информацию и ответы на ваши вопросы по программе Medicare. В штате Wisconsin программа SHIP называется Программой помощи по вопросам медицинского страхования в штате Wisconsin (Wisconsin State Health Insurance Assistance Program, Wisconsin SHIP).

Программа помощи по вопросам медицинского страхования в штате Wisconsin (Wisconsin State Health Insurance Assistance Program, Wisconsin SHIP) — это независимая программа штата (не связанная ни с одной страховой компанией или планом медицинского страхования), которая получает финансирование от федерального правительства для предоставления бесплатных консультаций по вопросам медицинского страхования для участников программы Medicare.

Консультанты Программы помощи по вопросам медицинского страхования в штате Wisconsin (Wisconsin State Health Insurance Assistance Program, Wisconsin SHIP) помогут вам разобраться в своих правах по программе Medicare, подать жалобу касательно медицинских услуг или обслуживания, а также решить проблемы со счетами по программе Medicare. Кроме того, консультанты Программы помощи по вопросам медицинского страхования в штате Wisconsin (Wisconsin State Health Insurance Assistance Program, Wisconsin SHIP) могут помочь вам с вопросами или проблемами, связанными с программой Medicare, помочь разобраться в выборе плана Medicare, а также ответить на вопросы касательно смены плана.

	Программа помощи по вопросам медицинского страхования в штате Wisconsin (Wisconsin State Health Insurance Assistance Program, Wisconsin SHIP) — контактная информация
Телефон	1-800-242-1060
TTY	711 1-800-926-4862

	Этот номер предусматривает наличие специального телефонного оборудования и предназначен только для лиц, у которых есть нарушения слуха или речи.
Почтовый адрес	Aging & Disability Resources 1 West Wilson Street, Rm. 551 P.O. Box 7851 Madison, Wisconsin 53703
Веб-сайт	https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/medicare-counseling.htm

РАЗДЕЛ 4 Организация повышения качества обслуживания (QIO)

Назначенная Организация повышения качества обслуживания (QIO) обслуживает участников программы Medicare в каждом штате. В штате Wisconsin организация повышения качества обслуживания называется «Livanta — организация повышения качества обслуживания штата Wisconsin».

Livanta — организация повышения качества обслуживания штата Wisconsin — это группа врачей и других медицинских работников, которым программа Medicare платит за проверку и помощь в повышении качества обслуживания участников программы Medicare. Livanta — организация повышения качества обслуживания штата Wisconsin является независимой организацией. Она не связана с нашим планом страхования.

Обращайтесь в Livanta — организацию повышения качества обслуживания в штате Wisconsin — в любой из следующих ситуаций:

- У вас есть жалоба на качество полученного вами медицинского обслуживания. Примеры проблем с качеством медицинского обслуживания включают получение неправильного лекарственного препарата, ненужные анализы или процедуры, или неправильный диагноз.
- Вы считаете, что страховое покрытие вашего пребывания в больнице заканчивается преждевременно.
- Вы считаете, что страховое покрытие услуг медицинского ухода на дому, учреждения квалифицированного сестринского ухода или центра комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) заканчивается преждевременно.

	Livanta — организация повышения качества обслуживания штата Wisconsin — контактная информация
Телефон	1-888-524-9900

	С понедельника по пятницу с 9 a.m. до 5 p.m. по местному времени, в субботу и воскресенье с 10 a.m. до 4 p.m. по местному времени
TTY	711
Почтовый адрес	Livanta LLC/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Веб-сайт	https://www.livantaqio.cms.gov/en

РАЗДЕЛ 5 Служба социального обеспечения

Служба социального обеспечения определяет наличие права на участие в программе Medicare и регистрирует участников программы Medicare. Служба социального обеспечения также несет ответственность за определение лиц, которые обязаны уплачивать дополнительную сумму за страховое покрытие расходов на препараты по части D в связи с более высоким доходом. Если Служба социального обеспечения прислала письмо о том, что вы обязаны уплачивать дополнительную сумму, и у вас возникли вопросы по поводу этой суммы, или если ваш доход снизился в результате какого-либо важного события, вы можете обратиться в Службу социального обеспечения по телефону с запросом на пересмотр вынесенного решения.

Если вы переехали, или у вас изменился почтовый адрес, сообщите об этом в Службу социального обеспечения.

Служа социального обеспечения — контактная информация	
Телефон	1-800-772-1213 Звонки на этот номер бесплатны. Часы работы: с 8 a.m. до 7 p.m. с понедельника по пятницу. Воспользуйтесь услугой автоматической телефонной связи Службы социального обеспечения для получения информации в записи и решения некоторых вопросов в 24 часа в сутки.
TTY	1-800-325-0778 Этот номер предусматривает наличие специального телефонного оборудования и предназначен только для лиц с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатны. Часы работы: с 8 a.m. до 7 p.m. с понедельника по пятницу.

Служа социального обеспечения — контактная информация	
Веб-сайт	www.SSA.gov

РАЗДЕЛ 6 Программа Medicaid

Как участник нашего плана, вы имеете право на участие в программе Medicare и получение помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin. Программа Medicaid представляет собой программу, реализуемую совместно федеральным правительством и правительством штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы определенным группам лиц с низким доходом и ограниченными ресурсами.

Кроме того, через Департамент здравоохранения штата Wisconsin действуют программы для оказания помощи участникам Medicare в оплате расходов в связи с их участием в программе Medicare, например, страховых взносов по программе Medicare. Эти «программы снижения расходов по программе Medicare» (Medicare Savings Programs) ежегодно помогают людям с низким доходом и ограниченными ресурсами экономить свои деньги:

- **Программа для получателей страхового обеспечения Medicare, отнесенных к определенной категории (QMB):** помогает оплачивать страховые взносы по программам Medicare Part A и Part B, а также другие суммы участия в расходах (например, не покрываемые страховкой минимумы, дополнительные взносы и доплаты). (Некоторые участники программы QMB также имеют право на получение льгот по программе Medicaid в полном объеме (QMB+).)
- **Расширенная программа для правомочных получателей страхового обеспечения Medicare (QMB+):** помогает оплачивать страховые взносы по программам Medicare Part A и Part B, а также другие суммы участия в расходах (например, не покрываемые страховкой минимумы, дополнительные взносы и доплаты). Лицам, имеющим право на участие в программе страхования, также доступен полный объем покрытия в рамках программы Medicaid.
- **Расширенная программа для получателей страхового обеспечения Medicare с оговоренным низким уровнем доходов (SLMB+):** помогает оплачивать страховые взносы в рамках программы части B. Лицам, имеющим право на участие в программе страхования, также доступен полный объём покрытия в рамках программы Medicaid.
- **Программа для лиц, имеющих право на участие в двух программах с полным страховым покрытием (FBDE):** программа Medicaid может оплачивать ваши страховые взносы за участие в программах Medicare Part A и Part B, а также другие суммы участия в расходах (например, не покрываемые страховкой минимумы, дополнительные взносы и доплаты). Лицам, имеющим право на участие в программе страхования, также доступен полный объем покрытия в рамках программы Medicaid.

Чтобы стать участником этого плана, вы должны быть зарегистрированы как в программе Medicare, так и в Департаменте здравоохранения штата Wisconsin и соответствовать всем остальным критериям участия в плане на момент регистрации. Если у вас возникли вопросы о помощи, которую вы получаете по программе Medicaid, обратитесь в Департамент здравоохранения штата Wisconsin.

	Программа Medicaid в штате Wisconsin — контактная информация
Телефон	1-608-266-1865 С понедельника по пятницу с 8 a.m. до 4:30 p.m. по центральному поясному времени (Central Time, CT)
TTY	711 1-800-947-3529 Этот номер предусматривает наличие специального телефонного оборудования и предназначен только для лиц, у которых есть нарушения слуха или речи.
Почтовый адрес	Wisconsin Medicaid 1 West Wilson Street Madison, WI 53703
Веб-сайт	https://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/index.htm

Программа омбудсмена по долгосрочному уходу помогает людям, зарегистрированным в Департаменте здравоохранения штата Wisconsin, решать проблемы с получением услуг или оплатой счетов. Здесь вам помогут подать жалобу или апелляцию в отношении нашего плана страхования.

	Программа омбудсменов по вопросам долгосрочного ухода — контактная информация
Телефон	1-800-815-0015 С понедельника по пятницу с 7:45 a.m. до 4:30 p.m. по местному времени
TTY	711
Почтовый адрес	Board on Aging and Long Term Care 1402 Pankratz Street, Suite 111 Madison, WI 53704-4001
Веб-сайт	https://www.dhs.wisconsin.gov/aging/ltcombud.htm

Управление омбудсмена штата по вопросам долгосрочного ухода помогает людям получать информацию о центрах сестринского ухода, а также решать проблемы, возникающие между центрами сестринского ухода и пациентами или их семьями.

	Управление омбудсмена штата по вопросам долгосрочного ухода — контактная информация
Телефон	1-800-815-0015 1-800-242 1060 С понедельника по пятницу с 8 a.m. до 4:30 p.m. по местному времени
TTY	711
Почтовый адрес	Board on Aging and Long Term Care 1402 Pankratz Street, Suite 111 Madison, WI 53704
Веб-сайт	https://longtermcare.wi.gov/Pages/Ombudsman.aspx

РАЗДЕЛ 7 Программы помощи в оплате расходов на рецептурные препараты

На веб-сайте программы Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) представлена информация о способах снижения расходов на рецептурные препараты. Приведенные ниже программы могут помочь людям с ограниченным доходом.

Программа «Дополнительная помощь» в рамках программы Medicare

Поскольку вы имеете право на получение помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin, вы также имеете право участвовать в программе «Дополнительная помощь» и получаете дополнительную помощь от программы Medicare, помогающей с оплатой ваших расходов на рецептурные лекарственные препараты. Для участия в программе «Дополнительная помощь» вам не нужно предпринимать никаких действий.

Если у вас возникли вопросы относительно программы «Дополнительная помощь», позвоните:

- по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048;
- в Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213, с 8 a.m. до 7 p.m. с понедельника по пятницу. Пользователи линии TTY звонят по номеру 1-800-325-0778; или
- Отдел Medicaid вашего штата по номеру 1-608-266-1865, пользователям линии TTY следует звонить по номеру 711.

Если вы считаете, что вы платите неправильную сумму за ваш рецептурный препарат в аптеке, у нашего плана есть процедура, которая поможет вам получить доказательства вашей

правильной суммы доплаты. Если у вас уже есть доказательства правильной суммы, мы можем помочь вам поделиться этими доказательствами с нами.

- Позвоните в отдел обслуживания участников плана и сообщите представителю, что, по вашему мнению, вы имеете право на участие в программе «Дополнительная помощь». От вас может потребоваться предоставление одного из следующих видов документов (политика предоставления имеющихся документов для подтверждения актуального уровня доходов):
    - Копия карты получателя помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin, на которой указаны ваше имя и дата получения права на участие в программе в течение месяца после июня предыдущего календарного года
    - Копия документа, выданного штатом и подтверждающего, что вы были получателем помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin в течение месяца после июня предыдущего календарного года
    - Распечатка электронного регистрационного файла, предоставленного государственными органами штата, подтверждающего статус получателя помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
    - Распечатка снимка экрана из системы Департамента здравоохранения штата Wisconsin штата с данными о статусе участника программы Medicaid в течение месяца после июня предыдущего календарного года
    - Другие документы, предоставленные штатом, подтверждающие статус получателя помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin в течение месяца после июня предыдущего календарного года
    - письмо из Управления социального обеспечения (Social Security Administration, SSA), подтверждающее, что человек получает дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI);
    - уведомление о подаче заявки лицом, предположительно имеющим право (Application Filed by Deemed Eligible), подтверждающее, что получатель страхового покрытия автоматически получает право на участие в программе «Дополнительная помощь» («... automatically eligible for Extra Help...») (публикация SSA HI 03094.605).

Если вы находитесь в стационаре и считаете, что имеете право на нулевое участие в расходах, позвоните в отдел обслуживания участников плана и сообщите представителю, что, по вашему мнению, вы имеете право на участие в программе «Дополнительная помощь». От вас может потребоваться предоставление одного из следующих видов документов:

- предоставленное учреждением платежное извещение, подтверждающее платеж Medicaid от вашего имени за полный календарный месяц пребывания и поданное в течение месяца после июня предыдущего календарного года;

  - копия документа, выданного государственными органами штата, подтверждающего платеж Medicaid от вашего имени учреждению за полный календарный месяц после июня предыдущего календарного года; или
  - снимок экрана из системы Medicaid штата с указанием вашего статуса госпитализации в учреждении, основанного на пребывании в нем не менее полного календарного месяца для целей оплаты Medicaid в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Если вы не можете предоставить описанные выше документы и считаете, что можете иметь право на участие в программе «Дополнительная помощь», позвоните в отдел обслуживания участников плана, и представитель поможет вам.
- Когда мы получим доказательства, подтверждающие правильный уровень доплаты, мы обновим нашу систему, чтобы вы могли оплатить правильную сумму доплаты при получении следующего рецепта. Если у вас будет переплата по доплате, мы вернем вам ее по чеку или в виде будущего кредита на доплату. Если аптека не взяла с вас доплату, а у вас есть задолженность, мы можем произвести платеж непосредственно в адрес аптеки. Если оплата от вашего имени была произведена государственными органами штата, мы можем отправить платеж непосредственно соответствующему государственному органу штата. Позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711), если у вас возникли вопросы.

Что, если у вас есть покрытие от программы «Дополнительная помощь» и Программы помощи штата в оплате лекарственных препаратов (SPAP)?

Многие штаты предлагают помощь в оплате лекарств по рецепту, страховых взносов по планам покрытия лекарств и (или) других расходов на лекарства. Если вы зарегистрированы в Программе помощи штата в оплате лекарственных препаратов (SPAP), сначала платит программа «Дополнительная помощь» программы Medicare.

В штате Wisconsin программа по оказанию помощи в оплате фармацевтических препаратов штата — Wisconsin SeniorCare.

Что, если у вас есть покрытие от программы «Дополнительная помощь» и Программы помощи в оплате лекарственных средств для лечения AIDS (ADAP)?

Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения AIDS (ADAP) помогает людям с HIV/AIDS получить доступ к жизненно важным лекарственным препаратам от HIV-инфекции. Программа помощи в оплате лекарств от HIV (HIV Drug Assistance Program, HDAP) штата Wisconsin помогает оплачивать лекарства в рамках программы Medicare Part D, которые также входят в Справочник лекарств ADAP.

Программа помощи в оплате лекарств от HIV (HIV Drug Assistance Program, HDAP) штата Wisconsin — это программа ADAP вашего штата.
Программа помощи в оплате лекарств от HIV (HIV Drug Assistance Program, HDAP) штата Wisconsin в вашем штате приведена ниже.

	Программа помощи в оплате лекарств от HIV (HIV Drug Assistance Program, HDAP) штата Wisconsin — контактная информация
Телефон	1-800-991-5532 1-608-261-6952 1-608-267-6875 С понедельника по пятницу с 8 a.m. до 4:30 p.m. по местному времени
TTY	711 1-800-947-3529 Этот номер предусматривает наличие специального телефонного оборудования и предназначен только для лиц, у которых есть нарушения слуха или речи.
Почтовый адрес	Division of Public Health Attn: ADAP P.O. Box 2659 Madison, WI 53701
Веб-сайт	https://www.dhs.wisconsin.gov/hiv/hdap.htm

Примечание. Чтобы иметь право на участие в ADAP в вашем штате, нужно соответствовать определенным критериям, включая подтверждение проживания в штате и наличия положительного HIV-статуса, низкий уровень дохода (согласно установленным в штате нормам) и отсутствие страховки/наличие страховки на недостаточную сумму. В случае смены плана страхования сообщите об этом местному сотруднику ADAP, чтобы вы могли и дальше получать помощь. Для получения информации о критериях участия в программе, покрываемых лекарствах или о том, как зарегистрироваться в программе, позвоните в Программу помощи в оплате лекарств от HIV (HIV Drug Assistance Program, HDAP) штата Wisconsin.

Программы помощи штата в оплате лекарственных препаратов

Во многих штатах действуют программы помощи штата в оплате лекарственных препаратов (State Pharmaceutical Assistance Programs), которые предусматривают частичное возмещение стоимости рецептурных препаратов некоторым жителям штата в зависимости от их финансовых возможностей, возраста, заболевания или инвалидности. В каждом штате установлены свои правила предоставления страхового покрытия расходов на лекарственные препараты участникам программы.

В штате Wisconsin программа по оказанию помощи в оплате фармацевтических препаратов штата — Wisconsin SeniorCare.

Wisconsin SeniorCare — контактная информация	
Телефон	1-800-657-2038 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 6 p.m. по местному времени
TTY	711
Почтовый адрес	SeniorCare P.O. Box 6710 Madison, WI 53716-0710
Веб-сайт	http://www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare/

План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare

План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare — это новый вариант оплаты, который работает с вашим текущим покрытием лекарственных препаратов и может помочь вам управлять своими личными расходами на лекарственные препараты, покрываемые нашим планом, распределяя их в течение **календарного года** (с января по декабрь). Любой участник плана Medicare по страхованию расходов на лекарственные препараты или плана Medicare по страхованию расходов на медицинское обслуживание (например, план Medicare Advantage со страховым покрытием лекарственных препаратов) может использовать этот вариант оплаты. **Этот вариант оплаты может помочь вам контролировать свои расходы, но он не позволит вам сэкономить денежные средства или снизить расходы на лекарственные препараты. Если вы участвуете в плане Medicare по страхованию расходов на рецептурные препараты и остаетесь в том же плане по части D, ваше участие будет автоматически продлено на 2026 год.** Программа «Дополнительная помощь» в рамках программы Medicare и помощь в рамках SPAP и ADAP для тех, кто имеет на это право, более выгодна, чем участие в Плане оплаты рецептурных препаратов Medicare. Чтобы узнать больше об этом варианте оплаты, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) или посетите веб-сайт www.Medicare.gov.

План Medicare по страхованию расходов на рецептурные препараты — контактная информация	
Телефон	1-833-750-9969 Звонки на этот номер бесплатны. звонить можно 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Отдел обслуживания участников плана по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) также предоставляет бесплатные услуги перевода для лиц, не говорящих на английском языке.

План Medicare по страхованию расходов на рецептурные препараты — контактная информация	
TTY	1-800-716-3231 Этот номер предусматривает наличие специального телефонного оборудования и предназначен только для лиц, у которых есть нарушения слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатны. звонить можно 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.
Почтовый адрес	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166
Веб-сайт	go.wellcare.com/WI-MPPP

РАЗДЕЛ 8 Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB)

Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта — это независимое федеральное ведомство, осуществляющее руководство комплексными программами льгот для граждан, работающих в отрасли железнодорожного транспорта, и членов их семей. Если вы застрахованы по программе Medicare через Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта, проинформируйте эту организацию в случае, если вы переехали, или у вас изменился почтовый адрес. При возникновении вопросов о ваших льготах, предоставленных Советом по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта, обратитесь в это ведомство.

Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB) — контактная информация	
Телефон	1-877-772-5772 Звонки на этот номер бесплатны. Нажмите «0», чтобы связаться с представителем RRB: понедельник, вторник, четверг, пятница — с 9 a.m. до 3:30 p.m.; среда — с 9 a.m. до 12 p.m. Нажмите «1», чтобы связаться с автоматической справочной службой RRB, где 24 часа в сутки и праздничных дней можно получить записанную справочную информацию.
TTY	1-312-751-4701

Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB) — контактная информация	
	Этот номер предусматривает наличие специального телефонного оборудования и предназначен только для лиц, у которых есть нарушения слуха или речи. Звонки на этот номер не бесплатны.
Веб-сайт	https://RRB.gov

РАЗДЕЛ 9 Если у вас групповое или другое медицинское страхование от работодателя

Если в рамках этого плана страхования вы (или ваш супруг/супруга или гражданский партнер) получаете страховое покрытие по программе страхования вашего работодателя (или работодателя вашего супруга/супруги или гражданского партнера) либо профсоюза пенсионеров, при возникновении любых вопросов позвоните администратору страховых выплат от работодателя/профсоюза или в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711). Вы можете запросить информацию о покрываемых медицинских услугах, страховых взносах или периоде регистрации в программе страхования вашего работодателя (или работодателя вашего супруга/супруги или гражданского партнера) либо профсоюза пенсионеров. (Номера телефонов отдела обслуживания участников плана напечатаны на задней обложке настоящего документа.) С вопросами о вашем страховом покрытии по программе Medicare в рамках этого плана, вы можете обращаться по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048.

Если у вас есть другое страховое покрытие лекарственных препаратов от вашего работодателя или группового плана для пенсионеров (либо работодателя или группового плана для пенсионеров супруга/супруги либо гражданского партнера), обратитесь к **администратору страховых выплат этого группового плана.** Администратор страховых выплат поможет вам понять, как ваше действующее страховое покрытие в отношении расходов на лекарственные препараты будет сочетаться с нашим планом.

ГЛАВА 3. Использование нашего плана для получения медицинских и прочих покрываемых услуг

РАЗДЕЛ 1 Порядок получения медицинского обслуживания и прочих услуг, предоставляемых участникам нашего плана страхования

В этой главе приводятся важные сведения об использовании нашего плана страхования для получения медицинского обслуживания и прочих услуг в рамках страхового покрытия. Для получения подробной информации о том, какое медицинское обслуживание и другие услуги покрывает наш план, см. Таблицу страхового покрытия в главе 4.

Раздел 1.1 Сетевые поставщики услуг и покрываемые услуги

- **Поставщики услуг** — это врачи и прочие медицинские специалисты, имеющие лицензию штата на предоставление медицинской помощи и услуг. Поставщиками услуг также выступают больницы и прочие медицинские учреждения.
- **Сетевые поставщики услуг** — это врачи и прочие медицинские специалисты, медицинские группы, больницы и иные медицинские учреждения, с которыми мы заключили договор о том, что в качестве полной оплаты услуг они будут принимать наши выплаты. Мы договорились с этими поставщиками услуг о предоставлении участникам нашего плана покрываемых услуг. Поставщики услуг, представленные в нашей сети, выставляют счет за предоставленные вам услуги непосредственно нам. При обращении к сотрудничающему с планом поставщику услуг вы ничего не платите за покрываемые услуги.
- К **покрываемым услугам** относятся все медицинские услуги и обслуживание, принадлежности, оборудование и рецептурные лекарственные препараты, покрываемые нашим планом страхования. Доступные вам покрываемые медицинские услуги перечислены в Таблице страхового покрытия в главе 4. Информация о страховом покрытии рецептурных лекарственных препаратов представлена в главе 5.

Раздел 1.2 Основные правила получения вами медицинского обслуживания и прочих услуг, которые будут покрываться нашим планом страхования

Как план медицинского страхования в рамках Medicare наш план должен покрывать все услуги, покрываемые Original Medicare, и при этом может предоставлять прочие услуги в дополнение к тем, которые покрываются программой Original Medicare. Информацию об услугах, покрываемых планом, см. в главе 4.

Как правило, наш план страхования покрывает ваше медицинское обслуживание при соблюдении следующих условий:

- **Медицинское обслуживание, которое вы получаете, включено в Таблицу страхового покрытия нашего плана** в главе 4.
- **Медицинское обслуживание, которое вы получаете, считается необходимым по медицинским показаниям.** «Необходимое по медицинским показаниям» означает, что услуги, принадлежности, оборудование или лекарственные препараты необходимы вам для профилактики, диагностики или лечения вашего заболевания и при этом соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики.
- **У вас есть поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP), который представлен в нашей сети, предоставляет вам медицинскую помощь и координирует ее получение у других специалистов.** Как участник нашего плана, вы обязаны выбрать сетевого PCP (перейдите в раздел 2.1 для получения более подробной информации).
  - Обсудите свой план лечения со своим PCP заранее, чтобы скоординировать свое медицинское обслуживание, прежде чем обращаться к другим поставщикам, входящим в сеть плана, таким как специалисты, больницы, учреждения квалифицированного сестринского ухода или агентства по медицинскому обслуживанию на дому. Для получения некоторых услуг требуется предварительное разрешение. Для получения дополнительной информации об этих услугах см. Таблицу страхового покрытия в разделе 2 главы 4.
- **Вы должны получить медицинское обслуживание у сетевого поставщика услуг** (перейдите в раздел 2). В большинстве случаев медицинское обслуживание, которое вы получаете у внесетевого поставщика услуг (поставщика, не входящего в сеть нашего плана страхования), не покрывается, за исключением случаев, указанных ниже. Это означает, что вы должны полностью оплатить услуги, получаемые от поставщика услуг. Предусмотрено 3 исключения:
  - Наш план страхования покрывает услуги по оказанию экстренной помощи или срочно необходимые услуги, которые вы получаете от внесетевого поставщика услуг. Для получения дополнительной информации и ознакомления с тем, какие услуги

являются услугами по оказанию экстренной помощи или срочно необходимыми услугами, перейдите в раздел 3.

- Если вам требуется медицинское обслуживание, которое должно покрываться нашим планом страхования согласно правилам программы Medicare или Департамента здравоохранения штата Wisconsin, но в нашей сети нет специалистов, способных предоставить эти услуги, вы можете получить их у внесетевого поставщика услуг за ту же стоимость, которую вы обычно платите поставщику услуг, входящему в сеть плана (при наличии предварительного разрешения). В этом случае мы покроем эти услуги в том же порядке, как если бы они были предоставлены поставщиком услуг из нашей сети. Для получения информации о получении разрешения на посещение внесетевого врача перейдите в раздел 2.4.
- Нашим планом страхования покрываются услуги по диализу почек, предоставляемые в специализированном учреждении, сертифицированном Medicare, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или когда ваш поставщик этих услуг временно недоступен. Ваше участие в расходах, которую вы платите нашему плану, на услуги диализа никогда не может быть выше доли расходов, предусмотренной в рамках программы Original Medicare. Если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана и при этом получаете услуги диализа у поставщика услуг, не представленного в сети нашего плана, ваша доля участия в расходах не может быть выше вашей доли расходов на услуги, получаемые в пределах сети. Тем не менее, если ваш обычный сетевой поставщик услуг диализа временно недоступен и вы решаете получить соответствующие услуги в пределах нашей зоны обслуживания у внесетевого поставщика услуг, то доля вашего участия в расходах на услуги диализа может быть выше.

- **Возможность получения услуг по месту жительства (Пункт обслуживания, POS) позволяет вам получить доступ к определенным услугам от поставщиков, не входящих в сеть плана.** Не все услуги покрываются за пределами сети в соответствии с вашим вариантом получения услуг по месту жительства (Пункт обслуживания, POS). Для получения дополнительной информации о покрываемых услугах, не входящих в сеть плана, см. Таблицу страхового покрытия в разделе 2 главы 4. Вы будете платить больше за доступ к этим услугам при использовании услуг в рамках возможности POS. Более подробную информацию см. в разделе 2.4 данной главы.

  Вам не нужно получать направление, когда вы получаете медицинское обслуживание от поставщиков услуг, не входящих в сеть плана, для получения этих услуг. Однако перед получением этих услуг вы можете захотеть убедиться, что они покрываются нами. Если позднее мы установим, что услуги не покрываются, мы можем отказать в страховом покрытии, и вы будете нести ответственность за расходы. Для получения некоторых услуг может потребоваться предварительное разрешение.

РАЗДЕЛ 2 Использование представленных в сети нашего плана поставщиков услуг для получения медицинского обслуживания и прочих услуг

Раздел 2.1 Вы должны выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), отвечающего за предоставление вам медицинского обслуживания и его координацию

Кто такой PCP и чем он занимается?

Став участником нашего плана, вы должны сначала выбрать сотрудничающего с планом поставщика услуг, который будет вашим PCP. Ваш PCP — это ваш партнер в области здравоохранения, обеспечивающий или координирующий ваше медицинское обслуживание. Вашим PCP должен быть медицинский специалист, отвечающий требованиям штата и имеющий подготовку, необходимую для оказания вам первичной медицинской помощи. К таким специалистам относятся врачи, специализирующиеся в области семейной практики, общей практики, терапевтической медицины и гериатрии. Практикующая медсестра (NP), дипломированная медсестра, имеющая лицензию штата и прошедшая специальное обучение, предоставляющая базовый уровень медицинского обслуживания, или помощник врача (PA), прошедший сертификацию в качестве PCP, предоставляющий услуги в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи, также может выступать в качестве вашего PCP.

Основной объем планового или базового медицинского обслуживания вы получаете от своего PCP. Кроме того, ваш PCP поможет вам организовать и координировать остальные покрываемые услуги, получаемые вами как участником нашего плана страхования. Покрытие включает следующие виды услуг:

- рентгенографию;
- лабораторные исследования;
- физиотерапию, трудотерапию и (или) речевую терапию;
- услуги докторов, являющихся врачами узкой специализации;
- госпитализацию в больницу;
- последующее наблюдение.

Координация получаемых вами покрываемых услуг подразумевает общение или консультации с другими поставщиками услуг, представленными в нашем плане, по поводу вашего обслуживания и хода лечения. Для некоторых видов услуг или принадлежностей вашему PCP необходимо получить предварительное разрешение (предварительное одобрение). Если для получения услуги требуется предварительное разрешение, ваш PCP подает в наш план запрос на получение такого разрешения. Поскольку ваш PCP будет предоставлять и координировать

ваше медицинское обслуживание, вам следует отправить все ваши прошлые медицинские документы в приемную вашего PCP. Как правило, большую часть планового медицинского обслуживания вы получаете у своего PCP. Мы рекомендуем, чтобы ваш PCP координировал все ваше обслуживание. Более подробную информацию см. в разделе 2.2 данной главы.

В некоторых случаях ваш PCP, специалист или другой поставщик услуг, к которому вы обращаетесь, должен получить от нас предварительное разрешение (предварительное одобрение) на определенные виды покрываемых услуг и товаров. Услуги и товары, требующие предварительного разрешения, представлены в главе 4 настоящего документа.

Если вам необходимо поговорить с врачом в нерабочее время, позвоните в кабинет врача, и ваш звонок переведут на линию врача, автоответчик с указаниями, где можно получить обслуживание, или на линию другого врача, предоставляющего страховое покрытие. Если вам требуется экстренная медицинская помощь, немедленно позвоните по номеру 911.

Как выбрать PCP

Чтобы выбрать PCP, посетите наш веб-сайт по адресу go.wellcare.com/2026providerdirectories и выберите PCP из числа сотрудничающих с нашим планом поставщиков услуг. Отдел обслуживания участников плана также может помочь вам выбрать PCP. Выбрав PCP, позвоните в отдел обслуживания участников плана и сообщите о своем выборе. Ваш PCP должен сотрудничать с нашим планом.

Если вы хотите лечиться у конкретного специалиста или в конкретной больнице из числа сотрудничающих с нашим планом, сначала убедитесь, что этот специалист и (или) эта больница входят в сеть вашего PCP.

Если вы не выберете PCP или выберете такого PCP, у которого нельзя получить обслуживание по этому плану, мы назначим вам PCP автоматически.

Как сменить PCP

Вы можете в любое время и по любой причине сменить PCP. Также возможно, что ваш PCP может выйти из сети нашего плана страхования, в связи с чем вам потребуется выбрать нового PCP. При определенных обстоятельствах наши поставщики услуг обязаны продолжать предоставлять обслуживание после выхода из нашей сети. Для получения подробной информации обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

Если вы хотите сменить своего PCP, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Все PCP, представленные в плане, направляют пациентов к определенным сотрудничающим с планом специалистам и в определенные больницы, сотрудничающие с ними. Это означает, что решение о том, у каких специалистов и в каких больницах вы можете лечиться, принимает ваш PCP. Если вы хотите лечиться у конкретных специалистов или в конкретных больницах, выясните вначале, сотрудничает ли с ними ваш PCP.

Для смены PCP позвоните в отдел обслуживания участников плана. Изменения вступят в силу с первого числа следующего месяца. Обратите внимание! Если вы обращаетесь к PCP, отличному от закрепленного за вами PCP, вы можете понести более высокую долю участия в расходах или ваши страховые требования могут быть отклонены.

Раздел 2.2 Медицинское обслуживание и прочие услуги, которые вы можете получить без направления от PCP

Перечисленные ниже услуги можно получить без предварительного одобрения PCP.

- Плановое обслуживание в области женского здоровья, включающее обследования молочной железы, скрининговая маммография (рентгеновские снимки молочной железы), цитологические мазки и обследования органов таза. Все эти услуги должны предоставляться сетевым поставщиком услуг
- Прививки от гриппа, COVID-19 и пневмонии при условии, что вы получаете их у сетевого поставщика услуг
- Услуги экстренной медицинской помощи от сетевых или внесетевых поставщиков услуг
- Срочно необходимые услуги, покрываемые планом, — услуги, требующие немедленной медицинской помощи (но не являющейся экстренной), если либо вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана, либо получение этой услуги у сетевых поставщиков нецелесообразно с учетом вашего времени, места и обстоятельств. Примерами срочно необходимых услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы или непредвиденные обострения существующих заболеваний. Необходимые с медицинской точки зрения плановые визиты к поставщикам услуг (например, ежегодные осмотры), не считаются срочно необходимыми, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или сеть нашего плана временно недоступна.
- Услуги по диализу почек, предоставляемые в специализированном учреждении, сертифицированном Medicare, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана страхования. По возможности позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) до того, как вы покинете зону обслуживания, чтобы мы могли организовать вам поддерживающий диализ на время вашего отсутствия.

Раздел 2.3 Как получить услуги специалистов и других сетевых поставщиков услуг

Специалист — это врач, который оказывает медицинскую помощь при определенном заболевании или для определенной части тела. Существует много видов специалистов. Например:

- Онкологи оказывают медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями.
- Кардиологи оказывают медицинскую помощь пациентам с заболеваниями сердца.
- Ортопеды оказывают медицинскую помощь пациентам с определенными заболеваниями костей, суставов или мышц.

Обсудите свои медицинские потребности со своим PCP, чтобы получить рекомендацию посетить специалиста, который сможет предоставить вам соответствующее обслуживание. Для посещения специалиста направление не требуется. Однако в некоторых случаях вам, вашему представителю или вашему PCP / поставщику услуг может потребоваться получить предварительное разрешение от плана. Для получения информации о том, какие услуги требуют предварительного разрешения, см. раздел 2 главы 4.

Когда специалист или другой сетевой поставщик услуг покидает наш план

В течение года мы можем вносить изменения в список больниц, врачей и специалистов (поставщиков услуг) в сети нашего плана страхования. Если ваш врач или специалист выходит из сети поставщиков услуг нашего плана страхования, у вас есть эти права и средства защиты:

- Хотя мы можем вносить изменения в список поставщиков услуг в течение года, по правилам Medicare у вас должен быть непрерывный доступ к квалифицированным врачам и специалистам.
- Мы уведомим вас о выходе поставщика услуг из сети нашего плана, чтобы у вас было время выбрать нового поставщика услуг.
    - Если ваш поставщик первичного медицинского обслуживания или поставщик услуг в области поведенческого здоровья покидает наш план, мы сообщим вам об этом, если вы посещали этого поставщика в течение последних 3 лет.
    - Если кто-либо из других ваших поставщиков услуг покинет наш план, мы уведомим вас, если вы закреплены за этим поставщиком, получаете от него медицинское обслуживание в настоящее время или посещали его в течение последних 3 месяцев.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного поставщика услуг, входящего в сеть плана, для продолжения медицинского обслуживания.

- Если вы получаете необходимое по медицинским показаниям лечение или терапию у вашего текущего поставщика услуг, вы имеете право требовать продолжения получения необходимого по медицинским показаниям лечения или терапии. Мы будем сотрудничать с вами, чтобы вы могли продолжать получать медицинское обслуживание.
- Мы предоставим вам информацию о доступных периодах регистрации и о возможных вариантах смены плана.
- Если сетевой поставщик или услуга недоступна или недостаточна для удовлетворения ваших медицинских потребностей, мы организуем предоставление любой необходимой по медицинским показаниям покрываемой услуги за пределами нашей сети поставщиков услуг, при этом ваша доля участия в расходах будет соответствовать доле участия в расходах при обращении к сетевому поставщику. Наш план должен подтвердить отсутствие поставщика услуг в сети плана, и поставщик услуг, не входящий в сеть плана, должен связаться с планом, чтобы запросить разрешение на получение услуг. В случае одобрения поставщику, не входящему в сеть плана, будет выдано разрешение на предоставление услуги (услуг). Вы имеете право получать услуги от внесетевых поставщиков услуг по оказанию экстренной помощи и срочно необходимых услуг. Кроме того, наш план должен покрывать услуги диализа для участников с терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD), которые выехали за пределы зоны обслуживания плана и не имеют возможности получить доступ к сетевым поставщикам услуг. Услуги для участников с ESRD должны быть получены в сертифицированном программой Medicare диализном центре.
- Если вам станет известно, что ваш врач или специалист покидает наш план, обратитесь к нам, чтобы мы помогли вам выбрать нового поставщика услуг и организовать ваше медицинское обслуживание.
- Если вы считаете, что мы не предоставили вам квалифицированного поставщика услуг в качестве замены вашего предыдущего поставщика или что ваше медицинские обслуживание организовано ненадлежащим образом, вы имеете право подать жалобу на качество обслуживания в QIO, претензию на качество обслуживания в наш план страхования или и то, и другое (перейдите в главу 9).

Раздел 2.4 Как получить услуги внесетевых поставщиков услуг

Вы имеете право получать услуги от внесетевых поставщиков услуг по оказанию экстренной помощи и срочно необходимых услуг. Кроме того, наш план должен покрывать услуги диализа для участников с терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD), которые выехали за пределы зоны обслуживания плана и не имеют возможности получить доступ к сетевым поставщикам услуг. Услуги для участников с ESRD должны быть получены в сертифицированном программой Medicare диализном центре.

Также, если вам нужна медицинская помощь, покрываемая программой Medicare, и сетевой поставщик услуг не может предоставить эту помощь, вы можете получить ее у поставщика, не входящего в сеть плана. Наш план должен подтвердить отсутствие поставщика услуг в сети плана, и поставщик услуг, не входящий в сеть плана, должен связаться с планом, чтобы запросить разрешение на получение услуг. В случае одобрения поставщику, не входящему в сеть плана, будет выдано разрешение на предоставление услуги (услуг).

Используя возможность получения услуг по месту жительства (Point-of-Service, POS), вы можете пользоваться услугами поставщиков, не входящих в сеть плана, для получения определенных услуг. Для получения дополнительной информации о покрываемых услугах, не входящих в сеть плана, см. Таблицу страхового покрытия в разделе 2 главы 4. Вы будете платить больше за доступ к этим услугам при использовании услуг в рамках возможности POS. Ваши личные расходы могут быть выше, если вы пользуетесь услугами внесетевых поставщиков услуг в рамках вашей возможности POS. Вам не нужно получать направление, если вы собираетесь получать эти услуги вне сети плана. Однако перед получением этих услуг вы, возможно, захотите уточнить у нас, покрываются ли они нашим планом. Если позднее мы установим, что услуги не покрываются, мы можем отказать в страховом покрытии, и вы будете нести ответственность за расходы. Для получения некоторых услуг может потребоваться предварительное разрешение.

Если поставщик услуг, не входящий в сеть плана, отправляет вам счет, который, по вашему мнению, мы должны оплатить, обратитесь в отдел обслуживания участников плана или отправьте нам счет для оплаты. Мы оплатим вашему поставщику услуг нашу долю в счете, и ваш поставщик услуг может выставить вам счет на сумму, которую вы должны оплатить, если таковая имеется.

РАЗДЕЛ 3 Порядок получения услуг в экстренной ситуации, в случае стихийного бедствия или при необходимости неотложной медицинской помощи

Раздел 3.1 Получение помощи в чрезвычайной ситуации медицинского характера

Чрезвычайная ситуация медицинского характера возникает, когда вы или любой другой здравомыслящий человек, не являющийся медицинским специалистом и имеющий обычный уровень знаний о здоровье и медицине, предполагаете наличие у вас медицинских симптомов, которые требуют немедленного медицинского вмешательства для предотвращения смертельного исхода (потери плода при беременности), потери конечности или функции конечности, а также потери или серьезного нарушения функции организма. Такие медицинские симптомы могут включать заболевание, травму, сильную боль или быстро ухудшающееся патологическое состояние.

В случае чрезвычайной ситуации медицинского характера:

- **Обратитесь за помощью как можно скорее.** Позвоните по номеру 911 для получения помощи либо обратитесь в ближайшее отделение экстренной помощи или в больницу. Вызовите «скорую помощь» в случае необходимости. Вам не требуется предварительное одобрение или направление от вашего PCP. Вам не обязательно обращаться к сетевому врачу. Вы можете получить покрываемую экстренную медицинскую помощь при первой необходимости в любой точке США или их территорий, а также у любого поставщика услуг с соответствующей государственной лицензией, даже если он не входит в нашу сеть. План Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) обеспечивает страховое покрытие экстренной/неотложной помощи по всему миру.
- **Как можно скорее сообщите в наш план о вашем неотложном состоянии.** Нам нужно проконтролировать оказание вам экстренной помощи. Вы или другой человек должны позвонить нам и сообщить о получении вами экстренной помощи (желательно в течение 48 часов). Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному на обратной стороне вашей карты участника плана страхования.

Покрываемые услуги в случае чрезвычайной ситуации медицинского характера

Наш план страхования покрывает услуги скорой помощи в тех случаях, когда все прочие способы добраться до отделения экстренной помощи представляют угрозу для вашего здоровья. Мы также покрываем медицинские услуги в экстренных ситуациях.

Решение о том, стабилизировалось ли ваше состояние и нуждаетесь ли вы по-прежнему в экстренной помощи, будут принимать врачи, оказывающие вам экстренную помощь.

После получения экстренной помощи вы имеете право на последующее наблюдение с целью убедиться, что ваше состояние остается стабильным. Важно, чтобы после получения экстренной помощи вы повторно обратились к своему поставщику первичного медицинского обслуживания в течение 5–7 дней. Вам позвонит сотрудник нашей группы медицинского обслуживания, чтобы помочь организовать необходимые повторные посещения и другие полезные услуги для восстановления. Ваши врачи продолжат предоставлять вам обслуживание, пока не свяжутся с нами и не составят план дополнительного лечения. Ваше последующее наблюдение будет покрыто нашим планом страхования. Если экстренная медицинская помощь оказывается внесетевым поставщиком услуг, мы постараемся организовать ваш переход для дальнейшего ухода к представленному в сети поставщику услуг, как только это позволят ваше состояние и обстоятельства.

Что, если это не чрезвычайная ситуация медицинского характера?

Иногда трудно установить, возникла ли у вас чрезвычайная ситуация медицинского характера. Например, вы можете полагать, что ваше здоровье находится в серьезной опасности, и поэтому обратиться за экстренной медицинской помощью, но в итоге врач может сказать, что это на

самом деле не чрезвычайная ситуация медицинского характера. Если окажется, что это не была чрезвычайная ситуация, мы покроем ваше обслуживание при условии, что вы объективно полагали, что ваше здоровье было в серьезной опасности.

Тем не менее, если врач установит, что это не была чрезвычайная ситуация, мы покроем дополнительное медицинское обслуживание только в том случае, если вы получили его одним из следующих 2 способов:

- Вы обращаетесь за дополнительным медицинским обслуживанием к сетевому поставщику услуг.
- Получаемое вами дополнительное медицинское обслуживание считается срочно необходимыми услугами, а вы соблюдаете нижеприведенные правила получения такой неотложной помощи.

Раздел 3.2 Получение неотложной медицинской помощи

Услуга, требующая немедленной медицинской помощи (но не являющейся экстренной) — срочно необходимая услуга, если либо вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана, либо получение этой услуги у сетевых поставщиков нецелесообразно с учетом вашего времени, места и обстоятельств. Примерами срочно необходимых услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы, а также непредвиденные обострения существующих заболеваний. Однако необходимые с медицинской точки зрения плановые визиты к поставщикам услуг, например, ежегодные осмотры, не считаются срочно необходимыми, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или сеть нашего плана временно недоступна.

Если вам необходима неотложная медицинская помощь, вы можете в 24 часа в сутки обратиться к вашему PCP. Для получения неотложной помощи вас могут направить в сетевой центр неотложной помощи. Список сетевых центров неотложной медицинской помощи см. в *Каталоге поставщиков услуг и аптек* или на нашем веб-сайте по адресу: go.wellcare.com/2026providerdirectories. Если услуги неотложной медицинской помощи предоставляются в кабинете врача, вы вносите доплату за прием; если же услуги неотложной помощи предоставляются в сетевом центре неотложной медицинской помощи или в клинике с приемом без записи, вы вносите доплату за посещение центра неотложной помощи, которая может быть иной. Сумму доплаты за услуги, предоставляемые в кабинете врача или сетевом центре неотложной помощи либо клинике с приемом без записи, см. в главе 4.

Вы также можете в любое время обратиться на линию сестринских консультаций. Специалисты линии готовы ответить на ваши вопросы 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Дополнительную информацию о линии сестринских консультаций см. в разделе «Программы просвещения по вопросам здоровья и здорового образа жизни» в главе 4 либо уточните в отделе обслуживания участников плана.

Наш план страхования покрывает услуги экстренной и неотложной помощи по всему миру за пределами США при соблюдении приведенных ниже условий. Однако Medicare не покрывает экстренную помощь за пределами США.

- При выезде за пределы США вы получаете страховое покрытие на сумму до $50,000 в рамках страхового покрытия экстренной и неотложной помощи по всему миру. Расходы, превышающие эту сумму, *не покрываются*.
- Транспортировка в США из другой страны и лекарства, приобретенные за пределами США, *не* покрываются. Кроме того, при госпитализации в стационар участник *не освобождается* от участия в расходах на услуги отделения экстренной помощи.
- По возможности свяжитесь с нами в течение 48 часов, чтобы сообщить нам о посещении отделения экстренной помощи.

Дополнительную информацию см. в разделах «Экстренная медицинская помощь» и «Срочно необходимые услуги» в Таблице страхового покрытия в главе 4 настоящего документа либо уточните в отделе обслуживания участников плана.

Раздел 3.3 Получение помощи во время стихийного бедствия

Если губернатор вашего штата, министр здравоохранения и социального обеспечения США или Президент США объявляет о стихийном бедствии или чрезвычайной ситуации в вашем регионе, вы по-прежнему имеете право на получение медицинской помощи от нашего плана.

Посетите веб-сайт go.wellcare.com/WI для получения информации о том, как получить необходимую медицинскую помощь во время стихийного бедствия.

Если в случае стихийного бедствия вы не можете воспользоваться услугами сетевого поставщика услуг, наш план страхования допускает получение вами помощи у внесетевых поставщиков услуг, при этом ваша доля участия в расходах будет соответствовать доле участия в расходах при обращении к сетевому поставщику. Если в случае стихийного бедствия вы не можете воспользоваться услугами сетевой аптеки, вы можете получить рецептурные препараты в аптеке, не входящей в нашу сеть. Перейдите в раздел 2.4 главы 5.

РАЗДЕЛ 4 Что делать, если вам напрямую выставили счет на оплату полной стоимости покрываемых услуг?

Если вы оплатили покрываемые услуги или получите счет за покрываемые медицинские услуги, информацию о том, что делать см. в главе 7.

Раздел 4.1 Если услуги не покрываются нашим планом

Наш план покрывает все услуги, необходимые по медицинским показаниям и представленные в Таблице страхового покрытия в главе 4. Если вы получаете услуги, которые не покрываются нашим планом страхования, или вы получаете услуги вне сети без разрешения, вы обязаны оплатить полную стоимость услуг. Прежде чем оплачивать стоимость услуг, необходимо проверить, покрываются ли эти услуги Департаментом здравоохранения штата Wisconsin.

Если на покрываемые услуги распространяется ограничение по объему страхового покрытия, вам также придется оплатить полную стоимость любых услуг, полученных по достижении предела ограничения для этого типа покрываемых услуг. Сумма, которую вы заплатите за расходы после достижения предела страхового покрытия, не будет засчитываться в максимальную сумму личных расходов. Например, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость услуг учреждения квалифицированного сестринского ухода, которые вы получаете после того, как оплата по нашему плану достигнет предела страхового покрытия. По достижении предела дополнительные платежи, произведенные вами за услугу, не засчитываются в ежегодную максимальную сумму личных расходов.

РАЗДЕЛ 5 Медицинские услуги в рамках клинического научного исследования

Раздел 5.1 Что такое клиническое научное исследование

Клиническое научное исследование (или клиническое испытание) — это процедура, посредством которой врачи и ученые исследуют новые виды лечения, например, проверяют эффективность нового лекарства для лечения рака. Некоторые клинические научные исследования одобрены программой Medicare. Обычно для участия в клинических научных исследованиях, одобренных программой Medicare, приглашаются добровольцы. Принимая участие в клиническом научном исследовании, вы можете оставаться участником нашего плана страхования и продолжать получать прочее медицинское обслуживание (медицинское обслуживание, не связанное с исследованием) по нашему плану страхования.

Если вы участвуете в исследовании, одобренном программой Medicare, программа Original Medicare оплачивает большую часть расходов на покрываемые услуги, получаемые вами в рамках исследования. Если вы сообщите нам о своем участии в соответствующем критериям клиническом исследовании, вы несете ответственность только за долю участия в расходах, соответствующую доле участия в расходах при обращении к сетевому специалисту, за услуги в рамках этого исследования. Если вы заплатили больше, например, если вы уже оплатили долю участия в расходах согласно Original Medicare, мы возместим вам разницу между оплаченной вами суммой и долей участия в расходах в рамках сети. Вам придется предоставить нам документы, подтверждающие оплаченную вами сумму.

Если вы захотите участвовать в любом одобренном программой Medicare клиническом научном исследовании, вам не нужно сообщать нам об этом или получать разрешение от нас или вашего PCP. Поставщики услуг, обслуживающие вас в рамках клинического научного исследования, не обязаны входить в сеть нашего плана страхования. (Это не относится к покрываемым услугам, для оценки которых требуется клиническое или регистровое исследование, в том числе к некоторым услугам, требующим страхового покрытия с разработкой доказательств (NCDs-CED), и исследованиям с освобождением от требований FDA США, предоставляемым исследуемым устройствам (IDE). На эти услуги также могут распространяться требование предварительного разрешения и другие правила плана.)

Несмотря на то, что вам не нужно разрешение от нашего плана страхования на участие в клиническом научном исследовании, мы рекомендуем вам заранее уведомлять нас о вашем решении принять участие в клинических исследованиях, одобренных Medicare.

Если вы участвуете в исследовании, не одобренном программой Medicare, ответственность за оплату любых расходов, связанных с вашим участием в этом исследовании, будет лежать на вас.

Раздел 5.2 Кто оплачивает услуги в рамках клинического научного исследования

Когда вы присоединяетесь к клиническому научному исследованию, одобренному программой Medicare, программа Original Medicare покрывает плановые услуги и материалы, которые вы получаете в рамках исследования, в том числе следующие:

- стоимость проживания и питания во время пребывания в больнице, которые программа Medicare оплатит даже в том случае, если это не связано с исследованием.
- операция или иная медицинская процедура, если она является частью исследования;
- лечение побочных эффектов и осложнений, связанных с новым видом медицинского обслуживания.

После оплаты доли участия в расходах на эти услуги программой Medicare наш план страхования оплатит оставшуюся часть. Аналогично любым другим покрываемым услугам, вам не придется ничего платить за покрываемые услуги, получаемые вами в рамках клинического научного исследования.

Когда вы участвуете в клиническом научном исследовании, **ни программа Medicare, ни наш план страхования не оплачивает следующее:**

- Как правило, программа Medicare не оплачивает новое изделие или услугу, которые служат предметом исследования, за исключением тех изделий или услуг, которые покрывались бы программой Medicare, даже если бы вы не участвовали в исследовании.

- Изделия или услуги, предоставляемые только для сбора данных, а не используемые непосредственно для вашего лечения. Например, программа Medicare не будет оплачивать ежемесячные процедуры компьютерной томографии, выполняемые в рамках исследования, если обычно ваше заболевание требует только однократного сканирования.
- Изделия и услуги, предоставляемые спонсорами исследований, предоставляются бесплатно для людей в рамках исследования.

Получение дополнительной информации об участии в клиническом научном исследовании

Получите дополнительную информацию о том, как присоединиться к клиническому научному исследованию, в публикации Medicare «*Программа Medicare и клинические научные исследования*», которая доступна по адресу www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048.

РАЗДЕЛ 6 Правила получения услуг в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

Раздел 6.1 Религиозное немедицинское учреждение здравоохранения

Религиозное немедицинское учреждение здравоохранения представляет собой учреждение, предоставляющее медицинский уход при состоянии, которое обычно лечится в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода. Если получение ухода в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода противоречит религиозным убеждениям участника плана страхования, мы вместо этого покроем уход в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения. Данная услуга предоставляется только в рамках части A — услуги в условиях стационара (немедицинские услуги).

Раздел 6.2 Как получить уход в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

Для получения ухода в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения необходимо подписать юридический документ, в котором вы подтверждаете свое осознанное решение отказаться от получения **неисключенной** медицинской помощи.

- **Неисключенное** медицинское обслуживание или помощь — это любое медицинское обслуживание или лечение, которое является добровольным и необязательным согласно федеральному законодательству либо законодательству штата или региона.

- **Исключенная** медицинская помощь — это получаемое вами медицинское обслуживание или лечение, которое не является добровольным и обязательно согласно федеральному законодательству либо законодательству штата или региона.

Чтобы наш план покрыл уход, предоставляемый вам религиозным немедицинским учреждением здравоохранения, он должен соответствовать следующим условиям:

- Учреждение, предоставляющее уход, должно быть сертифицировано Medicare.
- Наш план покрывает только *нерелигиозные* аспекты ухода.
- Если вы получаете услуги такой организации, находясь в учреждении, действуют следующие условия:
  - У вас должно быть состояние здоровья, позволяющее вам получать покрываемые услуги стационара или учреждения квалифицированного сестринского ухода.
  - — и — вы должны получить предварительное одобрение нашего плана страхования, прежде чем вас примут в учреждение, иначе ваше пребывание там не будет покрываться.

Ваше пребывание в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения не покрывается нашим планом, если вы заранее не получите разрешение (одобрение) от нашего плана страхования, и на него будут распространяться те же ограничения на покрытие, что и на стационарное лечение или услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода, которые вы получили бы в противном случае. Правила покрытия и дополнительная информация об участии в расходах и ограничениях на оплату стационарного лечения и квалифицированного сестринского ухода приведены в Таблице страхового покрытия в главе 4.

РАЗДЕЛ 7 Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования

Раздел 7.1 Вы не станете владельцем медицинского оборудования длительного пользования после совершения определенного количества платежей по нашему плану страхования

К медицинскому оборудованию длительного пользования (DME) могут относиться кислородное оборудование и принадлежности, инвалидные коляски, ходунки, системы ортопедических матрасов, костыли, принадлежности для лиц с сахарным диабетом, голосообразующие аппараты, насосы для внутривенной (IV) инфузии, небулайзеры и заказываемые поставщиком услуг для участников больничные койки для использования на дому. Участник всегда владеет некоторыми изделиями, относящимися к DME, такими как протезы. Другие типы DME вы должны арендовать.

Программа Original Medicare предусматривает переход в собственность участника определенных типов DME после выплаты доплат за это изделие в течение 13 месяцев. Как участник нашего плана вы также можете стать владельцем некоторых видов оборудования длительного пользования (DME) после внесения доплаты за предмет в течение определенного количества месяцев. Ваши предыдущие платежи за изделие, относящееся к DME, когда вы пользовались программой Original Medicare, не учитываются при оплате, которую вы производите, будучи участником нашего плана. Если вы приобрели право собственности на изделие, относящееся к DME, будучи участником нашего плана, и оборудование требует обслуживания, поставщик может выставить счет на оплату стоимости ремонта в рамках плана. Существуют также некоторые типы DME, право собственности на которые вы не приобретете независимо от того, сколько платежей вы произвели за этот предмет, будучи участником нашего плана. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать о требованиях к аренде или владению оборудованием длительного пользования (DME) и о документах, которые необходимо предоставить.

Что произойдет с вашими выплатами за медицинское оборудование длительного пользования, если вы перейдете в программу Original Medicare?

Если вы не получили изделие, относящееся к DME, в собственность, пока являлись участником нашего плана страхования, то после перехода в программу Original Medicare вы должны совершить 13 выплат подряд, чтобы стать владельцем этого изделия, относящегося к DME. Платежи, осуществленные вами во время участия в нашем плане, не учитываются в этих 13 выплатах.

Пример 1. Вы произвели 12 или менее выплат подряд за данное изделие, покрываемое в рамках программы Original Medicare, а затем стали участником нашего плана. Выплаты, совершенные вами в рамках программы Original Medicare, не засчитываются. Вам придется совершить 13 выплат по нашему плану страхования, прежде чем вы станете владельцем изделия.

Пример 2. Вы произвели 12 или менее выплат подряд за данное изделие, покрываемое в рамках программы Original Medicare, а затем стали участником нашего плана. Вы не получили право собственности на изделие, пока участвуете в нашем плане страхования. Затем вы вернулись в Original Medicare. После повторной регистрации в программе Original Medicare вам придется совершить 13 новых выплат подряд, чтобы стать владельцем изделия. Любые уже произведенные вами выплаты (в наш план или в программу Original Medicare) не учитываются.

Раздел 7.2 Правила покрытия кислородного оборудования, принадлежностей и технического обслуживания

Если вы имеете право на страховое покрытие кислородного оборудования в рамках программы Medicare, план страхования Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) покроет следующее:

- аренду кислородного оборудования;
- поставку кислорода и смесей с содержанием кислорода;
- трубки и соответствующие принадлежности для подачи кислорода и смесей с содержанием кислорода;
- техническое обслуживание и ремонт кислородного оборудования.

Если вы покинете план страхования Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) или больше не будете нуждаться в кислородном оборудовании по медицинским показаниям, вы обязаны вернуть это оборудование.

Что произойдет, если вы покинете наш план страхования и вернетесь в программу Original Medicare?

В соответствии с правилами программы Original Medicare поставщик кислородного оборудования обязан предоставлять вам услуги в течение 5 лет. В течение первых 36 месяцев вы арендуете оборудование. В течение оставшихся 24 месяцев поставщик предоставляет вам оборудование и услуги по его техническому обслуживанию (вы по-прежнему должны вносить доплаты за кислород). Через 5 лет вы можете выбрать, хотите ли вы остаться с той же компанией или перейти в другую. На этом этапе 5-летний цикл обнуляется, даже если вы остаетесь с той же компанией и вы снова обязаны вносить доплаты на протяжении первых 36 месяцев. При вступлении в наш план страхования или выходе из него 5-летний цикл обнуляется.

ГЛАВА 4. Таблица страхового покрытия (список покрываемых услуг)

РАЗДЕЛ 1 Объяснение покрываемых услуг

В таблице страхового покрытия перечислены покрываемые услуги, доступные вам как участнику нашего плана. В этом разделе также представлена информация о медицинских услугах, которые не покрываются планом, и разъясняются ограничения на определенные услуги.

Раздел 1.1 Вы ничего не платите за покрываемые услуги

Поскольку вы получаете помощь от Департамента здравоохранения штата Wisconsin, вы ничего не платите за покрываемые услуги, до тех пор, пока соблюдаете правила получения обслуживания в рамках наших планов. (Для получения более подробной информации о правилах получения обслуживания в рамках планов см. главу 3.)

Раздел 1.2 Какую максимальную сумму вам придется заплатить за покрываемые медицинские услуги в рамках программ Medicare Part A и Part B?

Примечание. Поскольку участники нашего плана страхования также получают финансовую поддержку от программы Medicaid, они очень редко достигают максимальной суммы личных расходов. Вы не обязаны оплачивать какие-либо личные расходы в счет максимальной суммы личных расходов за услуги, покрываемые в рамках части A и части B.

У планов Medicare Advantage для вас установлена предельная сумма ежегодных личных расходов на медицинские услуги, покрываемые программой Medicare Part A и Part B. Данная предельная сумма называется максимальной суммой личных расходов (MOOP), выплачиваемой за медицинские услуги. **В 2026 календарном году сумма MOOP составляет $9,250.**

Суммы, которые вы платите в качестве доплаты и дополнительного взноса за покрываемые услуги, идут в счет данной максимальной суммы личных расходов. Суммы, которые вы платите за лекарственные препараты по части D, не идут в счет максимальной суммы личных расходов. Кроме того, в счет максимальной суммы личных расходов также не идут суммы, которые вы платите за некоторые услуги. В таблице страхового покрытия такие услуги отмечены звездочкой (*). В случае достижения максимальной суммы личных расходов, равной $9,250, вам не придется оплачивать никакие услуги по части A и части B из личных средств до конца года. Тем

не менее вы должны продолжать платить страховой взнос в рамках программы Medicare Part B (если только ваш страховой взнос по части B не оплачивается Департаментом здравоохранения штата Wisconsin или другой третьей стороной).

РАЗДЕЛ 2 В Таблице страхового покрытия представлены ваши медицинские услуги и расходы

В Таблице страхового покрытия на следующих страницах перечислены услуги, покрываемые нашим планом (покрытие лекарственных препаратов по части D приведено в главе 5). Услуги, приведенные в Таблице страхового покрытия, покрываются только при условии выполнения этих требований в отношении страхового покрытия:

- Услуги, покрываемые программой Medicare и Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, должны предоставляться в соответствии с принципами предоставления страхового покрытия Medicare и Департамента здравоохранения штата Wisconsin.
- Услуги (включая медицинскую помощь, услуги, принадлежности, оборудование и лекарственные препараты по части B) *должны* быть необходимы по медицинским показаниям. «Необходимые по медицинским показаниям» означает, что услуги, принадлежности или лекарственные препараты необходимы вам для профилактики, диагностики или лечения вашего заболевания и при этом соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики.
- Для новых участников ваш план страхования медицинского обслуживания, координируемый МА, должен предоставить как минимум 90-дневный переходный период, в течение которого новый план МА может не требовать получения предварительного разрешения на проведение любого активного курса лечения, даже если курс лечения проводился в рамках услуги, которая начала оказываться внесетевым поставщиком услуг.
- У вас есть поставщик первичного медицинского обслуживания (Primary Care Provider, PCP), который предоставляет вам медицинскую помощь и координирует ее получение у других специалистов.
- Некоторые услуги, перечисленные в Таблице страхового покрытия, покрываются *только* в том случае, если ваш врач или другой сетевой поставщик услуг получает от нас предварительное одобрение на их получение (иногда называемое предварительным разрешением). Покрываемые услуги, требующие предварительного одобрения, выделены курсивом в Таблице страхового покрытия.
- Если ваш координируемый план страхования медицинского обслуживания одобряет запрос на получение предварительного разрешения на курс лечения, такое одобрение должно быть действительным до тех пор, пока оно является обоснованным с медицинской точки зрения и необходимым для предотвращения перерывов в лечении в

соответствии с применимыми критериями страхового покрытия, вашей истории болезни и рекомендацией лечащего врача.

Что еще нужно знать о нашем страховом покрытии:

- Ваше медицинское обслуживание покрывается как программой Medicare, так и Департаментом здравоохранения штата Wisconsin. Программа Medicare покрывает расходы на медицинское обслуживание и рецептурные лекарственные препараты. Департамент здравоохранения штата Wisconsin покрывает вашу долю участия в расходах на оплату услуг по программе Medicare, включая не покрываемые страховкой минимумы в рамках Medicare и суммы доплаты или дополнительного взноса за стационарные и амбулаторные больничные услуги и приемы у врача. Департамент здравоохранения штата Wisconsin также покрывает услуги, которые не покрывает Medicare, например, долгосрочный уход, некоторые безрецептурные лекарства, а также услуги на дому и по месту жительства.
- Аналогично всем остальным планам медицинского страхования в рамках Medicare, мы покрываем все услуги, покрываемые программой Original Medicare. (Чтобы узнать больше о страховом покрытии и расходах в рамках Original Medicare, изучите справочник «*Medicare и вы на 2026 год*». Найдите этот документ онлайн на веб-сайте www.Medicare.gov или запросите экземпляр, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.)
- Что касается профилактических услуг, покрываемых бесплатно по программе Original Medicare, мы также покрываем эти услуги бесплатно для вас.
- Если программа Medicare вводит дополнительное страховое покрытие для любых новых услуг в течение 2026 года, данные услуги будут покрываться программой Medicare или нашим планом страхования.
- Полный список покрываемых Департаментом здравоохранения штата Wisconsin услуг представлен в Кратком описании страхового покрытия. Если вы не получили Краткое описание страхового покрытия, позвоните в отдел обслуживания участников плана и попросите выслать вам копию. Ваша доля участия в расходах на услуги, покрываемые Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, если таковые имеются, зависит от вашего уровня права на получение помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin.
- В течение предусмотренного нашим планом периода продолжительностью 6 месяцев, когда вы считаетесь все еще имеющим право на участие плане страхования, мы продолжим предоставлять все услуги по программе Medicare, покрываемые планом Medicare Advantage. Однако в этот период план Medicare Advantage не несет ответственности за покрытие каких-либо услуг Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, которые могут быть включены в план Medicaid штата.

Услуги, приведенные в Таблице страхового покрытия, покрываются только при условии выполнения вышеуказанных требований в отношении страхового покрытия.

Важная информация об услугах для участников с хроническими заболеваниями

- Если у вас диагностировано(-ы) следующее(-ие) хроническое(-ие) заболевание(-я), указанное(-ые) ниже, и вы соответствуете определенным критериям, вы можете иметь право на получение особых дополнительных услуг для хронически больных.
  - **Аутоиммунные заболевания (включая ревматоидный артрит)**
  - **Рак**
  - **Сердечно-сосудистые заболевания (включая артериальную гипертензию)**
  - **Хроническое расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и другие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (SUD)**
  - **Хроническая сердечная недостаточность**
  - **Хронические заболевания легких**
  - **Хронические и инвалидизирующие психические заболевания**
  - **Хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта (включая хронические расстройства желудочно-кишечного тракта)**
  - **Хроническая болезнь почек (CKD)**
  - **Состояния с функциональными проблемами (включая терминальную стадию почечной недостаточности (ESRD), терминальную стадию печеночной недостаточности, остеопороз (заболевание костей), остеоартрит)**
  - **Состояния, требующие продолжения лечения для поддержания или сохранения функционирования (включая мышечную дистрофию)**
  - **Состояния, связанные с когнитивными нарушениями (включая синдром Дауна)**
  - **Деменция**
  - **Сахарный диабет 2-го типа**
  - **Эндометриоз**
  - **HIV/AIDS**
  - **Неврологические заболевания**
  - **Избыточный вес, ожирение и метаболический синдром (включая гиперлипидемию/дислипидемию)**
  - **После трансплантации органов**
  - **Тяжелые гематологические нарушения**
  - **Инсульт**

- Ваш план включает особые дополнительные услуги для хронически больных (SSBCI). Эти дополнительные услуги предлагаются только хронически больным участникам с высоким риском, которые также соответствуют дополнительным критериям для участия в плане.
- **Чтобы получить право на участие в плане, участники должны соответствовать всем трем нижеперечисленным критериям участия в плане и придерживаться их:**
    1. Участник должен нуждаться **в интенсивном** лечении.
    2. Участник должен быть подвержен **высокому риску** незапланированной госпитализации.
    3. Участник должен иметь документально подтвержденный и действующий диагноз соответствующего критериям хронического заболевания. Это хроническое заболевание должно **представлять угрозу для жизни или существенно ограничивать общее состояние здоровья или функционирование участника.**
- Компания Wellcare уведомит вас, если вы соответствуете критериям, и вы получите письмо с инструкциями о том, как получить доступ к льготе.
- Новые участники могут иметь право на льготы SSBCI, если ваш поставщик услуг подтвердит, что вы соответствуете критериям участия.
- Могут применяться доплаты или другие расходы, не покрываемые вашим планом.
- Прежде чем получить доступ к этим услугам, необходимо подтвердить, что все критерии соблюдены.
- Предоставление всех услуг заканчивается 12/31/2026, и участники должны будут проходить повторную проверку на соответствие критериям каждый год участия в плане.
- Для получения более подробной информации см. строку «*Особые дополнительные услуги для хронически больных*» в Таблице страхового покрытия ниже.
- Свяжитесь с нами, чтобы узнать, на получение каких именно услуг вы можете иметь право.

Это яблоко содержит информацию о профилактических услугах в Таблице страхового покрытия.

Таблица страхового покрытия

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Что касается услуг, покрываемых Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, полный список покрываемых программой Medicaid услуг представлен в Кратком описании страхового покрытия. Если вы не получили Краткое описание страхового покрытия, позвоните в отдел обслуживания участников плана и попросите выслать вам копию. Ваша	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
доля расходов на услуги, покрываемые в рамках Medicaid, зависит от вашего уровня соответствия условиям Medicaid. Для определения уровня участия в расходах обратитесь в представительство Medicaid вашего штата.	
Скрининговое обследование на выявление аневризмы брюшной аорты Одно ультразвуковое скрининговое обследование для лиц из группы риска. Это скрининговое обследование покрывается нашим планом, только если у вас имеются определенные факторы риска и если вы получите направление на него от своего врача, помощника врача, практикующей медицинской сестры или клинической медсестры-специалиста.	Для участников программы страхования, имеющих право на такое профилактическое скрининговое обследование, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Иглотерапия для лечения хронической поясничной боли Покрываемые услуги: Покрывается до 12 сеансов в течение 90 дней при следующих обстоятельствах: В рамках данной услуги хроническая поясничная боль определяется следующим образом: • наблюдается в течение 12 недель или более; • имеет общий характер — не может быть выявлена системная причина (т. е. не связана с метастатическим или воспалительным процессом и инфекционным заболеванием и т. д.); • не связана с хирургическим вмешательством; а также • не связана с беременностью. Для пациентов, у которых будет наблюдаться улучшение, будет покрыта стоимость еще 8 сеансов. Ежегодно можно проводить не более 20 процедур иглотерапии. Лечение должно быть прекращено, если состояние пациента не улучшается / ухудшается.	Доплата в размере $0 за иглотерапию в кабинете PCP, покрываемую программой Medicare. Доплата в размере $0 за иглотерапию в кабинете профильного специалиста, покрываемую программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата в размере $0 за иглотерапию в кабинете мануального терапевта, покрываемую программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Требования к поставщику услуг: Врачи (в соответствии с определением в пункте 1861(r)(1) Федерального закона о социальном обеспечении (далее — «Федеральный закон») могут предоставлять услуги иглотерапии в соответствии с применимыми требованиями штата. Помощники врача (PA), квалифицированные медсестры (NP)/клинические медсестры-специалисты (CNS) (в соответствии с определениями в пункте 1861(aa)(5) Федерального закона) и вспомогательный персонал могут предоставлять услуги иглотерапии, если они отвечают всем применимым требованиям штата и имеют следующее: • степень магистра или доктора в области иглотерапии или Восточной медицины в школе, аккредитованной Комиссией аккредитации для иглоукалывания и восточной медицины (ACAOM); и • актуальную, полную, действующую и неограниченную лицензию на осуществление иглотерапии в штате, территории или Содружестве (например, Puerto Rico) Соединенных Штатов или District of Columbia. Предоставление услуг иглотерапии вспомогательным персоналом должно проводиться под соответствующим надзором врача, PA или NP/CNS, как того требуют положения §§ 410.26 и 410.27 раздела 42 Свода федеральных нормативных актов.	
Услуги скорой помощи Покрываемые услуги скорой помощи (как в экстренных, так и в неэкстренных ситуациях) включают услуги доставки самолетом, вертолетом и машиной скорой помощи в ближайшее подходящее учреждение, в котором может быть предоставлено медицинское обслуживание, если эти услуги доставки предоставляются участнику программы страхования, состояние здоровья которого не позволяет безопасно транспортировать его с использованием других видов транспорта, либо если для этих услуг получено разрешение нашего плана страхования. Если покрываемые услуги скорой помощи не осуществляются в экстренной ситуации,	Доплата в размере $0 за каждую поездку в одну сторону в рамках услуг наземной транспортировки скорой помощью, покрываемых программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение для услуг транспортировки*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
необходимо документально подтвердить, что состояние здоровья участника не позволяет безопасно транспортировать его с использованием других видов транспорта и при этом транспортировка скорой помощью необходима по медицинским показаниям.	*самолетом и услуг неэкстренной транспортировки.* Доплата в размере $0 за каждую поездку в одну сторону в рамках услуг транспортировки скорой помощью по воздуху, покрываемых программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение для услуг транспортировки самолетом и услуг неэкстренной транспортировки.* Вы не освобождаетесь от участия в расходах при госпитализации в стационар.
Ежегодный плановый медицинский осмотр Ежегодный медицинский осмотр включает в себя обследование сердца, легких, брюшной полости и нервной системы, а также мануальный осмотр тела (например, головы, шеи и конечностей) и подробный медицинский/семейный анамнез, в дополнение к услугам, включенным в ежегодный профилактический визит. Ниже приведены примеры услуг, которые могут быть оказаны или заказаны во время вашего обследования: • проведение стандартных измерений (рост, масса тела, артериальное давление); • оценка факторов риска развития контролируемых болезней;	Доплата в размере $0 за ежегодный плановый медицинский осмотр.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• проверка рефлексов и основных показателей жизнедеятельности; • лабораторные анализы (образцы мочи и крови).	
Ежегодный профилактический визит Если вы являетесь участником части B более 12 месяцев, вы можете совершить ежегодный профилактический визит для составления или обновления индивидуального плана профилактики с учетом вашего текущего состояния здоровья и факторов риска. Наш план будет покрывать ежегодный профилактический прием один раз в календарный год. **Примечание.** Ваш первый ежегодный профилактический визит состоится не ранее чем через 12 месяцев после профилактического визита «*Добро пожаловать в Medicare*». Однако если вы являетесь участником части B в течение 12 месяцев, профилактический визит «*Добро пожаловать в Medicare*» необязателен для прохождения ежегодных профилактических визитов.	Для прохождения ежегодного профилактического визита не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Измерение костной массы Для отвечающих требованиям людей (как правило, это лица с повышенным риском потери костной массы или остеопороза) каждые 24 месяца или чаще, если это необходимо по медицинским показаниям, покрываются следующие услуги: процедуры по определению костной массы, выявлению потери костной массы или определению состояния костной ткани, включая интерпретацию результатов исследований лечащим врачом.	Для услуги измерения костной массы, покрываемой по программе Medicare, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Скрининговое обследование на выявление рака молочной железы (маммография) Покрываемые услуги: • одна базисная маммография в возрасте от 35 до 39 лет;	Для покрываемой услуги скрининговой маммографии не предусмотрены дополнительный взнос,

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• одна скрининговая маммография каждые 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше; • клинические обследования молочных желез раз в 24 месяца.	доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Услуги кардиологической реабилитации Комплексные программы услуг по кардиологической реабилитации, включающие физические нагрузки, обучение и консультации, покрываются для участников, отвечающих определенным требованиям, и по предписанию врача. Наш план также покрывает интенсивные программы кардиологической реабилитации, которые обычно являются более насыщенными или напряженными, чем обычные программы кардиологической реабилитации.	Доплата в размере $0 за услуги кардиологической реабилитации, покрываемые программой Medicare. Доплата в размере $0 за услуги интенсивной кардиологической реабилитации, покрываемые программой Medicare.
Прием с целью снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (лечение сердечно-сосудистого заболевания) Мы покрываем один визит к вашему основному лечащему врачу в год с целью снижения риска развития у вас сердечно-сосудистых заболеваний. В ходе такого визита ваш врач может обсудить с вами использование аспирина (в применимых случаях), проверить ваше артериальное давление и дать рекомендации по здоровому питанию.	Для услуги интенсивной поведенческой терапии в рамках профилактики сердечно-сосудистых заболеваний не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Скрининговые тесты на сердечно-сосудистые заболевания Анализы крови для выявления сердечно-сосудистых заболеваний (или патологий, связанных с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний) проводятся один раз каждые 5 лет (60 месяцев).	Для тестирования на наличие сердечно-сосудистых заболеваний, проводящегося один раз каждые 5 лет,

Покрываемая услуга	Ваши расходы
	не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Скрининговое обследование на выявление рака шейки матки и влагалища Покрываемые услуги: • для всех женщин: цитологические мазки и обследования тазовых органов покрываются один раз каждые 24 месяца; • если у вас высокий риск заболевания раком шейки матки или влагалища или вы находитесь в репродуктивном возрасте и за последние 3 года у вас были обнаружены патологические изменения в цитологических мазках: один цитологический мазок каждые 12 месяцев.	Для профилактических цитологических мазков и обследований тазовых органов, покрываемых по программе Medicare, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Услуги мануальной терапии Покрываемые услуги: • Мы оплачиваем только манипуляции с позвоночником с целью исправления подвывихов	Доплата в размере $0 за услуги мануальной терапии, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
Услуги по купированию и лечению хронической боли Покрываемые ежемесячные услуги для людей, живущих с хронической болью (постоянная или рецидивирующая боль, продолжающаяся более 3 месяцев). Услуги могут включать оценку боли, управление лекарственной терапией, а также координацию и планирование медицинского обслуживания.	Доля участия в расходах на эту услугу будет варьироваться в зависимости от индивидуальных услуг, предоставляемых в ходе лечения. См. раздел «Услуги врача / медицинского специалиста,

Покрываемая услуга	Ваши расходы
	включая приемы у врача» ниже в этой таблице для получения информации обо всех применимых суммах доли распределения затрат для покрываемых программой Medicare приемов для получения первичной медицинской помощи или приемов у специалиста, на которых предоставляются эти услуги.
Скрининговое обследование на выявление рака толстого кишечника и прямой кишки Покрываются следующие скрининговые исследования: • Колоноскопия не имеет ограничений по минимальному или максимальному возрасту и покрывается однократно каждые 120 месяцев (10 лет) для пациентов с невысоким риском или через 48 месяцев после предыдущей гибкой сигмоидоскопии для пациентов с невысоким риском развития рака толстого кишечника и прямой кишки, а также однократно каждые 24 месяца для пациентов с высоким риском после предыдущей скрининговой колоноскопии. • Колонография с помощью компьютерной томографии для пациентов в возрасте 45 лет и старше, которые не подвержены высокому риску развития рака толстого кишечника и прямой кишки, покрывается по истечении не менее 59 месяцев после месяца, в котором была проведена последняя скрининговая колонография с помощью компьютерной томографии, или 47 месяцев после месяца, в котором была проведена последняя скрининговая гибкая сигмоидоскопия или скрининговая колоноскопия. Для пациентов с высоким риском развития рака толстого кишечника и прямой кишки оплата может быть произведена за скрининговую колонографию с помощью компьютерной томографии,	Для скринингового обследования на выявление рака толстого кишечника и прямой кишки, покрываемого по программе Medicare, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. Если во время колоноскопии или гибкой сигмоидоскопии врач обнаружит и удалит полип или другую ткань, скрининговое обследование становится диагностическим, и доплата за услуги врача составляет $0.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
выполненную по меньшей мере через 23 месяца после месяца, в котором была проведена последняя скрининговая колонография с помощью компьютерной томографии или последняя скрининговая колоноскопия. • Гибкая сигмоидоскопия для пациентов в возрасте от 45 лет. Однократно каждые 120 месяцев для пациентов с невысоким риском после скрининговой колоноскопии. Однократно каждые 48 месяцев для пациентов с высоким риском после предыдущей процедуры сигмоидоскопии гибким эндоскопом или колонографии с помощью компьютерной томографии. • Скрининговые исследования кала на скрытую кровь для пациентов в возрасте от 45 лет. Однократно каждые 12 месяцев. • Многоцелевой анализ ДНК кала для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Однократно каждые 3 года. • Тесты на биомаркеры в крови для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Однократно каждые 3 года. • Скрининговые исследования рака толстого кишечника и прямой кишки включают последующую скрининговую колоноскопию после того, как покрываемое Medicare неинвазивное скрининговое исследование на рак толстого кишечника и прямой кишки, основанное на исследовании кала, дает положительный результат. • Скрининговые обследования для выявления рака толстой и прямой кишки включают плановую процедуру сигмоидоскопии гибким эндоскопом или плановую скрининговую колоноскопию, которая включает удаление ткани или другого вещества, или другую процедуру, проводимую в связи со скрининговым обследованием, в результате его проведения и в ходе того же клинического обследования.	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Стоматологические услуги	
Как правило, программа Original Medicare не покрывает профилактические стоматологические услуги (включая чистку, плановые стоматологические осмотры и рентгенологическое обследование зубов). Однако программа Medicare оплачивает стоматологические услуги в ограниченном числе случаев, в частности, когда эти услуги являются неотъемлемой частью специфического лечения основного заболевания лица. В качестве примеров можно привести реконструкцию челюсти после перелома или травмы, удаление зубов при подготовке к лучевой терапии челюсти при раке, а также осмотр полости рта перед трансплантацией органа. Кроме того, мы покрываем следующие услуги:	Доплата в размере $0 за каждую стоматологическую услугу, покрываемую программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
Дополнительные (т. е. плановые) стоматологические услуги	
• **Диагностические и профилактические стоматологические услуги** (покрываемые услуги включают следующее.)	
○ Периодические осмотры полости рта — 2 раза в год	**В рамках сети** Доплата в размере $0 за каждый осмотр полости рта.* *Может требоваться предварительное разрешение.* **Вне сети** Дополнительный взнос в размере 25% за каждый осмотр полости рта.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
○ Чистки (профилактика) — 2 раза в год	**В рамках сети** Доплата в размере $0 за каждую чистку.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
	Может требоваться предварительное разрешение. **Вне сети** Дополнительный взнос в размере 25% за каждую чистку.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
○ Фторирование зубов — 1 раз в год	**В рамках сети** Доплата в размере $0 за каждое фторирование зубов.* *Может требоваться предварительное разрешение.* **Вне сети** Дополнительный взнос в размере 25% за каждое фторирование зубов.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
○ Стоматологическая рентгенография — 1 набор от каждой даты оказания услуги до 3 лет участия в плане в зависимости от типа услуги	**В рамках сети** Доплата в размере $0 за стоматологическую рентгенографию за посещение.* *Может требоваться предварительное разрешение.* **Вне сети**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
	Дополнительный взнос в размере 25% за стоматологическую рентгенографию за посещение.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
○ Другие диагностические стоматологические услуги — 1 от каждой даты оказания услуги до 3 лет участия в плане в зависимости от типа услуги	**В рамках сети** Доплата в размере $0 за другие диагностические стоматологические услуги за посещение.* *Может требоваться предварительное разрешение.* **Вне сети** Дополнительный взнос в размере 25% за другие диагностические стоматологические услуги за посещение.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
○ Другие профилактические стоматологические услуги — 1 от каждой даты оказания услуги до 3 лет участия в плане в зависимости от типа услуги	**В рамках сети** Доплата в размере $0 за другие профилактические стоматологические услуги за посещение.* *Может требоваться предварительное разрешение.* **Вне сети**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
	Дополнительный взнос в размере 25% за другие профилактические стоматологические услуги за посещение.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
• **Комплексное стоматологическое обслуживание** (К покрываемым услугам относятся следующие.)	
○ Восстановительные процедуры — 3 коронки или мостовидных протеза в течение года участия в плане, по 1 на зуб каждые 7 лет участия в плане. Другие восстановительные процедуры каждые 1–7 лет участия в плане	**В рамках сети** Доплата в размере $0 за каждую восстановительную услугу.* *Может требоваться предварительное разрешение.* **Вне сети** Дополнительный взнос в размере 25% за каждую восстановительную услугу.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
○ Эндодонтические услуги — 1 раз на зуб до истечения срока участия в плане	**В рамках сети** Доплата в размере $0 за каждую эндодонтическую услугу.* *Может требоваться предварительное разрешение.* **Вне сети** Дополнительный взнос в размере 25% за каждую эндодонтическую услугу.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
	Может требоваться предварительное разрешение.
○ Пародонтологические услуги — 1 раз каждые 6 месяцев или 3 года участия в плане в зависимости от типа услуги	**В рамках сети** Доплата в размере $0 за каждую пародонтологическую услугу.* *Может требоваться предварительное разрешение.* **Вне сети** Дополнительный взнос в размере 25% за каждую пародонтологическую услугу.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
○ Стоматологическая и челюстно-лицевая хирургия — 1 раз от каждой даты оказания услуг до истечения срока участия в плане в зависимости от типа услуги	**В рамках сети** Доплата в размере $0 за каждую услугу стоматологической и челюстно-лицевой хирургии.* *Может требоваться предварительное разрешение.* **Вне сети** Дополнительный взнос в размере 25% за каждую услугу стоматологической и челюстно-лицевой хирургии.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
	Может требоваться предварительное разрешение.
○ Ортопедическая стоматология, несъемные протезы — 3 услуги в области ортопедической стоматологии (несъемные протезы) за год участия в плане и один раз на один и тот же зуб каждые 7 лет участия в плане, в зависимости от типа услуги	**В рамках сети** Доплата в размере $0 за каждую услугу несъемного зубопротезирования.* *Может требоваться предварительное разрешение.* **Вне сети˙** Дополнительный взнос в размере 25% за каждую услугу несъемного зубопротезирования.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
○ Съемное зубопротезирование — 1 раз от каждой даты оказания услуги до 5 лет в зависимости от типа услуги	**В рамках сети** Доплата в размере $0 за каждую услугу съемного зубопротезирования.* *Может требоваться предварительное разрешение.* **Вне сети˙** Дополнительный взнос в размере 25% за каждую услугу съемного зубопротезирования.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
○ Услуги по имплантации — 2 в течение календарного года и один раз на один и тот же зуб каждые 7 лет	**В рамках сети**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
участия в плане; другие услуги по имплантации —от каждой даты оказания услуги до 7 лет участия в плане	Доплата в размере $0 за каждую услугу по имплантации.* *Может требоваться предварительное разрешение.* **Вне сети˙** Доля совместного страхования составляет 25% за каждую услугу по имплантации.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
○ Дополнительные общие услуги — 1 раз от каждой даты оказания услуги до 5 лет участия в плане в зависимости от типа услуги	**В рамках сети** Доплата в размере $0 за каждую дополнительную общую услугу.* *Может требоваться предварительное разрешение.* **Вне сети˙** Дополнительный взнос в размере 25% за каждую дополнительную общую услугу.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
Перед получением услуг участникам программы рекомендуется обсудить варианты лечения с поставщиком плановых стоматологических услуг, участвующим в программе. Лечение должно быть начато и завершено в рамках действия страхового покрытия в течение страхового года. Стоимость	**˙Если вы решите обратиться к стоматологу, не входящему в сеть плана, ваши личные расходы могут быть выше. Поставщики стоматологических услуг, не**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
стоматологических услуг, не покрываемых планом, оплачивает сам участник. **С вопросами о том, как найти поставщика услуг или подать страховое требование, или за дополнительной информацией обращайтесь в отдел обслуживания участников плана.** **Дополнительная информация о страховом покрытии стоматологических услуг, включая подробный список покрываемых процедур, содержится в разделе «Сведения о покрытии стоматологических услуг» по адресу:** go.wellcare.com/dentalbenefits-platinum **Примечание.** Покрытие плановых стоматологических услуг является дополнительной услугой, предлагаемой планом. Ни программа Medicare, ни Департамент здравоохранения штата Wisconsin не будет оплачивать вашу долю расходов на эти услуги. Участники программы, также зарегистрированные в Департаменте здравоохранения штата Wisconsin, могут иметь право на дополнительное страховое покрытие дополнительных стоматологических услуг штатом. Перед получением стоматологических услуг узнайте у поставщика, может ли он выставить счет Департаменту здравоохранения штата Wisconsin в качестве вторичного плательщика. Обязательно предъявите поставщику услуг свою идентификационную карту Департамента здравоохранения штата Wisconsin.	**сотрудничающие с планом, не имеют договора на принятие оплаты плана в качестве полной оплаты. Если они взимают с вас плату, превышающую сумму, оплачиваемую планом, вы несете ответственность за разницу, даже за услуги, для которых доплата составляет $0.**
Скрининговое обследование на выявление депрессии Мы покрываем одно скрининговое обследование на выявление депрессии в год. Скрининговое обследование должно проводиться в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи, которое может предоставить вам последующее лечение и (или) направления.	Для ежегодного визита с целью прохождения скринингового обследования на выявление депрессии не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Скрининговое обследование на выявление сахарного диабета	
Мы покрываем данное скрининговое обследование (включая анализ крови на глюкозу натощак), если у вас имеются какие-либо из этих факторов риска: высокое артериальное давление (гипертония), аномальные уровни холестерина и триглицеридов в анамнезе (дислипидемия), ожирение или повышенный уровень сахара (глюкозы) в крови в анамнезе. Анализы также могут покрываться, если вы соответствуете другим требованиям, например, если у вас избыточный вес и отягощенный по диабету семейный анамнез. Вы можете иметь право на прохождение не более 2 скрининговых обследований на выявление сахарного диабета каждые 12 месяцев после даты последнего скринингового обследования на выявление сахарного диабета.	Для скрининговых обследований на выявление сахарного диабета, покрываемых по программе Medicare, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Обучение самостоятельному контролю самочувствия при сахарном диабете, услуги и принадлежности для лиц с сахарным диабетом	
Для всех лиц с сахарным диабетом (как принимающих, так и не принимающих инсулин). Покрываемые услуги: • Материалы для контроля уровня глюкозы в крови: глюкометр, тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови, ланцеты и ланцетные устройства, а также контрольные растворы глюкозы для проверки точности тест-полосок и глюкометров.	Доплата в размере $0 за материалы для контроля состояния при диабете, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.* Тем не менее, вы все равно можете заплатить до 20% от суммы за продукты, которые не покрываются Департаментом здравоохранения штата Wisconsin.
• Для больных сахарным диабетом с выраженным синдромом диабетической стопы: одна пара	Доплата в размере $0 за покрываемые программой

Покрываемая услуга	Ваши расходы
ортопедической обуви по слепку стопы (включая предоставляемые с такой обувью стельки) и 2 дополнительные пары стелек или одна пара закрытой обуви повышенной глубины и 3 пары стелек (не включая стандартные съемные стельки, предоставляемые с такой обувью) на каждый календарный год. Страховое покрытие включает подгонку по индивидуальным параметрам.	Medicare ортопедическую обувь или стельки для лиц с сахарным диабетом и тяжелой степенью диабетического заболевания стоп. *Может требоваться предварительное разрешение.* Тем не менее, вы все равно можете заплатить до 20% от суммы за продукты, которые не покрываются Департаментом здравоохранения штата Wisconsin.
• Обучение самостоятельному контролю самочувствия при сахарном диабете покрывается при определенных условиях. Рекомендованными нами материалами для проведения тестирования при сахарном диабете (глюкометры и тест-полоски) является продукция Accu-Chek Guide™ и True Metrix™ компании Lifescan. Для получения дополнительной информации о товарах, входящих в список рекомендуемых товаров для применения при сахарном диабете, обратитесь в отдел обслуживания участников плана. Если вы пользуетесь товарами для применения при сахарном диабете, которые не рекомендованы планом, обратитесь к своему поставщику услуг, чтобы получить новый рецепт или запросить предварительное разрешение на использование непредпочтительного глюкометра и тест-полосок.	Доплата в размере $0 за обучение самостоятельному уходу при сахарном диабете, покрываемой программой Medicare. Тем не менее, вы все равно можете заплатить до 20% от суммы за продукты, которые не покрываются Департаментом здравоохранения штата Wisconsin.
Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие принадлежности (Определение медицинского оборудования длительного пользования см. в главе 12 и главе 3)	Доплата в размере $0 за покрываемое программой Medicare медицинское оборудование длительного пользования.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Покрывается в том числе следующее: инвалидные коляски, костыли, системы ортопедических матрасов, принадлежности для лиц с сахарным диабетом, заказываемые поставщиком медицинских услуг больничные койки для использования на дому, насосы для внутривенной (IV) инфузии, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование, небулайзеры и ходунки. Мы покрываем все DME, необходимое по медицинским показаниям и покрываемое программой Original Medicare. Если наш поставщик оборудования в вашем регионе не поставляет изделия определенной торговой марки или производителя, вы можете попросить его сделать для вас специальный заказ. Самый актуальный список поставщиков услуг доступен на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/2026providerdirectories.	*Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата в размере $0 за медицинские принадлежности, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.* Ваша доплата в рамках участия в расходах на покрытие кислородного оборудования по программе Medicare составляет $0 каждые 36 месяцев. Доля вашего участия в расходах не изменится после 36 месяцев участия в программе. Если вы в течение 36 месяцев оплачивали аренду кислородного оборудования до того, как вы зарегистрировались в нашем плане, то ваша доплата в рамках участия в расходах в нашем плане составляет $0.
Экстренная медицинская помощь К экстренной помощи относятся услуги, которые соответствуют следующим критериям: • предоставляются поставщиком услуг, компетентным предоставлять услуги экстренной медицинской помощи, и	Доплата в размере $0 за посещения отделения экстренной помощи, покрываемые программой Medicare. Если вы получили экстренную помощь в больнице,

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• необходимы для оценки или стабилизации состояния, требующего экстренной медицинской помощи. Чрезвычайная ситуация медицинского характера возникает, когда вы или любой другой здравомыслящий человек, не являющийся медицинским специалистом и имеющий обычный уровень знаний о здоровье и медицине, предполагаете наличие у вас медицинских симптомов, которые требуют немедленного медицинского вмешательства для предотвращения смертельного исхода (потери плода при беременности), потери конечности или функции конечности. Такие медицинские симптомы могут включать заболевание, травму, сильную боль или быстро ухудшающееся патологическое состояние. Доля участия в расходах на необходимые услуги экстренной помощи, которые вы получаете вне сети, равняется доле участия в расходах на эти услуги, которые вы получаете внутри сети.	не принадлежащей к сети, и после стабилизации вашего состояния, требующего экстренной медицинской помощи, нуждаетесь в стационарном лечении, вы должны перейти в сетевую больницу, чтобы ваше лечение было покрыто, или получить подтверждение со стороны нашего плана на прохождение стационарного лечения во внесетевой больнице, при этом сумма ваших расходов будет равняться сумме участия в расходах, которую вы заплатили бы в сетевой больнице.
Покрываются услуги экстренной помощи за пределами США.	Доплата в размере $115 за услуги экстренной медицинской помощи, получаемые за пределами США.* Вы оплачиваете эту сумму, даже если в течение 24 часов вас госпитализируют в больницу по поводу того же состояния. Для вас предусмотрено страховое покрытие на сумму до $50,000 ежегодно в случае получения экстренной помощи или срочно необходимых услуг за пределами США.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Программы просвещения по вопросам здоровья и здорового образа жизни	
• **Линия сестринских консультаций** Бесплатная консультация медсестры по телефону от прошедших обучение и лицензированных дипломированных медсестер. Линия сестринских консультаций работает 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, и доступна для получения помощи по вопросам, связанным со здоровьем. Вы можете обратиться на линию сестринских консультаций, позвонив в отдел обслуживания участников плана для перевода на линию сестринских консультаций.	Доплата в размере $0 за пользование линией сестринских консультаций.*
• **Страховое покрытие фитнес-услуг** Наш план предусматривает фитнес-программу, которая предлагает доступ в фитнес-центры по всей стране. Чтобы помочь поддерживать активный и здоровый образ жизни, вы бесплатно получаете доступ к следующим возможностям: ○ Абонемент в фитнес-центр: выберите один из множества участвующих в фитнес-сети фитнес-центров, занятия в которых происходят в форме личного присутствия. Участие включает доступ к стандартным услугам фитнес-клуба или фитнес-зала, а также к групповым занятиям спортом. Вы можете посещать один или несколько тренажерных залов в рамках сети фитнес-клубов. ○ Наборы для домашнего фитнеса: вы можете выбрать один из целого ряда наборов для домашнего фитнеса, в том числе носимый фитнес-монитор. Вы имеете право на 1 фитнес-пакет в течение каждого года получения льгот. ○ Программа цифрового фитнеса: выбирайте из тысяч видеозаписей тренировок по запросу в цифровой библиотеке	Доплата в размере $0 за страховое покрытие фитнес-услуг.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
○ 1:1 Программа коучинга по образу жизни ○ Клуб благополучия (Well-Being Club): ознакомьтесь с ресурсами, адаптированными к вашим интересам и целям, включая статьи, видеоролики, а также занятия и мероприятия в прямом эфире Для получения дополнительной информации о страховом покрытии фитнес-услуг позвоните в отдел обслуживания участников плана.	
• **Персональная система экстренного реагирования (Personal emergency response system, PERS)** Покрытие одного персонального устройства экстренного медицинского реагирования в течение всего срока участия в программе и ежемесячной платы. Персональное устройство экстренного медицинского реагирования обеспечивает душевное спокойствие, предоставляя возможность круглосуточного реагирования в экстренных и неэкстренных ситуациях. Участники могут выбрать один из следующих вариантов: ○ Домашняя стационарная PERS, включающая в себя носимые устройства в виде браслета и шейного ремешка. ○ Домашняя сотовая (мобильная) PERS, включающая в себя носимые устройства в виде браслета и шейного ремешка. ○ Мобильная PERS, включающая в себя варианты ношения на шее, на запястье и на зажиме для крепления к поясному ремню. ○ Часы PERS Watch включают стандартные функции часов с возможностью двусторонней связи, а также услуги по измерению сердечного ритма, счетчик шагов и технологию определения местоположения.	Доплата в размере $0 за персональную систему экстренного реагирования (PERS) / систему медицинского оповещения.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников плана.	
Сурдологические услуги	
Диагностические обследования слуха и равновесия, проводящиеся вашим поставщиком услуг, чтобы определить, нуждаетесь ли вы в медицинской помощи, покрываются как амбулаторные услуги, если вы получаете их от лечащего врача, аудиолога или другого квалифицированного поставщика услуг.	Доплата в размере $0 за каждую проверку слуха, покрываемую программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
Наш план также покрывает следующие дополнительные (т. е. плановые) сурдологические услуги:	
• 1 плановое обследование слуха ежегодно.	Доплата в размере $0 за 1 плановое обследование слуха ежегодно.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
• 1 подгонка/заключение о необходимости ношения слухового аппарата ежегодно.	Доплата в размере $0 за 1 подгонку/заключение о необходимости ношения слухового аппарата ежегодно.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
• 1 неимплантируемый слуховой аппарат (для каждого уха; до $2,500) ежегодно. Не более 2 неимплантируемых слуховых аппаратов ежегодно. Услуга включает 3-летнюю гарантию, включая потерю и повреждение с запасом батареек на 2 года. Все расходы на слуховые аппараты, превышающие указанную выше максимальную покрываемую сумму, оплачиваются вами. Дополнительные слуховые аппараты не покрываются.	Доплата в размере $0 за 2 слуховых аппарата ежегодно.* *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Плановые сурдологические услуги должны быть получены у участвующего в программе поставщика в сети поставщиков, чтобы получить полное страховое покрытие сурдологических услуг, покрываемых планом. Для получения дополнительной информации о вашем поставщике слуховых аппаратов, контактных данных и доступных услугах позвоните в отдел обслуживания участников плана. **Примечание.** Покрытие плановых сурдологических услуг является дополнительной услугой, предлагаемой планом. Ни программа Medicare, ни Департамент здравоохранения штата Wisconsin не будет оплачивать вашу долю расходов на эти услуги.	
Скрининговое обследование на выявление HIV Для лиц, желающих пройти скрининговое обследование на HIV или имеющих повышенный риск заболевания HIV, мы покрываем следующие услуги: • одно скрининговое обследование каждые 12 месяцев. Если вы беременны, мы покрываем: • до трех скрининговых обследований в течение беременности.	Для участников программы страхования, имеющих право на профилактическое скрининговое обследование на выявление HIV, покрываемое по программе Medicare, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Услуги агентств, предоставляющих медицинские услуги на дому Перед получением вами медицинских услуг на дому врач должен подтвердить, что вы нуждаетесь в медицинских услугах на дому, и заказать предоставление таких услуг соответствующим агентством. Вы должны быть прикованы к дому, т. е. выход из дома должен представлять для вас значительное затруднение. К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее:	Доплата в размере $0 за каждую покрываемую программой Medicare услугу агентств по медицинскому обслуживанию на дому. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• услуги квалифицированного сестринского ухода на неполный день или время от времени, а также услуги медицинской сиделки на дому (для покрытия в рамках услуги по уходу на дому услуги квалифицированного сестринского ухода и медицинской сиделки на дому совокупно должны составлять менее 8 часов в день и 35 часов в неделю); • физиотерапия, трудотерапия, а также речевая терапия; • медико-социальные услуги; • медицинское оборудование и расходные материалы.	
Инфузионная терапия на дому Инфузионная терапия на дому подразумевает внутривенное или подкожное введение лекарств или биологических препаратов человеку на дому. Компоненты, необходимые для проведения инфузионной терапии на дому, включают лекарственный препарат (например, противовирусные средства, иммуноглобулин), оборудование (например, насос) и принадлежности (например, трубки и катетеры). К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее: • профессиональные услуги, включая услуги медсестры, предоставляемые в соответствии с нашим планом медицинского обслуживания; • обучение и тренинги для пациентов, не покрываемые иным образом в рамках страхового покрытия медицинского оборудования длительного пользования; • удаленный мониторинг; • услуги по контролю предоставления инфузионной терапии на дому и поставки соответствующих препаратов квалифицированным специалистом по инфузионной терапии на дому.	Доплата в размере $0 за профессиональные услуги поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), включая подготовку и обучение медсестер, дистанционное наблюдение и услуги контроля. Доплата в размере $0 за профессиональные услуги специалиста, включая подготовку и обучение медсестер, дистанционное наблюдение и услуги контроля. *Может требоваться предварительное разрешение.* Оборудование и принадлежности для

Покрываемая услуга	Ваши расходы
	инфузионной терапии на дому покрываются в рамках услуги медицинского оборудования длительного пользования (DME). Информацию об участии в расходах см. в разделе «Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие принадлежности». Препараты для инфузионной терапии на дому покрываются в рамках услуги рецептурных препаратов по программе Medicare Part B. Информацию об участии в расходах см. в разделе «Рецептурные препараты по программе Medicare Part B».
Хосписный уход Вы имеете право на услуги хосписа после того, как ваш лечащий врач и главный врач хосписа вынесут заключение о том, что вы неизлечимо больны и при обычном течении болезни проживете не более 6 месяцев. Вы можете получить уход по любой программе, сертифицированной Medicare. Наш план страхования обязан помочь вам найти сертифицированные Medicare программы хосписного ухода в зоне обслуживания нашего плана, включая программы, которыми мы владеем, управляем или в которых имеем финансовый интерес. Ваш лечащий врач в хосписе может быть сетевым или внесетевым поставщиком услуг. Покрываемые услуги: • лекарственные препараты для устранения симптомов и облегчения боли;	Если вы вступаете в программу хосписного ухода, сертифицированную Medicare, ваши услуги хосписа и услуги в рамках части A и части B, связанные с терминальной стадией неизлечимого заболевания, покрывает Original Medicare, а не наш план. В отношении услуг хосписного консультирования может применяться участие в расходах на услуги врача.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• краткосрочный временный уход в период отдыха лиц, обычно осуществляющих уход; • уход на дому. При поступлении в хоспис вы имеете право остаться в нашем плане; если вы остаетесь в нашем плане, вы должны продолжать оплачивать страховые взносы по плану. **Услуги хосписа и услуги, покрываемые в рамках программ Medicare Part A или B, связанные с вашим заболеванием в терминальной стадии:** услуги хосписа и услуги по части A и части B в связи с вашим заболеванием в терминальной стадии покрывает программа Original Medicare (а не наш план страхования). В период вашего участия в программе хосписного ухода ваш поставщик услуг хосписа будет выставлять программе Original Medicare счета на оплату услуг, покрываемых программой Original Medicare. Вам будет выставлен счет на участие в расходах по программе Original Medicare. **Услуги, покрываемые в рамках программ Medicare Part A или B, не связанные с вашим заболеванием в терминальной стадии:**если вы нуждаетесь в услугах, которые не являются экстренными или срочно необходимыми, покрываются в рамках программы Medicare Part A или B, которые не связаны с вашим заболеванием в терминальной стадии, стоимость данных услуг для вас зависит от того, входит ли ваш поставщик услуг в сеть нашего плана и соблюдаете ли вы правила плана (например, при наличии требования получить предварительное разрешение). • Если вы получаете покрываемые услуги у сетевого поставщика услуг и следуете правилам плана при получении услуги, вы оплачиваете только сумму участия в расходах по плану за услуги поставщиков услуг, представленных в сети. • Если вы получаете покрываемые услуги у внесетевого поставщика услуг, вы оплачиваете долю участия в расходах в рамках программы Original Medicare.	Информацию об участии в расходах см. в разделе «Услуги врача / квалифицированного специалиста» данной таблицы.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги, которые покрываются нашим планом страхования, но не покрываются в рамках Medicare Part A или B: наш план будет по-прежнему покрывать услуги, покрываемые планом, но не покрываемые в рамках части A или B, вне зависимости от их связи с терминальной стадией неизлечимого заболевания. Вы платите за эти услуги вашу сумму участия в расходах согласно нашему плану. **Лекарственные препараты, которые могут покрываться нашим планом страхования в рамках части D:** если эти препараты не связаны с терминальной стадией неизлечимого заболевания, вы оплачиваете долю участия в расходах. Если они связаны с терминальной стадией неизлечимого заболевания, вы оплачиваете долю участия в расходах по программе Original Medicare. Расходы на препараты никогда не покрываются одновременно и хосписом, и нашим планом. Более подробную информацию см. в разделе 9.4 главы 5. **Примечание.** Если вам нужен уход, не связанный с пребыванием в хосписе (уход, не связанный с терминальной стадией неизлечимого заболевания), обратитесь к нам для организации получения соответствующих услуг. Наш план страхования покрывает услуги хосписного консультирования (только один раз) для лица, находящегося в терминальной стадии неизлечимой болезни, которое не воспользовалось услугой хосписного ухода.	
Вакцинация Услуги, покрываемые в рамках программы Medicare Part B, включают следующее: • вакцины от пневмонии; • прививки (или вакцины) от гриппа/инфлюэнцы, проводящиеся один раз в сезон эпидемии гриппа/инфлюэнцы осенью и зимой, а также дополнительные прививки от гриппа/инфлюэнцы (или вакцины), необходимые по медицинским показаниям; • прививки от гепатита B, если у вас повышенный или промежуточный риск заражения гепатитом B;	Для прививок от пневмонии, гриппа/инфлюэнцы, гепатита B и COVID-19 не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. Для других вакцин, покрываемых Medicare (если вы находитесь в группе риска

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• прививки от COVID-19; • другие прививки, если вы находитесь в группе риска и если они соответствуют правилам покрытия по программе Medicare Part B. Мы также покрываем большинство других вакцин для взрослых в рамках страхового покрытия лекарственных препаратов по части D. Более подробную информацию см. в разделе 7 главы 6. Наш план покрывает большинство вакцин по части D для взрослых участников в возрасте 19 лет и старше.	и они соответствуют правилам покрытия по программе Medicare Part B), обратитесь к разделу «Рецептурные препараты по программе Medicare Part B» данной таблицы, чтобы узнать о применимом участии в расходах. *Для покрытия некоторых лекарственных препаратов по части B требуется предварительное разрешение.*
Стационарное лечение в больнице Сюда относится стационарное лечение при острых состояниях, реабилитация в условиях стационара, долгосрочный больничный уход и другие виды медицинских услуг в условиях стационара. Стационарное лечение в больнице начинается со дня вашего официального поступления в больницу по указанию врача. Последним днем вашего пребывания в стационаре является день, предшествующий дате выписки. Для вас покрывается пребывание в стационаре больницы, покрываемое Medicare, в количестве 90 дней. К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее: • пребывание в двухместной палате (или одноместной палате, если это необходимо по медицинским показаниям); • питание, включая особые диеты; • стандартные услуги медицинской сестры; • расходы на пребывание в отделении особого ухода (например, в отделении интенсивной терапии или отделении кардиореанимации); • лекарственные препараты и лекарственные средства; • лабораторные анализы; • рентген и прочие радиологические услуги;	При покрываемом программой Medicare пребывании в учреждении за каждое пребывание: доплата в размере $0 за каждое пребывание в стационаре. Доплата в размере $0 за день в рамках резервных дней в течение всего срока участия. Резервные дни в течение всего срока участия — это дополнительные дни, которые оплачиваются планом, если участники находятся в больнице больше, чем количество дней, покрываемых планом. В общей сложности участникам плана доступно 60 резервных дней, которые могут быть использованы в течение всего срока участия.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• необходимые хирургические и медицинские принадлежности; • использование оборудования, например, инвалидных колясок; • стоимость пребывания в операционной и послеоперационной палате; • физиотерапия, трудовая терапия и логопедическая терапия; • услуги стационарного лечения алкогольной или наркотической зависимости; • в некоторых случаях покрываются следующие типы трансплантатов: роговица, почка, почка-поджелудочная железа, сердце, печень, легкое, сердце-легкое, костный мозг, стволовые клетки и кишечный/мультивисцеральный трансплантат. Если вам необходима трансплантация, мы организуем рассмотрение вашего случая в одобренном программой Medicare центре трансплантации, который примет решение о внесении вас в список кандидатов на трансплантацию. Поставщики услуг по трансплантации могут находиться в зоне обслуживания плана или за ее пределами. Если наши сетевые услуги по трансплантации предоставляются за пределами схемы оказания услуг вашего района, вы можете получить их по месту проживания при условии, что местные поставщики услуг по трансплантации примут ставку оплаты Original Medicare. Если наш план предоставляет услуги трансплантации в местности, находящейся за пределами схемы оказания услуг трансплантации в вашем районе, и вы выберете получение трансплантата в такой отдаленной местности, мы организуем или оплатим соответствующее проживание и дорогу для вас и сопровождающего вас лица. • кровь, включая хранение и переливание. Покрытие услуг по переливанию цельной крови и эритроцитов начинается только с первой пинты крови, необходимой вам. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой пинты. • услуги врачей;	Если вы получаете одобренное стационарное лечение в больнице, не входящей в сеть плана, после стабилизации вашего состояния, требующего экстренной медицинской помощи, ваши расходы будут равны расходам, которые вы бы заплатили в сетевой больнице. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Примечание. Чтобы вы считались стационарным пациентом, ваш поставщик услуг должен выдать письменное распоряжение об официальном принятии вас в больницу в качестве стационарного пациента. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом, обратитесь к персоналу больницы. Дополнительная информация приведена в информационном бюллетене программы Medicare по *больничным услугам по программе Medicare*. Этот информационный бюллетень можно получить по адресу www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf или позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048.	
Стационарные услуги в психиатрической больнице Покрываемые услуги включают услуги в сфере психического здоровья, которые требуют пребывания в больнице. Вам предоставляется покрытие в объеме 90 дней за каждое покрываемое программой Medicare пребывание. На стационарные услуги в области психического здоровья, предоставляемые в психиатрической больнице, действует лимит в 190 дней, которые могут быть использованы в течение всего срока участия. Лимит в 190 дней не применяется в отношении стационарных услуг в области психического здоровья, предоставленных в психиатрическом отделении больницы общего профиля. Если вы использовали часть лимита в 190 дней, которые можно использовать в течение всего срока участия, по программе Medicare до вступления в наш план, то вы сможете получить только оставшуюся часть вашего лимита.	При покрываемом программой Medicare пребывании в учреждении за каждое пребывание: доплата в размере $0 за каждое пребывание в психиатрической больнице. Доплата в размере $0 за день в рамках резервных дней в течение всего срока участия. Резервные дни в течение всего срока участия — это дополнительные дни, которые оплачиваются планом, если участники находятся в больнице больше, чем количество дней, покрываемых планом. В общей сложности участникам плана доступно

Покрываемая услуга	Ваши расходы
	60 резервных дней, которые могут быть использованы в течение всего срока участия. *Может требоваться предварительное разрешение.* Если вы получаете одобренное стационарное лечение в больнице, не входящей в сеть плана, после стабилизации вашего состояния, требующего экстренной медицинской помощи, ваши расходы будут равны расходам, которые вы бы заплатили в сетевой больнице.
Пребывание в стационаре: покрываемые услуги, которые вы получаете в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF) в течение непокрываемого пребывания в стационаре Мы не покрываем ваше пребывание в стационаре, если вы исчерпали объем ваших покрываемых услуг стационарного лечения или если пребывание в стационаре не представляется обоснованным и необходимым. В некоторых случаях мы будем оплачивать определенные услуги, которые вы получите во время вашего пребывания в стационаре или учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF). К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее: • услуги врачей; • диагностические тесты (например, лабораторные анализы); • лучевая, радиевая и изотопная терапия, включая услуги лаборанта, оборудование и расходные материалы;	Перечисленные услуги будут по-прежнему покрываться с учетом сумм участия в расходах, указанных в таблице страхового покрытия для конкретной услуги.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• перевязочные материалы; • шины, иммобилизующие аппараты и другие устройства для лечения переломов и вывихов; • протезы и ортопедические изделия (кроме стоматологических), полностью или частично заменяющие внутренний орган (включая пограничную ткань) или полностью или частично выполняющие функции недействующего или плохо функционирующего внутреннего органа, включая замену или ремонт таких устройств; • ортезы для ног, рук, спины и шеи; бандажи; искусственные руки, ноги и глаза, включая их подгонку, ремонт и замену, необходимые в связи с их поломкой, износом, утратой или в случае изменения физического состояния пациента; • физиотерапия, логопедическая терапия и трудовая терапия.	
Питание **Питание после стабилизации острого состояния** • Для участников плана после выписки из стационарного больничного учреждения план предусматривает бесплатное питание в объеме не более 3 порций в день в течение 14 дней, всего 42 порции. Запрос на предоставление услуг должен быть подан в течение 45 дней после выписки из стационара. В зависимости от доступности, вы можете выбрать свежезамороженное питание, охлажденные блюда или питательные коктейли. Вы можете выбрать доставку набора продуктов питания и коктейлей в пределах общего ограничения по вашему страховому покрытию.	Доплата в размере $0 за каждый прием пищи или коктейль после стабилизации острого состояния, покрываемые планом.* *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Диетотерапия Данная услуга предоставляется по назначению врача и предназначена для лиц с сахарным диабетом, заболеваниями почек (не проходящих диализ) или после трансплантации почки. Мы покрываем 3 часа услуг индивидуального консультирования во время первого года получения вами диетотерапии в рамках программы Medicare (сюда относится наш план, любой другой план Medicare Advantage или программа Original Medicare), а также 2 часа в каждом последующем году. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменились, вы можете получить больше часов лечения по заявке вашего врача. Врач должен назначать данные услуги и возобновлять назначение ежегодно, если вам будет необходимо лечение в следующем календарном году.	Для услуг диетотерапии, покрываемых по программе Medicare, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Программа профилактики сахарного диабета Medicare (MDPP) **Услуги по MDPP покрываются для удовлетворяющих критериям людям в рамках всех планов медицинского страхования по программе Medicare.** MDPP — это структурированное медицинское вмешательство с целью изменения поведения, которое предусматривает практическое обучение долгосрочному изменению рациона, увеличение физических нагрузок и стратегии решения задач для преодоления трудностей, связанных с поддержанием оптимального веса и ведением здорового образа жизни.	Для страхового покрытия MDPP не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Лекарственные препараты, покрываемые программой Medicare Part B **Эти лекарственные препараты покрываются в рамках части B программы Original Medicare. Участники нашего плана страхования получают покрытие таких лекарственных препаратов через наш план. Покрываемые лекарственные препараты включают:**	К некоторым лекарствам может применяться требование поэтапного лечения.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• лекарственные препараты, которые пациенты в обычных условиях не принимают самостоятельно и которые вводятся инъекционно или внутривенно во время получения вами услуг у лечащего врача, в амбулаторном отделении больницы или амбулаторном хирургическом центре; • инсулин, поставляемый с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, инсулиновой помпы, необходимой по медицинским показаниям); • прочие лекарственные препараты, которые вы принимаете с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзеров) и для которых получено разрешение нашего плана страхования; • препарат для лечения болезни Альцгеймера — Leqembi® (непатентованное наименование — леканемаб), который вводится внутривенно. В дополнение к расходам на лекарственные препараты вам могут потребоваться дополнительные сканирования и анализы до и (или) во время лечения, которые могут увеличить ваши общие расходы. Поговорите со своим врачом о том, какие сканирования и анализы могут вам понадобиться в рамках вашего лечения. • факторы свертывания крови, которые вы вводите себе самостоятельно посредством инъекций при гемофилии; • препараты, применяемые при трансплантации / иммунодепрессивные препараты: программа Medicare покрывает медикаментозное лечение при трансплантации, если программа Medicare оплатила трансплантацию органа. Вы должны быть участником части A на момент покрываемой трансплантации, а также участником части B на момент получения иммунодепрессивных препаратов. Страховое покрытие лекарственных препаратов по программе Medicare Part D покрывает расходы на иммунодепрессивные препараты, если часть B не покрывает их; • инъекционные препараты против остеопороза, если вы не можете покинуть дом, у вас перелом кости, который	Аптеке может потребоваться подать страховое требование как в наш план, так и в программу Департамент здравоохранения штата Wisconsin, чтобы вы могли получать препараты, покрываемые по части B, по ценам с долей участия в расходах, указанным ниже. **Инсулиновые препараты по программе Medicare Part B** Доплата в размере $0 за инсулиновые препараты по части B, покрываемые программой Medicare. Доля расходов на инсулин составляет менее 25% или ограничена верхним пределом доплаты в размере $35 за месячный запас инсулина. *Может требоваться предварительное разрешение.* **Другие лекарственные препараты по программе Medicare Part B** Доплата в размере $0 за прочие лекарственные препараты по части B, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
врач оценил как связанный с постменопаузальным остеопорозом, и вы не можете самостоятельно вводить лекарственный препарат; • некоторые антигены: программа Medicare покрывает антигены, если врач их готовит, а надлежащим образом проинструктированное лицо (которым можете быть вы, пациент) дает их под соответствующим надзором; • некоторые пероральные противораковые препараты: программа Medicare покрывает некоторые пероральные препараты для лечения рака, которые вы принимаете внутрь, если один и тот же препарат доступен в инъекционной форме или препарат является пролекарством (пероральная лекарственная форма, которая при приеме внутрь расщепляется на тот же активный ингредиент, который содержится в инъекционном препарате) инъекционного препарата. По мере появления новых пероральных препаратов для лечения рака часть B может оплачивать их. Если часть B не оплачивает их, то их оплачивает часть D. • пероральные противорвотные препараты: программа Medicare покрывает пероральные противорвотные препараты, которые вы применяете в рамках схемы противоопухолевой химиотерапии, если они применяются до, во время или в течение 48 часов после химиотерапии, или используются в качестве полной терапевтической замены внутривенного противорвотного препарата; • некоторые пероральные препараты для лечения терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD), покрываемые программе Medicare Part B; • кальцимиметики и фосфат-связывающие препараты в платежной системе для ESRD, включая препарат Parsabiv® для внутривенного введения и препарат Sensipar® для перорального применения; • некоторые препараты для диализа в домашних условиях, включая гепарин, антидот гепарина, когда он необходим по медицинским показаниям, и местные анестетики;	**Препараты для химиотерапии / лучевой терапии, покрываемые программой Medicare Part B** Доплата в размере $0 за лекарственные препараты для химиотерапии по части B, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• стимуляторы эритропоэза: программа Medicare покрывает эритропоэтин в виде инъекций, если у вас терминальная стадия почечной недостаточности (ESRD) или вам нужен этот препарат для лечения анемии, связанной с определенными другими заболеваниями (например, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® или methoxypolyethylene glycol-epoetin beta); • внутривенный иммуноглобулин для лечения первичных иммунодефицитных заболеваний на дому; • парентеральное и энтеральное питание (внутривенное и зондовое питание). По этой ссылке вы можете ознакомиться со списком лекарственных препаратов по части B, на которые может распространяться требование поэтапного лечения: go.wellcare.com/WIStepTherapy. Мы также покрываем ряд вакцин в рамках страхового покрытия лекарственных препаратов по части B и большинство вакцин для взрослых по части D. В главе 5 объясняется содержание страхового покрытия лекарственных препаратов по части D, включая правила, которые вы должны соблюдать для гарантии покрытия рецептурных препаратов. Ваши расходы на лекарственные препараты по части D в рамках нашего плана страхования описаны в главе 6.	
Скрининговое обследование на выявление ожирения и терапия для устойчивого снижения веса Если ваш индекс массы тела равен 30 и более, страховое покрытие включает услугу интенсивного консультирования, направленного на помощь в снижении веса. Данное консультирование покрывается, если вы получаете эту услугу в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи, где ее оказание может быть согласовано с вашим комплексным планом профилактических мер. Дополнительные сведения вы можете получить у своего	Для профилактического скрининговое обследования на выявление ожирения и соответствующей терапии не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
основного лечащего врача или квалифицированного специалиста.	
Услуги программы по лечению расстройств, связанных с употреблением опиоидов Участники нашего плана страхования с расстройствами, связанными с употреблением опиоидов (OUD), могут получать покрытие услуг по лечению таких расстройств в рамках Программы лечения зависимости от опиоидов (OTP), которая подразумевает следующие услуги: • одобренные Управлением США по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA) лекарственные препараты на основе агонистов и антагонистов опиоидов в рамках заместительной терапии (MAT); • выдача и введение препаратов для MAT (если применимо); • консультирование по поводу употребления психоактивных веществ; • индивидуальная и групповая терапия; • токсикологический анализ; • процедуры при поступлении; • регулярные обследования.	Доплата в размере $0 за каждую услугу по лечению от опиоидной зависимости, покрываемую программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
Амбулаторные диагностические анализы и обследования, терапевтические услуги и расходные материалы К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее: • рентгенографии;	Доплата в размере $0 за рентгенографические исследования, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• лучевая (радиевая и изотопная) терапия, включая услуги лаборанта, оборудование и расходные материалы;	Доплата в размере $0 за процедуры лучевой терапии, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• хирургические расходные материалы, например, повязки; • шины, иммобилизующие аппараты и другие устройства для лечения переломов и вывихов;	Доплата в размере $0 за покрываемые программой Medicare медицинские принадлежности, включая шины и иммобилизующие аппараты. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• лабораторные анализы;	Доплата в размере $0 за каждую лабораторную услугу, покрываемую программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• кровь, включая хранение и переливание. Покрытие услуг по переливанию цельной крови и эритроцитов начинается только с первой пинты крови, перелитой вам. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой перелитой пинты;	Доплата в размере $0 за услуги переливания крови, покрываемые программой Medicare.
• диагностические нелабораторные обследования, такие как CT, MRI, EKG и PET, когда ваш врач или другой поставщик медицинских услуг назначит их для лечения нарушения состояния здоровья;	Доплата в размере $0 за услуги лучевой диагностики, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• другие амбулаторные диагностические обследования и анализы.	Доплата в размере $0 за покрываемые программой

Покрываемая услуга	Ваши расходы
	Medicare диагностические процедуры и тесты. *Может требоваться предварительное разрешение.*
Услуги амбулаторного наблюдения Услуги наблюдения — это услуги, предоставляемые в амбулаторном отделении больницы для определения необходимости вашей госпитализации или выписки. Услуги амбулаторного наблюдения в больнице покрываются только в том случае, если они отвечают критериям Medicare и признаны обоснованными и необходимыми. Услуги наблюдения покрываются только тогда, когда они назначены лечащим врачом или другим лицом, которому в соответствии с законодательством штата о лицензировании и правилами внутреннего распорядка для персонала больницы разрешено принимать пациентов, поступающих в больницу, или назначать проведение амбулаторных исследований. **Примечание.** Пока поставщик услуг не выдал письменное распоряжение о принятии вас в больницу в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом и платите суммы участия в расходах на амбулаторное лечение в стационаре. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, являетесь ли вы амбулаторным пациентом, узнайте это у персонала больницы. Дополнительная информация приведена в информационном бюллетене программы Medicare по *больничным услугам по программе Medicare*. Этот информационный бюллетень можно получить по адресу www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf или позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048.	Доплата в размере $0 за каждый визит наблюдения, покрываемый программой Medicare.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги амбулаторного отделения больницы Мы покрываем услуги, которые вы получаете в амбулаторном отделении больницы по медицинским показаниям для диагностики или лечения заболевания или травмы. К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее: • услуги, предоставляемые в отделении экстренной помощи или амбулаторной клинике, например, услуги наблюдения, амбулаторная хирургия; • лабораторные анализы и диагностические тесты, за которые больницей выставлен счет; • услуги в сфере психического здоровья, включая обслуживание по программе частичной госпитализации, если врач подтверждает, что при отсутствии такого лечения пациенту потребовалась бы госпитализация; • рентгенографии и прочие радиологические услуги, счета за которые выставляются больницей; • медицинские расходные материалы, например, шины и гипсовые повязки; • определенные лекарственные и биологические препараты, которые вы не можете принимать самостоятельно. **Примечание.** Пока поставщик услуг не выдал письменное распоряжение о принятии вас в больницу в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом и платите суммы участия в расходах на амбулаторное лечение в стационаре. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, являетесь ли вы амбулаторным пациентом, узнайте это у персонала больницы.	Вы оплачиваете соответствующие суммы участия в расходах, указанные в данной таблице страхового покрытия для конкретной услуги.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Амбулаторная помощь в области психического здоровья Покрываемые услуги: услуги в области психического здоровья, предоставляемые имеющим лицензию штата психиатром или врачом, клиническим психологом, клиническим социальным работником, клинической медсестрой-специалистом, лицензированным консультантом-специалистом (LPC), лицензированным психотерапевтом в области брака и семейных отношений (LMFT), квалифицированной медсестрой (NP), помощником врача (PA) или другим специалистом в сфере охраны психического здоровья, квалифицированным Medicare, если это разрешено соответствующим законодательством штата.	
• Услуги, предоставляемые психиатром	Доплата в размере $0 за каждый покрываемый программой Medicare индивидуальный сеанс психотерапии с участием психиатра. Доплата в размере $0 за каждый покрываемый программой Medicare групповой сеанс психотерапии с участием психиатра. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Услуги, предоставляемые другими поставщиками услуг в области психического здоровья	Доплата в размере $0 за каждый покрываемый программой Medicare индивидуальный сеанс психотерапии с участием других поставщиков услуг в сфере психического здоровья.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
	Доплата в размере $0 за каждый покрываемый программой Medicare групповой сеанс психотерапии с участием других поставщиков услуг в сфере психического здоровья. *Может требоваться предварительное разрешение.*
Амбулаторные услуги по реабилитации Покрываемые услуги включают физиотерапию, трудовую терапию и логопедическую терапию. Амбулаторные услуги по реабилитации предоставляются в различных амбулаторных учреждениях, таких как амбулаторные отделения больниц, независимые терапевтические кабинеты и центры комплексной амбулаторной реабилитации (CORF).	
• Услуги, предоставляемые физиотерапевтом	Доплата в размере $0 за каждый сеанс физиотерапии, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Услуги, предоставляемые специалистом по трудовой терапии	Доплата в размере $0 за каждый сеанс трудовой терапии, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Услуги, предоставляемые логопедом	Доплата в размере $0 за каждый сеанс логопедической терапии,

Покрываемая услуга	Ваши расходы
	покрываемый программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
Амбулаторное лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ Покрываемые услуги: услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, такие как индивидуальные и групповые сеансы терапии, предоставляемые врачом, клиническим психологом, клиническим социальным работником, клинической медсестрой-специалистом, квалифицированной медсестрой, помощником врача или другим специалистом или программой в сфере охраны психического здоровья, имеющим право на участие в программе Medicare, если это разрешено соответствующим законодательством штата.	Доплата в размере $0 за каждый сеанс индивидуальной терапии, покрываемый программой Medicare. Доплата в размере $0 за каждый сеанс групповой терапии, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
Амбулаторная хирургия, включая услуги, предоставляемые в амбулаторных отделениях больниц и амбулаторных хирургических центрах **Примечание.** Если вы подвергаетесь хирургическому вмешательству в больнице, вы должны уточнить у поставщика услуг, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом. Пока поставщик услуг не выдал письменное распоряжение о принятии вас в больницу в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом и платите суммы участия в расходах на амбулаторную хирургию. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом.	
• Услуги, предоставляемые в амбулаторном отделении больницы	Доплата $0 за каждое покрываемое программой

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• Услуги, предоставляемые в амбулаторном хирургическом центре	Medicare посещение амбулаторного отделения больницы. *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата $0 за каждое покрываемое программой Medicare посещение амбулаторного хирургического центра. *Может требоваться предварительное разрешение.*
Услуги частичной госпитализации и услуги интенсивного амбулаторного лечения	
Частичная госпитализация — это структурированная программа активного психиатрического лечения, предоставляемого как услуга в амбулаторном отделении больницы или в общественном центре лечения психических расстройств; такое лечение имеет более интенсивный характер по сравнению с лечением, которое вы получаете в кабинете вашего врача, психотерапевта, лицензированного психотерапевта в области брака и семейных отношений (LMFT) или лицензированного профессионального консультанта, и выступает альтернативой госпитализации в стационар.	Доплата $0 в сутки за каждую покрываемую программой Medicare услугу частичной госпитализации. *Может требоваться предварительное разрешение.*
Услуга интенсивного амбулаторного лечения — это структурированная программа активного лечения в сфере поведенческого (психического) здоровья, предоставляемого как услуга в амбулаторном отделении больницы, в общественном центре лечения психических расстройств, в федеральном медицинском центре или в сельской клинике; такое лечение имеет более интенсивный характер по сравнению с лечением, получаемым в кабинете вашего врача, психотерапевта, лицензированного психотерапевта в области брака и семейных отношений (LMFT) или лицензированного	Доплата в размере $0 в сутки за каждую покрываемую программой Medicare услугу интенсивного амбулаторного лечения. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
профессионального консультанта, но менее интенсивный характер по сравнению с частичной госпитализацией.	
Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы у врача Покрываемые услуги:	
• медицинская помощь или хирургические услуги, которые вы получаете по медицинским показаниям в кабинете врача, в сертифицированном амбулаторном хирургическом центре, амбулаторном отделении больницы или в любом другом месте;	Доплата в размере $0 за каждый прием у PCP, покрываемый программой Medicare. Сведения о применяемых суммах участия в расходах при посещении амбулаторного хирургического центра или амбулаторного отделения больницы см. в разделе «Амбулаторная хирургия» ранее в настоящей таблице.
• консультации, диагностика и лечение, проводимые специалистом;	Доплата в размере $0 за каждый прием у специалиста, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• другие медицинские специалисты;	Доплата в размере $0 за каждый прием у других медицинских специалистов. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• базовые проверки слуха и равновесия, выполняемые вашим PCP или специалистом, если ваш врач назначает их с целью определить, нуждаетесь ли вы в медицинской помощи;	Доплата в размере $0 за сурдологические услуги, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• определенные услуги телемедицины, в том числе: срочно необходимые услуги, услуги по уходу на дому, услуги поставщика первичного медицинского обслуживания, трудовая терапия, услуги врача узкой специализации, индивидуальная и групповая терапия в области психического здоровья, услуги подиатра, услуги других медицинских специалистов, индивидуальная и групповая терапия в области психиатрии, физиотерапия и услуги логопеда, индивидуальная и групповая терапия в рамках амбулаторного лечения злоупотребления психоактивными веществами, а также обучение самостоятельному уходу при сахарном диабете. ○ Эти услуги можно получить при личном посещении или посредством телемедицины. Если вы решите получить их посредством телемедицины, вы должны обратиться к сетевому поставщику услуг телемедицины. ○ Виртуальный прием (или консультация с помощью средств телемедицины или в режиме телемедицины) — это прием у врача, осуществляемый по телефону или через Интернет с использованием смартфона, планшета или компьютера. Для некоторых типов приемов может потребоваться подключение к сети Интернет и устройство с камерой. ○ Наш план предусматривает круглосуточный доступ без выходных к виртуальным приемам у сертифицированных врачей через поставщиков услуг виртуальных визитов, сотрудничающих с нашим планом, для решения широкого круга	Доплата в размере $0 за услуги виртуального визита, предоставляемые поставщиком(-ами) услуг виртуального визита вашего плана. **Обратите внимание!** Вышеуказанная доплата в размере $0 применяется только в том случае, если услуги получены от поставщика(-ов) услуг виртуального визита вашего плана. Если вы получаете очное или телемедицинское обслуживание от сетевого поставщика услуг, а не от поставщика(-ов) виртуальных приемов, вы будете оплачивать долю участия в расходах, указанную для этих поставщиков, как указано в настоящей таблице страхового покрытия (например, если вы получаете телемедицинские услуги от своего PCP, вы будете оплачивать соответствующую долю участия в расходах).

Покрываемая услуга	Ваши расходы
проблем/вопросов со здоровьем. К числу покрываемых услуг относятся услуги общего медицинского обслуживания, услуги в области поведенческого здоровья, дерматологические услуги и многое другое. Для получения дополнительной информации или поиска поставщика услуг виртуальных приемов, сотрудничающего с нашим планом, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. • ряд услуг телемедицины, включая консультацию, диагностику и лечение у лечащего врача или квалифицированного специалиста, для участников программы страхования, проживающих в определенных сельских местностях или в других регионах, утвержденных программой Medicare; • услуги телемедицины для ежемесячных приемов в связи с терминальной стадией почечной недостаточности у пациентов, получающих диализ на дому; предоставляемые в больничном центре гемодиализа, больничном центре гемодиализа с неограниченным доступом, учреждении гемодиализа или на дому у участника программы страхования; • услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения симптомов инсульта независимо от вашего местоположения; • услуги телемедицины для участников программы страхования с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, или сопутствующим психическим расстройством независимо от местоположения участника; • услуги телемедицины для диагностики, оценки и лечения психических расстройств, **если**: ○ у вас был очный визит в течение 6 месяцев до первого визита в режиме телемедицины;	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
○ во время получения услуг телемедицины вы посещаете врача каждые 12 месяцев; ○ при определенных обстоятельствах возможны исключения из правил выше. • услуги телемедицины для приемов по вопросам психического здоровья, предоставляемые сельскими клиниками и федеральными медицинскими центрами;	
• 5–10-минутные виртуальные консультации с вашим врачом (например, по телефону или по видеосвязи) **если**: ○ вы не новый пациент; **и** ○ консультация не имеет отношения к посещению врача за последние 7 дней; **и** ○ в результате консультации не назначается посещение врача в течение следующих суток или как можно быстрее.	Вы оплачиваете долю участия в расходах, применимую к данному поставщику (как описано выше в разделе «Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы у врача» выше).
• оценка видеозаписи и (или) изображений, отправленных вами вашему врачу, расшифровка и вынесение назначения врачом в течение суток, **если**: ○ вы не новый пациент; **и** ○ оценка не имеет отношения к посещению врача за последние 7 дней; **и** ○ в результате оценки не назначается посещение врача в течение следующих суток или как можно быстрее.	Вы оплачиваете долю участия в расходах, применимую к данному поставщику (как описано выше в разделе «Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы у врача» выше).
• проведение вашим врачом консилиума с другими лечащими врачами по телефону, через Интернет или путем оценки электронной истории болезни;	Вы оплачиваете долю участия в расходах, применимую к данному поставщику (как описано выше в разделе «Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы у врача» выше).

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• независимое заключение другого сетевого поставщика услуг перед проведением хирургического вмешательства.	Вы оплачиваете долю участия в расходах, применимую к данному поставщику (как описано выше в разделе «Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы у врача» выше). В дополнение к вышеуказанной информации об участии в расходах взимается доплата и (или) дополнительный взнос за необходимые по медицинским показаниям услуги, покрываемые Medicare, в отношении медицинского оборудования длительного пользования и принадлежностей, протезов и принадлежностей, амбулаторных диагностических исследований и терапевтических услуг, очков и контактных линз после операции по удалению катаракты, рецептурных препаратов по части D и рецептурных препаратов по программе Medicare Part B, как описано в данной Таблице страхового покрытия.
Подиатрические услуги Покрываемые услуги:	Доплата в размере $0 за подиатрические услуги,

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• диагностика и медицинское или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (например, молоткообразный палец стопы или пяточные шпоры); • плановый уход за стопами для участников программы страхования с определенными заболеваниями, влияющими на нижние конечности.	покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
Доконтактная профилактика (PrEP) для профилактики HIV Если у вас нет HIV, но ваш врач или другой медицинский работник определил, что вы подвержены повышенному риску заражения HIV, мы покрываем лекарственные препараты для доконтактной профилактики (PrEP) и сопутствующие услуги. Если вы соответствуете критериям, покрываемые услуги включают: • одобренный FDA пероральный или инъекционный препарат для PrEP. Если вы получаете инъекционный препарат, мы также покрываем стоимость инъекции препарата. • до 8 индивидуальных консультаций (включая оценку риска заражения HIV, снижение риска заражения HIV и соблюдение режима лечения) каждые 12 месяцев. • до 8 скрининговых обследований на выявление HIV каждые 12 месяцев. однократное скрининговое обследование на выявление вируса гепатита B.	Для услуги PrEP не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Скрининговые обследования на выявление рака предстательной железы Для мужчин в возрасте 50 лет и старше покрываемые услуги включают следующее один раз в 12 месяцев: • пальцевое ректальное исследование;	Доплата в размере $0 за каждое ежегодное пальцевое ректальное исследование,

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• анализ на простатический специфический антиген (Prostate Specific Antigen, PSA).	покрываемое программой Medicare. Для ежегодного анализа на PSA не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Протезы и ортопедические изделия, а также связанные с ними принадлежности Устройства (кроме стоматологических), полностью или частично восполняющие часть или функцию тела. Сюда относятся, помимо прочего, тестирование, подгонка или обучение использованию протезов и ортопедических изделий; а также калоприемники и принадлежности, напрямую связанные с уходом за колостомой; электрокардиостимуляторы; ортезы; ортопедическая обувь; искусственные конечности и протезы молочной железы (включая послеоперационный бюстгальтер после мастэктомии). Сюда также относятся определенные принадлежности, относящиеся к протезам и ортопедическим изделиям, их ремонту и (или) замене. Помимо этого, включено покрытие в определенном объеме после удаления катаракты или операции на катаракте — дополнительные сведения см. в пункте «Офтальмологические услуги» далее в настоящей таблице.	Доплата в размере $0 за протезы и ортопедические изделия, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата в размере $0 за покрываемые программой Medicare медицинские принадлежности, относящиеся к протезам. *Может требоваться предварительное разрешение.*
Услуги легочной реабилитации Для участников программы страхования с хронической обструктивной болезнью легких (COPD) (степень тяжести от умеренной до очень тяжелой), имеющих направление на легочную реабилитацию от лечащего хронические заболевания органов дыхания врача, покрываются комплексные программы легочной реабилитации.	Доплата в размере $0 за каждый сеанс легочной реабилитации, покрываемый программой Medicare.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Скрининговое обследование и консультирование для снижения злоупотребления алкоголем Мы покрываем одно скрининговое обследование на выявление злоупотребления алкоголем для взрослых (в том числе беременных женщин), которые злоупотребляют алкоголем, но не являются алкоголезависимыми. Если результаты скринингового обследования на выявление злоупотребления алкоголем окажутся положительными, вы можете получать ежегодно не более 4 индивидуальных экспресс-консультаций (если вы дееспособны и во время консультации находитесь в ясном сознании) основного лечащего врача или квалифицированного специалиста в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи.	Для покрываемой Medicare услуги скринингового обследования и консультирования для снижения злоупотребления алкоголем не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Скрининговое обследование на выявление рака легких методом низкодозной компьютерной томографии (LDCT) Для лиц, отвечающих требованиям, LDCT покрывается каждые 12 месяцев. **К участникам, отвечающим требованиям, относятся** лица в возрасте 50–77 лет без признаков или симптомов рака легких, но имеющие в анамнезе не менее 20 условных лет курения, которые курят в настоящее время или бросили курить в течение последних 15 лет и получили направление на LDCT во время приема с целью консультации по вопросам скринингового обследования на выявление рака легких и принятия совместного решения; при этом прием должен отвечать критериям Medicare, а письменное направление может быть выдано лечащим врачом или квалифицированным специалистом другого профиля. *Для скрининговых обследований на выявление рака легких методом LDCT после первичного скринингового обследования таким методом:* участники программы страхования должны получить направление на скрининговое обследование на выявление рака легких методом LDCT, которое может быть выдано лечащим врачом или квалифицированным	Для покрываемого Medicare приема с целью консультации и совместного принятия решения, а также для LDCT не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
специалистом другого профиля во время любого соответствующего приема. Если лечащий врач или квалифицированный специалист другого профиля решает провести прием с целью консультации по вопросам скринингового обследования на выявление рака легких и принятия совместного решения для последующих скрининговых обследований на выявление рака легких методом LDCT, данный прием должен отвечать критериям Medicare.	
Скрининговое обследование на выявление инфекции, вызванной вирусом гепатита C Мы покрываем одно скрининговое обследование на выявление гепатита C, если ваш основной лечащий врач или другой квалифицированный поставщик медицинских услуг заказывает его и вы соответствуете одному из следующих условий: • Вы подвержены высокому риску заражения, потому что применяете или применяли запрещенные инъекционные препараты. • До 1992 г. вам делали переливание крови. • Вы родились в период между 1945 и 1965 гг. Если вы родились в период между 1945 и 1965 гг. и не относитесь к группе высокого риска, мы оплачиваем скрининговое обследование один раз. Если вы находитесь в группе высокого риска (например, продолжаете применять запрещенные инъекционные препараты с момента предыдущего отрицательного скринингового анализа на гепатит C), мы покрываем ежегодные скрининговые обследования.	Для скринингового обследования на выявление вируса гепатита C, покрываемого по программе Medicare, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Скрининговое обследование на выявление инфекций, передаваемых половым путем (STI), и консультирование о мерах профилактики STI Мы покрываем скрининговые обследования на выявление инфекций, передаваемых половым путем (STI), таких как	Для покрываемой Medicare услуги скринингового

Покрываемая услуга	Ваши расходы
хламидиоз, гонорея, сифилис и гепатит B. Эти скрининговые обследования покрываются для беременных женщин и определенных категорий пациентов с повышенным риском STI при наличии направления на анализы от поставщика первичного медицинского обслуживания. Мы покрываем эти обследования раз в 12 месяцев или в определенные моменты времени в период беременности. Мы также покрываем не более двух индивидуальных 20–30-минутных высокоинтенсивных сеансов консультирования по вопросам психического здоровья ежегодно для сексуально активных совершеннолетних с повышенным риском STI. Мы покрываем указанные сеансы консультирования в качестве профилактической услуги только в том случае, если они предоставляются поставщиком первичного медицинского обслуживания в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи, например, в кабинете врача.	обследования на выявление STI и консультирования о мерах профилактики STI не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Услуги по лечению заболеваний почек Покрываемые услуги:	
• консультационные услуги при заболеваниях почек для обучения уходу за почками и помощи участникам в принятии информированных решений по поводу ухода. Для участников с IV стадией хронической почечной недостаточности при наличии направления от их врача мы покрываем не более 6 консультаций по уходу за почками за все время участия в программе;	Доплата в размере $0 за услуги консультирования при заболеваниях почек, покрываемые программой Medicare.
• амбулаторные процедуры диализа (включая процедуры диализа при временном нахождении вне зоны обслуживания, как объяснено в главе 3, или когда ваш поставщик услуг диализа временно недоступен);	Доплата в размере $0 за амбулаторные процедуры диализа, покрываемые программой Medicare.
• стационарные процедуры диализа (если вы поступаете в стационар для специализированного лечения);	Сведения об участии в расходах, применимом к стационарным процедурам диализа, см. в разделе «Стационарное лечение в больнице».

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• обучение самостоятельному проведению диализа (включая обучение вас и лица, оказывающего помощь в проведении процедуры диализа на дому);	Доплата в размере $0 за обучение самостоятельному проведению диализа, покрываемое программой Medicare.
• оборудование и принадлежности для диализа в домашних условиях;	Доплата в размере $0 за оборудование для проведения диализа на дому, покрываемое программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата в размере $0 за принадлежности для проведения диализа, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• определенные услуги по оказанию поддержки на дому (в частности, посещения обученных диализу специалистов по мере необходимости для контроля проведения диализа на дому, для помощи в неотложных ситуациях и для проверки оборудования для проведения диализа и подачи воды). Некоторые лекарственные препараты для диализа покрываются по программе Medicare Part B. Информацию о покрытии лекарственных препаратов по части B см. в этой таблице в разделе «**Лекарственные препараты, покрываемые программой Medicare Part B**».	Доплата в размере $0 за услуги поддержки на дому, покрываемые программой Medicare.
Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (SNF) (Определение услуг, предоставляемых учреждением квалифицированного сестринского ухода, см. в главе 12.	При покрываемом программой Medicare

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Учреждения квалифицированного сестринского ухода иногда называются SNF.) Вам предоставляется покрытие в объеме 100 дней за каждое пребывание. Предварительная госпитализация не требуется. К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее: • пребывание в двухместной палате (или одноместной палате, если это необходимо по медицинским показаниям); • питание, включая особые диеты; • услуги квалифицированного сестринского ухода; • физиотерапия, трудотерапия и речевая терапия; • лекарственные препараты, которые вы получаете как часть нашего плана обслуживания (сюда относятся вещества, которые в норме присутствуют в организме, например, факторы свертывания крови.); • кровь, включая хранение и переливание. Покрытие услуг по переливанию цельной крови и эритроцитов начинается только с первой пинты крови, перелитой вам. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой перелитой пинты. • медицинские и хирургические принадлежности, обычно предоставляемые SNF; • лабораторные анализы, обычно предоставляемые SNF; • рентгенографии и другие радиологические услуги, обычно предоставляемые SNF; • использование оборудования, например, инвалидных колясок, обычно предоставляемого SNF; • услуги врача / квалифицированного специалиста; Как правило, вы получаете услуги, предоставляемые SNF, в сетевых учреждениях. В некоторых случаях, которые перечислены ниже, вы можете оплатить долю расходов, соответствующую доле расходов за услуги в пределах сети, у внесетевого поставщика услуг, если такой поставщик	пребывании в учреждении за каждое пребывание: Доплата в размере $0 за каждое пребывание в учреждении квалифицированного сестринского ухода, покрываемое программой Medicare. Вы оплачиваете все расходы за каждый день после 100-го дня. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
согласится с размером оплаты, предусмотренным нашим планом. • центр сестринского ухода или поселение для пенсионеров с постоянным уходом, где вы жили до того, как поступили в больницу (если там предоставляются услуги квалифицированного сестринского ухода); • SNF, в котором живет ваш супруг / ваша супруга или ваш гражданский партнер в то время, когда вы выписываетесь из больницы.	
Отказ от курения и употребления табака (консультирование с целью отказа от курения или 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, проявляются ли у них признаки или симптомы заболеваний, связанных с употреблением табака; • компетентны и внимательны во время консультаций; • консультации предоставляет квалифицированный врач или другой признанный программой Medicare практикующий врач. Мы покрываем 2 попытки отказа в год (каждая попытка может включать не более 4 промежуточных или интенсивных консультаций, при этом пациент получает до 8 консультаций в год.)	Для покрываемых Medicare профилактических услуг отказа от курения и употребления табака не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Платформа социальной поддержки Наш план предоставляет онлайн-платформу социальной поддержки, которая поможет вам сохранить общее благополучие. Платформа предлагает участие в жизни сообщества, терапевтические мероприятия и ресурсы, спонсируемые планом, чтобы помочь справиться со стрессом и	Доплата в размере $0 за платформу социальной поддержки.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
тревожностью. Платформа упрощает вам участие и позволяет оставаться вовлеченным в процесс, чтобы помочь вам в удовлетворении ваших потребностей в области психического здоровья. Она доступна круглосуточно и без выходных, поэтому вы можете использовать ее в любое время. Платформа социальной поддержки включает: • индивидуальные оздоровительные программы: получите доступ к персонализированным 4-недельным программам для самостоятельного выполнения, разработанным для улучшения физического и эмоционального благополучия, с учетом рекомендаций экспертов по здоровому старению, специально предназначенным для поддержки участников. Придерживайтесь программ в удобном для вас темпе и отслеживайте свой прогресс, чтобы следить за улучшениями в вашем состоянии здоровья. • поддержку коллег и экспертов: Присоединяйтесь к онлайн-сообществу в модерируемом пространстве, где вы можете общаться со сверстниками и квалифицированными экспертами в области здравоохранения. Получите доступ к клинически проверенным статьям и получите персонализированные рекомендации по дополнительным услугам Wellcare в зависимости от вашего взаимодействия и выявленных потребностей. • персонализированные цифровые медицинские инструменты: принимайте участие в интерактивных мероприятиях, медитациях и играх, основанных на когнитивно-поведенческой терапии, осознанности и позитивной психологии. Эти инструменты охватывают такие темы, как здоровое старение, контроль изоляции, уход, скорбь и поиск цели старения, а также многое другое. участники могут получить доступ к платформе, войдя на свой портал для участников по адресу go.wellcare.com/member, или позвонив в отдел обслуживания участников. После регистрации вы можете получить доступ к платформе	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
непосредственно в любое время с компьютера, планшета или смартфона.	
Особые дополнительные услуги для хронически больных Если вы имеете право на получение особых дополнительных услуг для хронически больных (SSBCI), наш план предлагает дополнительные услуги. Вы должны соответствовать определенным критериям, включая наличие документально подтвержденного и действующего диагноза одного или нескольких заболеваний, дающих право на получение этих услуг. Это заболевание должно представлять угрозу для жизни или значительно ограничивать общее состояние вашего здоровья или функционирование. Кроме того, вам необходимо лечение в отделении интенсивной терапии и вы должны быть в группе высокого риска незапланированной госпитализации. К хроническим заболеваниям, дающим право на получение особых дополнительных услуг, относятся: аутоиммунные заболевания (включая ревматоидный артрит); рак; сердечно-сосудистые заболевания (включая артериальную гипертензию); хроническое расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и другие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (SUD); хроническая сердечная недостаточность; хронические заболевания легких; хронические и инвалидизирующие психические заболевания; хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта (включая хронические желудочно-кишечные расстройства); хроническая болезнь почек (CKD); состояния с функциональными нарушениями (включая терминальную стадию почечной недостаточности (ESRD), терминальную стадию печеночной недостаточности; остеопороз (заболевание костей); остеоартрит); состояния, при которых требуется постоянное лечение для поддержания или сохранения функциональных способностей (включая мышечную дистрофию); состояния, связанные с когнитивными нарушениями (включая синдром Дауна); деменция; сахарный диабет; HIV/AIDS; эндометриоз; неврологические расстройства; тяжелые гематологические нарушения; избыточный вес, ожирение, и метаболический	Для особых дополнительных услуг для хронически больных не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
синдром (включая гиперлипидемию/дислипидемию); после трансплантации органов; инсульт. Для получения дополнительной информации о критериях участия см. раздел 2 главы 4. Решение о получении права на предоставление нижеприведенных услуг принимается после регистрации в нашем плане. **Если вы соответствуете критериям, у вас есть возможность воспользоваться своим пособием Wellcare Spendables® для получения дополнительных льгот, перечисленных ниже. После подтверждения соответствия критериям эти расширенные льготы станут доступны в течение 7–10 рабочих дней. Неиспользованная сумма денежного пособия переносится на следующий месяц и сгорает в конце страхового года. Для получения дополнительной информации см. пособие Wellcare Spendables® в данной таблице.** • **Оплата бензина у бензоколонки** Вы можете использовать свою карту для оплаты бензина прямо у бензоколонки в участвующих в плане местах. Карта не может быть использована для оплаты наличными в кассе. Карту можно использовать для заправки автомобиля бензином только до определенной разрешенной суммы. • **Здоровое питание** Вы можете использовать свою карту для оплаты продуктов, обеспечивающих здоровое питание, в розничных магазинах, участвующих в программе. Могут быть доступны варианты доставки соответствующих продуктов. Готовые блюда и коробки с продуктами можно заказать через онлайн-портал. Карту нельзя использовать для приобретения табачных изделий или алкоголя. Утверждены следующие товары: ○ мясо и птица; ○ фрукты и овощи;	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
○ питательные напитки. Используйте сканер штрихкодов в приложении, чтобы найти одобренные товары в розничных точках, войдите на портал для участников или изучите каталог. • **предметы для помощи и безопасности в доме;** Вы можете использовать свою карту для оплаты предметов для помощи и безопасности в доме, включая услуги по установке соответствующих продуктов. Войдите на портал для участников или свяжитесь с нами, чтобы приобрести разрешенные товары и просмотреть соответствующие критериям услуги. Утвержденные товары и услуги включают: ○ поручни или дверные ручки и нескользящие напольные покрытия; ○ безопасные стулья и средства для модификации ванной комнаты; ○ портативные системы кондиционирования воздуха и изделия для обеспечения качества воздуха; ○ средства для борьбы с вредителями и насекомыми и процедуры на дому; • **Помощь с оплатой аренды** Вы можете использовать свою карту как вспомогательное средство для покрытия аренды вашего дома. Войдите в портал своего поставщика услуг по аренде/ипотеке, чтобы оплатить или оплатить напрямую своему поставщику услуг по аренде, если он принимает платежи по карте. Карту можно использовать только до определенной разрешенной суммы. Карту нельзя использовать для настройки автоматических повторных платежей.	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• **Помощь с оплатой коммунальных услуг** Вы можете использовать свою карту как вспомогательное средство для оплаты коммунальных услуг в вашем доме. Войдите непосредственно на портал поставщиков услуг и оплатите с помощью карты. Карту нельзя использовать для настройки автоматических повторных платежей. Карту можно использовать только до определенной разрешенной суммы. Список статей расходов, утвержденных в рамках льготы: ○ электричество, газоснабжение, канализация / утилизация твердых отходов и водоснабжение; ○ услуги проводной и сотовой телефонной связи; ○ доступ к сети Интернет; ○ услуги кабельного телевидения (за исключением онлайн-кинотеатров); ○ определенные расходы на бензин, например, в качестве печного топлива.	
Лечебная физкультура под надзором специалиста (SET) SET покрывается для участников с симптоматическим заболеванием периферических артерий (PAD). Покрывается не более 36 сеансов в течение 12 недель, если соблюдены требования программы SET. Программа SET должна: • состоять из занятий продолжительностью 30–60 минут, включающих программу физических упражнений для лечения PAD у пациентов с динамическим нарушением кровообращения; • проводиться в амбулаторном отделении больницы или в кабинете врача; • проводиться квалифицированным вспомогательным персоналом, следящим за тем, чтобы польза	Доплата в размере $0 за каждый сеанс лечебной физкультуры под надзором специалиста, покрываемый программой Medicare.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
превышала возможный вред, и обученным проведению лечебной физкультуры при PAD; • проводиться под непосредственным наблюдением врача, помощника врача или квалифицированной медсестры/клинической медсестры-специалиста, которые прошли обучение базовым и специальным приемам реанимации. SET может покрываться сверх 36 занятий в течение 12 недель и продлеваться еще на 36 занятий в течение дополнительного периода времени, если поставщик услуг сочтет это необходимым по медицинским показаниям.	
Услуги по транспортировке (дополнительные плановые) <u>Неэкстренная медицинская транспортировка:</u> Наш план покрывает в общей сложности 48 поездок в одну сторону в рамках неэкстренной транспортировки по земле в пределах нашей зоны обслуживания ежегодно. Эта льгота позволяет получить необходимое обслуживание и услуги. Вам может быть предоставлена поездка в медицинское учреждение, например, к докторам, врачам узкой специализации, в аптеки, к стоматологу и поставщикам офтальмологических услуг. Расстояние поездок ограничено до 75 миль в одну сторону. Для бронирования поездки позвоните по номеру службы транспортировки, указанному на задней стороне вашей ID-карты участника плана, или воспользуйтесь мобильным приложением. Если поездка требуется для получения планового медицинского обслуживания, звоните не более чем за 1 месяц и не менее чем за 3 дня до приема. Возможность бронирования поездки день в день зависит от доступности. Поездки осуществляются на такси, легковом автомобиле, автомобиле, оборудованном для перевозки инвалидных колясок, или через сервис совместных поездок (например, Uber или Lyft) в соответствии с вашими медицинскими потребностями.	Доплата в размере $0 за поездку.* Поездкой считается поездка в одну сторону на микроавтобусе, через сервис совместных поездок или на такси до медицинского учреждения. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Для покрытия планом страхования эту льготу необходимо использовать для поездок в медицинские учреждения. В рамках одной поездки могут одновременно перевозиться несколько участников плана с возможными остановками помимо вашего места назначения. При бронировании поездки не забудьте упомянуть о любых дополнительных потребностях, например, в случае использования инвалидной коляски, а также обо всех предпочтениях, таких как потребность в дополнительном времени при посадке.	
Срочно необходимые услуги Покрываемая планом услуга, требующая немедленной медицинской помощи, которая не является экстренной, — срочно необходимая услуга, если либо вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана, либо, даже если вы находитесь в зоне обслуживания нашего плана, получение этой услуги у сетевых поставщиков, нецелесообразно с учетом вашего времени, места и обстоятельств. Наш план должен покрывать срочно необходимые услуги и взимать с вас только долю расходов за услуги в пределах сети. Примерами срочно необходимых услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы, а также непредвиденные обострения существующих заболеваний. Необходимые с медицинской точки зрения плановые визиты к поставщикам услуг (например, ежегодные осмотры), не считаются срочно необходимыми, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или сеть нашего плана временно недоступна.	Доплата в размере $0 за посещения для получения срочно необходимых услуг, покрываемых программой Medicare.
Покрываются срочно необходимые услуги за пределами США.	Доплата в размере $115 за срочно необходимые услуги, получаемые за пределами США.* Вы оплачиваете эту сумму, даже если в течение 24 часов вас госпитализируют в больницу по поводу того же состояния.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
	Для вас предусмотрено страховое покрытие на сумму до $50,000 ежегодно в случае получения экстренной помощи или срочно необходимых услуг за пределами США.
Офтальмологические услуги	
Покрываемые услуги:	
• амбулаторные услуги лечащего врача по диагностике и лечению заболеваний и травм глаза, включая лечение возрастной дегенерации желтого пятна. Программа Original Medicare не покрывает плановые проверки зрения (рефрактометрия глаз) для подбора очков / контактных линз.	Доплата в размере $0 за все прочие проверки зрения для диагностики и лечения заболеваний глаз. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• для лиц с повышенным риском развития глаукомы мы покрываем одно скрининговое обследование на выявление глаукомы ежегодно. К лицам с повышенным риском развития глаукомы относятся лица с глаукомой в семейном анамнезе, больные сахарным диабетом, афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше и латиноамериканцы в возрасте 65 лет и старше.	Доплата в размере $0 за скрининговое обследование на выявление глаукомы, покрываемое программой Medicare.
• для больных сахарным диабетом покрывается одно скрининговое обследование на выявление диабетической ретинопатии в год.	Доплата в размере $0 за покрываемое программой Medicare обследование сетчатки для участников с сахарным диабетом или обследование глаз при сахарном диабете. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• одна пара очков или контактных линз после каждой операции по поводу катаракты, которая включает введение интраокулярных линз. Если у вас было 2 отдельные операции по удалению катаракты, вы не можете сохранить страховое покрытие после первой операции и приобрести 2 пары очков после второй операции.	Доплата в размере $0 за средства коррекции зрения, покрываемые программой Medicare.
Кроме того, наш план покрывает следующие дополнительные (т. е. плановые) офтальмологические услуги:	
• 1 плановая проверка зрения ежегодно. Плановая проверка зрения включает в себя проверку на глаукому для людей, входящих в группу риска по глаукоме, и осмотр сетчатки для лиц с сахарным диабетом.	Доплата в размере $0 за 1 плановую проверку зрения ежегодно.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Неограниченное количество средств коррекции зрения по рецепту ежегодно на максимальную сумму $500 в год. К покрываемым средствам коррекции зрения относится следующее: ○ очки (оправа и линзы) или ○ только линзы для очков или ○ только оправы для очков или ○ контактные линзы вместо очков или ○ обновление средств коррекции зрения. **Примечание.** Стоимость подбора контактных линз покрывается планом. Максимальное страховое покрытие в рамках плана на сумму $500 ежегодно относится к розничной стоимости оправ и (или) линз (включая все варианты обработки линз, такие как тонирование и покрытие). Вы несете ответственность за любые	Доплата в размере $0 за средства коррекции зрения.* *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
расходы на дополнительные (т. е. плановые) средства коррекции зрения сверх максимальной покрываемой суммы.* Расходы на средства коррекции зрения, покрываемые программой Medicare, не включаются в максимальную покрываемую сумму на дополнительные (т. е. плановые) средства коррекции зрения. Участники не могут использовать дополнительное страховое покрытие средств коррекции зрения для увеличения объема страхового покрытия средств коррекции зрения, покрываемых Medicare. **Примечание.** Покрытие плановых офтальмологических услуг является дополнительной услугой, предлагаемой планом. Ни программа Medicare, ни Департамент здравоохранения штата Wisconsin не будет оплачивать вашу долю расходов на эти услуги. Офтальмологические услуги должны быть получены у сетевых поставщиков офтальмологических услуг. С вопросами о том, как найти поставщика услуг. или за дополнительной информацией обращайтесь в отдел обслуживания участников плана.	
Профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» Наш план покрывает один профилактический визит «*Добро пожаловать в Medicare*». Визит включает проверку состояния вашего здоровья, а также обучение и консультации на тему профилактических услуг, в которых вы нуждаетесь (включая определенные скрининговые обследования и прививки), а также при необходимости направления на получение других медицинских услуг. **Важно!** Мы оплачиваем профилактический визит «*Добро пожаловать в Medicare*» только в течение первых 12 месяцев после того, как вы стали участником программы Medicare Part B. Когда вы будете записываться на прием, сообщите сотрудникам кабинета вашего врача о том, что вы хотите записаться на профилактический визит «*Добро пожаловать в Medicare*».	Для профилактического визита «*Добро пожаловать в Medicare»* не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• Покрываемая программой Medicare процедура EKG после профилактического визита «*Добро пожаловать в Medicare*».	Доплата в размере $0 за каждую покрываемую программой Medicare процедуру EKG после *профилактического визита «Добро пожаловать в Medicare».*
Wellcare Spendables® Вы будете получать **$233 ежемесячно** в виде предварительных поступлений на вашу карту Wellcare Spendables®, которые можно потратить на OTC-товары, стоматологические, офтальмологические и сурдологические услуги. • Неиспользованная сумма ежемесячного денежного пособия **переносится на следующий месяц и сгорает в конце страхового года.**	Для карты Wellcare Spendables® не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
<u>Денежное пособие по вашей карте можно использовать для оплаты следующих товаров и услуг:</u> **Безрецептурные (OTC) товары:** Вы можете использовать свою карту в участвующих розничных магазинах, через мобильное приложение или войдя в свой личный кабинет, чтобы разместить заказ с доставкой на дом. К покрываемым товарам относятся следующие: • патентованные и непатентованные безрецептурные товары; • витамины, обезболивающие средства, средства от простуды и аллергии, товары для лиц с сахарным диабетом; • используйте сканер штрихкодов в приложении, чтобы найти одобренные товары в розничных точках, либо войдите на портал для участников или изучите каталог. **Примечание.** При определенных обстоятельствах диагностическое оборудование и средства для отказа от курения покрываются в рамках страхового покрытия медицинских услуг плана. Прежде чем расходовать денежную компенсацию за безрецептурные (OTC) товары, следует (по	Минимальные требования для покупок в магазинах отсутствуют.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
возможности) воспользоваться покрытием медицинских услуг, предусмотренным нашим планом. **Стоматологические, офтальмологические и сурдологические услуги** Вы можете использовать свою карту, чтобы сократить ваши личные расходы на стоматологические, офтальмологические и сурдологические услуги. Карта может использоваться для оплаты непосредственном вашему поставщику стоматологических, офтальмологических и сурдологических услуг. • Все покупки и транзакции должны осуществляться в офисе поставщика услуг или в месте нахождения поставщика услуг. • Пособие не может использоваться на косметические или эстетические услуги, закись азота, внутривенную седацию, отбеливание зубов или отбеливание. **Ваша карта может использоваться для нижеследующего:** **Стоматологические услуги** Это пособие не заменяет ваше обычное страховое покрытие стоматологических услуг. Вы должны использовать услуги нашего плана до использования вашего пособия Spendables. • обследование полости рта; • рентгеновские снимки зубов; • прочие диагностические стоматологические услуги; • профилактика (чистки); • фторирование зубов; • другие профилактические стоматологические услуги; • восстановление зубов; • эндодонтология; • пародонтология; • ортопедическая стоматология, съемные протезы; • услуги по имплантации; • ортопедическая стоматология, несъемные протезы • оральная и челюстно-лицевая хирургия;	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
• дополнительные общие услуги. **Офтальмологические услуги** Это пособие не заменяет ваше обычное страховое покрытие офтальмологических услуг. Вы должны использовать услуги нашего плана до использования вашего пособия Spendables. • плановая проверка зрения; • контактные линзы; • очки (линзы и оправы); • линзы для очков; • оправы для очков; • обновление оптики. **Сурдологические услуги** Это пособие не заменяет ваше обычное страховое покрытие сурдологических услуг. Вы должны использовать услуги нашего плана до использования вашего пособия Spendables. • плановая проверка слуха; • подбор/проверка слухового аппарата; • рецептурные слуховые аппараты (всех типов). **Указанные ниже услуги являются частью SSBCI. Не все участники соответствуют условиям для получения этих услуг. Для получения следующих предусмотренных планом страхования услуг вы должны отвечать определенным критериям.** **Если вы соответствуете этим критериям, ежемесячное пособие на карте можно использовать для оплаты следующих товаров и услуг:** • оплата бензина у бензоколонки; • здоровое питание; • предметы для помощи и безопасности в доме; • услуги и предметы по борьбе с вредителями; • помощь с оплатой аренды; • помощь с оплатой коммунальных услуг.	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Для получения дополнительной информации об этих услугах см. раздел «Особые дополнительные услуги для хронически больных (SSBCI)» в этой таблице. **Правила пользования картой:** 1. Активируйте карту перед ее использованием. 2. Посетите участвующий в программе розничный магазин, войдите на портал по указанной ниже ссылке или загрузите мобильное приложение Wellcare Spendables®. 3. Выберите одобренные для вас товары/услуги. 4. В магазине пройдите к кассе и оплатите покупку картой Wellcare Spendables®. Для заказов через Интернет или мобильное приложение войдите в систему, чтобы получить доступ и воспользоваться своей льготой. 5. Ваша карта не является кредитной, но может быть указана как «кредитная» при оформлении заказа. При появлении запроса введите PIN-код, который вы создали при активации карты. **Дополнительная информация, которую вам следует знать:** • После исчерпания денежного пособия вы несете ответственность за оплату оставшейся стоимости ваших покупок. • Товары, приобретенные в магазине, могут быть возвращены в соответствии с правилами возврата и обмена, действующими в розничном магазине. • В случае сбоев при использовании карты или технических неполадок позвоните нам по указанному ниже номеру. • Wellcare не несет ответственности за утерянные или украденные карты. • Карта Wellcare Spendables® предназначена только для вашего личного пользования; она не может быть продана или передана другим лицам и не имеет наличной стоимости. • Если оплата не увенчалась успехом, некоторые услуги аренды и коммунальных услуг могут быть возмещены. Свяжитесь с нами или отправьте запрос на возмещение расходов на портале для участников плана для рассмотрения. Возмещения расходов должны быть	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
представлены в течение 120 дней с даты транзакции и должны быть в течение того же года участия в плане. • Могут применяться ограничения и запреты, покрываются только одобренные товары. • Это не является услугой Департамента здравоохранения штата Wisconsin. **Для получения дополнительной информации о карте Wellcare Spendables® или запроса каталога позвоните по номеру:** 1-844-796-6811, пользователям линии TTY следует звонить по номеру: 711. График работы: С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. **Вы также можете посетить веб-сайт по адресу:** go.wellcare.com/member.	

РАЗДЕЛ 3 Услуги, покрываемые вне *плана*

Есть услуги, которые не покрываются планом Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP), но доступны через Департамент здравоохранения штата Wisconsin. Если у вас возникли вопросы о помощи, которую вы получаете от Департамента здравоохранения штата Wisconsin, свяжитесь с Департаментом здравоохранения штата Wisconsin по телефону 1-608-266-1865, пользователи линии TTY звонят по номеру 711. График работы: с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 4:30 p.m. CT.

РАЗДЕЛ 4 Услуги, которые не покрываются нашим планом (исключения)

Этот раздел посвящен исключенным услугам.

В таблице ниже приведены услуги и товары, которые не покрываются нашим планом страхования ни при каких обстоятельствах либо покрываются нашим планом только при определенных условиях.

При получении исключенных (непокрываемых) услуг вы оплачиваете их самостоятельно, за исключением перечисленных ниже условий. Даже если вы получаете исключенные услуги в

учреждении экстренной помощи, эти услуги не являются покрываемыми и наш план страхования не будет их оплачивать. Единственное исключение: если после подачи и рассмотрения апелляции выяснится, что услуга представляет собой медицинскую услугу, которую мы должны были оплатить или покрыть на основании ваших конкретных обстоятельств. (Информацию о процедуре обжалования принятого нами решения не покрывать медицинскую услугу см. в разделе 6.3 главы 9.)

Услуги, не покрываемые программой Medicare	Покрытие предусмотрено только при определенных условиях
Иглоукалывание	Доступно для людей с хронической поясничной болью при определенных обстоятельствах
Косметическая хирургия или косметические процедуры	Покрытие предусмотрено только при случайной травме или для улучшения функционирования части тела, имеющей неправильную форму Предусмотрено покрытие на всех стадиях реконструкции молочной железы после мастэктомии, а также для другой молочной железы для придания им симметричности
Повседневный уход Повседневный уход — это персональный уход, который не предусматривает постоянного внимания со стороны квалифицированного медицинского или вспомогательного медицинского персонала, в частности, помощь в повседневных делах, например при принятии ванны или одевании	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Экспериментальные медицинские и хирургические процедуры, оборудование и лекарственные препараты К экспериментальным относятся процедуры и товары, которые, согласно определению Original Medicare, не	Допускается покрытие по программе Original Medicare в рамках одобренного программой Medicare клинического исследования или по нашему плану страхования (Дополнительную информацию о клинических исследованиях см. в разделе 5 главы 3.)

Услуги, не покрываемые программой Medicare	Покрытие предусмотрено только при определенных условиях
являются общепринятыми в медицинском сообществе	
Суммы, взимаемые за уход вашими ближайшими родственниками или членами вашего домашнего хозяйства	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Сестринский уход в течение полного рабочего дня у вас на дому	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Доставка продуктов питания на дом	Дополнительную информацию об услуге «Питание» см. в Таблице страхового покрытия Дополнительную информацию об услуге «Здоровое питание» см. в разделе SSBCI Таблицы страхового покрытия
Услуги по ведению домашнего хозяйства подразумевают базовую помощь по дому, включая легкую работу по дому или приготовление несложной пищи.	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Услуги натуропата (с использованием природных или альтернативных методов лечения)	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Ортопедическая обувь или поддерживающие устройства для стопы	Обувь, которая является частью ортопедического аппарата и входит в его стоимость. Ортопедическая или лечебная обувь для лиц с диабетическим заболеванием стопы
Личные вещи в вашей палате в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода, например, телефон или телевизор	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Одноместная больничная палата	Покрытие предусмотрено только при наличии медицинских показаний

Услуги, не покрываемые программой Medicare	Покрытие предусмотрено только при определенных условиях
Процедуры восстановления детородной функции после стерилизации и (или) не требующие рецепта средства контрацепции	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Плановая мануальная терапия	Покрываются манипуляции с позвоночником с целью исправления подвывихов
Плановое стоматологическое обслуживание, например: • **ортодонтические услуги;** • **челюстно-лицевое протезирование.**	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях См. пособие на стоматологическое обслуживание в Таблице страхового покрытия для планового стоматологического обслуживания, покрываемого вашим планом в рамках вашего пакета услуг
Плановый уход за стопами (подиатрия)	Некоторое ограниченное покрытие, предоставляемое в соответствии с рекомендациями программы Medicare (например, если у вас сахарный диабет)
Услуги, которые не считаются обоснованными и необходимыми согласно стандартам Original Medicare	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Офтальмологические услуги и услуги оптометриста: Радиальная кератотомия, лазерная коррекция зрения методом LASIK и другие средства помощи слабовидящим	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Офтальмологические услуги и услуги оптометриста: плановая проверка зрения, очки	См. пособие на офтальмологические услуги и услуги оптометриста в Таблице страхового покрытия для плановых офтальмологических услуг, покрываемых вашим планом в рамках вашего пакета услуг.

ГЛАВА 5. Использование страхового покрытия по плану для лекарственных препаратов, покрываемых по части D

Как можно получить информацию о стоимости лекарственных препаратов?

Поскольку вы имеете право на получение помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin, вы также имеете право участвовать в программе «Дополнительная помощь» от программы Medicare, помогающей с оплатой ваших расходов на рецептурные лекарственные препараты. Поскольку вы являетесь участником программы «Дополнительная помощь», **некоторая информация о расходах на рецептурные препараты в рамках части D в данном *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* может вас не касаться.** В этом случае мы выслали вам отдельный вкладыш под названием «*Приложение к Документу об объеме страховой ответственности страховщика для людей, получающих дополнительную помощь с оплатой лекарств по рецепту*» (также называемый *Приложением для получателей субсидии в связи с низким доходом* или *Приложением для LIS*), в котором описывается ваше покрытие лекарств. Если вы не получили этот вкладыш, позвоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) и запросите *Приложение для LIS*. (Номера телефонов отдела обслуживания участников плана напечатаны на задней обложке настоящего документа.)

РАЗДЕЛ 1 Основные правила страхового покрытия лекарственных препаратов по части D нашим планом страхования

Информацию о покрытии лекарственных препаратов по программе Medicare Part B и покрытии препаратов при нахождении в хосписе см. в Таблице страхового покрытия в главе 4.

Помимо лекарственных препаратов, покрываемых программой Medicare, некоторые рецептурные препараты покрываются в рамках страхового покрытия, предоставляемого Департаментом здравоохранения штата Wisconsin.

Чтобы узнать больше о покрытии лекарственных препаратов по программе Medicaid, свяжитесь с Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, чтобы определить, какое страховое покрытие расходов на лекарственные препараты может быть доступно вам. (Вы можете найти номера телефонов и контактную информацию Департамента здравоохранения штата Wisconsin в разделе 6 главы 2.)

Обычно наш план покрывает ваши расходы на препараты при условии соблюдения следующих правил:

- Вы должны попросить поставщика услуг (врача, стоматолога или другое лицо, выписывающее лекарство) выписать вам рецепт, который действителен в соответствии с действующим законодательством штата.
- Лицо, выписавшее вам рецепт, не должно быть включено в списки исключений или запретов по программе Medicare.
- Как правило, вы должны приобретать рецептурные препараты в сетевой аптеке (перейдите в раздел 2 *или вы можете получить рецептурные препараты с помощью услуги заказа с доставкой по почте нашего плана.*)
- Ваш лекарственный препарат должен быть включен в Перечень лекарств нашего плана (перейдите в раздел 3).
- Ваш лекарственный препарат должен применяться в соответствии с установленным медицинским показанием. Термин «установленное медицинское показание» означает, что использование лекарственного препарата одобрено FDA или основано на данных, содержащихся в определенных справочниках. (Для получения более подробной информации об установленном медицинском показании перейдите в раздел 3.)
- Прежде чем мы соглашаемся на покрытие вашего препарата, может потребоваться одобрение нашего плана на основании определенных критериев. (Более подробную информацию см. в разделе 4)

РАЗДЕЛ 2 Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке или с помощью услуги заказа с доставкой по почте нашего плана

В большинстве случаев ваши лекарства по рецепту будут покрываться *только* в случае, если вы будете получать их в сетевых аптеках. (Случаи, в которых мы возмещаем стоимость лекарств по рецепту, приобретенных во внесетевых аптеках, описаны в разделе 2.4.)

Сетевая аптека — это аптека, заключившая договор с нашим планом о предоставлении ваших покрываемых лекарственных препаратов. Под «покрываемыми лекарственными препаратами» понимаются все лекарственные препараты в рамках части D, указанные в Списке лекарств нашего плана.

Раздел 2.1 Сетевые аптеки

Найдите сетевую аптеку в своем районе

Чтобы найти сетевую аптеку, перейдите в *Каталог поставщиков услуг и аптек*, посетите наш веб-сайт (go.wellcare.com/2026providerdirectories) и (или) позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

Вы можете обращаться в любую из наших сетевых аптек. Некоторые сетевые аптеки предлагают льготное участие в оплате. В них вам, возможно, нужно будет заплатить за лекарства меньше, чем в аптеке со стандартным участием в расходах. Информацию о том, какие сетевые аптеки предлагают привилегированное участие в расходах, вы найдете в *Каталоге поставщиков услуг и аптек*. Чтобы узнать больше о ваших личных расходах на конкретные лекарства, обратитесь к нам.

Если ваша аптека прекращает сотрудничество с нами

Если аптека, в которую вы обращаетесь, выйдет из сети нашего плана, вам нужно будет найти новую аптеку в сети. При наличии возможности вы можете захотеть выбрать другую сетевую аптеку или аптеку с привилегированным участием в расходах, если аптека, в которую вы обращаетесь, остается в нашей сети, но более не предлагает привилегированное участие в расходах. Чтобы найти другую аптеку в своем районе, обратитесь за помощью в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) или воспользоваться *Каталогом поставщиков услуг и аптек*. Кроме того, вы можете найти информацию на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/2026providerdirectories.

Специализированные аптеки

Иногда лекарства по рецепту нужно получать в специализированной аптеке. К специализированным аптекам относятся:

- аптеки, отпускающие препараты для инфузионной терапии в домашних условиях;
- аптеки, поставляющие препараты для лиц, пребывающих на постоянной основе в учреждениях долгосрочного медицинского ухода (LTC). Как правило, в учреждении LTC (например, центре сестринского ухода) имеется собственная аптека. Если у вас возникли трудности с получением лекарственных препаратов по части D в учреждении LTC, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).
- аптеки, обслуживающие программы по предоставлению услуг здравоохранения представителям коренных народов / представителям коренных народов, проживающих в племенах / представителям коренных народов, проживающим в городах (услуга не применяется в Puerto Rico). За исключением экстренных случаев, пользоваться услугами

таких аптек нашей сети могут лишь представители коренных народов или коренные жители Alaska.

- аптеки, поставляющие лекарственные препараты, реализация которых ограничена определенными регионами по решению FDA, или которые требуют особого обращения, координации поставщиков или инструктажа по их применению. Чтобы найти специализированную аптеку, перейдите в ваш *Каталог поставщиков услуг и аптек* go.wellcare.com/2026providerdirectories или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

Раздел 2.2 Услуга заказа с доставкой по почте нашего плана

Для получения некоторых типов лекарственных препаратов можно воспользоваться услугой заказа с доставкой по почте в рамках сети нашего плана. Как правило, для заказа с доставкой по почте доступны лекарственные препараты, которые вы принимаете регулярно при хроническом или длительном медицинском состоянии. В нашем Перечне лекарств препараты, которые нельзя заказывать с помощью услуги заказа с доставкой по почте нашего плана, отмечены буквами **«NM»**.

Услуга заказа с доставкой по почте нашего плана позволяет вам заказать **запас препарата на срок не менее 35 дней и не более 100 дней.**

При использовании услуги заказа с доставкой по почте плана с привилегированным участием в расходах доплата может быть меньше. Дополнительная информация об этом приведена в таблице в разделах 5.2 и 5.4 главы 6.

Чтобы получить бланки заказа и информацию о получении отпускаемых по рецепту лекарств по почте, позвоните в Express Scripts® Pharmacy по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Можно также войти в учетную запись на сайте express-scripts.com/rx. Если вы приобретаете лекарственный препарат с услугой заказа с доставкой по почте в аптеке, не входящей в нашу сеть, стоимость такого лекарства по рецепту не будет покрыта.

Как правило, доставка заказанных препаратов по почте занимает не более 14 дней. Тем не менее иногда доставка ваших лекарств по рецепту по почте может происходить с задержкой. Если лекарственные препараты длительного применения вам необходимы незамедлительно, попросите своего врача выписать два рецепта: один на 30-дневный запас для приобретения в розничной аптеке сети, а другой — на долгосрочный запас (от 35 до 100 дней) для приобретения с доставкой по почте. Если у вас возникли трудности с приобретением 30-дневного запаса в розничной аптеке сети в случае задержки заказа с доставкой по почте, попросите сотрудников вашей розничной аптеки обратиться за помощью в наш Центр обслуживания поставщиков по номеру 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Участники могут обращаться в Express Scripts® Pharmacy по телефону 1-833-750-0201 (TTY: 711) 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Можно также войти в учетную запись на сайте express-scripts.com/rx.

Лекарства по новым рецептам, получаемым аптекой непосредственно от врача. Аптека автоматически поставляет и отправляет лекарства по новым рецептам, получаемым от лиц, предоставляющих медицинскую помощь, связываясь с вами для предварительного уточнения, в одном из следующих случаев:

- вы пользовались услугой заказа с доставкой по почте в рамках данного плана ранее; или
- вы подали заявку на автоматическую отправку лекарств по всем новым рецептам, получаемым непосредственно от лиц, предоставляющих медицинскую помощь. Вы можете запросить автоматическую отправку лекарств по всем новым рецептам в любое время, позвонив в Express Scripts® Pharmacy ® по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Можно также войти в учетную запись на сайте express-scripts.com/rx.

Если вы автоматически получили лекарство по рецепту по почте, но не хотели этого, и перед отправкой с вами не связались для предварительного уточнения, вы можете иметь право на возмещение расходов.

Если вы оформляли заказ с доставкой по почте ранее, но не хотите, чтобы аптека автоматически поставляла и отправляла вам каждое лекарство по новому рецепту, свяжитесь с нами, позвонив в Express Scripts® Pharmacy по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Можно также войти в учетную запись на сайте express-scripts.com/rx.

Если вы никогда не пользовались нашей услугой заказа с доставкой по почте и (или) решили прекратить автоматическую поставку лекарств по новым рецептам, сотрудники аптеки будут связываться с вами каждый раз при получении нового рецепта от лица, предоставляющего медицинскую помощь, чтобы уточнить необходимость немедленной поставки и отправки лекарства. Важно отвечать на все звонки сотрудников аптеки и уведомляли их о необходимости отправки, отсрочки или отмены поставки лекарства по новому рецепту.

Чтобы отказаться от автоматической доставки препаратов по новым рецептам, полученным непосредственно от лица, предоставляющего вам медицинскую помощь, свяжитесь с нами, позвонив в Express Scripts® Pharmacy по номеру 1-833-750-0201, (TTY: 711). Звонки принимаются к24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Можно также войти в учетную запись на сайте express-scripts.com/rx.

Пополнение запаса лекарственных препаратов, заказываемых с доставкой по почте. Вы имеете право подать заявку на участие в программе автоматического пополнения запаса своих лекарственных препаратов. В рамках этой программы мы автоматически начнем обрабатывать ваше следующее повторное получение лекарственных препаратов, когда, согласно нашим данным, запас вашего лекарственного препарата уже почти израсходован. Сотрудники аптеки будут связываться с вами перед каждой отправкой лекарственного препарата для пополнения ваших запасов, чтобы убедиться, что вам нужно пополнить

запасы лекарственного препарата, и вы сможете отменить запланированную отправку для пополнения запаса, если у вас есть достаточное количество лекарственного препарата или вам назначен другой лекарственный препарат.

Если вы не захотите использовать нашу программу автоматического пополнения запаса, но пожелаете, чтобы аптека в рамках услуги заказа с доставкой по почте отправила вам лекарство по рецепту, свяжитесь с аптекой за 21 день до того, как у вас, по вашему мнению, закончится лекарство. Это обеспечит своевременную отправку вашего заказа.

Чтобы отказаться от участия в программе автоматической подготовки пополнения запаса с доставкой по почте, свяжитесь с нами, позвонив в свою аптеку с доставкой по почте:

- **Express Scripts® Pharmacy : 1-833-750-0201 (пользователи линии TTY могут звонить по номеру 711).**

Если вы автоматически получите по почте пополнение запаса лекарства, которого не хотели, у вас может быть право на возврат средств.

Раздел 2.3 Как получить долгосрочный запас лекарственных препаратов

Когда вы получаете долгосрочный запас лекарственных препаратов, сумма вашей доплаты может быть меньше. Наш план предусматривает 2 варианта получения долгосрочного запаса (также называемого запасом на длительный срок) поддерживающих лекарственных препаратов, включенных в Перечень лекарств по нашем плану. (Поддерживающие лекарственные препараты — это лекарственные препараты, которые вы принимаете на регулярной основе в связи с хроническим заболеванием или длительным патологическим состоянием.)

1. Некоторые розничные аптеки нашей сети дают вам возможность приобрести долгосрочный запас поддерживающих лекарственных препаратов. В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* go.wellcare.com/2026providerdirectories содержатся сведения о том, какие аптеки в нашей сети могут предоставить вам долгосрочный запас поддерживающих лекарственных препаратов. Для получения дополнительной информации вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

2. Получать поддерживающие лекарственные препараты также можно с помощью нашей программы заказа с доставкой по почте. Более подробную информацию см. в разделе 2.2.

Раздел 2.4 Обращение в аптеку, не представленную в сети нашего плана

Как правило, мы покрываем расходы на лекарственные препараты, выданные внесетевой аптекой, *только* в том случае, если у вас нет возможности обратиться в сетевую аптеку. За пределами нашей зоны обслуживания у нас также есть сетевые аптеки, где вы можете получить свои лекарства по рецепту как участник нашего плана. **Сначала обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711)**, чтобы узнать, есть ли поблизости аптека, входящая в сеть плана.

Мы покрываем рецептурные препараты, полученные во внесетевых аптеках, только в следующих обстоятельствах:

Поездка: получение покрытия, когда вы находитесь в поездке или за пределами зоны обслуживания плана.

- Если вы принимаете рецептурный препарат на регулярной основе и собираетесь в поездку, обязательно проверьте свой запас препарата перед отъездом. При возможности возьмите с собой все необходимые вам препараты. Вы можете заказать свои рецептурные препараты заранее, обратившись в аптеку с возможностью заказа по почте.
- Если во время поездки в пределах США и их территорий вы заболеете либо потеряете или израсходуете свои рецептурные препараты, мы оплатим ваши расходы на их приобретение во внесетевой аптеке. В этой ситуации вам придется оплатить их полную стоимость (вместо внесения доплаты или дополнительного взноса) при покупке. Затем вы можете обратиться к нам с запросом на возмещение нашей части расходов на препараты, прислав форму заявки на возмещение. Если вы воспользуетесь услугами внесетевой аптеки, возможно, вам придется оплатить разницу между суммой, которую мы возместили бы в случае приобретения рецептурного препарата в сетевой аптеке, и суммой, уплаченной вами за рецептурный препарат во внесетевой аптеке. Узнать, как отправить запрос на возмещение, можно в разделе 2 главы 7.
- Кроме того, вы можете обратиться в отдел обслуживания участников плана по телефону и уточнить наличие сетевой аптеки в том регионе, куда вы направляетесь.
- Мы не можем оплачивать стоимость лекарственных препаратов, которые были приобретены по рецепту в аптеках, находящихся за пределами Соединенных Штатов и их территорий, даже в чрезвычайной ситуации медицинского характера.

Чрезвычайная ситуация медицинского характера:что делать, если мне нужен препарат по рецепту из-за чрезвычайной ситуации медицинского характера или из-за того, что мне необходима неотложная медицинская помощь?

- Мы покроем препараты по рецепту, отпускаемые в сетевой аптеке, если это связано с чрезвычайной ситуацией медицинского характера или необходимостью оказания

неотложной медицинской помощи. В этой ситуации вам придется оплатить их полную стоимость (вместо внесения доплаты или дополнительного взноса) при покупке. Затем вы можете обратиться к нам с запросом на возмещение нашей части расходов на препараты, прислав форму заявки на возмещение. Если вы воспользуетесь услугами внесетевой аптеки, возможно, вам придется оплатить разницу между суммой, которую мы возместили бы в случае приобретения рецептурного препарата в сетевой аптеке, и суммой, уплаченной вами за рецептурный препарат во внесетевой аптеке. Узнать, как отправить запрос на возмещение, можно в разделе 2 главы 7.

Другие ситуации: другие случаи, когда ваш рецептурный препарат будет покрыт при обращении во внесетевую аптеку.

- Мы покроем рецептурный препарат, отпускаемый во внесетевой аптеке, если есть хотя бы один из следующих факторов:
  - Если вы не можете вовремя получить покрываемый препарат в нашей зоне обслуживания из-за того, что в пределах разумного расстояния езды на машине нет круглосуточной сетевой аптеки.
  - Если вы хотите приобрести рецептурный препарат, которого обычно нет в запасах в доступной розничной сетевой аптеке или сетевой аптеке с возможностью заказа с доставкой по почте (включая дорогостоящие и уникальные препараты).
  - Если вы хотите получить вакцину, которая необходима по медицинским показаниям, но не входит в объем страхового покрытия по программе Medicare Part B, и которую вы получаете на приеме у своего врача.
  - Если вы получаете покрываемый рецептурный препарат в аптеке медицинского учреждения во время пребывания пациента в клинике амбулаторной хирургии или другом амбулаторном учреждении.
- Во всех вышеперечисленных ситуациях вы можете получить рецептурные препараты в количестве, достаточном для приема в течение до 30 дней. Кроме того, вам, скорее всего, придется оплатить стоимость лекарства, назначенную внесетевой аптекой, и прислать в наш план страхования необходимую документацию для возмещения расходов. Обязательно приложите объяснение причины, почему вы воспользовались услугами внесетевой аптеки. Это поможет обработать ваш запрос на возмещение расходов.

Если вы вынуждены воспользоваться услугами внесетевой аптеки, как правило, вам нужно заплатить при получении лекарств по рецепту их полную стоимость (а не свою обычную долю расходов). Затем вы можете обратиться к нам с запросом на возмещение нашей части расходов. (Информация о том, как подать запрос на возмещение средств нашим планом, приведена в разделе 2 главы 7.) Возможно, вам потребуется оплатить разницу между суммой,

уплаченной вами за препарат во внесетевой аптеке, и суммой, которую мы возместили бы в случае приобретения препарата в сетевой аптеке.

РАЗДЕЛ 3 Ваши лекарственные препараты должны быть включены в предусмотренный нашим планом Перечень лекарств

Раздел 3.1 Перечень лекарств содержит информацию о том, какие лекарственные препараты по части D включены в объем страхового покрытия

У нашего плана есть *Перечень покрываемых лекарств* (справочник лекарств). В настоящем *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* **мы называем его Перечнем лекарств.**

Препараты, входящие в этот перечень, выбираются представителями нашего плана при помощи врачей и фармацевтов. Список соответствует требованиям Medicare и одобрен Medicare.

В Перечне лекарств представлены только лекарства, покрываемые в рамках программы Medicare Part D. Помимо лекарств, покрываемых по программе Medicare, расходы на некоторые рецептурные препараты покрываются в рамках программы Medicaid. Чтобы узнать больше о покрытии лекарственных препаратов по программе Medicaid, свяжитесь с Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, чтобы определить, какое страховое покрытие расходов на лекарственные препараты может быть доступно вам. (Вы можете найти номера телефонов и контактную информацию Департамента здравоохранения штата Wisconsin в разделе 6 главы 2.)

Как правило, мы покрываем расходы на препарат, включенный в предусмотренный нашим планом Перечень лекарств, при условии соблюдения вами других правил предоставления страхового покрытия, приведенных в данной главе, и при этом для применения препарата существует установленное медицинское показание. «Установленное медицинское показание» действует, когда применение препарата *либо*:

- одобрено FDA для диагностики или лечения заболевания, в связи с которым он назначается, либо
- подтверждается определенными справочниками, такими как Информация о лекарственных препаратах Американской фармакологической службы и DRUGDEX Информационная система компании Micromedex.

Перечень лекарств включает патентованные препараты, непатентованные препараты и биологические препараты (которые могут включать биоаналоги).

Патентованный препарат — это рецептурный лекарственный препарат, который продается под товарным знаком, принадлежащим производителю препарата. Биологические препараты — это препараты, которые имеют более сложный состав по сравнению с обычными препаратами. Когда мы упоминаем препараты из Перечня лекарств, это может означать как лекарственный, так и биологический препарат.

Непатентованный препарат — это рецептурный препарат, имеющий те же действующие вещества, что и патентованный препарат. Биологические препараты имеют альтернативы, называемые биоаналогами. Как правило, непатентованные лекарственные препараты и биоаналоги действуют так же, как и патентованный или оригинальный биологический препарат, и при этом обычно стоят дешевле. У многих патентованных препаратов существуют непатентованные заменители, а для некоторых биологических препаратов существуют биоаналоги. Некоторые биоаналоги являются взаимозаменяемыми биоаналогами и, в зависимости от законодательства штата, могут быть заменены оригинальным биологическим препаратом в аптеке без необходимости в новом рецепте, как и непатентованные препараты, могут быть заменены патентованными препаратами.

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

Препараты, не включенные в Перечень лекарств

Наш план не предусматривает покрытие расходов на все рецептурные препараты.

- В некоторых случаях закон запрещает предоставлять страховое покрытие по программе Medicare в отношении определенных видов препаратов. (Более подробную информацию см. в разделе 7.)
- В других случаях мы принимаем решение не вносить тот или иной препарат в Перечень лекарств.
- В некоторых случаях вы можете получить препарат, который не входит в наш Перечень лекарств. (Более подробную информацию см. в главе 9.)
- Рецептурные препараты, покрываемые Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, не включены в Перечень лекарств. Свяжитесь с Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, чтобы определить, какое страховое покрытие расходов на лекарственные препараты может быть доступно вам. (Вы можете найти номера телефонов и контактную информацию Департамента здравоохранения штата Wisconsin в разделе 6 главы 2.)

Раздел 3.2 Шесть уровней участия в расходах на препараты, которые входят в Перечень лекарств

Каждый препарат из предусмотренного нашим планом Перечня лекарств относится к одному из шести уровней участия в расходах. В общем, чем выше уровень, тем больше сумма, которую вы платите за препарат:

- Уровень 1 (Предпочтительные непатентованные препараты) включает предпочтительные непатентованные препараты и может включать некоторые патентованные препараты.
- Уровень 2 (Непатентованные препараты) включает непатентованные препараты и может включать некоторые патентованные препараты.
- Уровень 3 (Предпочтительные патентованные препараты) включает предпочтительные патентованные препараты и может включать некоторые непатентованные препараты. Вы платите меньшую из двух сумм: 20% или $35 за месячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата, отнесенного к этому уровню.
- Уровень 4 (Непредпочтительные препараты) включает непредпочтительные патентованные и непредпочтительные непатентованные препараты. Вы платите меньшую из двух сумм: 25% или $35 за месячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата, отнесенного к этому уровню.
- Уровень 5 (Препараты особой категории) включает дорогие патентованные и непатентованные препараты. Для препаратов этого уровня не может быть одобрено исключение, разрешающее оплату по ставке, установленной для более низкого уровня. Это уровень с наибольшей суммой участия в расходах.
- Уровень 6 (Избранные препараты для лечения отдельных заболеваний) включает некоторые непатентованные и патентованные препараты, обычно используемые для лечения определенных хронических заболеваний и для профилактики заболеваний (вакцины). Это уровень с наименьшей суммой участия в расходах.

Чтобы выяснить, к какому уровню участия в расходах относится ваш препарат, найдите его в предусмотренном нашим планом Перечне лекарств. Суммы, которые вы уплачиваете за препараты на каждом уровне участия в расходах, указаны в главе 6.

Раздел 3.3 Как выяснить, включен ли конкретный препарат в Перечень лекарств

Чтобы узнать, включен ли препарат в наш Перечень лекарств, у вас есть следующие варианты:

- проверка наиболее актуальной версии Перечня лекарств, которую мы предоставили вам в электронном виде.
- Посетите веб-сайт нашего плана (go.wellcare.com/WI). На веб-сайте представлена самая актуальная версия Перечня лекарств.
- обращение в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) и выяснение информации о том, входит ли какой-либо препарат в Перечень лекарств нашего плана, либо запрос его экземпляра.
- Воспользуйтесь инструментом «Инструмент проверки страхового покрытия в реальном времени» нашего плана (go.wellcare.com/WI), чтобы найти препараты в Перечне лекарств, чтобы получить оценку того, сколько вы будете платить, и проверить, есть ли в Перечне лекарств альтернативные препараты, которые могут лечить такое же заболевание. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

РАЗДЕЛ 4 Лекарственные препараты с ограничениями на страховое покрытие

Раздел 4.1 Почему по некоторым препаратам устанавливаются ограничения

К некоторым рецептурным препаратам применяются особые правила, ограничивающие порядок и случаи возмещения расходов на их приобретение нашим планом. Эти правила были разработаны группой врачей и фармацевтов для того, чтобы помочь вам и вашему поставщику услуг использовать лекарственные препараты наиболее эффективно. Чтобы выяснить, применяются ли какие-то из них к препарату, который вы принимаете или планируете принимать, сверьтесь с Перечнем лекарств.

Если безопасный и менее дорогостоящий препарат эффективен в такой же степени, как и более дорогостоящий, правила нашего плана побуждают вас и вашего поставщика услуг использовать менее дорогостоящий вариант.

Обращаем ваше внимание на то, что иногда препарат может быть указан в нашем Перечне лекарств несколько раз. Это связано с тем, что одни и те же препараты могут предлагаться в разной дозировке, количестве или форме, которые может назначить ваш поставщик медицинских услуг (например, 10 mg или 100 mg, один или 2 раза в день, таблетки или жидкость), и к разным версиям препарата могут применяться различные ограничения или правила участия в расходах.

Раздел 4.2 Типы ограничений

Если для вашего препарата существует ограничение, это обычно означает, что вам или вашему поставщику услуг придется выполнить дополнительные действия, чтобы мы покрыли этот препарат. Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711), чтобы узнать, что вы или ваш поставщик услуг можете сделать для получения покрытия расходов на препарат. **Если вы хотите, чтобы мы отменили такое ограничение, вам придется обратиться к нам в соответствии с предусмотренным порядком вынесения решения о страховом покрытии с запросом сделать для вас исключение.** Мы можем дать согласие на отмену ограничения или отказать вам в его отмене. (Перейдите к главе 9.)

Требование предварительно получить одобрение плана

Некоторые препараты должны быть предварительно одобрены нашим планом на основе определенных критериев по вашему запросу или по запросу вашего поставщика услуг, прежде чем мы дадим согласие на покрытие расходов на них за вас. Это называется **предварительным разрешением**. Оно необходимо для обеспечения безопасности препаратов и правильного применения тех или иных препаратов. Если ваш препарат не будет одобрен, наш план может не покрыть расходы на него. Критерии получения предварительного разрешения нашего плана можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) или на нашем веб-сайте go.wellcare.com/pa-enhancedplus-mapd.

Требование сначала попробовать другой препарат

Согласно этому требованию, вы должны попробовать менее дорогостоящие, но, как правило, не менее эффективные препараты, прежде чем наш план страхования покроет другой препарат. Например, если препарат A применяется для лечения такого же медицинского состояния, как препарат B, но при этом стоит дешевле, наш план страхования может потребовать, чтобы вы сначала попробовали препарат A. Если препарат A вам не поможет, наш план покроет препарат B. Это требование называют **«поэтапным лечением»**. Критерии получения поэтапного лечения в рамках нашего плана можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) или на нашем веб-сайте go.wellcare.com/st-enhancedplus-mapd.

Ограничения по количеству

Для отдельных препаратов мы ограничиваем количество препарата, которое вы можете получать каждый раз при его приобретении по рецепту. Например, если для определенного препарата безопасным считается прием лишь по одной таблетке в сутки, мы можем ограничить страховое покрытие по такому рецептурному препарату до не более чем одной таблетки в сутки.

РАЗДЕЛ 5 Что вы можете сделать, если один из ваших лекарственных препаратов не покрывается так, как вам хотелось бы

Существуют ситуации, когда рецептурный препарат, который вы принимаете, или который, по вашему мнению и мнению вашего поставщика услуг, вам следует принимать, отсутствует в нашем Перечне лекарств или по нему есть ограничения. Например:

- Препарат может вообще не входить в объем страхового покрытия. Также возможно включение только его непатентованной версии, а патентованный препарат, который вы планируете принимать, — не включен.
- Препарат включен в объем страхового покрытия, но в отношении него установлены дополнительные правила или ограничения.
- Препарат включен в объем страхового покрытия, но он относится к категории участия в расходах, которая предусматривает большую сумму доплаты, чем вы полагали.

Если препарат относится к уровню участия в расходах, который предусматривает большую сумму доплаты, чем вы полагали, перейдите к разделу 5.1, чтобы узнать возможные варианты действий.

Если ваш препарат не внесен в Перечень лекарств или в отношении него действуют какие-либо ограничения, вот что вы можете сделать:

- Вы можете получить временный запас препарата.
- Вы можете перейти на другой препарат.
- Вы можете обратиться с запросом сделать **исключение** и попросить наш план включить препарат в объем страхового покрытия или отменить установленное для него ограничение.

У вас может быть возможность получить временный запас препарата

При определенных обстоятельствах наш план должен предоставить временный запас препарата, который вы уже принимаете. Этот временный запас дает вам время обсудить с вашим поставщиком услуг изменения.

Чтобы вы имели право на временный запас, лекарство, которое вы принимаете, **должно быть исключено из Перечня лекарств нашего плана** ИЛИ

в отношении него должны вводиться какие-либо ограничения.

- **Если вы новый участник плана**, мы покроем временный запас вашего препарата в течение первых **90 дней** вашего участия в нашем плане.

- **Если вы были участником нашего плана в прошлом году,** мы покроем временный запас вашего препарата в течение первых **90 дней** календарного года.
- Это временное покрытие будет предоставлено на количество препарата на максимальный срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня — в аптеке при учреждении долгосрочного ухода. Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим получить по нему препарат несколько раз в общем количестве, рассчитанном на срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня — в аптеке при учреждении долгосрочного ухода. Приобретать рецептурные препараты необходимо в сетевой аптеке. (Обращаем ваше внимание на то, что аптека учреждения долгосрочного медицинского ухода может предоставлять препарат меньшими количествами за один раз во избежание бесполезного расхода.)
- **Для участников, которые участвуют в нашем плане более 90 дней и проживают в учреждении долгосрочного ухода, и которым нужен запас препарата немедленно:**

  Мы покрываем один 31-дневный запас определенного препарата для непредвиденного случая или меньше, если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней. Это количество мы покрываем дополнительно к описанному выше временному запасу препарата.
- **Для тех участников, у которых наблюдается изменение уровня обслуживания (например, переезд в учреждение долгосрочного ухода или больницу или из него/нее), и которым немедленно требуется запас препарата:**

  Мы покрываем один 30-дневный запас или меньше, если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней (в этом случае мы разрешаем многократное получение лекарства по рецепту, чтобы обеспечить в общей сложности 30-дневный запас лекарства).

Если у вас возникли вопросы о временном запасе, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

В период получения временного запаса лекарственного препарата вам следует обсудить с вашим поставщиком услуг ваши действия после того, как временный запас закончится. У вас есть 2 варианта:

Вариант 1. Вы можете сменить препарат на другой

Поговорите со своим поставщиком услуг о том, существует ли другой препарат, покрываемый нашим планом, который будет не менее эффективен. Позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) и попросите предоставить перечень покрываемых препаратов, которые применяются для лечения одного и того же заболевания. Такой перечень позволит вашему поставщику услуг подобрать подходящий для вас препарат, включенный в объем страхового покрытия.

Вариант 2. Вы можете попросить об исключении

Вы и ваш поставщик услуг можете подать в наш план страхования запрос на исключение из правил и покрытие препарата в желаемом объеме. Если ваш поставщик услуг заявляет о наличии у вас медицинских оснований для обращения к нам с запросом на исключение, он может помочь вам подать такой запрос. Например, вы можете обратиться к сотрудникам нашего плана с запросом на включение препарата в объем страхового покрытия, даже если он не входит в предусмотренный нашим планом Перечень лекарств. Можно также попросить наш план сделать исключение и включить препарат в объем страхового покрытия без ограничений.

Если вы и ваш поставщик услуг желаете обратиться с запросом на исключение, порядок действий изложен в разделе 7.4 главы 9. В нем описаны порядок и сроки, установленные программой Medicare для того, чтобы обеспечить безотлагательное и объективное рассмотрение вашего запроса.

Раздел 5.1 Что можно сделать, если ваш лекарственный препарат относится к уровню участия в расходах, который, на ваш взгляд, слишком высокий

Если ваш препарат относится к уровню участия в расходах, который, на ваш взгляд, слишком высокий, вы можете сделать следующее:

Вы можете сменить препарат на другой

Если ваш препарат отнесен к слишком высокому, по вашему мнению, уровню участия в расходах, поговорите со своим поставщиком услуг. Возможно, вам подойдет другой препарат с более низким уровнем участия в расходах. Позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) и попросите предоставить перечень покрываемых препаратов, которые применяются для лечения одного и того же заболевания. Такой перечень позволит вашему поставщику услуг подобрать подходящий для вас препарат, включенный в объем страхового покрытия.

Вы можете попросить об исключении

Вы и ваш поставщик услуг можете попросить наш план сделать исключение в отношении уровня участия в расходах на препарат, чтобы вы платили за него меньше. Если ваш поставщик услуг заявляет о наличии у вас медицинских оснований для обращения к нам с запросом на исключение, он может помочь вам подать запрос на исключение из правил.

Если вы и ваш поставщик услуг желаете обратиться с запросом на исключение, порядок подачи изложен в разделе 7.4 главы 9. В нем описаны порядок и сроки, установленные программой Medicare для того, чтобы обеспечить безотлагательное и объективное рассмотрение вашего запроса.

Для препаратов уровня 5 (Препараты особой категории) такое исключение запросить нельзя. Мы не снижаем сумму участия в расходах для препаратов этого уровня.

РАЗДЕЛ 6 В наш Перечень лекарств в течение года могут вноситься изменения

Большинство изменений, касающихся страхового покрытия, происходят в начале года (1 января). Тем не менее наш план страхования может вносить некоторые изменения в Перечень лекарств и в течение года. В частности, наш план страхования может:

- **добавлять или удалять препараты из Перечня лекарств.**
- **переводить препарат на более высокий или более низкий уровень участия в расходах.**
- **добавлять или снимать ограничение на покрытие расходов на препарат.**
- **заменять патентованный препарат на его непатентованную версию.**
- заменять оригинальный биологический препарат на взаимозаменяемый биоаналог биологического препарата.

Перед внесением изменений в Перечень лекарств нашего плана мы обязаны выполнить требования программы Medicare.

Информация об изменениях в покрытии лекарств

При внесении изменений в Перечень лекарств мы публикуем информацию о таких изменениях на нашем веб-сайте. Мы также регулярно обновляем наш Перечень лекарств, доступный онлайн. Иногда вы будете получать непосредственное уведомление, если в отношении принимаемого вами препарата были внесены изменения.

Изменения в покрытии препаратов, которые коснутся вас в течение этого года участия в плане

- **Добавление новых лекарственных препаратов в Перечень лекарств и <u>немедленное</u> удаление или внесение изменений в режим применения аналогичного препарата в Перечне лекарств.**
  - Мы можем немедленно удалить аналогичный препарат из Перечня лекарств, переместить аналогичный препарат на другой уровень участия в расходах, добавить новые ограничения или и то, и другое. Новая версия препарата будет относиться к тому же или более низкому уровню участия в расходах и иметь те же или меньшие ограничения.

- Мы внесем эти немедленные изменения только в том случае, если добавим новую непатентованную версию зарегистрированного патентованного названия или добавим некоторые новые версии биоаналогов оригинального биологического препарата, который уже был включен в Перечень лекарств.
- Мы можем внести эти изменения немедленно и сообщить вам позже, даже если вы принимаете препарат, который мы удаляем или в режим применения которого вносим изменения. Если вы принимаете аналогичный препарат на момент внесения нами изменений, мы сообщим вам о любых конкретных изменениях, которые мы внесли.

- **Добавление лекарственных препаратов в Перечень лекарств и удаление или внесение изменений в режим применения аналогичного препарата в Перечне лекарств**
  - При добавлении еще одной версии препарата в Перечень лекарств мы можем удалить аналогичный препарат из Перечня лекарств, переместить его на другой уровень участия в расходах, добавить новые ограничения или сделать и то, и другое. Версия препарата, которую мы добавляем, будет относиться к тому же или более низкому уровню в расходах и иметь те же или меньшие ограничения.
  - Мы внесем эти изменения только в том случае, если добавим новую непатентованную версию патентованного препарата или добавим некоторые новые версии биоаналогов оригинального биологического препарата, который уже был включен в Перечень лекарств.
  - Мы сообщим вам об этом не менее чем за 30 дней до внесения этих изменений или сообщим вам об этих изменениях и покроем 30-дневное получение версии препарата, который вы принимаете.
- **Исключение небезопасных препаратов и других препаратов, включенных в Перечень лекарств, которые изымаются из продажи.**
  - Иногда препарат может быть признан небезопасным или снят с производства по другой причине. Если такое произойдет, мы можем немедленно исключить препарат из Перечня лекарств. Если вы принимаете этот препарат, мы сообщим вам об этом после внесения изменений.
- **Внесение других изменений касательно препаратов, входящих в Перечень лекарств.**
  - После начала года мы можем внести другие изменения, затрагивающие принимаемые вами препараты. Например, мы основываемся на особых предупреждениях FDA или новых клинических рекомендациях, признанных программой Medicare.

- Мы сообщим вам об этом не менее чем за 30 дней до внесения этих изменений или сообщим вам об этих изменениях и покроем дополнительное 30-дневное получение препарата, который вы принимаете.

Если мы внесем какие-либо из этих изменений в режим применения какого-либо из препаратов, которые вы принимаете, поговорите с лицом, выписавшим вам рецепт, о вариантах, которые лучше всего подходят вам, включая переход на другой препарат для лечения вашего заболевания или запрос на решение о страховом покрытии для удовлетворения любых новых ограничений на препарат, который вы принимаете. Вы или лицо, выписавшее вам рецепт, можете попросить нас об исключении, чтобы продолжить покрывать препарат или версию препарата, который вы принимаете. Для получения дополнительной информации о том, как запросить решение о страховом покрытии, в том числе исключение, перейдите в главу 9.

Изменения в Перечне лекарств, которые не коснутся вас в течение текущего страхового года

Мы можем внести определенные изменения в Перечень лекарств, которые не описаны выше. В этих случаях изменения не коснутся вас, если вы принимаете препарат на момент внесения изменений; однако эти изменения, скорее всего, коснутся вас с 1 января следующего страхового года, если вы останетесь участником того же плана.

Как правило, к изменениям, которые не затронут вас в течение текущего страхового года, относятся следующие:

- Мы переводим ваш препарат на более высокий уровень участия в расходах.
- Мы устанавливаем новое ограничение на применение препарата.
- Мы исключаем ваш препарат из Перечня лекарств.

Любое из этих изменений, касающихся принимаемого вами препарата (за исключением вывода препарата с рынка, замены патентованного препарата на непатентованный или других изменений, указанных в разделах выше), не скажется на применении препарата или сумме вашей части расходов на него до 1 января следующего года.

Мы не будем сообщать вам о подобных изменениях непосредственно в течение текущего страхового года. Вам необходимо будет изучить Перечень лекарств на следующий страховой год (когда этот перечень будет доступен в открытый период регистрации), чтобы узнать о наличии изменений в отношении принимаемых вами препаратов, которые повлияют на вас в течение следующего страхового года.

РАЗДЕЛ 7 Типы лекарственных препаратов, которые мы не покрываем

Некоторые виды рецептурных препаратов *исключены*. Это означает, что расходы на такие препараты по программе Medicare не возмещаются.

Если вы подадите апелляцию и будет установлено, что запрашиваемый препарат не исключен из части D, мы оплатим или покроем его. (Информацию об обжаловании решения см. в главе 9.) Если препарат, исключенный нашим планом, также исключен Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, вы должны оплатить его самостоятельно.

Препараты, не входящие в объем страхового покрытия планов Medicare по части D, определяются 3 основными правилами:

- Предусмотренное нашим планом страховое покрытие расходов на препараты по части D не распространяется на препарат, который покрывается по программе Medicare Part A или Part B.
- В рамках нашего плана страхования не покрываются препараты, приобретенные за пределами США и их территорий.
- Наш план не действует в отношении препарата, если он *используется по незарегистрированным показаниям*, если такое использование не рекомендуется определенными авторитетными источниками, такими как Информация о лекарственных препаратах Американской фармакологической службы и DRUGDEX Информационная система компании Micromedex.. Использование *по незарегистрированным показаниям* — это любое использование препарата, которое не указано в сопровождающих его инструкциях и не одобрено FDA.

Кроме того, согласно закону, программа Medicare или Medicaid не покрывает нижеперечисленные категории препаратов. Однако некоторые из этих препаратов могут покрываться в рамках вашего страхового покрытия лекарственных препаратов, предоставляемого Департаментом здравоохранения штата Wisconsin. Свяжитесь с Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, чтобы определить, какое страховое покрытие расходов на лекарственные препараты может быть доступно вам. (Вы можете найти номера телефонов и контактную информацию Департамента здравоохранения штата Wisconsin в разделе 6 главы 2.)

- Нерецептурные препараты (также называемые лекарственными средствами, отпускаемыми без рецепта)
- Препараты, применяемые для улучшения репродуктивной функции
- Препараты, применяемые для лечения кашля и симптомов простуды

- Препараты, применяемые в косметических целях или для стимулирования роста волос
- Рецептурные препараты, содержащие витамины и минеральные вещества, за исключением витаминов для беременных и препаратов фтора
- Препараты, применяемые для лечения сексуальной или эректильной дисфункции
- Препараты, применяемые для лечения анорексии, для потери или увеличения веса
- Препараты для амбулаторных пациентов, условием продажи которых (со стороны производителя) является приобретение связанных тестов или услуг мониторинга только у производителя таких препаратов

Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь» для оплаты рецептурных препаратов, программа «Дополнительная помощь» не будет оплачивать лекарственные препараты, расходы на которые обычно не покрываются. Если у вас есть страховое покрытие расходов на лекарственные препараты по программе Medicaid, то программа Medicaid вашего штата может покрывать некоторые рецептурные препараты, которые обычно не покрываются планом Medicare. Обратитесь в представительство программы Medicaid в своем штате, чтобы выяснить, какое страховое покрытие расходов на препараты может быть вам доступно. (Номера телефонов и контактную информацию программы Medicaid см. в разделе 6 главы 2.)

РАЗДЕЛ 8 Как получить лекарства по рецепту

Чтобы получить лекарства по рецепту, в выбранной сетевой аптеке предоставьте свои данные участника нашего плана страхования (их можно найти на вашей карте участника плана страхования). Сетевая аптека автоматически выставит нашему плану счет на нашу часть расходов на ваш препарат. Вам необходимо будет выплатить аптеке *вашу* часть стоимости лекарства по рецепту.

Если у вас нет с собой карты участника нашего плана страхования, вы или аптека можете позвонить в наш план, чтобы получить информацию, или вы можете попросить аптеку найти информацию об участии в нашем плане страхования.

Если у сотрудника аптеки нет возможности получить такую необходимую информацию, **вам, возможно, придется оплатить полную стоимость лекарства по рецепту на момент его получения.** После этого вы можете **обратиться к нам с запросом на возмещение** нашей части расходов. Перейдите в раздел 2 главы 7 для получения информации, как обратиться в наш план с запросом на возмещение.

РАЗДЕЛ 9 Страховое покрытие лекарственных препаратов по части D в особых ситуациях

Раздел 9.1 Во время покрываемого нашим планом пребывания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода

Если вы поступаете в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода и при этом ваше пребывание покрывается нашим планом страхования, мы, как правило, покрываем расходы на рецептурные лекарственные препараты, назначенные вам за время вашего пребывания в этом медицинском учреждении. Когда вас выпишут из больницы или центра квалифицированного сестринского ухода, наш план будет покрывать ваши лекарства по рецепту, если они соответствуют всем нашим правилам покрытия, описанным в этой главе.

Раздел 9.2 Пребывание в учреждении долгосрочного ухода (LTC)

Как правило, в учреждении долгосрочного ухода (LTC) (например, центре сестринского ухода) имеется своя аптека или конкретная аптека, в которой это учреждение приобретает лекарственные препараты для всех своих пациентов. Если вы находитесь в учреждении LTC, вы можете получить рецептурные лекарственные препараты через аптеку учреждения или через аптеку, услугами которой оно пользуется, если она входит в нашу сеть.

Сверьтесь с *Каталогом поставщиков услуг и аптек* go.wellcare.com/2026providerdirectories, чтобы узнать, входит ли аптека учреждения LTC или аптека, услугами которой оно пользуется, в нашу сеть. Если это не так либо если вам необходима более подробная информация или помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711). Если вы пребываете в учреждении LTC, мы должны убедиться в том, что вы имеете возможность систематически получать свои льготы по части D через нашу сеть аптек LTC.

Если вы находитесь в учреждении LTC и нуждаетесь в препарате, который не включен в наш Перечень лекарств или подвергнут каким-либо ограничениям, обратитесь к разделу 5 для получения информации о получении временного или экстренного запаса.

Раздел 9.3 Если вы также получаете страховое покрытие расходов на лекарственные препараты от работодателя или группового плана для пенсионеров

Если у вас есть другое страховое покрытие лекарственных препаратов от вашего работодателя или группового плана для пенсионеров (либо работодателя или группового плана для пенсионеров супруга/супруги либо гражданского партнера), обратитесь к **администратору страховых выплат этого группового плана**. Он может помочь вам понять, как ваше

действующее страховое покрытие в отношении расходов на лекарственные препараты будет сочетаться с нашим планом.

Как правило, если у вас есть групповое покрытие для сотрудников или пенсионеров, покрытие лекарственных препаратов, которое вы получаете от нас, будет являться *вторичным* по отношению к вашему групповому покрытию. Это означает, что ваши расходы в первую очередь покрывает групповой план.

Важное замечание о надежном покрытии:

Каждый год ваш работодатель или профсоюз пенсионеров должен присылать вам уведомление с указанием, является ли ваше страховое покрытие расходов на лекарственные препараты на следующий календарный год надежным.

Надежным считается такое покрытие по нашему плану страхования от профсоюза, сумма которого в среднем составляет не меньше суммы стандартного покрытия расходов на лекарственные препараты в рамках программы Medicare.

Сохраняйте все уведомления о надежном покрытии, поскольку эти уведомления могут понадобиться вам позже, чтобы показать, что вы сохранили надежное покрытие. Если вы не получили уведомление о надежном покрытии, запросите его копию у администратора страховых выплат плана вашего работодателя или профсоюза пенсионеров либо у работодателя или профсоюза.

Раздел 9.4 Если вы находитесь в хосписе, сертифицированном Medicare

Хоспис и наш план не покрывают один и тот же препарат одновременно. Если вы находитесь в сертифицированном программой Medicare хосписе и нуждаетесь в определенных препаратах (например, противорвотные, слабительные, болеутоляющие или противотревожные препараты), не покрываемых хосписом, поскольку они не связаны с терминальной стадией неизлечимого заболевания и сопутствующими состояниями, лицо, выписывающее препарат, либо ваш поставщик услуг хосписа должны уведомить план страхования о том, что данный препарат не связан с уходом за неизлечимым больным, прежде чем мы сможем покрыть его стоимость. Во избежание задержек в получении таких препаратов, которые должны покрываться нашим планом, попросите своего поставщика услуг хосписа или лицо, выписывающее препарат, уведомить вас об этом до получения рецептурного препарата.

Если вы откажетесь от пребывания в выбранном вами хосписе либо вас выпишут из него, наш план покроет расходы на ваши препараты, как разъясняется в настоящем документе. Чтобы избежать задержки обслуживания в аптеке после прекращения действия услуг хосписа в рамках программы Medicare, предоставьте аптеке документацию, которая подтверждает ваш отзыв решения или выписку из хосписа.

РАЗДЕЛ 10 Программы по обеспечению безопасности и управлению приемом лекарственных средств

Мы осуществляем периодический контроль применения лекарственных средств, который позволяет нашим участникам получать безопасную и адекватную медицинскую помощь.

Мы проводим проверку каждый раз, когда вы приобретаете рецептурный препарат. Кроме того, мы регулярно проверяем свою документацию. В ходе таких проверок мы ищем возможные проблемы, например, такие:

- возможные ошибки применения лекарственных средств;
- назначение лекарственных препаратов, которые могут быть не нужны, так как вы принимаете другой аналогичный препарат для лечения того же заболевания;
- лекарственные препараты, которые могут быть небезопасными или неподходящими для человека вашего возраста или пола;
- определенные сочетания лекарственных препаратов, которые могут причинить вам вред при одновременном приеме;
- назначение препаратов, на компоненты которых у вас аллергия;
- возможные ошибки в количестве (дозировке) лекарственного препарата, который вы принимаете;
- небезопасное количество опиоидных болеутоляющих препаратов.

В случае выявления возможных проблем, касающихся приема вами лекарственных средств, мы свяжемся с вашим поставщиком услуг для их устранения.

Раздел 10.1 Программа контроля приема лекарств (DMP), которая помогает участникам безопасно принимать лекарства с опиоидами

У нас действует программа, помогающая обеспечить участникам плана страхования безопасное применение опиоидных препаратов или других лекарственных препаратов, которые часто используются неправомерно. Эта программа называется Программой контроля применения лекарственных препаратов (DMP). Если вы применяете опиоидные препараты, которые получаете от нескольких лиц, выписывающих рецепты, или аптек, либо если недавно у вас случалась передозировка опиоидными препаратами, мы можем проконсультироваться с лицами, выписывающими вам рецепты, с целью убедиться, что вы принимаете такие препараты правильно и строго по медицинским показаниям. Если мы совместно с лицом, выписавшим вам рецепт, решим, что для вас существует риск неправильного применения рецептурных опиоидных препаратов или препаратов бензодиазепина, мы можем ограничить

доступные вам способы получения таких препаратов. Если мы определяем вас в нашу DMP, ограничения могут быть следующими:

- требование получать все рецептурные опиоидные или бензодиазепиновые препараты в определенной(-ых) аптеке(-ах);
- требование получать все рецептурные опиоидные или бензодиазепиновые препараты у определенного(-ых) лица (лиц), выписавшего(-их) вам рецепт;
- ограничение количества опиоидных или бензодиазепиновых препаратов, которое мы покрываем для вас.

Если мы планируем ограничить получение вами этих препаратов или их количество, мы заблаговременно направим вам соответствующее письмо. В письме будет указано, ограничиваем ли мы вам покрытие таких препаратов или потребуем ли получать такие препараты по всем рецептам в определенной аптеке или у определенного лица, выписавшего вам рецепт. У вас будет возможность сообщить нам, к каким лицам, выписывающим рецепты, вы предпочитаете обращаться и какие аптеки использовать, а также передать любые другие сведения, которые, по вашему мнению, нам необходимо знать. После того, как у вас будет возможность ответить, если мы примем решение ограничить покрытие этих препаратов, мы направим вам еще одно письмо, подтверждающее это ограничение. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, не согласны с нашим решением или с ограничением, вы и ваш лечащий врач имеете право подать апелляцию. В случае подачи апелляции мы рассмотрим ваше дело и предоставим вам новое решение. Если какая-либо часть вашего запроса в отношении ограничений вашего доступа к препаратам будет отклонена, мы автоматически отправим ваше дело на рассмотрение независимому эксперту, не связанному с нашим планом страхования. Для получения информации о порядке подачи апелляции обратитесь к главе 9.

Мы не определим вас в нашу DMP при наличии у вас определенных медицинских состояний, например, если вы страдаете от боли, связанной с онкологическим заболеванием, или от серповидно-клеточной анемии, находитесь в хосписе либо получаете паллиативную медицинскую помощь или помощь в терминальной стадии болезни, или если вы пребываете в учреждении долгосрочного ухода.

Раздел 10.2 Программа управления медикаментозной терапией (MTM), помогающая участникам управлять приемом препаратов

У нас есть программа, которая помогает нашим участникам, требующим комплексной медицинской помощи. Она называется Программой управления медикаментозной терапией (MTM). Участие в программе является добровольным и бесплатным. Команда фармацевтов и врачей разработала для нас эту программу, чтобы наши участники получали максимальную пользу от принимаемых ими препаратов.

Получать услуги по программе MTM могут некоторые участники нашего плана страхования, у которых есть определенные хронические заболевания и которые принимают лекарственные препараты, стоимость которых превышает определенную сумму расходов на лекарства, или которые состоят в DMP, помогающей им безопасно применять опиоидные лекарственные препараты. Если вы соответствуете критериям участия в программе, фармацевт или другой медицинский специалист всесторонне проанализирует ваши лекарственные препараты. В ходе пересмотра вы можете обсудить ваши лекарственные препараты, ваши расходы и любые проблемы или вопросы, возникающие у вас в связи с приемом рецептурных и безрецептурных препаратов. Вы получите письменное заключение, содержащее список рекомендуемых действий, которые необходимо предпринять для получения максимального эффекта от применения лекарственных препаратов. Вы также получите список лекарственных препаратов, в котором будут указаны все принимаемые вами лекарственные препараты, их количество, время и причины приема. Кроме того, участники программы MTM получат информацию о безопасной утилизации рецептурных препаратов, являющихся контролируемыми веществами.

Нелишним будет обсудить с врачом рекомендуемый список дел и список лекарственных препаратов. Возьмите этот документ с собой, когда соберетесь посетить врача или в любое другое время, чтобы обсудить их с врачом, фармацевтом или другими поставщиками медицинских услуг. Держите список лекарственных препаратов в актуальном состоянии и всегда берите его с собой (например, с вашим документом, удостоверяющим личность) в больницу или отделение экстренной помощи.

Если у нас есть программа, соответствующая вашим потребностям, мы автоматически зарегистрируем вас и пришлем вам необходимую информацию. Если вы решите отказаться от участия, сообщите нам об этом, и мы выведем вас из программы. Если у вас возникли вопросы по этой программе, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

ГЛАВА 6. Сколько вам нужно платить за лекарственные препараты по части D

РАЗДЕЛ 1 Сколько вам нужно платить за лекарственные препараты по части D

Мы используем термин «препарат» для обозначения рецептурного лекарственного препарата по части D. Не все лекарственные препараты относятся к лекарственным препаратам, покрываемым по части D. По закону некоторые лекарственные препараты исключены из страхового покрытия по части D. Расходы на некоторые лекарственные препараты, исключенные из страхового покрытия по части D, покрываются по программе Medicare Part A или Part B или по программе Medicaid.

Чтобы разобраться с информацией о платежах, вам нужно знать, какие лекарственные препараты покрываются, где нужно получать рецептурные лекарственные препараты и какие правила следует соблюдать при получении покрываемых лекарственных препаратов. Эти правила разъясняются в главе 5. Если вы используете инструмент «Инструмент проверки страхового покрытия в реальном времени» нашего плана для проверки страхового покрытия лекарственных препаратов go.wellcare.com/WI, то стоимость, которую вы видите, показывает оценку ваших личных расходов, которые вы должны будете оплатить. Вы также можете получить информацию, представленную в «Инструменте проверки страхового покрытия в реальном времени», позвонив в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

Как можно получить информацию о стоимости лекарственных препаратов?

Поскольку вы имеете право на получение помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin, вы также имеете право участвовать в программе «Дополнительная помощь» от программы Medicare, помогающей с оплатой ваших расходов на рецептурные лекарственные препараты. Поскольку вы являетесь участником программы «Дополнительная помощь», **некоторая информация о расходах на рецептурные препараты в рамках части D в данном** *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* **может вас не касаться.** В этом случае мы выслали вам отдельный вкладыш под названием «*Приложение к Документу об объеме страховой ответственности страховщика для людей, получающих дополнительную помощь с оплатой лекарств по рецепту*» (также называемый *Приложением для получателей субсидии в связи с низким доходом* или *Приложением для LIS*), в котором описывается ваше покрытие лекарств. Если вы не получили этот вкладыш, позвоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) и запросите Приложение для LIS.

Раздел 1.1 Виды ваших возможных личных расходов на покрываемые препараты

Существует 3 различных типа личных расходов на препараты, покрываемые по части D, которые вас могут попросить оплатить:

- **Не покрываемый страховкой минимум** — это сумма, которую вы должны самостоятельно уплатить за препараты, прежде чем наш план начнет платить нашу долю.
- **Доплата** — это фиксированная сумма, которую вы платите каждый раз, когда получаете рецептурный лекарственный препарат.
- **Дополнительный взнос** — это процент общей стоимости препарата, который вы платите каждый раз, когда получаете рецептурный лекарственный препарат.

Раздел 1.2 Как программа Medicare рассчитывает сумму ваших личных расходов

У программы Medicare есть правила относительно того, что засчитывается и что не засчитывается в ваши личные расходы. Ниже приведены правила, которым мы обязаны следовать при учете ваших личных расходов.

Эти платежи входят в ваши личные расходы

К вашим личным расходам **относятся** перечисленные ниже платежи (при условии, что они предназначаются для препаратов, покрываемых по части D, и вы следовали правилам страхового покрытия препаратов, которые объясняются в главе 5):

- суммы, уплаченные вами за препараты на следующих этапах оплаты препаратов:
  - этап не покрываемого страховкой минимума.
  - этап первоначального страхового покрытия.
- любые платежи, совершенные вами в течение этого календарного года в статусе участника другого плана Medicare по страхованию расходов на препараты до того, как вы зарегистрировались для участия в нашем плане;
- любые платежи за препараты, произведенные членами семьи или друзьями;
- любые платежи, произведенные за ваши препараты по программе «Дополнительная помощь» от программы Medicare, планов медицинского страхования работодателя или профсоюза, службы здравоохранения для индейцев, программ помощи в оплате

лекарственных средств для лечения AIDS, программ помощи штата в оплате лекарственных препаратов (SPAP) и от большинства благотворительных организаций.

Переход к этапу достижения предела самостоятельных расходов:

Когда сумма ваших личных расходов, потраченная вами (или теми, кто платит от вашего имени), составит в общей сложности $2,100 в течение календарного года, вы переходите от этапа первоначального страхового покрытия к этапу достижения предела самостоятельных расходов.

Эти платежи не входят в ваши личные расходы

К вашим личным расходам **не относится** ни один из указанных ниже видов платежей:

- платежи за препараты, приобретаемые за пределами США и подконтрольных США территорий;
- платежи за препараты, не включенные в объем страхового покрытия;
- платежи за препараты, приобретаемые в аптеках, не входящих в сеть, которые не соответствуют требованиям нашего плана в отношении предоставления страхового покрытия, которые установлены для таких аптек;
- препараты, покрываемые только программой Medicaid;
- препараты, не предусмотренные частью D, включая рецептурные препараты по части A или B и другие препараты, исключенные из объема страхового покрытия по программе Medicare;
- платежи, которые вы производите за лекарственные препараты, которые обычно не покрываются планом Medicare по страхованию расходов на лекарственные препараты;
- платежи за ваши препараты, совершаемые за счет определенных планов страхования и финансируемых государством программ здравоохранения, таких как TRICARE и Администрацией по охране здоровья ветеранов (VA);
- платежи за ваши препараты, совершаемые третьими лицами, которые несут установленную законом обязанность оплачивать расходы на рецептурные препараты (например, в рамках компенсационного страхования работников);
- платежи, производимые производителями лекарственных препаратов в рамках Программы скидок производителя.

Напоминание:если какая-либо другая организация, подобная перечисленным выше, частично или полностью оплачивает ваши личные расходы на препараты, вы должны

сообщить об этом нашему плану, позвонив в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

Отслеживание ваших общих личных расходов

- В отчете «*Разъяснение выплат по части D*» (EOB), который вы получаете, указана текущая общая сумма ваших личных расходов. Когда эта сумма достигнет $2,100, в *отчете «EOB по части D»* будет указано, что вы преодолели этап первоначального страхового покрытия и перешли на этап достижения предела самостоятельных расходов.
- **Убедитесь, что у нас есть необходимая нам информация.** Обратитесь к разделу 3.1, чтобы узнать о том, как вы можете помочь нам поддерживать точность и актуальность всей существующей у нас информации о потраченных вами суммах.

РАЗДЕЛ 2 Этапы оплаты лекарственных препаратов для участников нашего плана

Существует **3 этапа оплаты лекарственных препаратов** в рамках страхового покрытия лекарственных препаратов по нашему плану страхования. Сумма, которую вы уплачиваете за каждое лекарство по рецепту, зависит от того, на каком этапе вы находитесь, когда в первый раз или повторно получаете лекарство по рецепту. Подробная информация о каждом этапе приведена в этой главе. Эти этапы указаны ниже.

- **Этап 1. Этап ежегодного не покрываемого страховкой минимума**
- **Этап 2. Этап первоначального страхового покрытия**
- **Этап 3. Этап достижения предела самостоятельных расходов**

РАЗДЕЛ 3 В отчете «*Разъяснение выплат по части D*» объясняется, на каком этапе оплаты вы находитесь

Наш план фиксирует расходы на ваши рецептурные препараты и платежи, осуществляемые вами при получении лекарств по рецепту в аптеке. Благодаря этому мы можем сказать вам, когда вы перешли с одного этапа оплаты препаратов на другой. Мы отслеживаем 2 типа расходов:

- **Личные расходы:** это сумма, которую вы заплатили. Сюда входят сумма, которую вы заплатили при получении покрываемого по части D препарата, любые платежи за ваши

препараты, осуществленные членами семьи или друзьями, а также любые платежи, осуществленные за ваши препараты за счет программы «Дополнительная помощь» от программы Medicare, планов медицинского страхования работодателя или профсоюза, службы здравоохранения для индейцев, программ помощи в оплате лекарственных средств для лечения AIDS, благотворительных организаций и большинства программ по оказанию помощи в оплате фармацевтических препаратов (SPAP).

- **Общие расходы на лекарственные препараты:** это общая сумма всех платежей, осуществленных за покрываемые по части D препараты. Сюда входят сумма, уплаченная нашим планом, уплаченная вами. а также сумма, уплаченная другими программами или организациями за покрываемые по части D препараты.

Если в течение предыдущего месяца вы получили через план одно или больше лекарств по рецепту, мы вышлем вам отчет «*EOB по части D»*. В *отчет «EOB по части D»* включены следующие сведения:

- **Информация за этот месяц.** В этом отчете отражена информация по платежам за рецептурные препараты, приобретенные в предыдущем месяце. Здесь указываются общая стоимость препаратов, выплаченная нашим планом сумма, а также сумма, выплаченная вами или кем-то другим от вашего имени.
- **Общие суммы за год с 1 января.** Здесь отображается общая стоимость препаратов и общие расходы на ваши препараты с начала года.
- **Информацию о ценах на лекарственные препараты.** Здесь отображается общая стоимость препаратов, а также данные об изменениях стоимости с момента первого получения препарата для каждого рецепта на одинаковое количество препарата.
- **Доступные альтернативные лекарства по рецепту по более низкой цене.** Здесь отображается информация о других доступных препаратах с более низкой стоимостью по каждому рецепту, если применимо

Раздел 3.1 Ваша помощь в поддержании актуальности сведений о ваших платежах за препараты

Чтобы отслеживать стоимость ваших препаратов и ваши платежи за них, мы используем информацию, полученную от аптек. Вы можете помочь нам поддерживать актуальность и точность ваших сведений следующим образом:

- **Предъявляйте карту участника плана каждый раз, когда приобретаете лекарство по рецепту.** Это позволит отслеживать приобретаемые вами рецептурные препараты и ваши расходы на них.
- **Убедитесь, что у нас есть необходимая нам информация.** В некоторых случаях вы оплачиваете полную стоимость рецептурного препарата. В этих случаях мы не будем автоматически получать информацию, необходимую для отслеживания ваших личных

расходов. Чтобы помочь нам отслеживать ваши личные расходы, направляйте нам копии своих квитанций об оплате. **Примеры некоторых ситуаций, в которых вам следует предоставить нам копии ваших квитанций за препараты:**

- Когда вы покупаете покрываемый препарат в сетевой аптеке по специальной цене или с использованием дисконтной карты, которая не является частью покрытия нашего плана.
- Когда вы вносите доплату за препараты, которые получаете в рамках программы помощи пациентам от производителя препарата.
- Всякий раз, покупая препараты, включенные в объем страхового покрытия, во внесетевых аптеках, либо с оплатой их полной стоимости в особых случаях.
- Если вам выставили счет на оплату покрываемого препарата, вы можете обратиться к нам с запросом на выплату нашей доли участия в расходах на препарат. Соответствующую процедуру см. в разделе 2 главы 7.

- **Присылайте нам информацию о платежах, совершаемых за вас другими лицами.** Выплаты, произведенные определенными другими лицами или организациями, также учитываются при расчете ваших личных расходов. К примеру, это могут быть платежи, совершенные за счет программы по оказанию помощи в оплате фармацевтических препаратов (State Pharmaceutical Assistance Program), программы помощи в оплате лекарственных средств для лечения AIDS (ADAP), а также Управлением медицинского обслуживания представителей коренных народов и благотворительных организаций. Ведите учет таких платежей и присылайте нам соответствующую документацию, чтобы мы могли отслеживать ваши расходы.

- **Проверяйте письменный отчет, который мы вам отправляем.** Получив отчет «*EOB по части D*», просмотрите его и убедитесь, что в нем содержится полная и точная информация. Если вы считаете, что в отчете есть упущения, или если у вас возникли какие-либо вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711). **Если вы не хотите получать по почте бумажную версию отчета «*Разъяснение страховых выплат по части D» (отчет «EOB по части D»)*, теперь у вас есть возможность получать его электронную версию.** Запросить ее можно, посетив веб-сайт https://www.express-scripts.com/. Если вы предпочтете такой вариант получения, вы получите электронное письмо с уведомлением, что ваш отчет *«EOB по части D»* готов к просмотру, печати или загрузке. Электронные отчеты «*EOB по части D*» также называются безбумажными отчетами «*EOB по части D*». Безбумажные отчеты «*EOB по части D*» являются точными копиями (изображениями) печатных отчетов «*EOB по части D*». Обязательно сохраняйте эти отчеты.

РАЗДЕЛ 4 Этап не покрываемого страховкой минимума

Поскольку большинство наших участников участвуют в программе «Дополнительная помощь» для оплаты своих расходов на рецептурные препараты, этап не покрываемого страховкой минимума не распространяется на большинство участников. Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь», этот этап оплаты не относится к вам.

Информация о вашей сумме не покрываемого страховкой минимума указана в отдельном вкладыше («Приложение для получателей субсидии в связи с низким доходом» или «*Приложение для LIS*»).

Если вы не участвуете в программе «Дополнительная помощь», этап не покрываемого страховкой минимума является первым этапом оплаты вашего страхового покрытия препаратов. Не покрываемый страховкой минимум не применяется к покрываемым инсулиновым препаратам и большинству вакцин для взрослых в рамках части D, в том числе вакцинам от опоясывающего лишая, столбняка и вакцинам, необходимым для путешествий. Вы будете платить годовой не покрываемый страховкой минимум в размере $400 за лекарственные препараты уровня 2 (Непатентованные препараты), уровня 3 (Предпочтительные патентованные препараты), уровня 4 (Непредпочтительные препараты) и уровня 5 (Препараты особой категории). **Вы должны оплачивать полную стоимость ваших лекарственных препаратов уровня 2 (Непатентованные препараты), уровня 3 (Предпочтительные патентованные препараты), уровня 4(Непредпочтительные препараты) и уровня 5 (Препараты особой категории)** до тех пор, пока не достигнете суммы не покрываемого страховкой минимума нашего плана. За все остальные препараты вам не придется платить не покрываемый страховкой минимум. **Полная стоимость** обычно ниже стандартной полной цены препарата, поскольку наш план согласовал более низкие цены на большинство препаратов в сетевых аптеках. Полная стоимость не может превышать максимальную справедливую цену с учетом сборов за выдачу препаратов с договорными ценами в рамках программы Medicare по переговорам о цене препаратов.

После оплаты $400 за лекарственные препараты уровня 2 (Непатентованные препараты), уровня 3 (Предпочтительные патентованные препараты), уровня 4 (Непредпочтительные препараты) и уровня 5 (Препараты особой категории) вы покидаете этап не покрываемого страховкой минимума и переходите к этапу первоначального страхового покрытия.

РАЗДЕЛ 5 Этап первоначального страхового покрытия

Раздел 5.1 Сумма, которую вы уплачиваете за препарат, зависит от препарата и от того, где вы его приобретаете

На этапе первоначального страхового покрытия наш план оплачивает свою долю расходов на ваши покрываемые лекарственные препараты, а вы — свою часть (свою сумму доплаты *или*

дополнительного взноса). Ваша часть стоимости будет меняться в зависимости от препарата и того, где вы его приобретаете.

Наш план предусматривает шесть уровней участия в расходах

Каждый препарат из предусмотренного нашим планом Перечня лекарств относится к одному из шести уровней участия в расходах. В общем, чем выше уровень участия в расходах, тем больше сумма, которую вы уплачиваете за препарат:

- Уровень 1 (Предпочтительные непатентованные препараты) включает предпочтительные непатентованные препараты и может включать некоторые патентованные препараты.
- Уровень 2 (Непатентованные препараты) включает непатентованные препараты и может включать некоторые патентованные препараты.
- Уровень 3 (Предпочтительные патентованные препараты) включает предпочтительные патентованные препараты и может включать некоторые непатентованные препараты. Вы платите меньшую из двух сумм: 20% или $35 за месячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата, отнесенного к этому уровню.
- Уровень 4 (Непредпочтительные препараты) включает непредпочтительные патентованные и непредпочтительные непатентованные препараты. Вы платите меньшую из двух сумм: 25% или $35 за месячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата, отнесенного к этому уровню.
- Уровень 5 (Препараты особой категории) включает дорогие патентованные и непатентованные препараты. Для препаратов этого уровня не может быть одобрено исключение, разрешающее оплату по ставке, установленной для более низкого уровня. Это уровень с наибольшей суммой участия в расходах.
- Уровень 6 (Избранные препараты для лечения отдельных заболеваний) включает некоторые непатентованные и патентованные препараты, обычно используемые для лечения определенных хронических заболеваний и для профилактики заболеваний (вакцины). Это уровень с наименьшей суммой участия в расходах.

Чтобы выяснить, к какому уровню участия в расходах относится ваш препарат, найдите его в предусмотренном нашим планом Перечне лекарств.

Выбор вами аптеки

Сумма, которую вы уплачиваете за препарат, зависит от того, приобретаете ли вы его в:

- сетевой розничной аптеке.
- сетевой розничной аптеке, предлагающей привилегированное участие в расходах. Стоимость может быть ниже в аптеках, предлагающих привилегированное участие в расходах.

- аптеке, не входящей в сеть нашего плана. Расходы на рецептурные препараты, приобретенные во внесетевых аптеках, мы покрываем лишь в некоторых случаях. Сведения о том, когда мы будем покрывать рецептурные препараты, приобретенные во внесетевой аптеке, см. в разделе 2.4 главы 5.
- аптеке нашего плана, предлагающей услугу заказа с доставкой по почте.

Дополнительную информацию о выборе этих аптек и приобретении лекарств по рецепту см. в главе 5 и в *Каталоге поставщиков услуг и аптек* go.wellcare.com/2026providerdirectories нашего плана.

Раздел 5.2 Ваши расходы на *месячный* запас покрываемого препарата

На этапе первоначального страхового покрытия вы вносите за покрываемый препарат доплату или дополнительный взнос.

Сумма доплаты или дополнительного взноса зависит от уровня участия в расходах.

Иногда стоимость препарата ниже, чем ваша доплата. В этих случаях вы платите более низкую цену препарата, а не сумму доплаты.

Ваши расходы на *месячный* запас покрываемого лекарственного препарата по части D

Уровень	Розничная аптека со стандартным участием в оплате, сотрудничающая с планом (не более чем 30-дневный запас)	Розничная аптека с привилегированным участием в расходах, сотрудничающая с планом (не более чем 30-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (не более чем 34-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (не более чем 34-дневный запас)	Аптека учреждения долгосрочного медицинского ухода (LTC) (не более чем 31-дневный запас)	Аптека, не сотрудничающая с планом, с участием в расходах (Покрытие предоставляется только в определенных ситуациях, подробные сведения см. в главе 5.) (запас на не более 30 дней)
Уровень участия в расходах 1 (Предпочтительные непатентованные препараты — включает предпочтительные непатентованные препараты и может включать некоторые патентованные препараты.)	$19	$18	Один месяц (34 дня или менее) рецептурные препараты для доставки по почте не покрываются.	Один месяц (34 дня или менее) рецептурные препараты для доставки по почте не покрываются.	$19	$19

Уровень	Розничная аптека со стандартным участием в оплате, сотрудничающая с планом (не более чем 30-дневный запас)	Розничная аптека с привилегированным участием в расходах, сотрудничающая с планом (не более чем 30-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (не более чем 34-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (не более чем 34-дневный запас)	Аптека учреждения долгосрочного медицинского ухода (LTC) (не более чем 31-дневный запас)	Аптека, не сотрудничающая с планом, с участием в расходах (Покрытие предоставляется только в определенных ситуациях, подробные сведения см. в главе 5.) (запас на не более 30 дней)
Уровень участия в расходах 2 (Непатентованные препараты — включает непатентованные препараты и может включать некоторые патентованные препараты.)	$20	$19	Один месяц (34 дня или менее) рецептурные препараты для доставки по почте не покрываются.	0один месяц (34 дня или менее) рецептурные препараты для доставки по почте не покрываются.	$20	$20
Уровень участия в расходах 3 (Предпочтительные патентованные препараты —	20%	20%	0один месяц (34 дня или менее) рецептурные препараты для	Один месяц (34 дня или менее) рецептурные препараты	20%	20%

Уровень	Розничная аптека со стандартным участием в оплате, сотрудничающая с планом (не более чем 30-дневный запас)	Розничная аптека с привилегированным участием в расходах, сотрудничающая с планом (не более чем 30-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (не более чем 34-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (не более чем 34-дневный запас)	Аптека учреждения долгосрочного медицинского ухода (LTC) (не более чем 31-дневный запас)	Аптека, не сотрудничающая с планом, с участием в расходах (Покрытие предоставляется только в определенных ситуациях, подробные сведения см. в главе 5.) (запас на не более 30 дней)
включает предпочтительные патентованные препараты и может включать некоторые непатентованные препараты.)			доставки по почте не покрываются.	для доставки по почте не покрываются.		
Уровень участия в расходах 4 (Непредпочтительные препараты — включает непредпочтительные патентованные и	$100	$100	Один месяц (34 дня или менее) рецептурные препараты для доставки по почте не	Один месяц (34 дня или менее) рецептурные препараты для доставки по почте не	$100	$100

Уровень	Розничная аптека со стандартным участием в оплате, сотрудничающая с планом (не более чем 30-дневный запас)	Розничная аптека с привилегированным участием в расходах, сотрудничающая с планом (не более чем 30-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (не более чем 34-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (не более чем 34-дневный запас)	Аптека учреждения долгосрочного медицинского ухода (LTC) (не более чем 31-дневный запас)	Аптека, не сотрудничающая с планом, с участием в расходах (Покрытие предоставляется только в определенных ситуациях, подробные сведения см. в главе 5.) (запас на не более 30 дней)
непредпочтительные непатентованные препараты.)			покрываются.	покрываются.		
Уровень участия в расходах 5 (Препараты особой категории — включает дорогостоящие патентованные и непатентованные препараты. Препараты этого уровня не соответствуют критериям	25%	25%	Один месяц (34 дня или менее) рецептурные препараты для доставки по почте не покрываются.	Один месяц (34 дня или менее) рецептурные препараты для доставки по почте не покрываются.	25%	25%

Уровень	Розничная аптека со стандартным участием в оплате, сотрудничающая с планом (не более чем 30-дневный запас)	Розничная аптека с привилегированным участием в расходах, сотрудничающая с планом (не более чем 30-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (не более чем 34-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (не более чем 34-дневный запас)	Аптека учреждения долгосрочного медицинского ухода (LTC) (не более чем 31-дневный запас)	Аптека, не сотрудничающая с планом, с участием в расходах (Покрытие предоставляется только в определенных ситуациях, подробные сведения см. в главе 5.) (запас на не более 30 дней)
исключения для оплаты на более низком уровне.)						
Уровень участия в расходах 6 (Избранные препараты для лечения отдельных заболеваний — включает некоторые непатентованные и патентованные препараты, обычно используемые для лечения	$0	$0	Один месяц (34 дня или менее) рецептурные препараты для доставки по почте не покрываются.	Один месяц (34 дня или менее) рецептурные препараты для доставки по почте не покрываются.	$0	$0

Уровень	Розничная аптека со стандартным участием в оплате, сотрудничающая с планом (не более чем 30-дневный запас)	Розничная аптека с привилегированным участием в расходах, сотрудничающая с планом (не более чем 30-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (не более чем 34-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (не более чем 34-дневный запас)	Аптека учреждения долгосрочного медицинского ухода (LTC) (не более чем 31-дневный запас)	Аптека, не сотрудничающая с планом, с участием в расходах (Покрытие предоставляется только в определенных ситуациях, подробные сведения см. в главе 5.) (запас на не более 30 дней)
определенных хронических заболеваний или для профилактики заболеваний (вакцины).)						

Вы не будете платить более, чем 20% в аптеках с привилегированным участием в расходах, 20% в аптеках со стандартным участием в расходах или $35 (в зависимости от того, какая сумма меньше) за месячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата уровня 3, даже если вы не оплатили свой не покрываемый страховкой минимум.

Вы не будете платить более чем 25% или $35 (в зависимости от того, какая сумма меньше) за месячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата уровня 4, даже если вы не заплатили не покрываемый страховкой минимум.

Для получения дополнительной информации о доле распределения затрат на вакцины по части D см. раздел 7.

Раздел 5.3 Если врач назначил препарат в меньшем количестве, чем полный месячный запас, вам, возможно, не придется оплачивать стоимость всего месячного запаса

Как правило, сумма, которую вы платите за препарат, покрывает его запас на целый месяц. Бывают случаи, когда вы или ваш врач предпочтет меньшее количество препарата, чем месячный запас (например, когда вы пробуете лекарство впервые). Вы также можете попросить своего врача выписать, а фармацевта — выдать вам меньшее количество препарата, чем полный месячный запас, если так вам будет легче планировать даты пополнения запаса препарата.

Если вы получаете меньшее количество определенных препаратов, чем нужно на месяц, вам не придется платить за их полный месячный запас.

- Если вы должны уплачивать дополнительный взнос, вы оплачиваете процент от общей стоимости препарата. Поскольку дополнительный взнос рассчитывается исходя из общей стоимости препарата, ваши расходы будут ниже, так как общая стоимость препарата будет меньше.
- Если вы вносите доплату за препарат, вы платите только за количество дней приема препарата, а не за целый месяц. Мы рассчитаем сумму, которую вы уплачиваете за количество препарата на один день (дневная сумма участия в расходах), и умножим ее на то количество дней, на которое предоставляется препарат.

Раздел 5.4 Ваши расходы на *долгосрочный* (61–100-дневный) запас покрываемого лекарственного препарата по части D

Вы можете получить долгосрочный запас некоторых лекарственных препаратов (также называемый увеличенным запасом). Долгосрочный запас — это 61–100-дневный запас.

Ваши расходы на *долгосрочный* (61–100-дневный) запас покрываемого лекарственного препарата по части D

Уровень	Розничная аптека со стандартным участием в расходах (сотрудничающая с планом) (61–100-дневный запас)	Розничная аптека с привилегированным участием в расходах (сотрудничающая с планом) (61–100-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (61–100-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (61–100-дневный запас)
Уровень участия в расходах 1 (Предпочтительные непатентованные препараты — включает предпочтительные непатентованные препараты и может включать некоторые патентованные препараты.)	$57	$54	$57	$0
Уровень участия в расходах 2 (Непатентованные препараты — включает непатентованные препараты и может включать некоторые патентованные препараты.)	$60	$57	$60	$0
Уровень участия в расходах 3 (Предпочтительные патентованные препараты — включает	20%	20%	20%	20%

Уровень	Розничная аптека со стандартным участием в расходах (сотрудничающая с планом) (61–100-дневный запас)	Розничная аптека с привилегированным участием в расходах (сотрудничающая с планом) (61–100-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (61–100-дневный запас)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (61–100-дневный запас)
предпочтительные патентованные препараты и может включать некоторые непатентованные препараты.)				
Уровень участия в расходах 4 (Непредпочтительные препараты — включает непредпочтительные патентованные и непредпочтительные непатентованные препараты.)	$300	$300	$300	$200
Уровень участия в расходах 5 (Препараты особой категории — включает дорогостоящие патентованные и непатентованные препараты. Препараты этого уровня не соответствуют критериям	**В отношении препаратов уровня 5 долгосрочный запас не предоставляется.**			

Уровень	**Розничная аптека со стандартным участием в расходах (сотрудничающая с планом)** (61–100-дневный запас)	**Розничная аптека с привилегированным участием в расходах (сотрудничающая с планом)** (61–100-дневный запас)	**Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах** (61–100-дневный запас)	**Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах** (61–100-дневный запас)
исключения для оплаты на более низком уровне.)				
Уровень участия в расходах 6 (Избранные препараты для лечения отдельных заболеваний — включает некоторые непатентованные и патентованные препараты, обычно используемые для лечения определенных хронических заболеваний и для профилактики заболеваний (вакцины).)	$0	$0	$0	$0

Вы не будете платить более, чем 20% в розничных аптеках с привилегированным участием в расходах, 20% в розничных аптеках со стандартным участием в расходах или $70 (в зависимости от того, какая сумма меньше) за запас на срок до 2 месяцев или более, чем 20% в розничных аптеках с привилегированным участием в расходах, 20% в розничных аптеках со стандартным участием в расходах или $105 (в зависимости от того, какая сумма меньше) за запас на срок до 3 месяцев каждого покрываемого инсулинового препарата уровня 3, даже если вы не оплатили свой не покрываемый страховкой минимум.

Вы не будете платить более, чем 20% в аптеках, предлагающих услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах, 20% в аптеках, предлагающих услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах или $70 (в зависимости от того, какая сумма меньше) за запас на срок до 2 месяцев или более, чем 20% в аптеках, предлагающих услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах, 20% в аптеках, предлагающих услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах или $105 (в зависимости от того, какая сумма меньше) за запас на срок до 3 месяцев каждого покрываемого инсулинового препарата уровня 3, даже если вы не оплатили свою франшизу.

Вы будете платить не более, чем 25% или $70 (в зависимости от того, какая сумма меньше) за 2-месячный запас и не более, чем 25% или $105 (в зависимости от того, какая сумма меньше) за 3-месячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата уровня 4, даже если еще не выплатили не покрываемый страховкой минимум.

Раздел 5.5 Вы находитесь на этапе первоначального страхового покрытия, пока сумма ваших личных расходов за год не достигнет $2,100

Вы находитесь на этапе первоначального страхового покрытия, пока общая сумма ваших личных расходов не достигнет $2,100 Затем вы переходите к этапу достижения предела самостоятельных расходов:

Отчет «EOB по части D», который вы получаете, поможет вам отслеживать, сколько вы, наш план и любые другие третьи лица потратили от вашего имени в течение года. Не все участники достигнут лимита личных расходов в размере $2,100 в год.

Мы сообщим вам, если вы достигнете этой суммы. Обратитесь к разделу 1.2 для получения более подробной информации о способе расчета суммы личных расходов по программе Medicare.

РАЗДЕЛ 6 Этап достижения предела самостоятельных расходов

На этапе достижения предела самостоятельных расходов вы ничего не платите за покрываемые по части D препараты. Вы переходите на этап достижения предела самостоятельных расходов, когда ваши личные расходы достигают лимита в $2,100 за календарный год. Дойдя до этапа достижения предела самостоятельных расходов, вы находитесь на этом этапе оплаты до конца календарного года.

- На этом этапе оплаты вы ничего не платите за покрываемые по части D препараты.

РАЗДЕЛ 7 Сколько вам нужно платить за вакцины по части D

Важное сообщение о стоимости вакцин для вас. На некоторые вакцины распространяется страховое покрытие медицинского обслуживания, и они покрываются по части B. Другие вакцины считаются препаратами по части D. Перечень этих вакцин приводится в Перечне лекарств нашего плана. Наш план покрывает большинство вакцин для взрослых в рамках части D бесплатно, даже если вы не заплатили не покрываемый страховкой минимум. Обратитесь к Перечню лекарств нашего плана или позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711), чтобы получить подробную информацию о страховом покрытии и участии в расходах в отношении конкретных вакцин.

Покрытие расходов на вакцины в рамках части D состоит из 2 частей:

- Первая часть — это стоимость **самой вакцины.**
- Вторая часть — это стоимость **введения вам вакцины.** (Иногда это называют применением вакцины.)

Ваши расходы на вакцину в рамках части D зависят от 3 факторов:

1. **Рекомендуется ли вакцина для взрослых организацией, называемой Консультативным комитетом по вакцинации (ACIP).**
   - Большинство вакцин для взрослых в рамках части D рекомендованы ACIP, поэтому вам не придется ничего платить.
2. **Где вы получаете вакцину.**
   - Саму вакцину можно приобрести в аптеке или получить в кабинете врача.
3. **Кто вводит вам вакцину.**
   - Фармацевт или другой поставщик услуг может ввести вакцину в аптеке. Также поставщик услуг может ввести ее в кабинете врача.

Сумма, которую вы заплатите при получении вакцины в рамках части D, может меняться в зависимости от обстоятельств и того, на каком **этапе оплаты препаратов** вы находитесь.

- Когда вы будете получать вакцину, вам, возможно, придется заплатить полную стоимость как самой вакцины, так и услуг поставщика, который ее вам вводит. Затем вы можете обратиться к нам с запросом на возмещение нашей части стоимости. В отношении большинства вакцин для взрослых в рамках части D это означает, что вам компенсируют всю стоимость, которую вы заплатили.
- В других случаях, когда вы получаете вакцину, вы оплачиваете только свою долю расходов в рамках части D. За большинство вакцин для взрослых в рамках части D вы ничего не платите.

Ниже приводятся три примера ситуаций, в которых вам могут ввести вакцину в рамках части D.

Ситуация 1. Вы получаете вакцину в рамках части D в сетевой аптеке. (Есть ли у вас такой выбор, зависит от вашего места проживания. Некоторые штаты не разрешают аптекам вводить определенные вакцины.)

- За большинство вакцин для взрослых в рамках части D вы ничего не платите.
- За другие вакцины в рамках части D вы оплатите аптеке свой дополнительный взнос ИЛИ сделаете доплату за вакцину, которая включает и стоимость ее введения.
- Наш план оплатит оставшуюся часть расходов.

Ситуация 2. Вы получаете вакцину по части D в кабинете своего врача.

- Когда вы получаете вакцину, вам, возможно, придется оплатить всю стоимость самой вакцины и стоимость услуг поставщика, который будет ее вам вводить.
- Затем вы можете попросить наш план заплатить нашу долю расходов, воспользовавшись процедурами, описанными в главе 7.
- В отношении большинства вакцин для взрослых в рамках части D это означает, что вам компенсируют всю сумму, которую вы заплатили. За другие вакцины в рамках части D вам компенсируют сумму, которую вы заплатили, за вычетом вашего дополнительного взноса ИЛИ доплаты за вакцину (включая услугу введения) и разницы между суммой, которую взимает врач, и той, которую мы обычно платим. (Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь», мы возместим вам эту разницу.)

Ситуация 3. Вы приобретаете саму вакцину в рамках части D в сетевой аптеке и приносите ее в кабинет своего врача, где вам ее вводят.

- В отношении вакцин для взрослых в рамках части D вы ничего не платите за саму вакцину.
- За другие вакцины в рамках части D вы оплатите аптеке свой дополнительный взнос ИЛИ сделаете аптеке доплату за саму вакцину.
- Когда врач введет вам вакцину, вам, возможно, придется оплатить всю стоимость этой услуги.
- Затем вы можете попросить наш план заплатить нашу долю расходов, воспользовавшись процедурами в главе 7.
- В отношении большинства вакцин для взрослых в рамках части D это означает, что вам компенсируют всю сумму, которую вы заплатили. За другие вакцины в рамках части D вам компенсируют сумму, которую вы заплатили, за вычетом дополнительного взноса за введение вакцины и разницы между суммой,

которую взимает врач, и той, которую мы обычно платим. (Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь», мы возместим вам эту разницу.)

ПРИМЕЧАНИЕ. Мы можем не возместить вам полную стоимость, которую вы оплатили в кабинете врача или аптеке, если цена при условии уплаты наличными, которую вы заплатили, превышает нашу согласованную цену (то, что мы обычно платим) за вакцины по части D.

ГЛАВА 7. Направление запроса на оплату нашей доли счета за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты

РАЗДЕЛ 1 Ситуации, в которых вам следует попросить нас оплатить нашу долю за покрываемые услуги или лекарственные препараты

Наши сетевые поставщики услуг выставляют счета непосредственно нашему плану за полученные вами покрываемые услуги и лекарственные препараты. Если вы получили счет на оплату полной стоимости за оказанное медицинское обслуживание или полученные вами лекарственные препараты, вы должны направить его нам, чтобы мы могли его оплатить. Получив от вас счет, мы рассмотрим его и решим, относятся ли эти услуги и лекарственные препараты к покрываемым. Если мы примем решение о покрытии, мы заплатим поставщику услуг напрямую.

Если вы уже заплатили за медицинскую услугу или товар в рамках программы Medicare, покрываемые нашим планом, то вы можете обратиться к нам с запросом на возврат вам расходов (возврат расходов часто называется **возмещением расходов**). Вы имеете право получить возмещение от нашего плана, если вы заплатили больше своей доли расходов на медицинские услуги или лекарственные препараты, покрываемые нашим планом. Могут быть установлены сроки, в которые необходимо уложиться для получения возмещения расходов. Перейдите к разделу 2 данной главы. Когда вы высылаете нам оплаченный вами счет, мы изучаем его и принимаем решение о возможности покрытия услуг или лекарственных препаратов. Если мы примем решение о покрытии, мы возместим ваши расходы на услуги или лекарственные препараты.

Также возможны случаи, когда вы получаете от поставщика услуг счет на оплату полной стоимости полученного вами медицинского обслуживания или на сумму, превышающую вашу долю участия в расходах. Сначала попытайтесь урегулировать вопрос со счетом с поставщиком услуг. Если не получится, отправьте счет нам, но не оплачивайте его. Мы рассмотрим счет и решим, относятся ли услуги к покрываемым. Если мы примем решение о покрытии, мы заплатим поставщику услуг напрямую. Если мы решим не оплачивать счет, мы сообщим об этом поставщику. Ваши расходы не должны превышать допустимую планом долю участия в расходах. Если с этим поставщиком услуг заключен договор, вы все равно имеете право на лечение.

Примеры ситуаций, когда вам может понадобиться направить нам запрос о возмещении выплаты или об оплате полученного вами счета:

1. **Если вы получили экстренную или неотложную медицинскую помощь у поставщика услуг, не входящего в сеть нашего плана**

   - Вы можете получить услуги по оказанию экстренной помощи и срочно необходимые услуги у любого поставщика услуг, независимо от того, входит ли он в нашу сеть. В этих случаях обратитесь к поставщику услуг с запросом о выставлении счета нашему плану.
   - Если при получении медицинской помощи вы сами оплачиваете полную стоимость лечения, попросите нас возместить вам нашу долю расходов. Отправьте нам полученный счет вместе с документами, подтверждающими любые произведенные выплаты.
   - Вы можете получить от поставщика услуг счет, по которому вы, по вашему мнению, не должны платить. Отправьте нам этот счет вместе с документами, подтверждающими любые произведенные вами выплаты.
     - Если поставщик услуг все еще должен получить какую-то оплату, мы заплатим ему напрямую.
     - Если вы уже заплатили больше своей доли расходов на услугу, мы определим, какую сумму должны возместить вам в качестве нашей доли расходов.

2. **Если сетевой поставщик услуг отправляет вам счет, который, по вашему мнению, вы не должны оплачивать**

   Сетевые поставщики услуг всегда должны выставлять счета напрямую нашему плану страхования. Но иногда они допускают ошибки и просят вас оплатить заплатить больше вашей доли расходов.

   - При получении покрываемых услуг вы должны оплачивать только свою сумму участия в расходах. Мы не позволяем поставщикам услуг добавлять дополнительные отдельные расходы, называемые **выставлением счетов на оплату остатка**. Эта защита (вы никогда не заплатите больше, чем сумма вашего участия в расходах) применяется даже в том случае, если мы платим поставщику услуг меньше, чем он берет за услугу, и даже если есть спор, и мы не платим определенные расходы поставщика услуг.
   - Во всех случаях, когда вы получаете счет от сетевого поставщика услуг, который, по вашему мнению, превышает сумму, которую вы должны оплатить, отправьте нам счет. Мы свяжемся с поставщиком услуг напрямую и решим проблему с выставлением счета.
   - Если вы уже оплатили счет, выставленный сетевым поставщиком услуг, но чувствуете, что заплатили слишком много, пришлите нам этот счет вместе с документами, подтверждающими совершенные вами платежи. Попросите нас возместить вам разницу

между уплаченной вами суммой и суммой, которую вы должны выплатить в рамках нашего плана.

3. Если вы вступили в наш план страхования задним числом

Иногда регистрация участника в нашем плане осуществляется задним числом. (Это означает, что первый день регистрации уже прошел. Даже возможны случаи, когда дата регистрации наступила еще в прошлом году.)

Если вы зарегистрировались для участия в нашем плане задним числом и расходовали личные средства на какие-либо покрываемые услуги или лекарственные препараты после даты регистрации, вы можете обратиться к нам с запросом на возмещение нашей доли расходов. Для оформления возмещения вам необходимо предоставить соответствующие документы, такие как квитанции об оплате и счета.

4. Вы пользуетесь услугами внесетевой аптеки, чтобы получить лекарство по рецепту

Если вы обращаетесь во внесетевую аптеку, она не сможет направить нам страховое требование напрямую. В таком случае вам придется оплатить полную стоимость вашего рецептурного препарата.

Сохраните квитанцию об оплате и пришлите нам ее копию, когда будете обращаться с запросом на оплату нашей части расходов. Помните, что мы оплачиваем услуги внесетевых аптек только в ограниченных случаях. Подробнее об этих случаях см. в разделе 2.4 главы 5. Возможно, мы не возместим вам разницу между суммой, уплаченной вами за препарат во внесетевой аптеке, и суммой, которую мы возместили бы в случае приобретения препарата в сетевой аптеке.

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

Если у вас нет с собой карты участника нашего плана, вы можете попросить сотрудника аптеки позвонить в наш план или поискать информацию о регистрации в нашем плане. Если сотрудники аптеки не могут сразу получить необходимую информацию о регистрации, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость лекарства по рецепту самостоятельно.

Сохраните квитанцию об оплате и пришлите нам ее копию, когда будете обращаться с запросом на оплату нашей части расходов. Мы не можем возместить вам полную стоимость, которую вы заплатили, если цена при условии уплаты наличными, которую вы заплатили, превышает нашу согласованную цену за лекарство по рецепту.

6. Когда вы оплачиваете полную стоимость лекарства по рецепту в других ситуациях

Вы можете оплачивать полную стоимость лекарства по рецепту, если обнаруживаете, что лекарство по какой-то причине не включено в объем страхового покрытия.

- Например, лекарственный препарат может отсутствовать в Перечне лекарств нашего плана либо в отношении него может действовать требование или ограничение, о котором вы не знаете или считаете, что оно к вам неприменимо. Если вы решили приобрести лекарство немедленно, возможно, вам нужно будет оплатить его полную стоимость.
- Сохраните квитанцию об оплате и пришлите нам ее копию, когда будете обращаться с запросом на возврат средств. В некоторых случаях нам может понадобиться дополнительная информация от вашего врача, чтобы возместить вам нашу долю расходов на препарат. Мы не можем возместить вам полную стоимость, которую вы заплатили, если цена при условии уплаты наличными, которую вы заплатили, превышает нашу согласованную цену за лекарство по рецепту.

7. Если вы зарегистрировались для участия в нашем плане задним числом, поскольку имели право на получение помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin.

Medicaid представляет собой программу, реализуемую совместно федеральным правительством и правительством штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы определенным группам лиц с низким доходом и ограниченными ресурсами. Некоторые участники программы Medicaid автоматически становятся участниками нашего плана для получения страхового покрытия лекарств по рецепту. Иногда регистрация участника осуществляется задним числом. («Задним числом» означает, что первый день регистрации уже прошел. Даже возможны случаи, когда дата регистрации наступила еще в прошлом году.)

Если вы зарегистрировались для участия в нашем плане задним числом и расходовали личные средства на приобретение препаратов после даты регистрации, вы можете обратиться к нам с запросом на возмещение нашей части расходов. Для оформления возмещения вам необходимо будет предоставить соответствующие документы, такие как квитанции об оплате и счета.

- Вышлите нам копию ваших квитанций об оплате при направлении нам запроса на возмещение выплаты.
- Вы должны запросить возмещение ваших личных расходов (а не расходов, оплаченных в рамках другой программы страхования).
    - План может не оплатить стоимость препаратов, не представленных в нашем перечне лекарств. Во всех приведенных выше примерах проиллюстрированы виды решений о страховом покрытии. Это означает, что в случае отклонения вашего запроса на возмещение расходов вы можете обжаловать наше решение. Информацию о порядке подачи апелляции см. в главе 9 настоящего документа.

Когда вы высылаете нам запрос на оплату, мы рассматриваем его и принимаем решение о возможности покрытия услуги или лекарства. Это называется процедурой вынесения **решения о страховом покрытии**. Если мы решим, что это должно покрываться, мы оплатим свою долю стоимости услуги или препарата. В случае отклонения вашего запроса на оплату вы можете обжаловать наше решение. Информацию о порядке подачи апелляции см. в главе 9.

РАЗДЕЛ 2 Порядок обращения к нам по поводу возмещения ваших расходов или оплаты полученного вами счета

Вы можете запросить возмещение расходов в письменном виде. Если вы направляете запрос в письменном виде, пришлите счет и документы, подтверждающие совершенные вами платежи. Рекомендуем вам сделать для себя копии счета и квитанций об оплате. **Вы должны подать страховое требование в течение 365 дней (в случае страховых требований на оплату медицинского обслуживания) или в течение трех лет (в случае страховых требований на оплату лекарств)** со дня, когда вы получили услугу, товар или лекарство.

Чтобы предоставить нам все сведения, необходимые для принятия решения, можно воспользоваться нашей формой страхового требования.

- Вы не обязаны использовать форму, но это поможет нам обработать информацию быстрее. Для отправки запросов в отдел возмещения расходов на веб-портале доступны формы страховых требований. Хотя мы настоятельно рекомендуем нашим участникам использовать форму для обеспечения представления всех документов, это не обязательно. Участники также могут отправить копию счета без формы. В любом случае необходимо указать информацию о поставщике услуг, даты оказания услуги, коды Современной врачебной терминологии по процедурам (CPT), если применимо, коды или описания диагнозов и суммы, на которые выставлены счета, а также все имеющиеся у них медицинские документы и, если необходимо, краткое описание причин, по которым потребовалась помощь. Одновременно со страховым требованием участник должен представить подтверждение оплаты. Подтверждением оплаты является выписка с банковского счета или кредитной карты или копия оплаченного чека.
- Загрузите копию формы с нашего веб-сайта (go.wellcare.com/WI) или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) и попросите форму.

В случае медицинских услуг отправьте нам запрос на оплату по почте вместе со всеми счетами или оплаченными квитанциями по следующему адресу:

Адрес для запросов на оплату
Member Reimbursement Dept
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

В случае рецептурных лекарственных препаратов по части D отправьте нам запрос на оплату по почте вместе со всеми счетами или оплаченными квитанциями по следующему адресу:

Адрес для запросов на оплату в рамках части D
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

РАЗДЕЛ 3 Мы рассматриваем ваш запрос на оплату и даем положительный или отрицательный ответ

Получив ваш запрос на возмещение расходов, мы сообщим вам, нужна ли нам дополнительная информация. Если дополнительная информация не нужна, мы рассмотрим запрос и примем решение о страховом покрытии.

- Если мы решим, что медицинское обслуживание или лекарственный препарат подлежит покрытию и вы соблюдали все правила, мы оплатим нашу долю расходов на услугу или лекарственный препарат. Если вы уже оплатили услугу или лекарственный препарат, мы отправим вам возмещение нашей доли расходов по почте. Если вы оплатили полную стоимость лекарственного препарата, вам, возможно, не возместят полную сумму, которую вы заплатили (например, если вы получили лекарственный препарат во внесетевой аптеке или если цена при условии уплаты наличными, которую вы заплатили за лекарственный препарат, выше нашей согласованной цены). Если вы еще не оплатили услугу или лекарственный препарат, мы отправим платеж по почте непосредственно поставщику услуг.
- Если мы решим, что медицинское обслуживание или лекарственный препарат *не* подлежит покрытию, или если вы *не* соблюдали все правила, мы не будем оплачивать нашу долю расходов на медицинское обслуживание или лекарственный препарат. Мы пришлем вам письмо с объяснением причин отказа в возмещении расходов, а также ваших прав на обжалование такого решения.

Раздел 3.1 Если мы сообщим вам, что не будем оплачивать медицинское обслуживание или лекарственный препарат полностью или частично, вы можете подать апелляцию

Если вы считаете, что мы ошибочно отклонили ваш запрос на оплату или что мы совершили ошибку при определении размера оплачиваемой нами суммы, вы можете подать апелляцию. Подача апелляции означает ваше обращение с запросом на пересмотр принятого нами решения об отклонении вашего запроса на возмещение расходов. Апелляционный процесс формально регламентирован и предусматривает подробно описанные процедуры и важные сроки. Подробную информацию о том, как подать такую апелляцию, см. в главе 9.

ГЛАВА 8. Ваши права и обязанности

РАЗДЕЛ 1 Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you materials in languages other than English including Spanish, Laotian, Russian, Arabic, Hmong and audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan’s benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-844-796-6811 (TTY users call 711).

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women’s health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que se adapte a usted y a sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitados, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo), entre otros.

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. También podemos proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, incluidos español, árabe, ruso, hmong, laosiano y en formatos de audio, braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo, si los necesita. Estamos obligados a ofrecerle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para recibir información de nuestra parte en un formato que se ajuste a sus necesidades, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-796-6811 (usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de acceder directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles dentro de la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará la distribución de costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para que le informen dónde acudir a fin de recibir este servicio con la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para atenderse con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame a fin de presentar una queja a Servicios para Miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Office for Civil Rights al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

ພາກທີ 1.1
ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນວິທີການທີ່ເຫມາະສົມສໍາລັບທ່ານແລະສອດຄ່ອງກັບຄວາມອ່ອນໄຫວທາງວັດທະນະທໍາຂອງທ່ານ (ໃນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ສຽງ, ຕົວອັກສອນ, ພິມໃຫຍ່, ຫຼືຮູບແບບສະຫຼັບອື່ນໆ, ແລະອື່ນໆ)

ຖືເປັນເລື່ອງຈໍາເປັນທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແມ່ນຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າການບໍລິການທັງຫມົດ, ທັງທາງດ້ານຄລີນິກ ແລະບໍ່ແມ່ນທາງດ້ານຄລີນິກ, ໄດ້ໃຫ້ບໍລິການລັກສະນະທີ່ເຫມາະສົມທາງວັດທະນະທໍາ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງທຸກຄົນ, ລວມທັງຜູ້ທີ່ມີຄວາມຮູ້ພາສາອັງກິດທີ່ຈໍາກັດ, ທັກສະການອ່ານທີ່ຈໍາກັດ, ຄວາມບໍ່ສາມາດໄດ້ຍິນ, ຫຼືຜູ້ທີ່ມີພື້ນຖານວັດທະນະທໍາແລະຊົນເຜົ່າທີ່ຫຼາກຫຼາຍ.
ຕົວຢ່າງຂອງວິທີການທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສາມາດຕອບສະຫນອງຄວາມຕ້ອງການການເຂົ້າເຖິງເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ ລວມມີແຕ່ບໍ່ຈໍາກັດ, ການສະຫນອງການບໍລິການແປພາສາ, ບໍລິການກ່ານແປພາສາ, ເຄື່ອງພິມດີດໂທລະເລກ, ຫຼື TTY (ໂທລະສັບຂໍ້ຄວາມຫຼື ໂທລະສະຫບພິມດີດໂທລະເລກ).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາມີບໍລິການລ່ານແປພາສາຟຣີສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ບໍ່ສະເອົ້າພາສາອັງກິດ.
ພວກເຮົາສາມາດສະຫນອງຂໍ້ມູນຕ່າງໆເປັນ ເປັນພາສາອື່ນໆນອກຈາກພາສາອັງກິດ ລວມມີ ແອດສະປາຍ, ອາຣັບ,

ຮັດເຊຍ, ມົ້ງ, ລາວ ແລະ ສຽງ, ຕົວອັກສອນນູນ, ພິມໃຫຍ່,
ຫຼືຮູບແບບສະຫຼັບອື່ນໆໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆຖ້າທ່ານຕ້ອງການ.
ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແ
ບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແລະເຫມາະສົມສຳລັບທ່ານ. ເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສະດວກສຳລັບທ່ານ,
ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-844-796-6811 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 711).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ທາງເລືອກແກ່ຜູ້ລົງທະບຽນເພດຍິງ
ໃນການເຂົ້າເຖິງຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບສຳລັບຜູ້ຍິງພາຍໃນເຄືອຂ່າຍໂດຍກົງເພື່ອສະຫນອງການບໍລິ
ການເບິ່ງແຍງປະຈຳວັນ ແລະ ການປ້ອງກັນ.

ຖ້າບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສຳລັບບໍລິການສະເພາະທາງ,
ມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການພິເສດຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍທີ່
ຈະສະຫນອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ທ່ານ. ໃນກໍລະນີດັ່ງກ່າວ,
ທ່ານຈະໄດ້ຈ່າຍສະເພາະຄ່າແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ.
ຖ້າທ່ານພົບວ່າຕົວທ່ານເອງຢູ່ໃນສະຖານະການ
ທີ່ບໍ່ມີຜູ້ຊ່ຽວຊານໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ກວມເອົາການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ,
ໃຫ້ໂທຫາແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ຈະໄປຮັບການບໍລິການນີ້
ໃນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ.
ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີບັນຫາໃດຫນຶ່ງໃນການຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ
ແລະເຫມາະສົມສຳລັບທ່ານ, ເຂົ້າພົບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບແມ່ຍິງ ຫຼື ຄົ້ນຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານໃນເຄືອຂ່າຍ,
ໂທເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບ Medicare
ໂດຍການໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ຫຼືໂດຍກົງກັບ Office for Civil Rights ທີ່ເບີ
1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697.

Раздел 1.1 Мы обязаны предоставлять информацию в удобном для вас формате и в соответствии с вашими культурными особенностями (на языках, отличных от английского, в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.)

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, все услуги, как клинического, так и неклинического характера, должны предоставляться с учетом культурных особенностей и быть доступны всем участникам плана, включая лиц с ограниченным владением английским языком, ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц различного культурного и этнического происхождения. Примерами того, как наш план страхования может соблюдать эти требования к возможностям доступа, выступают в том числе обязательства предоставлять услуги устного и письменного перевода, телетайпные аппараты или возможность связи по TTY (текстовый телефон или телетайп).

Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы, если вы говорите на языке, отличном от английского. При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, включая испанский, арабский, русский, хмонг, лаосский, а также в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставлять вам информацию об объеме покрываемых услуг в

рамках нашего плана в доступном и подходящем для вас формате. Для получения информации в удобном для вас формате позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (при использовании TTY набирайте 711).

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, участницам плана должна предоставляться возможность обращаться за плановыми и профилактическими услугами напрямую к специалисту по женскому здоровью, представленному в сети плана.

В случае отсутствия в сети нашего плана поставщиков услуг соответствующей специализации наш план страхования несет ответственность за поиск внесетевых специалистов, которые предоставят необходимое обслуживание. В таком случае от вас потребуется оплатить только долю участия в расходах в рамках сети. Если вы оказались в ситуации, когда необходимая вам услуга не оказывается специалистами, представленными в сети нашего плана, позвоните в наш план страхования и запросите информацию о том, куда обратиться за этой услугой, чтобы при этом ваша доля расходов соответствовала доле участия в расходах в рамках сети.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана страхования в доступном и подходящем для вас формате, обращением к специалисту по женскому здоровью или поиском сетевого специалиста, вы можете подать претензию, позвонив в отдел обслуживания участников плана. Кроме того, вы можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), или непосредственно в Office for Civil Rights, позвонив по номеру 1-800-368-1019, TTY: 1-800-537-7697.

القسم 1.1 يجب أن نقدم المعلومات بطريقةٍ تناسبك وتكون متوافقة مع الحساسيات الثقافية لديك (بلغات أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات أخرى بديلة، وغير ذلك).

خطتنا ملزَمة بضمان أن كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم توفيرها بطريقة مناسبة على المستوى الثقافي وتتم إتاحتها لجميع المسجلين، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. وتشتمل الأمثلة التي تجسد كيفية تلبية خطتنا لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، على توفير خدمات الترجمة الكتابية أو خدمات الترجمة الفورية أو المبرقة الكاتبة أو الاتصال عبر TTY (الهاتف النصي أو هاتف المبرقة الكاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة للإجابة عن الأسئلة الواردة من الأعضاء غير الناطقين باللغة الإنجليزية. ويمكننا أيضًا توفير المواد لك

بلغات غير الإنجليزية، بما في ذلك الإسبانية ,العربية ,الروسية ,الهمونغية, اللاوية وبتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات بديلة أخرى من دون أي كلفة إذا كنت بحاجة إليها. ونحن ملزمون بتقديم معلوماتٍ لك حول مزايا خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم: 1-844-796-6811 (ويمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711).

خطتنا مطلوبة لإعطاء المُسجلات خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

وإذا كان مقدمو الرعاية لتخصص معين في شبكة الخطة غير متاحين، فمن مسؤولية الخطة تحديد موقع مقدمي الرعاية المتخصصين من خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط قيمة مشاركة التكلفة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقفٍ لا يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاج إليها، فاتصل بمسؤولي الخطة للحصول على معلوماتٍ حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خلال مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلوماتٍ من خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك، أو في زيارة اختصاصي صحة نسائية

أو في العثور على متخصصٍ داخل الشبكة، فيُرجى الاتصال لتقديم تظلم لدى قسم خدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare من خلال الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً إلى Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو TTY على الرقم 1-800-537-7697

Nqe 1.1 Peb yuav tsum muab cov ntaub ntawv hauv ib txoj hauv kev uas haum rau koj (hauv hom lus uas tsis yog Lus Askiv, ua ntawv Su, suab lus, luam ntawv loj, los sis lwm hom ntawv, thiab lwm yam.)

Peb txoj phiaj xwm yuav tsum xyuas kom paub tseeb tias tag nrho cov kev pab cuam, fab kev kho mob thiab tsis cuam tshuam txog fab kev kho mob tib si, tau muab hauv tus yam ntxwv uas haum raws li fab kab lij kev cai thiab nkag cuag tau rau tag nrho cov neeg tso npe nkag, suav nrog cov neeg uas paub Lus Askiv tsis tshua zoo, nyeem ntawv tau tsis tshua zoo, tsis muaj peev xwm hnov lus, los sis cov neeg uas muaj keeb kwm fab kab lis kev cai thiab haiv neeg ntau yam. Cov qauv piv txwv ntawm qhov seb peb txoj phiaj xwm puas tuaj yeem ua tau raws li cov cai kev nkag cuag no li cas ntawd yuav muaj tab sis tsis tas rau ntawm, kev muab cov kev pab cuam txhais ntawv, cov kev pab cuam txhais lus, lub tshuab ntaus ntawv, los sis kev sib txuas TTY (xov tooj xa ntawv los sis xov tooj ntaus ntawv).

Peb txoj phiaj xwm muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb cov lus nug los ntawm cov tswv cuab uas tsis hais Lus Askiv. Peb kuj tuaj yeem muab cov ntaub ntawv rau koj ua hom lus uas tsis yog Lus Askiv suav nrog Lus Xab Pees Niv, Lus Arabic, Lus Lav Xias, Lus Hmoob, Lus Nplog thiab ua suab lus, ntawv su, ntawv luam loj, los sis lwm cov hom ntawv yam tsis tau them nqi yog tias koj xav tau. Peb yuav tsum tau muab cov ntaub ntawv qhia paub rau koj hais txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig kev pab uas yuav nkag siv tau thiab tsim nyog rau koj. Txhawm rau kom tau txais ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb hauv ib txoj hau kev uas siv tau rau koj, hu rau Cov Chaw Pab Cuam Rau Tswv Cuab ntawm 1-844-796-6811 (Cov neeg siv TTY hu rau 711).

Peb txoj phiaj xwm yuav tsum tau muab ib txoj kev xaiv txog kev nkag cuag ncaj qha rau cov poj niam tus kws kho mob paub tshwj xeeb txog kev noj qab haus huv nyob hauv pab pawg koom tes rau cov neeg tso npe uas yog poj niam nyob hauv pab pawg koom tes rau cov poj niam cov kev pab cuam saib xyuas kev noj qab haus huv li txhua zaum thiab rau fab kev tiv thaiv kab mob.

Yog tias koj cov kws muab kev pab cuam hauv peb txoj phiaj xwm pab pawg koom tes rau kev kho mob tshwj xeeb tsis muaj siv, nws yog peb txoj phiaj xwm lub luag hauj lwm yuav nrhiav cov kws muab kev pab cuam kho mob tshwj xeeb uas nyob sab nraud ntawm pab pawg koom tes uas yuav muab kev saib xyuas kho mob uas tsim nyog tau rau koj. Hauv qhov teeb meem no, koj tsuas yuav them kev sib faib tus nqi nyob hauv pab pawg koom tes xwb. Yog tias koj pom tias koj tus kheej nyob rau hauv qhov xwm txheej uas tsis muaj cov kws kho mob paub tshwj xeeb hauv peb txoj phiaj xwm pab pawg koom tes uas duav roos qhov kev pab cuam uas koj xav tau ntawd lawm, hu rau peb txoj phiaj xwm kom tau cov ntaub ntawv qhia paub txog qhov yuav mus nrhiav kom tau txais qhov kev pab cuam no ntawm kev sib faib tus nqi hauv pab pawg koom tes.

Yog tias koj muaj teeb meem dab tsi txog kev muab ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb txoj phiaj xwm hauv ib hom ntawv uas nkag cuag tau thiab tsim nyog rau koj, mus ntsib tus kws kho

mob paub tshwj xeeb txog kev noj qab haus huv ntawm poj niam los sis kev nrhiav tus kws kho mob paub tshwj xeeb hauv pab pawg koom tes, ces hu tuaj sau ntawv hais txog kev tsis txaus siab nrog Cov Chaw Pab Cuam Rau Tswv Cuab. Koj kuj tuaj yeem foob lus kev tsis txaus siab tau nrog Medicare los ntawm kev hu rau 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los sis ncaj qha mus rau Office for Civil Rights 1-800-368-1019 los sis TTY 1-800-537-7697.

Раздел 1.2 Мы обязаны обеспечивать для вас своевременный доступ к покрываемым услугам и лекарственным препаратам

Вы имеете право выбирать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) из числа входящих в сеть нашего плана для предоставления и организации ваших покрываемых услуг. Мы не требуем, чтобы вы получали направления к сетевым поставщикам.

Вы имеете право записываться на прием и получать покрываемые услуги от поставщиков услуг, входящих в предусмотренную нашим планом сеть, *в разумные сроки*. Это включает в себя право на своевременное получение услуг специалистов, когда вы в них нуждаетесь. Вы также имеете право приобретать или пополнять запас своих рецептурных препаратов в любой аптеке нашей сети без длительных задержек.

Если вы считаете, что не получаете медицинское обслуживание или лекарственные препараты по части D в разумные сроки, в главе 9 рассказывается о том, что вы можете сделать.

Раздел 1.3 Мы должны обеспечивать конфиденциальность ваших персональных данных о состоянии здоровья

Федеральные законы и законы штатов предусматривают конфиденциальность вашей медицинской документации и ваших персональных данных о состоянии здоровья. Мы обеспечиваем защиту ваших персональных данных о состоянии здоровья в соответствии с требованиями таких законов.

- Ваша личная информация о здоровье включает личную информацию, предоставленную вами при вступлении в наш план страхования, а также ваши медицинские документы и информацию о вашем состоянии здоровья.
- У вас есть права, связанные с вашей информацией и контролем над тем, как используется ваша информация о состоянии здоровья. Мы направляем вам письменное уведомление, называемое *Уведомлением о методах обеспечения конфиденциальности*, в котором рассказывается об этих правах и объясняется, как мы защищаем конфиденциальность вашей медицинской информации.

Как мы защищаем конфиденциальность вашей медицинской информации?

- Мы следим за тем, чтобы посторонние лица не имели возможности видеть вашу документацию и вносить в нее изменения.

- За исключением обстоятельств, указанных ниже, если мы собираемся передать информацию о вашем состоянии здоровья кому-либо, кто не предоставляет вам медицинское обслуживание или не оплачивает его, *мы должны сначала получить письменное разрешение от вас или от лица, которому вы предоставили законные полномочия принимать за вас решения.*
- В определенных исключительных случаях нам необязательно сначала получать от вас письменное разрешение. Эти исключения разрешены или требуются по закону.
  - Мы обязаны раскрывать информацию о состоянии здоровья государственным органам, осуществляющим проверку качества предоставляемого медицинского обслуживания.
  - Поскольку вы являетесь участником нашего плана через программу Medicare, мы обязаны предоставлять Medicare данные о состоянии вашего здоровья, включая информацию о принимаемых вами рецептурных препаратах по части D. Если Medicare предоставит ваши данные для целей исследования или иных целей, это будет сделано с соблюдением федеральных нормативно-правовых актов. Обычно в таком случае запрещено предоставлять информацию, позволяющую идентифицировать вас.

Вы можете просматривать информацию в своей документации и знать, каким образом ее передавали кому-либо

Вы имеете право просматривать свою медицинскую документацию, которая ведется нами в связи с вашим участием в нашем плане, и получать копии такой документации. Нам разрешено взимать с вас плату за снятие копий. Также вы имеете право вносить дополнения или исправления в свою медицинскую документацию. В этом случае мы совместно с вашим основным лечащим врачом решим, следует ли вносить изменения.

Вы имеете право знать, как информация о состоянии вашего здоровья передавалась другим лицам в каких-либо целях, которые не являются обычными.

Если у вас есть вопросы или опасения по поводу конфиденциальности вашей личной информации о состоянии здоровья, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

Раздел 1.4 Мы обязаны предоставлять вам информацию о нашем плане, нашей сети поставщиков услуг и покрываемых услугах

Как участник нашего плана вы имеете право получать от нас актуальную информацию.

Если вам нужна какая-либо информация перечисленных ниже видов, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711):

- **Информация о нашем плане.** Сюда относится, например, информация о финансовом положении нашего плана.
- **Информация о нашей сети поставщиков услуг и аптек.** Вы имеете право получать информацию о квалификации поставщиков услуг и аптек, входящих в нашу сеть, и о том, как мы оплачиваем услуги поставщиков, входящих в нашу сеть.
  - Вы можете обратиться в отдел обслуживания участников плана за дополнительной информацией о поставщиках услуг нашей сети, включая сведения об их квалификации, образовании, факте окончания ординатуры и профессиональной сертификации. Наиболее актуальную информацию об изменениях, внесенных в список сотрудничающих с планом поставщиков услуг, можно узнать в отделе обслуживания участников плана или на веб-сайте. Это информацию можно найти на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/2026providerdirectories.
- **Информация о предоставленном вам страховом покрытии и правилах, которые следует соблюдать при его использовании.** Главы 3 и 4 содержат информацию о медицинском обслуживании. Информация о страховом покрытии лекарственных препаратов по части D приведена в главах 5 и 6.
  - **Примечание.** Наш план не выплачивает вознаграждение практикующим врачам, поставщикам услуг или сотрудникам, регламентирующим применение препаратов, в том числе сотрудникам делегированных организаций. Принятие решений в рамках программы, регламентирующей применение препаратов (UM), основывается только на целесообразности предоставления услуг и наличии покрытия. Кроме того, план не предусматривает специального поощрения практикующих врачей или других лиц за выдачу отказов в страховом покрытии. Финансовые поощрения для лиц, принимающих решения в рамках UM, не способствуют принятию решений, приводящих к применению препаратов в недостаточном количестве.
- **Информация о причинах исключения чего-либо из объема страхового покрытия и о ваших возможных действиях в таких случаях.** Информация о процедуре обращения по поводу предоставления письменного объяснения причин, по которым медицинская услуга или лекарственный препарат по части D не покрывается или их покрытие ограничено, приведена в главе 9. В главе 9 также содержится информация о том, как обратиться к нам с запросом об изменении решения, также называемым апелляцией.

Раздел 1.5 Вы имеете право знать о вариантах вашего лечения и участвовать в принятии решений о вашем медицинском обслуживании

Вы имеете право на получение полной информации от своих врачей и других поставщиков медицинских услуг. Ваши поставщики медицинских услуг должны объяснить ваше состояние здоровья и варианты вашего лечения *понятным для вас способом*.

Вы также имеете право в полном объеме участвовать в принятии решений о вашем медицинском обслуживании. У вас есть следующие права, помогающие вам и вашим врачам принимать решения о наиболее эффективном для вас лечении:

- **Право знать обо всех доступных вам вариантах.** У вас есть право на получение информации обо всех вариантах лечения, которые рекомендуются для вашего состояния, вне зависимости от их стоимости или наличия у них предусмотренного планом страхования покрытия. В том числе у вас есть право узнавать о программах, которые предлагает наш план, чтобы помочь участникам управлять своими лекарствами и безопасно их применять.
- **Право знать о рисках.** Вы имеете право на получение информации о любых рисках, связанных с вашим медицинским обслуживанием. Вас должны заранее предупредить о том, что предлагаемое медицинское обслуживание или лечение является частью научного эксперимента. У вас всегда есть выбор отказаться от любого экспериментального лечения.
- **Право сказать «нет».** Вы имеете право отказаться от любого рекомендуемого лечения. Сюда относится право покидать больницу или другое медицинское учреждение, даже если ваш врач советует этого не делать. Вы также имеете право прекратить прием лекарственного препарата. Если вы отказываетесь от лечения или прекращаете прием лекарственного препарата, вы принимаете на себя полную ответственность за последствия вашего решения для вашего состояния здоровья.

У вас есть право давать указания о том, что необходимо делать, если вы не можете самостоятельно принимать медицинские решения

В некоторых случаях люди утрачивают способность самостоятельно принимать решения об оказании медицинской помощи в результате аварии или в связи с тяжелым заболеванием. Вы имеете право сделать распоряжения на тот случай, если попадете в такую ситуацию. Это значит, что *если вы захотите*, то можете:

- заполнить письменную форму о предоставлении **какому-либо лицу полномочий по принятию решений о медицинском обслуживании от вашего имени,** если вы когда-либо утратите способность принимать решения самостоятельно.
- **предоставить своим врачам письменные указания** о том, какое медицинское обслуживание вы желаете получать, если будете не в состоянии самостоятельно принимать решения.

Юридические документы, которые вы можете использовать, чтобы заранее дать указания для таких ситуаций, называются **предварительными распоряжениями.** Примерами предварительных распоряжений являются **завещание о жизни** и **доверенность на принятие решений о медицинском обслуживании**.

Как составить предварительное распоряжение для предоставления указаний:

- **Получите форму.** Форму предварительного распоряжения можно получить у своего юриста, социального работника или в некоторых магазинах канцелярских товаров. Иногда форму предварительного распоряжения можно получить в организациях, которые информируют население о программе Medicare.
- **Заполните форму и подпишите ее.** Независимо от того, где вы получили эту форму, она является юридическим документом. Подумайте об обращении к юристу для оказания помощи при его составлении.
- **Предоставьте экземпляры формы нужным людям.** Предоставьте экземпляр формы своему врачу и лицу, указанному в форме в качестве человека, которому вы доверяете принимать за вас решения в случае вашей недееспособности. Возможно, вы захотите предоставить несколько экземпляров близким друзьям или родственникам. Сохраните один экземпляр у себя дома.

Если вы заранее узнаете о предстоящей госпитализации и подпишете предварительное распоряжение, **возьмите его экземпляр с собой в больницу.**

- В больнице вас спросят, подписали ли вы форму предварительного распоряжения и взяли ли вы ее с собой.
- Если вы не подписывали форму предварительного распоряжения, в больнице вам предложат заполнить и подписать ее, если вы хотите.

Заполнение предварительного распоряжения — это ваш выбор. (в том числе подписывать ли такую форму, если вы находитесь в больнице). Согласно законодательству, никто не может отказывать вам в предоставлении медицинской помощи или проявлять по отношению к вам дискриминацию в зависимости от того, подписали ли вы предварительное распоряжение.

Если ваши указания не выполняются

Если вы подписали предварительное распоряжение и считаете, что врач или больница не выполнили содержащиеся в них указания, вы можете подать жалобу в Департамент здравоохранения штата Wisconsin.

Раздел 1.6 Вы имеете право подавать жалобу и обращаться к нам с запросом на пересмотр принятых решений

Если у вас возникли какие-либо проблемы, опасения или жалобы и вам необходимо запросить страховое покрытие или подать апелляцию, в главе 9 настоящего документа рассказывается о возможных действиях. Что бы вы ни делали — запрашивали решение о страховом покрытии, подавали апелляцию или жалобу, — **мы обязаны относиться к вам справедливо.**

Раздел 1.7 У вас есть право давать рекомендации по поводу нашей политики прав и обязанностей участников

Если у вас есть какие-либо вопросы или сомнения по поводу прав и обязанностей либо предложения по улучшению нашей политики в отношении прав участников, сообщите их нам, обратившись в отдел обслуживания участников плана.

Раздел 1.8 Оценка новых технологий

Новые технологии включают процедуры, лекарства, биопрепараты или устройства, которые были недавно разработаны для лечения какого-либо заболевания или состояния. К новым технологиям относятся также новые способы применения существующих процедур, лекарств, биопрепаратов и устройств. Наш план придерживается национальных и местных процедур определения страхового покрытия Medicare, когда это применимо.

При отсутствии заключения Medicare о страховом покрытии наш план оценивает возможность включения в покрытие новых технологий или новых способов применения существующих технологий, чтобы обеспечить участникам наших планов доступ к безопасному и эффективному лечению. При этом критически оценивается опубликованная на данный момент медицинская литература, в частности, публикации, прошедшие экспертную оценку, включая системные обзоры, рандомизированные контролируемые испытания, групповые исследования, исследования методом случай-контроль, диагностические исследования со статистически значимыми результатами, подтверждающими безопасность и эффективность, и обзоры руководств, основанных на доказательных данных и разрабатываемых национальными организациями и уполномоченными органами. Наш план также учитывает мнения, рекомендации и оценки практикующих врачей, национально признанных медицинских ассоциаций, в том числе специализированных обществ врачей, консенсус-групп и других национально признанных организаций по исследованиям или оценке технологий, а также отчеты и публикации государственных учреждений (например Управления по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA), Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC) и Национальных институтов здравоохранения (NIH)).

Раздел 1.9 Если вы считаете, что к вам относятся несправедливо, или что ваши права не соблюдаются

Если вы полагаете, что несправедливое отношение к вам или несоблюдение ваших прав обусловлено вашей расовой принадлежностью, ограниченными возможностями, вероисповеданием, полом, состоянием здоровья, этнической принадлежностью, верованиями (убеждениями), возрастом или национальным происхождением, позвоните в **Управление по гражданским правам** Министерства здравоохранения и социального обеспечения по номеру 1-800-368-1019 (пользователи линии TTY звонят по номеру 1-800-537-7697) или обратиться в

местное отделение Управления по гражданским правам. Вы имеете право на уважительное отношение к вам и признание вашего достоинства.

Если вы считаете, что с вами обошлись несправедливо или ваши права не соблюдаются, *но* причина *не* в дискриминации, вы можете получить помощь в решении возникшей у вас проблемы в следующих местах:

- **Позвоните в отдел обслуживания участников нашего плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711)**
- **Позвоните в местную SHIP** по номеру 1-800-242-1060.
- **Позвоните в программу Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048).

Раздел 1.10 Как получить дополнительные сведения о своих правах

Получите дополнительные сведения о своих правах в следующих местах:

- **Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711)**
- **Позвоните в местную SHIP** по номеру 1-800-242-1060.
- **свяжитесь с программой Medicare.**
  - Посетите веб-сайт www.Medicare.gov, чтобы ознакомиться с публикацией «*Права и средства защиты Medicare*» (Medicare Rights & Protections) (доступна по ссылке: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
  - Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048)

РАЗДЕЛ 2 Ваши обязанности как участника нашего плана

Ниже перечислено то, что вам нужно делать как участнику нашего плана. Если у вас возникли вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

- **Ознакомьтесь с услугами, включенными в объем страхового покрытия, и правилами, которые следует соблюдать при получении этих услуг.** Воспользуйтесь настоящим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*, чтобы узнать о покрываемых услугах и о правилах, которые вы должны соблюдать для их получения.
  - В главах 3 и 4 приводится подробная информация о медицинских услугах.
  - В главах 5 и 6 приводится подробная информация о покрытии лекарственных препаратов по части D.

- **Если у вас есть какая-либо другая медицинская страховка или покрытие расходов на лекарственные препараты помимо нашего плана страхования, вы обязаны сообщить нам об этом.** В главе 1 рассказывается о координации этих услуг.
- **Сообщите вашему врачу и другим поставщикам услуг, что вы являетесь участником нашего плана страхования.** Предъявляйте свою карту участника нашего плана страхования и свою карту Департамента здравоохранения штата Wisconsin каждый раз, когда получаете медицинское обслуживание или лекарственные препараты по части D.
- **Помогайте своим врачам и другим поставщикам услуг оказывать вам медицинскую помощь, предоставляя им информацию, задавая вопросы и контролируя свое медицинское обслуживание.**
  - Чтобы получить наилучшее обслуживание, сообщайте врачам и другим поставщикам медицинских услуг о своих проблемах со здоровьем. Следуйте планам лечения и предписаниям, согласованным с вашими врачами.
  - Позаботьтесь о том, чтобы ваши врачи знали, какие препараты вы принимаете, включая нерецептурные препараты, витамины и пищевые добавки.
  - Если у вас возникнут вопросы, обязательно задайте их, и вы получите понятный ответ. Вы несете ответственность за то, чтобы вникать в суть своих медицинских проблем и устанавливать цели лечения совместно со своим врачом.
- **Проявляйте такт и внимание по отношению к другим.** Мы ожидаем, что участники нашего плана будут уважать права других пациентов. Мы также ожидаем, что вы будете вести себя так, чтобы способствовать бесперебойной работе кабинета врача, больницы и других учреждений.
- **Платите то, что вы должны.** Как участник плана, вы несете ответственность за совершение описанных ниже платежей:
  - В отношении большинства своих медицинских услуг или лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом, вы должны уплатить свою дою расходов при получении услуги или препарата.
- **Если вы переезжаете *в пределах* зоны обслуживания нашего плана, нам необходимо знать об этом**, чтобы иметь актуальные данные о вас и знать, как с вами связаться.
- **Если вы переедете *за пределы* зоны обслуживания нашего плана, вы не сможете оставаться участником нашего плана.**
- **В случае вашего переезда сообщите об этом в Службу социального обеспечения (или Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта).**

ГЛАВА 9. Если у вас возникли сложности или претензии (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

РАЗДЕЛ 1 Что делать, если у вас возникли сложности или опасения

В этой главе объясняются процедуры урегулирования проблем и вопросов. Процедура, которую вы используете для решения своей проблемы, зависит от 2 факторов:

1. Являются ли источником проблемы медицинские услуги, покрываемые программой **Medicare** или **Medicaid**. Если вы хотите помочь решить, использовать ли процедуру для программы Medicare или процедуру для Департамента здравоохранения штата Wisconsin, или и то, и другое, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).
2. Тип проблемы, с которой вы столкнулись:
   - В некоторых случаях необходимо использовать **процедуру обращения по поводу решений о покрытии и подачи апелляций**.
   - В других случаях необходимо использовать **процедуру подачи жалоб** (их также называют претензиями).

Обе процедуры одобрены программой Medicare. Для каждой процедуры установлен набор правил, порядок действий и сроки, которые должны соблюдать мы и вы.

Информация, содержащаяся в этой главе, поможет вам определить, какая из процедур вам подходит и какие действия предпринять.

Раздел 1.1 Юридические термины

Для некоторых правил, процедур и типов сроков, описанных в этой главе, существуют специальные юридические термины. Многие из них незнакомы большинству людей. Для облегчения понимания в этой главе вместо некоторых юридических терминов используются более знакомые слова.

Однако иногда важно знать правильные юридические термины. Чтобы помочь вам узнать, какие термины следует использовать для получения нужной помощи или информации, мы используем эти юридические термины в описании порядка урегулирования конкретных ситуаций.

РАЗДЕЛ 2 Где получить дополнительную информацию и персонализированную помощь

Вы всегда можете рассчитывать на нашу помощь. Даже если у вас есть жалоба в отношении нашего обращения с вами, мы обязаны соблюдать ваше право на подачу жалобы. Вы всегда должны звонить в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) за получением помощи. В некоторых ситуациях вам, возможно, также захочется получить помощь или консультацию от лиц, не связанных с нами. Две организации, которые могут помочь:

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP).

В каждом штате существует государственная программа, в рамках которой работают подготовленные консультанты. Программа не связана с нами или другими страховыми компаниями или планами медицинского страхования. Консультанты программы помогут вам разобраться, каким способом вам следует решать возникшую у вас проблему. Кроме того, они могут ответить на вопросы, предоставить дополнительную информацию и проконсультировать по поводу дальнейших действий.

Услуги консультантов SHIP предоставляются бесплатно. Контактная информация SHIP приведена в разделе 3 главы 2.

Программа Medicare

Вы также можете обратиться за помощью в программу Medicare:

- Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); линия работает 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048.
- Вы можете посетить веб-сайт www.Medicare.gov.

Вы можете получить помощь и информацию от Департамента здравоохранения штата Wisconsin

	Департамент здравоохранения штата Wisconsin — контактная информация
Телефон	1-608-266-1865 С понедельника по пятницу с 8 a.m. до 4:30 p.m. по центральному поясному времени (Central Time, CT)
TTY	711 1-800-947-3529

	Департамент здравоохранения штата Wisconsin — контактная информация
	Этот номер предусматривает наличие специального телефонного оборудования и предназначен только для лиц, у которых есть нарушения слуха или речи.
Почтовый адрес	Wisconsin Medicaid 1 West Wilson Street Madison, WI 53703
Веб-сайт	https://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/index.htm

РАЗДЕЛ 3 Какую процедуру использовать для решения вашей проблемы

Поскольку вы являетесь участником программы Medicare и получаете помощь от Департамента здравоохранения штата Wisconsin, вы можете использовать разные процедуры для решения своей проблемы или жалобы. Ваш выбор будет зависеть от того, что является источником проблемы, — медицинские услуги, покрываемые по программе Medicare или Департаментом здравоохранения штата Wisconsin. Если ваша проблема связана с услугой, покрываемой программой Medicare, воспользуйтесь процедурой для программы Medicare. Если ваша проблема связана с услугой, покрываемой Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, воспользуйтесь процедурой для Департамента здравоохранения штата Wisconsin. Если вы хотите помочь решить, использовать ли процедуру для программы Medicare или процедуру для Департамента здравоохранения штата Wisconsin, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

Процедуры для программы Medicare и Департамента здравоохранения штата Wisconsin описаны в разных разделах настоящей главы. Чтобы узнать, к какому разделу обращаться, воспользуйтесь приведенной ниже таблицей.

Ваша проблема связанна со страховым покрытием по программе Medicare или страховым покрытием, предоставляемым Департаментом здравоохранения штата Wisconsin?

Моя проблема связана с покрытием по программе **Medicare**.

Перейдите в **раздел 4 «Решение проблем, связанных с услугами по программе Medicare».**

Моя проблема связана со страховым покрытием, предоставляемым **Департаментом здравоохранения штата Wisconsin**.

Перейдите в **раздел 12 «Решение проблем, связанных с услугами Департамента здравоохранения штата Wisconsin».**

РАЗДЕЛ 4 Решение проблем, связанных со страховым покрытием по программе Medicare

Ваша проблема связана со страховым покрытием или услугами?

Сюда относятся проблемы, связанные с тем, покрывается ли медицинское обслуживание (медицинские товары, услуги и (или) препараты по части B), каким образом оно покрывается, а также проблемы, связанные с оплатой медицинского обслуживания.

Да.

Перейдите в **раздел 5 «Рекомендации для принятия решений о предоставлении страхового покрытия и обжалования таких решений».**

Нет.

Перейдите в **раздел 11 «Порядок подачи жалоб в связи с качеством медицинского обслуживания, временем ожидания, клиентским обслуживанием и другими вопросами».**

Решения о страховом покрытии и апелляции

РАЗДЕЛ 5 Рекомендации для принятия решений о предоставлении страхового покрытия и обжалования таких решений

Решения о покрытии и апелляции касаются проблем, связанных с вашими услугами и покрытием вашего медицинского обслуживания (услуги, товары и лекарственные препараты по части B, включая оплату). Для простоты понимания мы обычно называем медицинские товары, услуги и лекарственные препараты по программе Medicare Part B **медицинским обслуживанием**. Используйте процедуры принятия решения о страховом покрытии и подачи апелляции, когда не уверены в наличии или характере покрытия какой-либо услуги или товара.

Запрос решений о предоставлении страхового покрытия до получения услуг

Если вы хотите узнать, будем ли мы покрывать медицинское обслуживание, прежде чем вы его получите, вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии. Решение о покрытии представляет собой решение, которое мы принимаем в отношении ваших услуг и

страхового покрытия либо в отношении суммы, которую мы выплачиваем за ваше медицинское обслуживание. Например, если представленный в сети нашего плана врач направляет вас к медицинскому специалисту, не входящему в сеть, такое направление считается положительным решением о покрытии, если только вы или ваш сетевой врач не докажет, что вы получили стандартное уведомление об отказе от этого специалиста, или если в *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* не будет четко указано, что услуга, для получения которой выдано направление, не покрывается ни при каких условиях. Вы или ваш врач также можете связаться с нами и попросить принять решение о страховом покрытии, если ваш врач не уверен в том, что мы будем покрывать ту или иную медицинскую услугу, или отказывается предоставить медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, вам необходимо.

В ограниченных обстоятельствах запрос на решение о страховом покрытии может быть отклонен, что означает, что мы не будем рассматривать этот запрос. К примерам запросов, которые будут отклонены, относится следующее: запрос неполон; запрос подается от вашего имени другим лицом, не уполномоченным на это по закону; вы отзываете свой запрос. Если мы отклоним запрос на предоставление решения о покрытии, мы отправим вам уведомление, в котором объясним, почему запрос был отклонен и как попросить о пересмотре решения об отклонении.

Мы принимаем решение о страховом покрытии каждый раз, когда решаем, что покрывается в вашем случае и сколько мы должны заплатить. В некоторых случаях мы можем принять решение о непредоставлении или прекращении покрытия для вас медицинского обслуживания. Если вы не согласны с таким решением о страховом покрытии, у вас есть возможность подать апелляцию.

Подача апелляции

Если мы приняли решение о страховом покрытии, будь то до или после получения услуги, но оно вас не устраивает, вы можете **обжаловать** это решение. Обжалование — это официальная возможность просить о пересмотре и изменении вынесенного нами решения о предоставлении страхового покрытия. При определенных обстоятельствах вы можете запросить ускоренное или **срочное обжалование** решения о страховом покрытии. Ваша апелляция рассматривается другими экспертами, а не теми, кто принимал первоначальное решение.

Первоначальное обжалование решения называется апелляцией 1-го уровня. В ходе такого обжалования мы анализируем принятое нами решение о страховом покрытии и проверяем, все ли правила были соблюдены нами надлежащим образом. По окончании рассмотрения мы сообщаем вам о своем решении.

В ограниченных обстоятельствах запрос на апелляцию 1-го уровня может быть отклонен, что означает, что мы не будем рассматривать этот запрос. К примерам запросов, которые будут отклонены, относится следующее: запрос неполон; запрос подается от вашего имени другим лицом, не уполномоченным на это по закону; вы отзываете свой запрос. Если мы отклоним

запрос на апелляцию 1-го уровня, мы отправим вам уведомление, в котором объясним, почему запрос был отклонен и как попросить о пересмотре решения об отклонении.

Если мы полностью или частично откажем вам в удовлетворении апелляции 1-го уровня в отношении медицинского обслуживания, ваша апелляция автоматически перейдет на 2-й уровень апелляционного процесса и будет рассматриваться независимой экспертной организацией, не связанной с нами.

- Вам не нужно выполнять никаких действий для подачи апелляции 2-го уровня. Согласно правилам Medicare мы автоматически направляем вашу апелляцию по поводу медицинского обслуживания на 2-й уровень процедуры апелляции, если мы не полностью согласны с вашей апелляцией 1-го уровня.
- Более подробная информация об апелляциях 2-го уровня на медицинское обслуживание приведена в **разделе 6.4**.
- Апелляции по части D рассматриваются в разделе 7.

Если вас не устраивает решение, принятое по результатам апелляции 2-го уровня, вы имеете возможность продолжить попытки обжалования на следующих уровнях (подробную информацию о процедурах подачи апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровней см. в данной главе).

Раздел 5.1 Получение помощи при запросе решений о предоставлении страхового покрытия и обжаловании таких решений

Ниже перечислены ресурсы, которыми вы можете воспользоваться в случае подачи запроса на принятие решения о страховом покрытии или при обжаловании такого решения:

- **Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711)**
- **Получите бесплатную помощь** от программы помощи по вопросам медицинского страхования своего штата;
- **Ваш врач может сделать запрос за вас.** Если ваш врач помогает вам с подачей апелляции уровня выше 2-го, его или ее нужно назначить вашим представителем. Позвоните в отдел обслуживания участников и попросите форму «*Назначение представителя*» (форма также доступна по адресу www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/WI)
    - В отношении медицинского обслуживания ваш врач может направить запрос на получение решения о покрытии или подать апелляцию 1-го уровня от вашего имени. Если ваша апелляция 1-го уровня отклонена, она автоматически направляется на 2-й уровень.

  - В отношении лекарственных препаратов по части D ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, может направить запрос на получение решения о покрытии или подать апелляцию 1-го уровня от вашего имени. Если ваша апелляция 1-го уровня отклонена, ваш врач или лицо, выписывающее лекарство, может подать апелляцию 2-го уровня.

- **Вы можете попросить кого-то действовать от своего имени.** Вы можете выбрать другого человека, который в качестве вашего представителя может обратиться с просьбой принять решение о страховом покрытии или подать апелляцию.
  - Если вы хотите, чтобы вас представлял ваш друг, родственник или кто-нибудь еще, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) и попросите форму «*Назначение представителя*». (Форма также доступна по адресу www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/WI.) Эта форма разрешает этому лицу действовать от вашего имени. Она должна быть подписана вами и лицом, которое вы назначаете в качестве своего представителя. Вы должны предоставить нам копию подписанной формы.
  - Мы можем принять запрос на апелляцию от представителя без наличия формы, но мы не сможем завершить рассмотрение, пока не получим ее. Если мы не получим эту форму до нашего крайнего срока принятия решения по апелляции, запрос на апелляцию будет отклонен. В этом случае мы отправим вам письменное уведомление с разъяснением вашего права обратиться в независимую экспертную организацию с запросом на пересмотр нашего решения об отклонении вашей апелляции.

- **У вас также есть право нанять юриста.** Вы можете обратиться к своему адвокату или запросить контактные данные адвоката в местной адвокатуре или справочной службе. Существуют организации, которые могут предоставить вам бесплатные юридические услуги, если вы соответствуете определенным критериям. Однако **вы не обязаны нанимать юриста**, чтобы запросить какое-либо решение о страховом покрытии или подать апелляцию на решение.

Раздел 5.2 Правила и сроки рассмотрения для различных ситуаций

Существует 4 различных типа ситуаций, которые включают решения о покрытии и апелляции. Для каждой ситуации действуют разные правила и сроки. Мы предоставляем подробную информацию о каждой из этих ситуаций:

- **Раздел 6**. Медицинское обслуживание: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию

- **Раздел 7**. Лекарственные препараты по части D: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию
- **Раздел 8**. Как попросить нас покрыть дальнейшее пребывание в стационаре, если вы считаете, что вас выписывают преждевременно
- **Раздел 9**. Как попросить нас продолжить покрывать определенные медицинские услуги, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается преждевременно (*Действует только в отношении следующих услуг*: медицинский уход на дому, квалифицированный сестринский уход и услуги центра комплексной амбулаторной реабилитации (CORF))

Если вы не уверены, какая информация относится к вам, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711). Вы также можете получить помощь или информацию в вашей программе SHIP.

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

Раздел 6.1 Действия, которые необходимо предпринять в случае, если у вас возникают проблемы с получением страхового покрытия медицинского обслуживания или если вы хотите, чтобы мы возместили вам расходы на ваше медицинское обслуживание

Ваши услуги в рамках медицинского обслуживания описаны в главе 4 Таблицы страхового покрытия. В некоторых случаях в отношении запроса на возмещение расходов на лекарственные препараты по части B действуют другие правила. В этих случаях мы объясним вам, чем правила покрытия лекарственных препаратов по части B отличаются от правил, распространяющихся на медицинские товары и услуги.

В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в одной из 5 описанных ниже ситуаций:

1. Вы не получаете определенные желаемые медицинские услуги и считаете, что наш план покрывает данное медицинское обслуживание. **Подайте запрос на решение о страховом покрытии. Раздел 6.2.**
2. Наш план не одобряет медицинское обслуживание, которое ваш врач или другой поставщик медицинских услуг хочет вам предоставить, и вы считаете, что наш план покрывает данное медицинское обслуживание. **Подайте запрос на решение о страховом покрытии. Раздел 6.2.**

3. Вы получили медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, наш план должен покрывать, но мы сообщили, что не будем оплачивать это обслуживание. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**
4. Вы получили и оплатили медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, наш план должен покрывать, и вы хотите обратиться к нам с запросом на возмещение ваших расходов на данное медицинское обслуживание. **Отправьте нам счет. Раздел 6.5.**
5. Вам сообщают, что покрытие некоторых видов медицинского обслуживания, которые вы получали и которые мы ранее одобрили, будет сокращено или прекращено, и вы считаете, что сокращение или прекращение такого обслуживания может нанести вред вашему здоровью. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**

Примечание. Если покрытие, которое будет прекращено, касается услуг стационарного лечения в больнице, медицинского обслуживания на дому, обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF), перейдите в разделы 8 и 9. К этим видам медицинского обслуживания применяются особые правила.

Раздел 6.2 Как направить запрос по поводу решения о страховом покрытии

Юридические термины:

Решение о страховом покрытии, которое затрагивает ваше медицинское обслуживание, называется **заключением организации**.

Другое название срочного решения о страховом покрытии — **ускоренное заключение**.

Шаг 1. Решите, нужно вам стандартное или срочное решение о страховом покрытии.

Стандартное решение о страховом покрытии обычно выносится в течение 7 календарных дней, когда медицинское изделие или услуга подпадает под действие наших правил получения предварительного разрешения, в течение 14 календарных дней для всех остальных изделий и услуг или в течение 72 часов для лекарственных препаратов по части B. Срочное решение о страховом покрытии обычно выносится в течение 72 часов для медицинских услуг или 24 часов для лекарственных препаратов по части B. Вы имеете право на срочное решение о страховом покрытии, *только* если использование стандартных сроков может стать причиной серьезного ущерба вашему здоровью или подорвать вашу способность восстановления функционирования организма.

Если ваш врач сообщит нам, что состояние вашего здоровья требует срочного решения о покрытии, мы автоматически согласимся на срочное решение о страховом покрытии.

Если вы запрашиваете срочное решение о страховом покрытии самостоятельно (без поддержки вашего врача), мы сами решим, требуется ли срочное решение о страховом покрытии в связи с состоянием вашего здоровья. Если мы не одобрим срочное решение о страховом покрытии, мы направим вам письмо, в котором будет указано следующее:

- объяснение того, что мы будем использовать стандартные сроки рассмотрения.
- объяснение того, что мы автоматически согласимся на срочное решение о страховом покрытии, если ваш врач запросит срочное решение о страховом покрытии.
- объяснение того, что вы можете подать срочную жалобу по нашему решению предоставить стандартное решение о страховом покрытии вместо запрошенного вами срочного решения о страховом покрытии.

Шаг 2. Запросите у нашего плана страхования стандартное решение о страховом покрытии или срочное решение о страховом покрытии.

- Для начала направьте ваш запрос в наш план (по телефону, письмом или по факсу), чтобы мы смогли разрешить или обеспечить покрытие необходимого вам медицинского обслуживания. Это можете сделать вы, ваш врач или ваш представитель. Контактная информация представлена в главе 2.

Шаг 3. Мы рассмотрим ваш запрос на покрытие медицинского обслуживания и дадим вам ответ.

В случае стандартных решений о страховом покрытии мы придерживаемся стандартных сроков рассмотрения.

Это означает, что мы дадим вам ответ в течение 7 календарных дней после получения вашего запроса на медицинское изделие или услугу, на которые распространяются наши правила получения предварительного разрешения. Если запрашиваемое вами медицинское изделие или услуга не подпадает под действие наших правил получения предварительного разрешения, мы предоставим вам ответ в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса. Если ваш запрос касается покрытия лекарственного препарата по части B, мы предоставим вам ответ в течение 72 часов после получения вашего запроса.

- **Однако,** если вы запросите больше времени или если нам потребуется дополнительная информация, которая может использоваться в ваших интересах, рассмотрение запроса на покрытие медицинского товара или услуги **может занять у нас еще до 14 календарных дней**. Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения. Если ваш запрос касается лекарственного препарата в рамках части B, мы не можем продлить срок принятия решения.
- Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, вы можете подать *срочную жалобу*. Мы предоставим ответ по вашей жалобе сразу же после принятия решения. (Порядок подачи жалобы отличается от порядка принятия решений о

предоставлении страхового покрытия и обжалования таких решений. Сведения о жалобах см. в разделе 11 настоящей главы.)

В случае срочных решений о страховом покрытии мы придерживаемся ускоренных сроков рассмотрения.

Срочное решение о страховом покрытии означает, что мы предоставим вам ответ в течение 72 часов, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги. Если ваш запрос касается лекарственного препарата по части B, мы дадим вам ответ в течение 24 часов.

- **Однако**, если вы запросите больше времени или если нам потребуется дополнительная информация, которая может использоваться в ваших интересах, **нам может потребоваться еще до 14 календарных дней**. Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения. Если ваш запрос касается лекарственного препарата в рамках части B, мы не можем продлить срок принятия решения.
- Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, вы можете подать *срочную жалобу*. (Информацию о жалобах см. в разделе 11.) Мы позвоним вам, как только примем решение.
- Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос, вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа.

Шаг 4. Если мы даем отрицательный ответ на ваш запрос на покрытие медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию.

В случае нашего отказа вы имеете право обратиться к нам с запросом о пересмотре этого решения посредством подачи апелляции. Это означает повторное обращение с просьбой предоставить желаемое страховое покрытие медицинского обслуживания. Если вы подаете апелляцию, она передается на 1-й уровень апелляционного процесса.

Раздел 6.3 Как подать апелляцию 1-го уровня

Юридические термины:

Обращение к нашему плану страхования с апелляцией по поводу покрытия медицинского обслуживания называется **пересмотром** решения планом.

Другое название срочной апелляции — **пересмотр в ускоренном порядке.**

Шаг 1. Решите, нужна ли вам стандартная апелляция или апелляция по ускоренной процедуре.

Решение по стандартной апелляции обычно выносится в течение 30 календарных дней или 7 календарных дней для лекарственных препаратов по части B. Решение по апелляции по ускоренной процедуре обычно выносится в течение 72 часов.

- Если вы подаете апелляцию в отношении решения о покрытии медицинского обслуживания, вам и (или) вашему врачу необходимо решить, нужна ли вам апелляция по ускоренной процедуре. Мы рассмотрим вашу апелляцию по ускоренной процедуре, если ваш врач считает, что этого требует состояние вашего здоровья.
- Требования к подаче апелляции по ускоренной процедуре соответствуют требованиям к запросу о срочном решении о страховом покрытии, изложенным в разделе 6.2 настоящей главы.

Шаг 2. Подайте в наш план страхования стандартную апелляцию или апелляцию по ускоренной процедуре

- **Если вы обращаетесь с запросом на рассмотрение стандартной апелляции, подайте вашу стандартную апелляцию в письменном виде.** Вы также можете подать апелляцию, просто позвонив нам. Контактная информация представлена в главе 2.
- **Если вы запрашиваете апелляцию по ускоренной процедуре, подайте вашу апелляцию в письменном виде или позвоните нам.** Контактная информация представлена в главе 2.
- **Вы должны подать апелляцию в течение 65 календарных дней** с даты, указанной в письменном уведомлении, которое мы отправили вам, чтобы сообщить наш ответ по решению о страховом покрытии. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, объясните причину опоздания при подаче апелляции. Мы можем предоставить вам больше времени для подачи апелляции. Примеры уважительных причин могут включать наличие тяжелого заболевания, помешавшего вам связаться с нами, или получение от нас неточной или неполной информации о сроках подачи апелляции.
- **Вы можете запросить копию информации, касающейся вашего медицинского решения. Вы и ваш врач можете предоставить дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.**

Шаг 3. Мы рассмотрим вашу апелляцию и дадим ответ.

- В ходе рассмотрения вашей апелляции мы еще раз внимательно изучаем всю информацию. Мы проверяем, все ли правила были нами соблюдены при отклонении вашего запроса.
- При необходимости мы соберем дополнительную информацию и, возможно, свяжемся с вами или вашим врачом.

Сроки рассмотрения апелляции по ускоренной процедуре

- При рассмотрении апелляции по ускоренной процедуре мы должны дать вам ответ **в течение 72 часов после получения вашей апелляции**. Мы ответим раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - Если вы запросите больше времени или если нам потребуется дополнительная информация, которая может использоваться в ваших интересах, рассмотрение запроса на покрытие медицинского товара или услуги **может занять у нас еще до 14 календарных дней**. Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения. Если ваш запрос касается лекарственного препарата по части B, мы не можем продлить срок принятия решения.
  - Если мы не предоставим вам ответ в течение 72 часов (или, в случае продления срока, до окончания такого продленного срока), мы обязаны автоматически направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией. В разделе 6.4 разъясняется процедура подачи апелляции 2-го уровня.
- **Если мы дадим положительный ответ по всем или некоторым пунктам вашего запроса,** мы должны разрешить или предоставить покрытие, на которое мы согласны, в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос,** мы отправим вам свое решение в письменном виде и автоматически направим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию на 2-й уровень апелляционного процесса. Независимая экспертная организация письменно уведомит вас о получении вашей апелляции.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции

- При рассмотрении стандартной апелляции мы должны дать вам ответ **в течение 30 календарных дней** после получения вашей апелляции. Если ваш запрос касается лекарственного препарата по части B, который вы еще не получили, мы предоставим вам ответ **в течение 7 календарных дней** с момента получения вашей апелляции. Мы предоставим решение раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - Однако, если вы запросите больше времени или если нам потребуется дополнительная информация, которая может использоваться в ваших интересах, **рассмотрение запроса на покрытие медицинского товара или услуги может занять у нас еще до 14 календарных дней.** Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения. Если ваш запрос касается лекарственного препарата в рамках части B, мы не можем продлить срок принятия решения.
  - Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, вы можете подать срочную жалобу. Когда вы подаете срочную жалобу, мы предоставим вам ответ на нее в течение 24 часов. (Информацию о жалобах см. в разделе 11.)

- Если мы не предоставим вам ответ к указанному сроку (или, в случае продления срока, до окончания такого продленного срока), мы передадим ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией. В разделе 6.4 разъясняется процедура подачи апелляции 2-го уровня.

- **Если мы даем положительный ответ на ваш запрос для части или для всего запрашиваемого вами покрытия,** мы обязаны разрешить предоставление или предоставить покрытие в течение 30 календарных дней, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги, или **в течение 7 календарных дней**, если ваш запрос касается лекарственного препарата по части B.
- **Если мы примем отрицательное решение относительно части или всей апелляции,** мы автоматически направим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию на 2-й уровень апелляционного процесса.

Раздел 6.4 Процедура подачи апелляции 2-го уровня

Юридический термин:

Официальное название независимой экспертной организации — **независимый экспертный субъект.** Иногда ее называют **IRE**.

Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая Medicare. Она не связана с нами и не является государственным органом. Эта организация решает, является ли принятое нами решение правильным или его следует изменить. Контроль над ее работой осуществляет Medicare.

Шаг 1. Независимая экспертная организация рассматривает вашу апелляцию.

- Мы направим информацию о вашей апелляции в эту организацию. Эта информация называется **материалами по делу**. **У вас есть право попросить у нас копию материалов по вашему делу.**
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию для обоснования своей апелляции.
- Эксперты в независимой экспертной организации внимательно изучают всю информацию о вашей апелляции.

Если вы подавали апелляцию 1-го уровня по ускоренной процедуре, на 2-м уровне у вас также будет апелляция по ускоренной процедуре.

- В случае апелляции по ускоренной процедуре независимая экспертная организация должна предоставить вам ответ по вашей апелляции 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента ее получения.
- Если ваш запрос касается медицинского товара или услуги и независимой экспертной организации необходимо собрать больше информации, которая может быть использована в ваших интересах, **процесс рассмотрения может занять еще до 14 календарных дней**. В случае направления вами запроса о покрытии лекарственного препарата по части B независимая экспертная организация не может продлить срок принятия решения.

Если вы подавали стандартную апелляцию 1-го уровня, на 2-м уровне у вас также будет стандартная апелляция.

- В случае стандартной апелляции, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги, независимая экспертная организация должна предоставить вам ответ по вашей апелляции 2-го уровня **в течение 30 календарных дней** с момента ее получения. В случае направления вами запроса о покрытии препарата по части B независимая экспертная организация обязана дать ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** после ее получения.
- Если ваш запрос касается медицинского товара или услуги и независимой экспертной организации необходимо собрать больше информации, которая может быть использована в ваших интересах, **процесс рассмотрения может занять еще до 14 календарных дней**. В случае направления вами запроса о покрытии лекарственного препарата по части B независимая экспертная организация не может продлить срок принятия решения.

Шаг 2. Независимая экспертная организация дает свой ответ.

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

- **Если независимая экспертная организация примет положительное решение относительно части или всего запрашиваемого вами покрытия медицинского товара или услуги**, мы обязаны одобрить страховое покрытие медицинского обслуживания в течение **72 часов** или предоставить данную услугу в течение 14 календарных дней с момента получения решения независимой экспертной организации в случае **стандартных запросов**. В случае **ускоренных запросов** у нас есть **72 часа** с даты получения нами решения независимой экспертной организации.
- **Если независимая экспертная организация примет положительное решение относительно части или всего запроса на лекарственный препарат по части B**, мы обязаны одобрить или предоставить лекарственный препарат по части B в течение **72 часов** с момента получения решения независимой экспертной организации в случае

стандартных запросов. В случае **ускоренных запросов** у нас есть **24 часа** с даты получения нами решения независимой экспертной организации.

- **Если независимая экспертная организация примет отрицательное решение относительно части или всей вашей апелляции**, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос (или часть вашего запроса) о покрытии медицинского обслуживания. (Это называется **поддержанием решения** или **отклонением вашей апелляции**.) В этом случае независимая экспертная организация направит вам письмо, в котором:
  - объясняется решение.
  - сообщается о вашем праве на апелляцию 3-го уровня, если стоимость запрашиваемого вами медицинского обслуживания в долларовом выражении соответствует определенному минимуму. В письменном уведомлении, которое вы получите от независимой экспертной организации, будет указана стоимость в долларовом выражении, которой должна соответствовать стоимость услуги или препарата для продолжения процедуры апелляции.
  - описывается порядок подачи апелляции 3-го уровня.

Шаг 3. Если ваше дело соответствует требованиям, вы решаете, хотите ли подать апелляцию следующего уровня.

- Апелляционный процесс предусматривает 3 дополнительных уровня после второго (всего их 5). Если вы решите подать апелляцию 3-го уровня, порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей. В разделе 10 приведена подробная информация об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровней.

Раздел 6.5 Если вы хотите направить запрос на возмещение расходов по счету, который вы получили за медицинское обслуживание

Если вы уже оплатили услугу или товар Департамента здравоохранения штата Wisconsin, покрываемые нашим планом, попросите наш план вернуть вам расходы (**возместить** вам расходы). Вы имеете право получить возмещение от нашего плана, если вы оплатили медицинские услуги или лекарства, покрываемые нашим планом. Когда вы высылаете нам оплаченный вами счет, мы изучаем его и принимаем решение о возможности покрытия услуги или лекарства. Если мы примем решение о покрытии, мы возместим ваши расходы на услуги или лекарственные препараты.

Направление запроса о возмещении — это направление запроса касательно принятия нами решения о страховом покрытии

Направляя нам документ с запросом на возмещение, вы направляете запрос на предоставление решения о страховом покрытии. Чтобы принять такое решение, мы проверяем, является ли оплаченное вами медицинское обслуживание покрываемым. Мы также проверяем соблюдение вами правил использования вашего покрытия медицинского обслуживания.

- **Если мы даем положительный ответ на ваш запрос:** если медицинское обслуживание покрывается и вы соблюдали правила, то мы перечислим вам оплату для возмещения расходов, как правило, в течение 30 календарных дней, но не позже 60 календарных дней с момента получения нами вашего запроса. Если вы еще не оплатили медицинское обслуживание, мы отправим платеж непосредственно поставщику услуг.
- **Если мы отклоняем ваш запрос:** если медицинское обслуживание не покрывается или вы *не* соблюдали все правила, мы не возместим ваши расходы. Вместо этого мы направим вам письмо, в котором сообщим, что не будем оплачивать медицинское обслуживание, и укажем причины этого решения.

Если вы не согласны с нашим решением об отклонении вашего запроса, **вы можете подать апелляцию**. Если вы подаете апелляцию, это означает, что вы подаете запрос на изменение решения о страховом покрытии, которое мы приняли, когда отклонили ваш запрос на оплату.

Чтобы подать такую апелляцию, следуйте процедуре подачи апелляций в разделе 6.3. В отношении апелляций, касающихся возмещения расходов, обратите внимание на следующее:

- Мы должны дать вам ответ в течение 60 календарных дней после получения вашей апелляции. Если вы просите нас возместить ваши расходы на уже полученное и оплаченное медицинское обслуживание, вам не разрешается запрашивать апелляцию по ускоренной процедуре.
- Если независимая экспертная организация решает, что мы должны возместить расходы, мы должны прислать оплату вам или поставщику услуг в течение 30 календарных дней. Если по вашей апелляции принято положительное решение на любом уровне ее рассмотрения выше 2-го, мы должны отправить запрошенный вами платеж вам или поставщику услуг в течение 60 календарных дней.

РАЗДЕЛ 7 Лекарственные препараты по части D: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию

Раздел 7.1 В этом разделе описан порядок действий в случае, если у вас возникли проблемы в получении препарата по части D, или вы хотите получить от нас возмещение расходов на его приобретение

В число доступных вам услуг входит страховое покрытие многих рецептурных лекарственных препаратов. Для включения в объем страхового покрытия препарат должен применяться в соответствии с установленным медицинским показанием. (Обратитесь к главе 5, чтобы получить дополнительную информацию об установленном медицинском показании.) Подробные сведения о препаратах в рамках части D, правилах, ограничениях и связанных расходах см. в главах 5 и 6. **В этом разделе речь идет только о ваших лекарственных препаратах по части D**. Для простоты мы используем в этом разделе слово *«лекарство» или «препарат»*, вместо того чтобы каждый раз повторять полный термин *«покрываемое лекарство по рецепту для амбулаторного лечения»* или *«лекарство в рамках части D»*. Мы также используем термин «Перечень лекарств» вместо термина *«Перечень покрываемых лекарств»* или «справочник лекарств».

- Если вы не знаете, покрывается ли тот или иной препарат или соответствуете ли вы правилам, вы можете обратиться к нам. Для покрытия некоторых препаратов необходимо получить от нас одобрение.
- Если в аптеке сообщат, что ваш рецептурный лекарственный препарат не может быть выдан, вы получите письменное уведомление с описанием способов связи с нами для подачи запроса на принятие решение о страховом покрытии.

Решения о страховом покрытии лекарств в рамках части D и апелляции на такие решения

Юридический термин:

Первоначальное решение о страховом покрытии ваших лекарств в рамках части D называется **заключением о страховом покрытии**.

Решение о страховом покрытии представляет собой решение, которое мы принимаем в отношении ваших льгот и страхового покрытия либо в отношении суммы, которую мы выплачиваем за ваши лекарственные препараты. В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в одной из описанных ниже ситуаций:

- Вы просите нас покрыть лекарственный препарат по части D, отсутствующий в Перечне лекарств нашего плана. **Подайте запрос на исключение. Раздел 7.2.**

- Вы просите нас отменить ограничение на страховое покрытие лекарственного препарата нашим планом (например, ограничение на количество лекарственного препарата, которое вы можете получить). **Подайте запрос на исключение. Раздел 7.2.**
- Вы просите нас об установлении меньшей суммы доплаты за препарат, включенный в объем страхового покрытия, который относится к более высокой категории участия в расходах. **Подайте запрос на исключение. Раздел 7.2.**
- Вы запрашиваете предварительное одобрение для лекарственного препарата. **Подайте запрос на решение о страховом покрытии. раздел 7.4.**
- Вы обращаетесь к нам с запросом на оплату рецептурного препарата, который вы уже приобрели. **Попросите нас вернуть вам деньги. раздел 7.4.**

Если вы не согласны с нашим решением о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию на наше решение.

В данном разделе разъясняется, как подавать запрос на решения о страховом покрытии и как подать апелляцию.

Раздел 7.2 Запрос на исключение

Юридические термины:

Запрос на страховое покрытие препарата, не входящего в Перечень лекарств, — **исключение из справочника лекарств**.

Запрос на снятие ограничения на страховое покрытие лекарственного препарата — **исключение из справочника лекарств**.

Запрос на более низкую плату за покрываемый препарат, который относится к непредпочтительным, — **исключение из уровня участия в расходах**.

Если лекарственный препарат не покрывается так, как вы хотели бы, вы можете попросить нас сделать **исключение.** Это один из типов решений о страховом покрытии.

Чтобы мы рассмотрели ваш запрос на исключение, вашему врачу или другому лицу, выписывающему лекарство, необходимо предоставить нам медицинское обоснование запроса на исключение. Приводим 3 примера ситуаций, когда вам, вашему врачу или другому лицу, выписывающему лекарство, можно обращаться к нам с запросом на исключение:

1. **Покрытие препарата в рамках части D, который не входит в наш Перечень лекарств.** Если мы согласимся покрыть препарат, не входящий в Перечень лекарств, вы должны будете платить сумму участия в расходах, которая предусмотрена для препаратов уровня 4 (Непредпочтительные препараты). Вы не можете попросить сделать

исключение в отношении суммы участия в расходах, которую мы требуем платить за препарат.

2. **Отмена ограничения в отношении покрываемого препарата.** В главе 5 описаны дополнительные правила или ограничения, действующие в отношении некоторых препаратов, включенных в наш Перечень лекарств. Если мы согласимся сделать исключение и отменить для вас ограничение, вы можете просить об исключении касательно суммы участия в расходах, которую вы обязаны уплатить за препарат.

3. **Изменение страхового покрытия расходов на препарат путем отнесения препарата к более низкому уровню участия в расходах.** Каждый препарат из нашего Перечня препаратов относится к одному из шести уровней участия в расходах. Как правило, чем ниже такой уровень, тем меньшую сумму вы платите как свою часть стоимости препарата.

   - Если в нашем Перечне лекарств есть альтернативные препараты для лечения вашего заболевания, которые относятся к более низкому уровню участия в расходах, чем ваш, вы можете попросить нас покрывать ваш препарат на уровне участия в расходах, который применяется для альтернативного(-ых) препарата(-ов).

   - Если препарат, который вы принимаете, является биологическим продуктом, вы можете попросить нас покрывать его с более низким уровнем участия в расходах. Речь идет о самом низком уровне, к которому отнесены альтернативные биологические продукты для лечения вашего заболевания.

   - Если препарат, который вы принимаете, является патентованным, вы можете попросить нас покрывать его на самом низком уровне участия в расходах, к которому отнесены альтернативные патентованные препараты для лечения вашего заболевания.

   - Если препарат, который вы принимаете, является непатентованным, вы можете попросить нас покрывать его на самом низком уровне участия в расходах, к которому отнесены патентованные или непатентованные альтернативные препараты для лечения вашего заболевания.

   - Вы не можете попросить нас изменить уровень участия в расходах для препаратов уровня 5 (Препараты особой категории).

   - Если мы одобрим ваш запрос на исключение для уровня участия в расходах и при этом окажется, что существует несколько более низких уровней участия в расходах с альтернативными препаратами, которые вы не можете принимать, как правило, вы будете платить наименьшую сумму.

Раздел 7.3 Что важно знать при подаче запросов на исключение

Ваш врач должен предоставить нам медицинские основания

Ваш врач или другое лицо, назначившее препарат, должны предоставить нам пояснение медицинских оснований для направления запроса на исключение. Чтобы ускорить принятие решения, перешлите эту медицинскую информацию от своего врача или другого лица, выписавшего вам рецепт, вместе со своим запросом на исключение.

Наш Перечень лекарств, как правило, включает несколько препаратов для лечения конкретного заболевания. Эти препараты называются **альтернативными**. Если альтернативный препарат будет столь же эффективен, как тот, который вы запрашиваете, и не вызовет больше побочных эффектов или других проблем со здоровьем, мы, как правило, не удовлетворим ваш запрос на исключение. Если вы попросите нас сделать исключение для уровня участия в оплате, мы, как правило, не удовлетворим ваш запрос на исключение, если только не будет установлено, что все альтернативные препараты, относящиеся к более низкому(-им) уровню(-ям) участия в расходах, не будут для вас столь же эффективными либо с большой вероятностью вызовут у вас побочные эффекты или нанесут другой вред.

Мы можем удовлетворить ваш запрос или отказать

- Если мы удовлетворяем ваш запрос на исключение, наше решение обычно действует до конца года вашего участия в нашем плане. Это относится к тем случаям, когда ваш врач продолжает назначать вам препарат, и этот препарат по-прежнему безопасен и эффективен при лечении вашего заболевания.
- Если мы откажемся удовлетворить ваш запрос, вы можете попросить о повторном рассмотрении, подав апелляцию.

Раздел 7.4 Как запросить решение о страховом покрытии, в том числе исключение

Юридический термин:

Другое название срочного решения о страховом покрытии — **ускоренное заключение о страховом покрытии**.

Шаг 1. Решите, нужно вам стандартное или срочное решение о страховом покрытии.

Стандартные решения о страховом покрытии выносятся в течение **72 часов** после того, как мы получим заявление от вашего врача. **Срочные решения о страховом покрытии** выносятся в течение **24 часов** после того, как мы получим заявление от вашего врача.

Если этого требует состояние вашего здоровья, попросите нас о вынесении срочного решения о страховом покрытии. **Чтобы вы имели право на срочное решение о страховом покрытии, должны выполняться 2 требования:**

- Вы должны подать запрос на получение препарата, который вы еще не получили. (Вы не можете запросить срочное решение о страховом покрытии, чтобы возместить расходы за уже приобретенный препарат.)
- Соблюдение стандартных сроков может нанести серьезный вред вашему здоровью или нарушить вашу работоспособность.
- **Если ваш врач или другой медицинский работник, назначивший лекарство, сообщит нам, что состояние вашего здоровья требует срочного решения о страховом покрытии, мы автоматически применим эту процедуру.**
- **Если вы попросите о срочном решении о страховом покрытии самостоятельно без поддержки врача или медицинского работника, назначившего лекарство, решать, необходимо ли это в связи с состоянием вашего здоровья, будем мы.** Если мы не одобрим срочное решение о страховом покрытии, мы направим вам письмо, в котором будет указано следующее:
  - объяснение того, что мы будем использовать стандартные сроки рассмотрения.
  - объяснение того, что мы автоматически согласимся на срочное решение о страховом покрытии, если ваш врач или лицо, выписывающее лекарство, запросит срочное решение о страховом покрытии.
  - описание того, как вы можете подать срочную жалобу по нашему решению предоставить стандартное решение о страховом покрытии вместо запрошенного вами срочного решения о страховом покрытии. Мы ответим на вашу жалобу в течение 24 часов с момента ее получения.

Шаг 2. Запросите стандартное или срочное решение о страховом покрытии.

Для начала направьте запрос в наш план (по телефону, письмом или по факсу), чтобы мы смогли разрешить или обеспечить покрытие необходимого вам медицинского обслуживания. Вам также предоставляется возможность действовать согласно порядку принятия решений о предоставлении страхового покрытия посредством нашего веб-сайта. Мы обязаны принимать все письменные запросы, в том числе поданные с использованием *формы типового запроса на заключение о страховом покрытии CMS* (CMS Model Coverage Determination Request Form), которая есть на нашем веб-сайте go.wellcare.com/WIcoveragedeterminations. Контактная

информация представлена в главе 2. Чтобы помочь нам обработать ваш запрос, укажите ваши имя и фамилию, контактную информацию и информацию о том, по какому страховому требованию подается апелляция.

Это можете сделать вы, ваш врач (или другое лицо, выписывающее лекарство) или ваш представитель. От вашего имени также может действовать юрист. В разделе 5.1 данной главы приведены сведения о процедуре выдачи разрешения иному лицу на совершение действий в качестве вашего представителя.

- **Если вы запрашиваете исключение, предоставьте обоснование,** которое представляет собой медицинскую причину запроса на предоставление исключения. Ваш врач или другое лицо, назначившее препарат, может прислать нам обоснование по факсу или по почте. Ваш врач или другое лицо, назначившее препарат, также может сообщить нам эту информацию по телефону, а затем в случае необходимости продублировать в письменном виде по факсу или по почте.

Шаг 3. Мы рассмотрим ваш запрос и дадим ответ.

Сроки принятия срочного решения о страховом покрытии

- Как правило, мы должны дать вам ответ **в течение 24 часов** после получения вашего запроса.
  - Если вы подаете запрос на исключение, мы предоставим вам ответ в течение 24 часов с момента получения обоснования запроса от вашего врача. Мы ответим раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - В случае несоблюдения нами указанного срока мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией.
- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос**, мы должны предоставить страховое покрытие, на которое мы согласились, в течение 24 часов после получения вашего запроса или заявления врача, подтверждающего ваш запрос.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос,** вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа. Мы также разъясним процедуру подачи апелляции.

Сроки принятия стандартного решения о покрытии лекарства, которое вы еще не получили

- Как правило, мы должны дать вам ответ **в течение 72 часов** после получения вашего запроса.

  - Если вы подаете запрос на исключение, мы предоставим вам ответ в течение 72 часов с момента получения обоснования запроса от вашего врача. Мы ответим раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - В случае несоблюдения нами указанного срока мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией.

- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос**, мы должны **предоставить страховое покрытие**, на которое мы согласились, **в течение 72 часов** после получения вашего запроса или заявления врача, подтверждающего ваш запрос.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос,** вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа. Мы также разъясним процедуру подачи апелляции.

Сроки принятия стандартного решения о страховом покрытии в отношении оплаты лекарства, которое вы уже приобрели

- Мы должны ответить вам **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.
  - В случае несоблюдения нами указанного срока мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией.
- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос,** мы также обязаны произвести оплату в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос,** вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа. Мы также разъясним процедуру подачи апелляции.

Шаг 4. Если мы откажемся удовлетворить ваш запрос на страховое покрытие, вы можете подать апелляцию.

- В случае нашего отказа вы имеете право обратиться к нам с запросом о пересмотре этого решения посредством подачи апелляции. Это означает повторное обращение с просьбой предоставить желаемое страховое покрытие лекарственных препаратов. Если вы подаете апелляцию, она передается на 1-й уровень апелляционного процесса.

Раздел 7.5 Как подать апелляцию 1-го уровня

Юридические термины:

Апелляция в наш план по поводу решения о страховом покрытии лекарств в рамках части D называется «пересмотром» плана.

Другое название срочной апелляции — **пересмотр в ускоренном порядке.**

Шаг 1. Решите, нужна ли вам стандартная апелляция или апелляция по ускоренной процедуре.

Решение по стандартной апелляции обычно выносится в течение 7 календарных дней. Решение по апелляции по ускоренной процедуре обычно выносится в течение 72 часов. Если этого требует состояние вашего здоровья, запросите апелляцию по ускоренной процедуре.

- Если вы подаете апелляцию на принятое нами решение о покрытии лекарства, еще не полученного вами, вам и вашему врачу или другому лицу, выписавшему вам рецепт, необходимо решить, нужна ли вам апелляция с ускоренным рассмотрением.
- Требования к подаче апелляции по ускоренной процедуре соответствуют требованиям к запросу о срочном решении о страховом покрытии, изложенным в разделе 7.4 настоящей главы.

Шаг 2. Вы, ваш представитель, врач или другое лицо, выписавшее рецепт, должны связаться с нами и подать апелляцию 1-го уровня. Если ваше состояние здоровья требует быстрого ответа, вы должны попросить об апелляции по ускоренной процедуре.

- **Чтобы подать стандартную апелляцию, отправьте письменный запрос** или позвоните нам. Контактная информация представлена в главе 2.
- **Чтобы подать апелляцию по ускоренной процедуре, отправьте письменный запрос или позвоните нам по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру: 711).** Контактная информация представлена в главе 2.
- **Мы обязаны принимать все письменные запросы,** в том числе поданные с использованием *формы запроса на пересмотр модели CMS*, которая есть на нашем веб-сайте go.wellcare.com/WIcoveragedeterminations. Чтобы помочь нам обработать ваш запрос, укажите ваши имя и фамилию, контактную информацию и информацию о страховом требовании.
- **Вы должны подать апелляцию в течение 65 календарных дней** с даты, указанной в письменном уведомлении, которое мы отправили вам, чтобы сообщить наш ответ по решению о страховом покрытии. Если вы пропустили этот срок по уважительной

причине, объясните причину опоздания при подаче апелляции. Мы можем предоставить вам больше времени для подачи апелляции. Примеры уважительных причин могут включать наличие тяжелого заболевания, помешавшего вам связаться с нами, или получение от нас неточной или неполной информации о сроках подачи апелляции.

- **Вы можете запросить копию информации, содержащейся в вашей апелляции, и внести в такой запрос дополнительную информацию.** Вы и ваш врач можете предоставить дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

Шаг 3. Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем вам ответ.

- При рассмотрении вашей апелляции мы еще раз внимательно изучаем всю информацию о вашем запросе на покрытие. Мы проверяем, все ли правила были нами соблюдены при отклонении вашего запроса.
- Мы можем связаться с вами, вашим врачом или с другим лицом, выписавшим вам рецепт, чтобы выяснить дополнительную информацию.

Сроки рассмотрения апелляции по ускоренной процедуре

- При рассмотрении апелляции по ускоренной процедуре мы должны дать вам ответ **в течение 72 часов после получения вашей апелляции**. Мы ответим раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - В случае отсутствия ответа по истечении 72 часов мы обязаны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, и он будет рассмотрен независимой экспертной организацией. В разделе 7.6 разъясняется процедура подачи апелляции 2-го уровня.
- **Если мы дадим положительный ответ по всем или некоторым пунктам вашего запроса,** мы должны предоставить страховое покрытие, которое мы согласились предоставить, в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос,** мы пришлем вам письменное объяснение причин отказа, а также расскажем, как вы можете подать апелляцию на это решение.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции в отношении лекарства, которое вы еще не получили

- При рассмотрении стандартной апелляции мы должны дать вам ответ **в течение 7 календарных дней** после получения вашей апелляции. Мы предоставим вам наше решение раньше, если вы еще не получили лекарство и этого требует состояние вашего здоровья.

  - В случае отсутствия решения по истечении 7 календарных дней мы обязаны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, и он будет рассмотрен независимой экспертной организацией. В разделе 7.6 разъясняется процедура подачи апелляции 2-го уровня.

- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос,** мы должны предоставить покрытие так быстро, как это необходимо для вашего здоровья, но не позднее **7 календарных дней** после получения вашей апелляции.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос**, мы пришлем вам письменное объяснение причин отказа, а также расскажем, как вы можете подать апелляцию на это решение.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции в отношении оплаты лекарства, которое вы уже приобрели

- Мы должны ответить вам **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.
  - В случае несоблюдения нами указанного срока мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией.
- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос,** мы также обязаны произвести оплату в течение 30 календарных дней после получения вашего запроса.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос,** вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа. Мы также разъясним процедуру подачи апелляции.

Шаг 4. Если мы откажемся удовлетворить вашу апелляцию, вы сами решаете, хотите ли вы продолжить этот процесс и подать *еще одну* апелляцию.

- Если вы решите подать новую апелляцию, ваша апелляция переходит на 2-й уровень апелляционного процесса.

Раздел 7.6 Как подать апелляцию 2-го уровня

Юридический термин

Официальное название независимой экспертной организации — **независимый экспертный субъект.** (Иногда ее называют **IRE**.)

Независимая экспертная организация — это независимая компания, нанятая Medicare. Она не связана с нами и не является государственным органом. Эта организация решает, является ли принятое нами решение правильным или его следует изменить. Контроль над ее работой осуществляет Medicare.

Шаг 1. Вы (или ваш представитель, врач либо другой медицинский работник, назначивший лекарство) должны связаться с независимой экспертной организацией и попросить о пересмотре вашего дела.

- Если мы откажемся удовлетворить вашу апелляцию 1-го уровня, в письменном уведомлении, которое мы вам отправим, будут содержаться **инструкции о том, как подать апелляцию 2-го уровня** в независимую экспертную организацию. В инструкции содержится информация о том, кто может подавать апелляцию 2-го уровня, в какие сроки это следует сделать и как связаться с независимой экспертной организацией.
- **Вы должны подать апелляцию в течение 65 календарных дней** от даты, указанной в письменном уведомлении.
- Если мы не закончили рассмотрение в установленные сроки или приняли неблагоприятное решение в отношении заключения **о риске** в рамках нашей программы контроля приема лекарств, то автоматически направим ваш запрос в независимую экспертную организацию.
- Мы направим информацию о вашей апелляции в независимую экспертную организацию. Эта информация называется **материалами по делу**. **У вас есть право попросить у нас копию материалов по вашему делу.**
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию для обоснования своей апелляции.

Шаг 2. Независимая экспертная организация рассматривает вашу апелляцию.

- Эксперты в независимой экспертной организации внимательно изучают всю информацию о вашей апелляции.

Сроки рассмотрения апелляции по ускоренной процедуре

- Если этого требует состояние вашего здоровья, запросите у независимой экспертной организации апелляцию по ускоренной процедуре.
- Если независимая экспертная организация согласится предоставить вам апелляцию по ускоренной процедуре, независимая экспертная организация должна предоставить вам ответ по вашей апелляции 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента получения вашего запроса на апелляцию.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции

- В случае стандартных апелляций независимая экспертная организация обязана дать ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** после ее получения, если речь идет о препарате, который вы еще не получили. Если вы просите нас вернуть вам деньги за уже приобретенный препарат, независимая экспертная организация должна дать ответ на вашу апелляцию второго уровня **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.

Шаг 3. Независимая экспертная организация дает свой ответ.

Для апелляций по ускоренной процедуре:

- **Если независимая экспертная организация частично или полностью удовлетворит ваш запрос,** мы должны **предоставить страховое покрытие лекарств**, одобренное независимой экспертной организацией, **в течение 24 часов** после получения решения независимой экспертной организации.

Для стандартных апелляций:

- **Если независимая экспертная организация частично или полностью удовлетворит ваш запрос на страховое покрытие,** мы должны **предоставить страховое покрытие лекарств**, одобренное независимой экспертной организацией, **в течение 72 часов** после получения решения независимой экспертной организации.
- **Если независимая экспертная организация частично или полностью удовлетворит ваш запрос на возмещение расходов** на лекарство, которое вы уже приобрели, мы обязаны **отправить вам выплату в течение 30 календарных дней** после получения решения независимой экспертной организации.

Что делать, если независимая экспертная организация откажет вам в удовлетворении апелляции?

Если независимая экспертная организация отказывает в удовлетворении вашей апелляции частично или полностью, это означает, что она согласна с нашим решением не удовлетворять ваш запрос (или его часть). (Это называется **поддержанием решения**. Это также называется **отклонением апелляции**.). В этом случае независимая экспертная организация направит вам письмо, в котором:

- объясняется решение.
- сообщается о вашем праве на апелляцию 3-го уровня, если стоимость запрашиваемого вами покрытия лекарственного препарата в долларовом выражении соответствует определенному минимуму. Если стоимость запрашиваемого вами покрытия лекарственного препарата в долларовом выражении слишком низкая, вы не сможете подать новую апелляцию, т. е. решение, принятое на 2-м уровне апелляции, является окончательным.

- Указание стоимости в долларовом выражении, при которой процедура рассмотрения апелляции может быть продолжена.

Шаг 4. Если ваше дело соответствует требованиям, вы решаете, хотите ли подать апелляцию следующего уровня.

- Апелляционный процесс предусматривает 3 дополнительных уровня после второго (всего их 5).
- Если вы решите подать апелляцию 3-го уровня, порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей. В разделе 10 приведена подробная информация об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровней.

РАЗДЕЛ 8 Как попросить нас покрыть дальнейшее пребывание в стационаре, если вы считаете, что вас выписывают преждевременно

При поступлении в больницу вы имеете право на получение всех покрываемых услуг больницы, требуемых для диагностики и лечения вашей болезни или травмы.

На протяжении всего вашего пребывания в больнице в рамках страхового покрытия ваш врач и сотрудники больницы будут готовить вас ко дню выписки. Они помогут организовать уход, который может понадобиться вам после выписки.

- День, когда вы покидаете больницу, называется **датой выписки**.
- Ваш врач или сотрудники больницы сообщат вам, когда будет принято решение о дате вашей выписки.
- Если вы считаете, что вас просят покинуть больницу преждевременно, вы можете попросить продлить ваше пребывание в ней; при этом ваш запрос будет рассмотрен.

Раздел 8.1 Во время пребывания в стационаре вы получите письменное уведомление от

Medicare, в котором говорится о ваших правах

В течение 2 календарных дней после поступления в больницу вам будет направлено письменное уведомление под названием «*Важное сообщение о ваших правах от Medicare».*

Каждый участник программы Medicare получает копию этого уведомления. Если вы не получили уведомление от кого-либо из сотрудников больницы (например, от сотрудника по делам страхования или медсестры), попросите его у любого сотрудника больницы. Если вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) или 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048).

1. **Внимательно прочитайте уведомление и задайте вопросы, если вам что-то неясно.** Из него вы узнаете:
   - ваше право на получение услуг, покрываемых программой Medicare, во время и после пребывания в больнице по назначению врача. В том числе вы имеете право знать, какие это услуги, кто будет их оплачивать и где вы можете их получить.
   - ваше право на участие в принятии любых решений, касающихся вашего пребывания в больнице.
   - право знать, кому следует сообщать о любых проблемах, возникших у вас в связи с качеством вашего пребывания в больнице.
   - ваше право на **подачу запроса на проведение незамедлительного пересмотра** решения о вашей выписке, если вы считаете, что вас выписывают из больницы преждевременно. Это официальный законный способ попросить о переносе даты вашей выписки из больницы на более позднее время, чтобы мы покрывали ваше пребывание в больнице в течение более длительного срока.
2. **Вам будет предложено подписать письменное уведомление, чтобы подтвердить, что вы получили его и понимаете свои права.**
   - Вам или лицу, действующему от вашего имени, будет предложено подписать уведомление.
   - Подписание уведомления подтверждает *только* факт ознакомления с информацией о ваших правах. В уведомлении не указана дата выписки. Подписание уведомления **не означает**, что вы согласны с датой выписки.
3. **Храните свой экземпляр** уведомления, чтобы в случае необходимости иметь информацию о процедуре подачи апелляции (или сообщении о проблемах с качеством обслуживания).
   - Если вы подписали уведомление более чем за 2 календарных дня до даты вашей выписки из больницы, вы получите еще один экземпляр перед запланированной датой вашей выписки.
   - Чтобы заранее ознакомиться с копией этого уведомления, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят

по номеру 711) или 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048. Вы также можете получить уведомление онлайн по адресу www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Раздел 8.2 Как подать апелляцию 1-го уровня с целью изменить дату выписки из больницы

Чтобы попросить нас покрыть услуги стационарного лечения в течение более длительного срока, используйте процедуру апелляции для подачи такого запроса. Прежде всего определите порядок ваших действий и соответствующие сроки.

- **Следуйте процедуре в соответствии с указаниями**.
- **Не нарушайте сроки**.
- **Если вам нужна помощь, обращайтесь за ней.** Если у Вас возникли вопросы или Вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711). Или позвоните в программу помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP) для получения персонализированной помощи. Контактная информация SHIP приведена в разделе 3 главы 2.

В рамках 1-го уровня вашу апелляцию рассматривает Организация повышения качества обслуживания. Она проверяет, была ли запланированная дата вашей выписки обоснована с медицинской точки зрения. **Организация повышения качества обслуживания** — это группа врачей и других специалистов в области медицины, услуги которых оплачиваются федеральным правительством в целях осуществления проверки и повышения качества обслуживания участников программы Medicare. Сюда относится проверка дат выписки из больниц для участников программы Medicare. Эти специалисты не являются сотрудниками нашего плана.

Шаг 1. Свяжитесь с Организацией повышения качества обслуживания в своем штате и подайте запрос на проведение незамедлительного пересмотра вашей выписки из больницы. Вы должны действовать быстро.

Как можно связаться с этой организацией?

- В полученном вами письменном уведомлении (*Важное сообщение о ваших правах от Medicare*) указаны контактные данные этой организации. Можно также найти название, адрес и номер телефона Организации повышения качества обслуживания в вашем штате в главе 2.

Действуйте быстро:

- Чтобы подать апелляцию, обратитесь в Организацию повышения качества обслуживания *до того, как* покинете больницу, но **не позднее полуночи даты вашей выписки.**

- **В случае соблюдения этого срока** вы сможете остаться в больнице *после* даты вашей выписки *без оплаты за пребывание в ней*, пока вы ждете решения от Организации повышения качества обслуживания.
- **В случае несоблюдения этого срока свяжитесь с нами.** Если вы решаете остаться в больнице после запланированной даты вашей выписки, *вам, возможно, придется оплатить все расходы* на больничный уход, полученный вами после запланированной даты вашей выписки.

- Как только вы подаете запрос на проведение незамедлительного пересмотра решения о вашей выписке, Организация повышения качества обслуживания свяжется с вами. К середине дня, следующего за днем, в который с нами связались, мы выдадим вам **Подробное уведомление о выписке**. В этом уведомлении указывается планируемая дата вашей выписки и подробно объясняются причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что вы должны быть выписаны именно в эту дату (с медицинской точки зрения).
- Образец **Подробного уведомления о выписке** можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) или 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048). Вы также можете получить образец уведомления онлайн по адресу www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит независимый пересмотр вашего дела.

- Медицинские специалисты-сотрудники Организации повышения качества обслуживания (*эксперты*) спросят вас (или вашего представителя), почему вы считаете, что покрытие услуг должно быть продолжено. Вам не нужно заранее составлять заявление в письменной форме, однако вы можете сделать это при желании.
- Эксперты также проанализируют вашу медицинскую документацию, поговорят с вашим врачом и изучат информацию, предоставленную нами и больницей.
- К полудню дня, следующего за тем, когда эксперты сообщат нашему плану о вашей апелляции, вы получите письменное уведомление с запланированной датой вашей выписки. В этом уведомлении также подробно объясняются причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что вы должны быть выписаны именно в эту дату (с медицинской точки зрения).

Шаг 3. Организация повышения качества обслуживания предоставляет вам ответ на вашу апелляцию в течение суток после получения всей необходимой информации.

Что происходит в случае положительного решения?

- Если независимая экспертная организация даст *положительный ответ*, **мы будем предоставлять покрываемые услуги стационарного лечения в течение периода, пока они необходимы вам по медицинским показаниям.**
- Вы должны будете продолжать оплачивать свою часть расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы или доплаты, если таковые применяются). Кроме того, в отношении ваших покрываемых услуг стационарного лечения могут действовать ограничения.

Что происходит в случае отрицательного решения?

- Если независимая экспертная организация даст *отрицательный ответ*, это означает, что ваша запланированная дата выписки обоснована с медицинской точки зрения. В этом случае **наше покрытие ваших услуг стационарного лечения закончится** к середине дня, *следующего* за датой предоставления вам ответа на вашу апелляцию Организацией повышения качества обслуживания.
- Если независимая экспертная организация дает *отрицательный ответ* на вашу апелляцию и вы решаете остаться в больнице, **вам, возможно, придется оплатить все расходы** на больничный уход, полученный вами после середины дня, следующего за датой предоставления вам ответа на вашу апелляцию Организацией повышения качества обслуживания.

Шаг 4. Если ответ на вашу апелляцию 1-го уровня отрицательный, вы решаете, подавать ли вам еще одну апелляцию.

- Если Организация повышения качества обслуживания вынесла *отрицательный ответ* по вашей апелляции *и* при этом вы остались в больнице после запланированной даты вашей выписки, вы можете подать еще одну апелляцию. Подача еще одной апелляции означает, что вы переходите на **2-й уровень** апелляционного процесса.

Раздел 8.3 Как подать апелляцию 2-го уровня с целью изменить дату выписки из больницы

В ходе апелляции 2-го уровня вы направляете в Организацию повышения качества обслуживания запрос на повторное рассмотрение решения по вашей первой апелляции. Если Организация повышения качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить свое пребывание в больнице после запланированной даты выписки.

Шаг 1. Еще раз обратитесь в Организацию повышения качества обслуживания и запросите повторное проведение рассмотрения.

- Вы обязаны подать запрос о таком пересмотре **в течение 60 календарных дней** после даты *отклонения* Организацией повышения качества обслуживания вашей апелляции 1-го уровня. Вы можете запросить пересмотр решения, только если вы оставались в больнице после даты окончания страхового покрытия лечения в больнице.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит повторный пересмотр вашего случая.

- Эксперты из Организации повышения качества обслуживания повторно изучат всю информацию по вашей апелляции.

Шаг 3. Эксперты примут и сообщат вам решение по вашей апелляции в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса на апелляцию 2-го уровня.

Если независимая экспертная организация дает положительный ответ:

- **Мы обязаны возместить вам** нашу долю расходов на больничный уход, полученный вами после середины дня, следующего за датой отклонения вашей первой апелляции Организацией повышения качества обслуживания. **Мы должны будем продолжать предоставлять покрытие пребывания в стационаре, пока оно будет необходимо по медицинским показаниям.**
- Вы должны будете продолжать оплачивать свою часть расходов, при этом могут применяться определенные ограничения на покрытие.

Если независимая экспертная организация дает отрицательный ответ:

- Это означает, что специалисты этой организации согласны с решением, принятым по апелляции 1-го уровня.
- Вы получите письменное уведомление, в котором будет сказано, что вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции.

Шаг 4. В случае отрицательного ответа вам следует решить, желаете ли вы перейти на следующий, 3-й уровень апелляции.

- Апелляционный процесс предусматривает 3 дополнительных уровня после второго (всего их 5). Если вы решите подать апелляцию 3-го уровня, порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей. Более подробные сведения о 3-м, 4-м и 5-м уровнях апелляционного процесса приводятся в разделе 10 настоящей главы.

РАЗДЕЛ 9 Как попросить нас продолжить покрывать определенные медицинские услуги, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается преждевременно

В случае получения покрываемых услуг **медицинского ухода на дому, услуг в учреждении квалифицированного сестринского ухода или услуг по реабилитации (в центре комплексной амбулаторной реабилитации)** вы имеете право получать покрываемые услуги в рамках такого обслуживания, пока данное обслуживание необходимо для диагностики и лечения вашей болезни или травмы.

Когда мы принимаем решение об окончании покрытия любого из этих 3 видов обслуживания для вас, мы обязаны заблаговременно сообщить вам об этом. После окончания страхового покрытия *мы перестаем платить за ваше медицинское обслуживание.*

Если вы считаете, что мы собираемся прекратить страховое покрытие слишком рано, **вы можете подать апелляцию на наше решение**. В этом разделе рассказывается, как подать апелляцию.

Раздел 9.1 Мы заранее сообщим о том, когда закончится ваше страховое покрытие

Юридический термин:

Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare. В нем описана процедура подачи запроса на проведение **ускоренного рассмотрения апелляции.** Направление запроса на проведение ускоренного рассмотрения апелляции — это официальный законный способ попросить нас изменить решение о покрытии касательно прекращения вашего медицинского обслуживания.

1. **Вы получаете письменное уведомление** не менее чем за 2 календарных дня до того, как наш план прекратит оплачивать ваше медицинское обслуживание. В этом уведомлении будет сказано следующее:
   - дата прекращения страхового покрытия вашего медицинского обслуживания.
   - сведения о том, как направить запрос на ускоренное рассмотрение апелляции с целью попросить нас продолжить покрывать медицинское обслуживание в течение более длительного срока.
2. **Вам или лицу, действующему от вашего имени, будет предложено подписать письменное уведомление, чтобы показать, что вы его получили.** Подписание уведомления подтверждает *только* факт ознакомления с информацией о дате

прекращения вашего покрытия. **Подписание уведомления не означает, что вы согласны** с решением нашего плана о прекращении получения медицинского обслуживания.

Раздел 9.2 Подача апелляции 1-го уровня для покрытия нашим планом вашего обслуживания в течение более длительного времени

Если вы хотите попросить нас покрыть ваше обслуживание в течение более длительного срока, вам необходимо использовать апелляционный процесс для подачи такого запроса. Прежде всего определите порядок ваших действий и соответствующие сроки.

- **Следуйте процедуре в соответствии с указаниями**.
- **Не нарушайте сроки**.
- **Если вам нужна помощь, обращайтесь за ней.** Если у Вас возникли вопросы или Вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711). Или позвоните в программу помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP) для получения персонализированной помощи. Контактная информация SHIP приведена в разделе 3 главы 2.

В рамках 1-го уровня вашу апелляцию рассматривает Организация повышения качества обслуживания. Эта организация принимает решение о том, является ли дата окончания вашего обслуживания обоснованной с медицинской точки зрения. **Организация повышения качества обслуживания** — это группа врачей и других экспертов в сфере здравоохранения, услуги которых оплачиваются федеральным правительством в целях осуществления проверки и повышения качества медицинского обслуживания участников программы Medicare. Сюда входит просмотр решений плана о том, когда пришло время прекратить покрытие определенных видов медицинского обслуживания. Эти специалисты не являются сотрудниками нашего плана.

Шаг 1. Подайте апелляцию 1-го уровня: свяжитесь с Организацией повышения качества обслуживания и запросите ускоренное рассмотрение апелляции. Вы должны действовать быстро.

Как можно связаться с этой организацией?

- В полученном вами письменном уведомлении (*Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare*) указано, как связаться с этой организацией. (Можно также найти название, адрес и номер телефона Организации повышения качества обслуживания в вашем штате в главе 2.)

Действуйте быстро:

- Вы должны обратиться в Организацию повышения качества обслуживания для начала апелляционного процесса **к полудню дня, предшествующего дате вступления в силу** *Уведомления о прекращении страхового покрытия по программе Medicare.*
- Если вы пропустите установленный срок и хотите подать апелляцию, у вас все равно будут права на апелляцию. Свяжитесь с Организацией повышения качества обслуживания, используя контактную информацию, указанную в Уведомлении о прекращении страхового покрытия услуг по программе Medicare

  . Название, адрес и номер телефона Организации повышения качества обслуживания в вашем штате также можно найти в главе 2.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит независимый пересмотр вашего дела.

Юридический термин:

Подробное объяснение прекращения страхового покрытия. Уведомление, содержащее подробную информацию о причинах прекращения страхового покрытия.

Что происходит в процессе рассмотрения?

- Медицинские специалисты-сотрудники Организации повышения качества обслуживания (эксперты) спросят вас или вашего представителя, почему вы считаете, что покрытие услуг должно быть продолжено. Вам не нужно заранее составлять заявление в письменной форме, однако вы можете сделать это при желании.
- Сотрудники независимой экспертной организации также изучат вашу медицинскую информацию, поговорят с вашим врачом и ознакомятся с информацией, которую им предоставит наш план.
- К концу дня, в который эксперты сообщили нам о вашей апелляции, вы получите от нас *Подробное объяснение прекращения страхового покрытия* с подробным объяснением причин прекращения нашего покрытия ваших услуг.

Шаг 3. В течение одного полного дня с момента получения экспертами всей необходимой информации они сообщат вам свое решение.

Что будет, если эксперты примут положительное решение по вашей апелляции?

- Если эксперты дают *положительный ответ* по вашей апелляции, **мы обязаны продолжить предоставлять вам покрываемые услуги в течение всего периода, пока они будут необходимы вам по медицинским показаниям.**

- Вы должны будете продолжать оплачивать свою часть расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы или доплаты, если таковые применяются). В отношении покрываемых услуг могут действовать ограничения.

Что будет, если эксперты примут отрицательное решение по вашей апелляции?

- Если эксперты вынесут *отрицательное решение*, то **ваше покрытие закончится в тот же день, когда мы вам об этом сообщим.**
- Если вы решите продолжить получать услуги медицинского ухода на дому, обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) *после* этой даты окончания вашего покрытия, **вам придется оплатить полную стоимость** этого медицинского обслуживания самостоятельно.

Шаг 4. Если ответ на вашу апелляцию 1-го уровня отрицательный, вы решаете, подавать ли вам еще одну апелляцию.

- Если эксперты дают *отрицательный ответ* по вашей апелляции 1-го уровня и при этом вы решаете продолжить получать медицинское обслуживание после прекращения его покрытия, вы можете подать апелляцию 2-го уровня.

Раздел 9.3 Подача апелляции 2-го уровня для покрытия нашим планом вашего обслуживания в течение более длительного времени

В ходе апелляции 2-го уровня вы направляете в Организацию повышения качества обслуживания запрос на повторное рассмотрение решения по вашей первой апелляции. Если Организация повышения качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить услуги медицинского ухода на дому, обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) *после* установленной нами даты окончания покрытия.

Шаг 1. Еще раз обратитесь в Организацию повышения качества обслуживания и запросите повторное проведение рассмотрения.

- Вы обязаны подать запрос о таком пересмотре **в течение 60 календарных дней** после даты *отклонения* Организацией повышения качества обслуживания вашей апелляции 1-го уровня. Вы можете запросить пересмотр решения, только если вы продолжили получать лечение после даты окончания страхового покрытия лечения в больнице.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит повторный пересмотр вашего случая.

- Эксперты из Организации повышения качества обслуживания повторно изучат всю информацию по вашей апелляции.

Шаг 3. Эксперты примут решение по вашей апелляции и сообщат вам о нем в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса на проведение повторного пересмотра.

Что будет, если независимая экспертная организация придет к положительному решению?

- **Мы должны возместить вам** нашу часть расходов на оплату медицинского обслуживания, которое вы получили с того дня, в который страховое покрытие должно было закончиться согласно нашему прежнему решению. **Мы обязаны продолжить предоставлять покрытие** вашего медицинского обслуживания в течение всего периода, пока оно будет необходимо вам по медицинским показаниям.
- Вы обязаны продолжать оплачивать свою долю расходов, при этом могут применяться ограничения покрытия.

Что будет, если независимая экспертная организация придет к отрицательному решению?

- Это означает, что специалисты этой организации согласны с решением по апелляции 1-го уровня.
- Вы получите письменное уведомление, в котором будет сказано, что вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции. В нем вы найдете подробную информацию о том, как перейти на следующий уровень апелляционного процесса, который рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей.

Шаг 4. В случае отрицательного ответа вам следует решить, желаете ли вы перейти на следующий уровень апелляции.

- После 2-го уровня предусмотрено еще 3 дополнительных уровня апелляционного процесса (всего их 5). Если вы решите подать апелляцию 3-го уровня, порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей. Более подробные сведения о 3-м, 4-м и 5-м уровнях апелляционного процесса приведены в разделе 10 настоящей главы.

РАЗДЕЛ 10 Обжалование на 3-м, 4-м и 5-м уровнях

Раздел 10.1 Апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровня в отношении запросов медицинских услуг

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

Если стоимость (в долларовом выражении) товара или медицинского обслуживания, по поводу которых подавалась апелляция, достигает определенного минимально необходимого уровня, вы можете подавать апелляции дальнейших уровней. Если стоимость препаратов (в долларах США) ниже установленного минимального уровня, вы не можете подать апелляцию следующего уровня. В письменном ответе на вашу апелляцию 2-го уровня разъясняется, как подавать апелляцию 3-го уровня.

В большинстве ситуаций, связанных с обжалованием, 3 последних уровня обжалования практически аналогичны первым 2 уровням. Ниже приведена информация о том, кто занимается рассмотрением ваших запросов на каждом из этих уровней.

Апелляция 3-го уровня

Судья по административным делам или уполномоченный третейский судья, работающий на федеральное правительство, рассмотрит вашу апелляцию и даст ответ.

- **Если судья по административным делам или уполномоченный третейский судья примет положительное решение по вашей апелляции, апелляционный процесс может быть *завершен* или *не завершен*.** Мы имеем право обжаловать решение, принятое в вашу пользу на 3-м уровне, но не решение, принятое на 2-м уровне апелляционного процесса. Если мы решим обжаловать решение, мы направим запрос на апелляцию 4-го уровня.
    - Если мы решим *не* подавать апелляцию, мы должны будем разрешить предоставление обслуживания или предоставить его вам в течение 60 календарных дней после получения решения судьи по административным делам или уполномоченного третейского судьи.
    - Если мы примем решение подать апелляцию по поводу решения, мы направим копию запроса на апелляцию 4-го уровня вместе со всеми сопутствующими документами. Мы можем дождаться решения по апелляции 4-го уровня, прежде чем одобрять или предоставлять спорную медицинскую услугу.
- **Если судья по административным делам или уполномоченный третейский судья отказывает в удовлетворении вашей апелляции, апелляционный процесс может быть *завершен* или *не завершен*.**

- Если вы решите согласиться с решением об отклонении вашей апелляции, апелляционный процесс завершается.
- Если вы не хотите принимать такое решение, можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня

Апелляционный совет Medicare (Совет) изучит вашу апелляцию и даст ответ. Совет входит в состав федерального правительства.

- **При положительном ответе или если Совет отклонит наш запрос на рассмотрение принятого в вашу пользу решения по апелляции 3-го уровня, апелляционный процесс может быть *завершен* или *не завершен*.** Мы имеем право обжаловать решение, принятое в вашу пользу на 4-м уровне, но не решение, принятое на 2-м уровне. Мы решим, следует ли обжаловать это решение на 5-м уровне.
  - Если мы решим *не* подавать апелляцию по поводу решения, мы должны будем разрешить предоставление медицинского обслуживания или предоставить его вам в течение 60 календарных дней после получения решения Совета.
  - Если мы решим подать апелляцию по поводу решения, мы сообщим вам об этом в письменной форме.
- **В случае отрицательного ответа или если Совет отклонит запрос на рассмотрение, апелляционный процесс может быть *завершен* или *не завершен*.**
  - Если вы решите согласиться с этим решением об отклонении вашей апелляции, апелляционный процесс завершается.
  - Если вы не хотите соглашаться с решением, вы можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. Если Совет вынесет отрицательное решение по вашей апелляции, в полученном вами уведомлении будет указано, можно ли подать апелляцию 5-го уровня и как продолжить апелляционный процесс на 5-м уровне.

Апелляция 5-го уровня

Судья **федерального суда первой инстанции** рассмотрит вашу апелляцию.

- Судья изучит всю информацию и примет *положительное* или *отрицательное* решение по вашему запросу. Это окончательное решение. Федеральный окружной суд является последним уровнем подачи апелляции.

Раздел 10.2 Апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровней в отношении запросов лекарственных препаратов по части D

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

Если стоимость лекарства, по поводу которого подавалась апелляция, достигает определенной суммы в долларовом выражении, вы можете подавать апелляции дальнейших уровней. Если она меньше, вы не можете предпринимать дальнейшие попытки обжалования. В письменном ответе на вашу апелляцию 2-го уровня разъясняется, к кому следует обращаться и как подавать апелляцию 3-го уровня.

В большинстве ситуаций, связанных с обжалованием, 3 последних уровня обжалования практически аналогичны первым 2 уровням. Ниже приведена информация о том, кто занимается рассмотрением ваших запросов на каждом из этих уровней.

Апелляция 3-го уровня

Судья по административным делам или уполномоченный третейский судья, работающий на федеральное правительство, рассмотрит вашу апелляцию и даст ответ.

- **В случае положительного ответа апелляционный процесс завершается.** Мы должны **разрешить или предоставить страховое покрытие лекарств**, одобренное судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей, **в течение 72 часов (24 часов в случае апелляций по ускоренной процедуре) или произвести оплату не позднее чем через 30 календарных дней** после получения решения.
- **Если судья по административным делам или уполномоченный третейский судья отказывает в удовлетворении вашей апелляции, апелляционный процесс может быть *завершен* или *не завершен*.**
  - Если вы решите согласиться с этим решением об отклонении вашей апелляции, апелляционный процесс завершается.
  - Если вы не хотите принимать такое решение, можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня

Апелляционный совет Medicare (Совет) изучит вашу апелляцию и даст ответ. Совет входит в состав федерального правительства.

- **В случае положительного ответа апелляционный процесс завершается.** Мы должны **разрешить или предоставить страховое покрытие лекарств**, одобренное Советом, **в течение 72 часов (24 часов в случае апелляций по ускоренной процедуре) или**

произвести оплату не позднее чем через 30 календарных дней после получения решения.

- **В случае отрицательного ответа или если Совет отклонит запрос на рассмотрение, апелляционный процесс может быть *завершен* или *не завершен*.**
  - Если вы решите согласиться с этим решением об отклонении вашей апелляции, апелляционный процесс завершается.
  - Если вы не хотите соглашаться с решением, вы можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. Если Совет вынесет отрицательное решение по вашей апелляции, в полученном вами уведомлении будет указано, можно ли подать апелляцию 5-го уровня и как продолжить апелляционный процесс на 5-м уровне.

Апелляция 5-го уровня

Судья **федерального суда первой инстанции** рассмотрит вашу апелляцию.

- Судья изучит всю информацию и примет *положительное* или *отрицательное* решение по вашему запросу. Это окончательное решение. Федеральный окружной суд является последним уровнем подачи апелляции.

Подача жалоб

РАЗДЕЛ 11 Порядок подачи жалоб в связи с качеством медицинского обслуживания, временем ожидания, клиентским обслуживанием и другими вопросами

Раздел 11.1 Какие проблемы рассматриваются посредством подачи жалоб?

Процесс подачи и рассмотрения жалоб используется для решения *только* определенных проблем. Сюда относятся проблемы, связанные с качеством медицинского обслуживания, временем ожидания и клиентским обслуживанием. Ниже приведены примеры проблем, которые рассматриваются посредством подачи жалоб.

Жалоба	Пример
Качество медицинского обслуживания	• Вас не устраивает качество предоставленного вам медицинского обслуживания (включая больничные услуги)?

Жалоба	Пример
Соблюдение конфиденциальности	• Кто-то не уважал ваше право на неприкосновенность частной жизни или раскрыл конфиденциальную информацию?
Неуважение, плохое обслуживание клиентов или другое неподобающее поведение	• Кто-то вел себя грубо или неуважительно по отношению к вам? • Вы не удовлетворены качеством работы отдела обслуживания участников плана? • Вы чувствуете, что вас вынуждают отказаться от услуг нашего плана?
Время ожидания	• Вы испытываете проблемы с попаданием на прием или слишком длительным его ожиданием? • Время ожидания врача, фармацевта или другого медицинского работника было слишком долгим? Или, может быть, вы долго ждали ответа нашего отдела обслуживания участников плана или каких-либо других сотрудников, обслуживающих наш план страхования? ○ Сюда относится слишком долгое ожидание при разговоре по телефону, в приемной или процедурной, а также при выдаче препарата по рецепту.
Чистота	• Вы не удовлетворены уровнем чистоты или состоянием клиники, больницы или кабинета врача?
Информация, которую вы получаете от нас	• Мы не выдали вам требуемое уведомление? • Предоставленную нами информацию в письменном виде сложно понять?
Своевременность (Такие типы жалоб касаются *своевременности* наших действий, касающихся решений о страховом покрытии и апелляций.)	Если вы запросили у нас решение о покрытии или подали апелляцию, и при этом вы считаете, что мы слишком долго не даем вам ответ, вы можете подать жалобу по поводу нашей медлительности. Приводим примеры: • Вы попросили нас принять *срочное решение о страховом покрытии* или рассмотреть *апелляцию по*

Жалоба	Пример
	ускоренной процедуре, но мы ответили отказом; вы можете подать жалобу. • Вы можете подать жалобу, если считаете, что мы не уложились в сроки при предоставлении вам решения о покрытии или ответа на апелляцию. • Вы можете подать жалобу, если считаете, что мы не уложились в сроки при предоставлении вам покрытия или возмещении вам стоимости конкретных медицинских товаров, услуг или лекарственных препаратов, которые были одобрены. • Вы можете подать жалобу, если считаете, что мы не уложились в установленные сроки при направлении вашего дела независимой экспертной организации.

Раздел 11.2 Как подать жалобу

Юридические термины:

Другое название **жалобы** — **претензия.**

Другое название для подачи жалобы — **предъявление претензии.**

Другое название **процедуры подачи жалобы** — **процедура предъявления претензии.**

Другое название **срочной жалобы** — **срочная претензия.**

Шаг 1. Свяжитесь с нами незамедлительно — по телефону или в письменной форме.

- **Как правило, первым шагом является звонок в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).** Если необходимо будет предпринять какие-либо дополнительные действия, отдел обслуживания участников плана сообщит вам об этом.
- **Если вы не хотите звонить (или звонили и были недовольны результатом), у вас есть возможность изложить свою жалобу в письменном виде и прислать ее нам.** Если жалоба будет изложена в письменном виде, мы дадим на нее ответ также в письменном виде.

- **Если мы не можем урегулировать вашу жалобу по телефону, у нас есть официальная процедура рассмотрения жалоб. Мы называем ее процедурой рассмотрения претензий.** Для подачи жалобы, а также в случае возникновения вопросов по процедуре позвоните в отдел обслуживания участников плана. Вы также можете направить нам письменный запрос по адресу, указанному в разделе «*Подача жалоб в отношении медицинского обслуживания*» или «*Подача жалоб в отношении лекарственных препаратов по части D*» в главе 2 настоящего документа.
    - Если вы запрашиваете письменный ответ, подаете жалобу (претензию) в письменном виде либо ваша жалоба связана с качеством медицинского обслуживания, мы предоставим вам ответ в письменном виде.
    - Жалобу необходимо подать в течение 60 календарных дней после события. Вы можете официально отправить жалобу в письменном виде по адресу, указанному в разделе «*Подача жалоб в отношении медицинского обслуживания*» или «*Подача жалоб в отношении лекарственных препаратов по части D*» в главе 2 настоящего документа.
    - Мы должны уведомить вас о своем решении по вашей жалобе так быстро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее 30 календарных дней с момента получения вашей жалобы. Мы можем продлить этот срок на 14 календарных дней, если вы попросите об этом или если мы обоснуем необходимость получения дополнительной информации, а продление срока будет отвечать вашим интересам.
    - В некоторых случаях вы имеете право просить об ускоренном рассмотрении вашей жалобы. Эта процедура называется ускоренным рассмотрением претензии. Вы имеете право на ускоренное рассмотрение жалобы, если вы не согласны с нашим решением в одной из следующих ситуаций:
        - Мы ответили отказом на просьбу об ускоренном рассмотрении запроса на медицинское обслуживание или лекарство по части D.
        - Мы ответили отказом на запрос об ускоренном рассмотрении апелляции по поводу отказа в покрытии медицинского обслуживания или лекарственных препаратов по части D.
        - Мы решили, что нам требуется дополнительное время для рассмотрения вашего запроса на медицинское обслуживание.
        - Мы решили, что нам требуется дополнительное время для рассмотрения вашей апелляции по поводу отказа в покрытии медицинского обслуживания.
- Вы можете подать такую жалобу по телефону, позвонив в отдел обслуживания участников плана. Вы также можете отправить жалобу в письменном виде по адресу, указанному в разделе «*Подача жалоб в отношении медицинского обслуживания*» или

«*Подача жалоб в отношении лекарственных препаратов по части D*» в главе 2 настоящего документа. После получения ускоренной жалобы практикующий медицинский специалист рассмотрит дело, чтобы определить причины отказа в удовлетворении вашего запроса на ускоренное рассмотрение или целесообразность продления срока рассмотрения дела. Мы сообщим вам о решении по ускоренному делу устно и письменно в течение 24 часов после получения вашей жалобы.

- **Срок** подачи жалобы составляет 60 календарных дней с момента возникновения проблемы, на которую вы хотите пожаловаться.

Шаг 2. Мы рассмотрим вашу жалобу и дадим ответ.

- **При возможности мы ответим вам незамедлительно.** Если вы обращаетесь к нам с жалобой по телефону, мы можем дать ответ в течение разговора.
- **Ответы на большинство жалоб предоставляются в течение 30 календарных дней. Мы можем добавить к этому сроку до 14 календарных дней** (всего 44 календарных дня), если нам необходима дополнительная информация, и при этом задержка соответствует вашим интересам, или если вы сами просите о продлении срока. Мы сообщим вам в письменной форме, если решим добавить к сроку дополнительные дни.

  •Если вы подаете жалобу, потому что мы отклонили ваш запрос на срочное решение о страховом покрытии или рассмотрение апелляции по ускоренной процедуре, мы автоматически предоставим вам возможность ускоренного рассмотрения жалобы. В случае подачи срочной жалобы это означает, что мы дадим вам **ответ в течение 24 часов.**

- **Если мы не согласимся** с некоторыми или всеми положениями вашей жалобы или не возьмем на себя ответственность за проблему, на которую вы жалуетесь, мы укажем причины в ответе.

Раздел 11.3 Жалобы в связи с качеством медицинского обслуживания вы можете подавать также в Организацию повышения качества обслуживания

Если ваша жалоба касается *качества медицинского обслуживания*, у вас есть 2 дополнительных варианта:

- **Вы можете подать жалобу непосредственно в Организацию повышения качества обслуживания.** Организация повышения качества обслуживания — это группа практикующих врачей и других специалистов сферы здравоохранения, деятельность которых финансируется федеральным правительством с целью проверки и повышения

качества обслуживания участников программы Medicare. Контактная информация представлена в главе 2.

Или

- **Вы можете подать жалобу одновременно и в Организацию повышения качества обслуживания, и нам.**

Раздел 11.4 Вы можете сообщить о своей жалобе в Medicare

Вы можете подать жалобу в отношении нашего плана непосредственно в Medicare. Чтобы подать жалобу в Medicare, перейдите по ссылке www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY/TDD следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Проблемы, связанные с услугами Департамента здравоохранения штата Wisconsin

РАЗДЕЛ 12 Решение проблем, связанных с услугами Департамента здравоохранения штата Wisconsin

Если вы считаете, что вам было неправомерно отказано в предоставлении услуги или оплате услуги, покрываемой Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, вы имеете право обжаловать наше решение в Департаменте здравоохранения штата Wisconsin.

При необходимости наш план поможет вам найти формы. Для получения другой помощи, такой как проверка вашего страхового покрытия, предоставляемого Департаментом здравоохранения штата Wisconsin и (или) решение вопросов, связанных со страховыми требованиями, жалобами и (или) апелляциями, обратитесь в офис Medicaid вашего штата. Контактную информацию см. в разделе 6 главы 2.
Чтобы подать претензию (жалобу) или апелляцию по поводу услуги Департамента здравоохранения штата Wisconsin, обратитесь в офис программы Medicaid в вашем штате. Контактную информацию см. в разделе 6 главы 2.

ГЛАВА 10. Прекращение участия в нашем плане

РАЗДЕЛ 1 Прекращение вашего участия в нашем плане

Прекращение вашего участия в плане Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) может быть **добровольным** (по вашему желанию) или **принудительным** (не по вашему желанию):

- Вы можете выйти из нашего плана, если *захотите*. Информация о добровольном выходе из плана страхования представлена в разделах 2 и 3.
- Существуют также некоторые ситуации, когда мы должны прекратить ваше участие в плане. В разделе 5 описаны ситуации, в которых мы должны это сделать.

Если вы выходите из нашего плана, наш план должен продолжать предоставлять вам медицинское обслуживание и лекарства по рецепту, а вы будете продолжать оплачивать свою долю участия в расходах до окончания вашего участия в плане.

РАЗДЕЛ 2 Когда вы можете прекратить свое участие в плане?

Раздел 2.1 Вы можете выйти из плана страхования, поскольку участвуете в программах Medicare и Medicaid

Большинство участников программы Medicare могут прекратить участие в плане страхования только в определенные периоды года. Поскольку вы являетесь участником программы Medicaid, вы можете прекратить свое участие в нашем плане, выбрав один из следующих вариантов по программе Medicare в любом месяце года:

- Original Medicare с участием в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов,
- Original Medicare без отдельного плана Medicare по страхованию расходов на рецептурные препараты (если вы выберете этот вариант и будете получать дополнительную помощь, программа Medicare может зарегистрировать вас для участия в плане, предусматривающем покрытие расходов на приобретение лекарств, за исключением случаев, когда вы отказались от автоматической регистрации), или
- если вы имеете право на участие в плане, это интегрированный план D-SNP, который предоставляет вам услуги по программе Medicare и большую часть или все ваши льготы и услуги Medicaid в рамках одного плана.

Примечание. Если вы отказываетесь от страхового покрытия расходов на лекарственные препараты, больше не участвуете в программе «Дополнительная помощь» по программе Medicare и остаетесь без надежного страхового покрытия расходов на лекарственные препараты непрерывно в течение 63 дней или более, возможно, вам придется выплачивать штраф за позднюю регистрацию в рамках части D в случае последующей регистрации в плане Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты.

- Позвоните в офис программы Medicaid в вашем штате по номеру 1-608-266-1865 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711), чтобы узнать о ваших вариантах плана по программе Medicaid.
- Другие варианты плана медицинского страхования Medicare доступны в течение **открытого периода регистрации**. В разделе 2.2 приведена подробная информация об открытом периоде регистрации.
- **Ваше участие обычно прекращается в первый день месяца после получения вашего запроса о смене плана.** В этот же день вступит в силу ваша регистрация в новом плане страхования.

Раздел 2.2 Вы можете прекратить участие в плане в течение открытого периода регистрации

Вы можете прекратить свое участие в плане в течение **открытого периода регистрации** каждый год. В это время вы можете пересмотреть свое страховое покрытие медицинских услуг и лекарств и принять решение о страховом покрытии на следующий год.

- **Открытый период регистрации** длится с **15 октября по 7 декабря.**
- **Вам нужно решить, оставить текущее страховое покрытие или изменить покрытие на следующий год.** Если вы решите перейти на новый план, доступны такие виды планов:
  - другой план медицинского страхования Medicare, предусматривающий или не предусматривающий страховое покрытие лекарственных препаратов.
  - Original Medicare *с* участием в отдельном плане Medicare с покрытием лекарственных препаратов
  - Original Medicare *без* участия в отдельном плане Medicare с покрытием лекарственных препаратов.
  - Если вы имеете право на участие в плане, это интегрированный план D-SNP, который предоставляет вам услуги по программе Medicare и большую часть или все ваши льготы и услуги Medicaid в рамках одного плана.

Вы получаете дополнительную помощь от программы Medicare для оплаты расходов на ваши рецептурные препараты: если вы выбрали страховое покрытие по программе Original Medicare и не являетесь участником отдельного плана Medicare по страхованию расходов на рецептурные препараты, Medicare может зарегистрировать вас для участия в одном из них, за исключением случаев, когда вы отказались от автоматической регистрации.

Примечание. Если вы отказываетесь от страхового покрытия расходов на лекарственные препараты по программе Medicare, больше не получаете дополнительную помощь и у вас не будет надежного покрытия лекарств по рецепту в течение 63 или более дней подряд, вам, возможно, придется платить штраф за позднюю регистрацию в части D, если позднее вы станете участником плана по страхованию расходов на лекарственные препараты по программе Medicare.

- **Ваше участие в нашем плане закончится**, когда с 1 января начнет действовать покрытие вашего нового плана.

Раздел 2.3 Вы можете выйти из плана страхования в течение открытого периода регистрации в плане Medicare Advantage

В **открытый период регистрации в плане Medicare Advantage** вы можете внести *одно* изменение в свою медицинскую страховку каждый год.

- **Открытый период регистрации в плане Medicare Advantage** — с 1 января по 31 марта, а также для новых участников программы Medicare, зарегистрированных в плане MA, с месяца получения права на участие в части A и части B до последнего дня 3-го месяца получения права.
- **В ходе открытого периода регистрации в плане Medicare Advantage** вы можете:
  - перейти на другой план Medicare Advantage с покрытием лекарственных препаратов или без него.
  - выйти из нашего плана страхования и получить страховое покрытие по программе Original Medicare. Если вы перейдете на программу Original Medicare в течение этого периода, одновременно с этим вы также можете присоединиться к отдельному плану Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты.
- **Ваше участие в программе закончится** в первый день месяца после того, как вы перейдете в другой план Medicare Advantage или мы получим ваше заявление о переходе в программу Original Medicare. Если вы также выбрали регистрацию в плане Medicare с покрытием лекарственных препаратов, то ваше участие в плане страхования с покрытием лекарственных препаратов вступит в силу в первый день следующего месяца после получения вашего запроса на регистрацию в этом плане страхования.

Раздел 2.4 В определенных ситуациях вы можете прекратить свое участие в плане страхования в течение особого периода регистрации

При определенных обстоятельствах вы можете выйти из плана страхования в другие периоды в течение года. Это так называемый **специальный период регистрации**.

Вы можете иметь право прекратить участие в плане в течение специального периода регистрации, если оказались в одной из описанных ниже ситуаций. Это лишь примеры. Полный список можно получить в нашем плане, позвонив в программу Medicare или посетив веб-сайт www.Medicare.gov.

- Обычно, когда вы переезжаете
- Если вы получаете помощь от Департамента здравоохранения штата Wisconsin.
- Если вы имеете право на получение дополнительной помощи в оплате страхового покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare
- Если мы нарушили заключенный с вами договор.
- Если вы получаете медицинское обслуживание в таких учреждениях, как центр сестринского ухода или учреждение долгосрочного медицинского ухода (LTC)
- Если вы зарегистрировались в Программе комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (PACE)
- **Примечание.** Если вы участвуете в программе контроля приема лекарств, вы можете иметь право только на определенные особые периоды регистрации. Подробную информацию о программах контроля приема лекарств см. в разделе 10 главы 5.
- **Примечание.** В разделе 2.1 приведена подробная информация об особом периоде регистрации для участников программы Medicaid.

Даты и сроки доступности регистрации зависят от вашей ситуации.

Чтобы узнать, имеете ли вы право на специальный период регистрации, позвоните в представительство программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048. При наличии права прекратить свое участие в силу особой ситуации вы можете сменить страховое покрытие по программе Medicare как в отношении медицинского обслуживания, так и лекарственных препаратов. Вы можете выбрать:

- другой план медицинского страхования Medicare, предусматривающий или не предусматривающий страховое покрытие лекарственных препаратов,
- Original Medicare *с* участием в отдельном плане Medicare с покрытием лекарственных препаратов,
- Original Medicare *без* участия в отдельном плане Medicare с покрытием лекарственных препаратов.

- если вы имеете право на участие в плане, это интегрированный план D-SNP, который предоставляет вам услуги по программе Medicare и большую часть или все ваши льготы и услуги Medicaid в рамках одного плана.

Примечание. Если вы отказываетесь от страхового покрытия расходов на рецептурные препараты по программе Medicare и у вас не будет надежного покрытия лекарственных препаратов в течение 63 или более дней подряд, вам, возможно, придется платить штраф за позднюю регистрацию в части D, если позднее вы станете участником плана покрытия лекарств по программе Medicare.

Если вы получаете дополнительную помощь от программы Medicare для оплаты ваших лекарственных препаратов, покрываемых страховкой: Если вы выбрали страховое покрытие по программе Original Medicare и не являетесь участником отдельного плана Medicare по страхованию расходов на лекарственные препараты, программа Medicare может зарегистрировать вас для участия в одном из них, за исключением случаев, когда вы отказались от автоматической регистрации.

После получения вашего запроса на смену нашего плана страхования, **как правило, ваше участие в плане будет прекращено** в первый день следующего месяца.

Примечание. Подробную информацию об особом периоде регистрации для участников программ Medicaid и «Дополнительная помощь» см. в разделах 2.1 и 2.2.

Раздел 2.5 Получение дополнительной информации о том, когда может быть прекращено ваше участие

Если у вас возникли вопросы по поводу прекращения участия в плане страхования, вы можете:

- **позвонить в отдел обслуживания участников по номеру *1-844-796-6811* (пользователи линии TTY звонят по номеру *711*);**
- найти нужную информацию в справочнике ***«Medicare и вы на 2026 год»***;
- позвонить в программу **Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048)

РАЗДЕЛ 3 Порядок прекращения вашего участия в нашем плане

В приведенной ниже таблице приведена информация о том, как вы можете прекратить участие в нашем плане.

Чтобы перейти с нашего плана на:	Порядок действий:
другой план медицинского страхования Medicare	• Зарегистрируйтесь в новом плане страхования Medicare. • Вы будете автоматически исключены из плана Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP), когда вступит в силу страховое покрытие по вашему новому плану.
Original Medicare *с* участием в отдельном плане Medicare с покрытием лекарственных препаратов	• Зарегистрируйтесь в новом плане Medicare с покрытием лекарственных препаратов. • Вы будете автоматически исключены из плана Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP), когда вступит в силу страховое покрытие по вашему новому плану.
Original Medicare *без* участия в отдельном плане Medicare с покрытием лекарственных препаратов	• **Отправьте нам письменный запрос на ваше исключение или посетите наш веб-сайт, чтобы выйти из плана онлайн.** Если вам нужна дополнительная информация о том, как это сделать, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711). • Вы также можете обратиться в программу **Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и попросить об исключении из плана страхования. Пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048. • Вы будете исключены из плана Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP), когда вступит в силу страховое покрытие по программе Original Medicare.

Примечание. Если вы отказываетесь от страхового покрытия расходов на рецептурные препараты по программе Medicare и у вас не будет надежного покрытия лекарственных препаратов в течение 63 или более дней подряд, вам, возможно, придется платить штраф за позднюю регистрацию в части D, если позднее вы станете участником плана покрытия лекарств по программе Medicare.

Чтобы задать вопросы о страховом покрытии, предоставляемом Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, позвоните по телефону 1-608-266-1865, TTY 711, с 8 a.m. до 4:30 p.m. CT, с понедельника по пятницу. Узнайте, как вступление в другой план страхования или возвращение в программу Original Medicare влияет на получение вами страхового покрытия от Департамента здравоохранения штата Wisconsin.

РАЗДЕЛ 4 Вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и лекарства через наш план страхования до тех пор, пока не выйдете из него

Пока не закончится срок вашего участия в плане страхования и не начнет действовать страховое покрытие по программе Medicare и страховое покрытие, предоставляемое Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и лекарства по рецепту через наш план.

- **Продолжайте пользоваться услугами поставщиков нашей сети для получения медицинского обслуживания.**
- **Продолжайте использовать для получения лекарств по рецепту сетевые аптеки или аптеки с услугой заказа с доставкой по почте, сотрудничающие с нашим планом.**
- **Если вы будете госпитализированы в день прекращения вашего участия в плане страхования, то ваше пребывание в больнице до даты выписки будет покрываться нашим планом** (даже если вы будете выписаны уже после того, как ваше новое страховое покрытие медицинского обслуживания вступит в силу).

РАЗДЕЛ 5 План Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) должен прекратить участие в нашем плане в определенных ситуациях

План Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) должен прекратить ваше участие в нашем плане в следующих случаях:

- Если вы больше не являетесь участником программы Medicare Part A и Part B
- Если вы больше не имеете права на получение помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin. Как указано в разделе 2.1 главы 1, наш план предназначен для лиц, имеющих право на участие в программе Medicare и получение помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin. Если вы больше не отвечаете особым критериям соответствия условиям нашего плана, ваше участие в нем прекратится через 6 месяцев. Однако в этот период план Medicare Advantage не несет

ответственности за покрытие каких-либо услуг Департаментом здравоохранения штата Wisconsin, которые могут быть включены в план Medicaid штата. Вы получите от нас уведомление об окончании вашего участия и доступных вам вариантах. Если у вас возникли вопросы относительно вашего права на участие в программе, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

  - Период, когда вы считаетесь все еще имеющими право на участие в плане страхования, составляет 6 месяцев. Период, когда вы считаетесь все еще имеющими право на участие в плане страхования, начинается в первый день месяца, следующего за месяцем, в котором вы потеряли статус человека с особыми потребностями

- Вы переезжаете из нашей зоны обслуживания
- Если вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания более 6 месяцев.
  - Если вы переезжаете или надолго уезжаете, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) и выясните, находится ли то место, куда вы переезжаете, в зоне обслуживания нашего плана.
- Если вас лишают свободы (вы получаете срок тюремного заключения)
- Если вы больше не являетесь гражданином США или пребываете на территории США на незаконных основаниях
- Если вы предоставили недостоверную информацию или скрыли информацию о другой программе страхования, предусматривающей покрытие расходов на лекарственные препараты, участником которой вы являетесь
- Если вы намеренно предоставили нам неточную информацию при регистрации участия в плане, что обеспечило ваше соответствие критериям участия. (Мы не можем прекратить ваше участие в плане по этой причине, пока не получим разрешение от программы Medicare.)
- Если вы постоянно демонстрируете деструктивное поведение, из-за чего нам сложно предоставлять медицинское обслуживание вам и другим участникам плана. (Мы не можем прекратить ваше участие в плане по этой причине, пока не получим разрешение от программы Medicare.)
- Вы позволяете другому лицу получать медицинское обслуживание по вашей карте участника плана. (Мы не можем прекратить ваше участие в плане по этой причине, пока не получим разрешение от программы Medicare.)
  - Если мы прекращаем ваше участие по этой причине, Medicare может передать ваше дело генеральному инспектору для расследования.

Если у вас возникли вопросы или вы хотите получить дополнительную информацию о том, в каких случаях мы можем прекратить ваше участие, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711).

Раздел 5.1 Мы не можем попросить вас покинуть наш план по какой-либо причине, связанной со здоровьем

Плану Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) не разрешается просить вас выйти из нашего плана по причинам, связанным с состоянием вашего здоровья.

Что делать, если это произошло?

Если вы считаете, что вас просят выйти из плана по причине, связанной со здоровьем, позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY звонят по номеру 1-877-486-2048.

Раздел 5.2 Вы имеете право подать жалобу, если мы прекратим ваше участие в плане

Прекращая ваше участие в плане, мы должны в письменном виде объяснить вам причины своего решения. Кроме того, мы должны разъяснить вам порядок подачи жалобы или претензии в связи с нашим решением о прекращении вашего участия.

ГЛАВА 11. Предусмотренные законом уведомления

РАЗДЕЛ 1 Уведомление о регулирующем законодательстве

Основным законом, который применяется к этому *Документу об объеме страховой ответственности страховщика*, является раздел XVIII Закона о социальном обеспечении и правила, разработанные в соответствии с Законом о социальном обеспечении Центрами служб Medicare и Medicaid (CMS). Кроме того, могут применяться другие федеральные законы и при определенных обстоятельствах законы штата, в котором вы проживаете. Это может сказываться на ваших правах и обязанностях, даже если такие законы не включены в этот документ или не объяснены в нем.

РАЗДЕЛ 2 Уведомление о недопущении дискриминации

Наш план медицинского страхования соблюдает требования федерального законодательства о гражданских правах. **Мы не допускаем дискриминации** по признаку расы, этнической принадлежности, национального происхождения, цвета кожи, религии, пола, возраста, психической или физической инвалидности, состояния здоровья, подачи страховых требований, истории болезни, генетической информации, доказательств приемлемости для страхования или географического местонахождения в пределах зоны обслуживания. Все организации, предлагающие планы Medicare Advantage, аналогичные нашему плану, должны соблюдать федеральные законы о предотвращении дискриминации, в том числе главу VI Закона о гражданских правах 1964 года, Закон о реабилитации людей с ограниченными возможностями 1973 года, Закон о дискриминации по возрасту 1975 года, Закон о защите прав граждан США с ограниченными возможностями, раздел 1557 Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act, ACA) и все другие законы, регламентирующие деятельность организаций, которые получают финансирование из федерального бюджета, а также все другие законы и нормативные акты, применимые по иным основаниям.

Если вы хотите получить дополнительную информацию или пожаловаться на дискриминацию либо несправедливое отношение, позвоните в **Управление по гражданским правам** при Департаменте здравоохранения и социальных служб по телефону 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) или в местное Управление по гражданским правам. Вы также можете ознакомиться с информацией, предоставленной Управлением по гражданским правам при Департаменте здравоохранения и социальных служб, на странице www.HHS.gov/ocr/index.html.

Если в связи с ограниченностью ваших физических возможностей вам при получении обслуживания требуется помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана по

номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711). Если вы хотите пожаловаться, например, на проблему с доступом в медицинское учреждение для лиц, использующих инвалидные коляски, отдел обслуживания участников плана может вам помочь.

РАЗДЕЛ 3 Уведомление о правах суброгации по дополнительной страховке Medicare

Мы имеем право и обязаны взимать плату за услуги, покрываемые программой Medicare, в отношении которых Medicare не является основным плательщиком. В соответствии с правилами CMS, включенными в разделы 422.108 и 423.462 главы 42 CFR, *наш план* как компания, финансирующая план Medicare Advantage, осуществляет такие же права взыскания, которые осуществляет Секретарь согласно правилам CMS, предусмотренным в подпунктах B–D части 411 главы 42 CFR, при этом правила, предусмотренные данным разделом, заменяют собой любые законы штата.

РАЗДЕЛ 4 Возмещение расходов на услуги, оплаченных нашим планом в рамках вашего плана Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP)

Если вы получили травму

Если вы получили травму, заболевание или состояние в результате действий другого лица, компании или вас самих («ответственная сторона»), наш план обеспечит выплаты за покрываемые услуги, которые вы получите. Однако если вы получаете денежную компенсацию или имеете право на получение компенсации в связи с вашей травмой, заболеванием или состоянием, будь то в результате урегулирования, судебного решения или любой другой выплаты, связанной с вашей травмой, болезнью или состоянием, наш план и (или) поставщики услуг сохраняют право на возмещение стоимости любых услуг, предоставленных вам в рамках данного плана, в соответствии с действующим законодательством штата.

В настоящем положении термин «ответственная сторона» означает любое физическое или юридическое лицо, фактически или потенциально ответственное за вашу травму, заболевание или состояние. Термин «ответственная сторона» включает страховщика ответственности или другого страховщика ответственного лица или организации.

К примерам ситуаций, когда вы можете получить травму, заболевание или состояние в результате действий ответственной стороны, относятся, в том числе, следующие:

- вы попали в автомобильную аварию;
- вы поскользнулись и упали в магазине; или
- вы подверглись воздействию опасного химического вещества на рабочем месте.

Право нашего плана на возмещение распространяется на все суммы, полученные вами от ответственной стороны, включая следующие:

- выплаты, произведенные третьей стороной или любой страховой компанией от имени третьей стороны;
- страхование незастрахованного/недостаточно застрахованного автомобилиста;
- страхование от личного ущерба, страхование «без вины» или любое другое страхование первой стороны;
- страхование от несчастного случая на рабочем месте или выплаты по инвалидности;
- страховое покрытие медицинских расходов в рамках любого полиса автомобильного страхования, страхования помещений или недвижимости или расширенного страхования;
- любое соглашение или судебное решение, полученное в результате судебного процесса или другого судебного разбирательства; или
- любые другие выплаты из любого другого источника, полученные в качестве компенсации за действия или бездействие ответственного лица.

Соглашаясь на получение страхового покрытия по данному плану, вы соглашаетесь с тем, что наш план имеет первоочередное право на суброгацию и возмещение расходов, которое возникает в том случае, если данный план оплатил покрываемые услуги, которые вы получили в результате действий или бездействия ответственной стороны, и вы или ваш представитель взыскиваете или имеете право взыскать какие-либо суммы с ответственной стороны.

Соглашаясь на получение страхового покрытия по данному плану, вы также (i) передаете нашему плану свое право на взыскание медицинских расходов из любого имеющегося покрытия в пределах полной стоимости всех покрываемых услуг, предоставляемых планом в связи с вашей травмой, заболеванием или состоянием, и (ii) соглашаетесь специально направить ответственную сторону на прямое возмещение расходов плану от вашего имени.

Соглашаясь на получение страхового покрытия по данному плану, вы также предоставляете нашему плану право первоочередного залога на любое взыскание, урегулирование, судебное решение или другой источник компенсации, а также на все возмещения полной стоимости оплаченных по плану покрываемых услуг, связанных с вашей травмой, заболеванием или состоянием, вызванными действиями или бездействием ответственной стороны. Этот приоритет применяется независимо от того, указаны ли суммы конкретно в качестве взыскания медицинских расходов, и независимо от того, полностью ли были компенсированы ваши убытки. Наш план может взыскать полную стоимость всех услуг, предоставляемых по данному плану, независимо от наличия вины с вашей стороны, будь то относительная небрежность или иное. Из суммы взыскания по нашему плану не может быть вычтена оплата услуг адвоката, и наш план не обязан оплачивать или участвовать в оплате судебных издержек или гонораров адвокатов, нанятых для подачи страхового требования или иска против любой ответственной стороны.

Действия, которые вам необходимо предпринять

Если вы получили травму, заболевание или состояние по вине ответственной стороны, вы должны сотрудничать с нашим планом и (или) лечащим врачом в целях возмещения своих расходов, включая следующее:

- Сообщите нашему плану или лечащему врачу, в зависимости от ситуации, имя и адрес ответственной стороны и (или) ее адвоката, если они вам известны; имя и адрес вашего адвоката, если вы пользуетесь услугами адвоката; имя и адрес любой страховой компании, участвующей в деле; а также описание того, как была вызвана травма, заболевание или состояние.
- Заполняйте любые документы, которые наш план или лечащий врач может обоснованно потребовать для оказания помощи в реализации залогового права или права на взыскание.
- Оперативно отвечайте на запросы нашего плана или лечащего врача о состоянии дела или страхового требования и любых переговорах по урегулированию.
- Немедленно уведомляйте наш план при получении вами или вашим адвокатом каких-либо денежных средств от ответственного лица или из любого другого источника.
- Выплачивайте залог на медицинское обслуживание или суммы взыскания по плану из любого взыскания, урегулирования или судебного решения, или другого источника компенсации, включая выплату всего возмещения, причитающегося нашему плану, за полную стоимость услуг по плану, связанных с вашей травмой, заболеванием или состоянием по вине ответственной стороны, независимо от того, указано ли это конкретно в качестве взыскания медицинских расходов, и независимо от того, полностью ли были компенсированы ваши убытки.
- Не предпринимайте никакие действия, ущемляющие изложенные выше права нашего плана. Это включает, в частности, воздержание от любых попыток снизить или исключить из урегулирования или взыскания полную стоимость всех услуг, покрытых планом, или от попыток лишить наш план его первоочередного права на возмещение или залогового права.
- Сохраняйте любые средства, полученные вами или вашим адвокатом от ответственной стороны или из любого другого источника, и возмещайте нашему плану или лечащему врачу, в зависимости от ситуации, сумму взыскания, причитающуюся плану, сразу же после получения вами оплаты и до выплаты любым другим потенциальным держателям залоговых прав или третьим лицам, претендующим на право возмещения.
- Вы обязаны содействовать нам в процессе взыскания такого возмещения или переплат.

РАЗДЕЛ 5 Карта участника плана

Карта участника плана, выданная нашим планом в соответствии с настоящим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*, предназначена только для целей идентификации. Владение картой участника не дает права на получение услуг или другого страхового покрытия, указанных в данном *Документе об объеме страховой ответственности страховщика*. Чтобы иметь право на услуги или страховое покрытие в соответствии с этим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*, владелец карты должен иметь право на страховое покрытие и быть зарегистрированным в качестве участника, как описано в этом *Документе об объеме страховой ответственности страховщика*. Любое лицо, получающее услуги, на которые оно не имеет права в соответствии с этим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*, будет обязано оплатить эти услуги. Во время получения услуги Участник должен предъявить карту участника плана, а не карту участника программы Medicare. При необходимости замены карты участника плана страхования позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру: 711).

Примечание. Любой участник плана, сознательно допустивший злоупотребление картой участника или ее неправильное использование, может быть исключен из плана по уважительной причине. Наш план обязан сообщать в Управление генерального инспектора об исключении участника из плана в результате злоупотребления или неправомерного использования карты, что может привести к уголовному преследованию.

РАЗДЕЛ 6 Независимые подрядчики

Отношения нашего плана с любым сотрудничающим поставщиком услуг представляют собой отношения с независимым подрядчиком. Сотрудничающие с планом поставщики услуг не являются ни сотрудниками, ни представителями нашего плана. В свою очередь, наш план и сотрудники нашего плана не являются ни сотрудниками, ни представителями сотрудничающего с планом поставщика услуг. Ни при каких обстоятельствах наш план страхования не несет ответственности за халатность, неправомерные действия или бездействие как сотрудничающих, так и не сотрудничающих с планом поставщиков медицинских услуг. Отношения «врач-пациент» с участником плана поддерживают сотрудничающие с планом врачи, но не сам план страхования. Наш план страхования не выступает поставщиком медицинских услуг.

РАЗДЕЛ 7 Мошенничество в отношении плана медицинского обслуживания

Мошенничество в отношении плана медицинского обслуживания определяется как обман или введение в заблуждение плана со стороны поставщика услуг, Участника, работодателя

или любого лица, действующего от их имени. Это серьезное преступление, которое может преследоваться по закону. Любое лицо, которое намеренно и сознательно занимается деятельностью, направленной на обман плана медицинского обслуживания, например подает заявление, содержащее ложные или вводящие в заблуждение сведения, может быть признано виновным в мошенничестве в отношении плана медицинского обслуживания.

Если у вас вызывают сомнения суммы, указанные в счете или в Разъяснении страховых выплат, либо вам известно или у вас есть подозрения о какой-либо незаконной деятельности, позвоните на нашу бесплатную горячую линию для сообщений о мошенничестве по номеру 1-866-685-8664 (TTY: 711). Горячая линия для сообщений о мошенничестве работает 24 часа в сутки. Все звонки строго конфиденциальны.

РАЗДЕЛ 8 Обстоятельства вне контроля плана

Если стихийное бедствие, война, массовые беспорядки, гражданские мятежи, эпидемии, полное или частичное разрушение объектов, атомный взрыв или иной выброс ядерной энергии, нетрудоспособность важного персонала медицинской группы, чрезвычайное положение или другие подобные события вне контроля нашего плана приводят к тому, что учреждения или персонал нашего плана неспособны предоставить услуги или страховое покрытие в соответствии с данным *Документом об объеме страховой ответственности страховщика* либо организовать их предоставление, обязательства плана по предоставлению таких услуг или страхового покрытия ограничиваются требованием, чтобы наш план добросовестно приложил все усилия, чтобы предоставить такие услуги или страховое покрытие либо организовать их предоставление в рамках имеющихся возможностей его учреждений или персонала.

ГЛАВА 12. Определения

Амбулаторный хирургический центр — это организация, которая функционирует исключительно с целью оказания амбулаторных хирургических услуг пациентам, не нуждающимся в госпитализации, и чье ожидаемое пребывание в центре не превышает 24 часов.

Апелляция — это процедура, инициируемая вами в том случае, если вы несогласны с нашим решением отклонить запрос на покрытие медицинских услуг или рецептурных препаратов либо оплату услуг или лекарств, которые вы уже получили. Вы также можете подать апелляцию, если несогласны с нашим решением прекратить предоставлять вам уже получаемые услуги.

Биологический продукт — отпускаемый по рецепту препарат, который производится из природных живых организмов, таких как клетки растений или животных, бактерии либо дрожжи. Биологические препараты имеют более сложную структуру, чем другие лекарственные препараты, и не могут быть точно скопированы, поэтому альтернативные формы называются биоаналогами (см. термины «**Оригинальный биологический препарат**» и «**Биоаналог**»).

Биоаналог — биологический препарат, который очень похож на оригинальный биологический препарат, но не идентичен ему. Биоаналоги настолько же безопасны и эффективны, как и оригинальный биологический препарат. Некоторые биоаналоги могут быть заменены оригинальным биологическим препаратом в аптеке без необходимости в новом рецепте (см. «**Взаимозаменяемый биоаналог**»).

Патентованный препарат — отпускаемое по рецепту лекарство, которое производится и продается фармацевтической компанией, первоначально исследовавшей и разработавшей препарат. Патентованные лекарственные препараты содержат ту же формулу активных ингредиентов, что и непатентованные версии лекарственных препаратов. Однако непатентованные лекарственные препараты производятся и реализуются другими производителями лекарственных препаратов и, как правило, недоступны до тех пор, пока не истечет срок действия патента на патентованные лекарственные препараты.

Этап достижения предела самостоятельных расходов — этап страхового покрытия лекарств в рамках части D, который начинается, когда вы (или другие соответствующие требованиям лица от вашего имени) потратили $2,100 на лекарства в рамках части D в течение страхового года. На этом этапе оплаты вы ничего не платите за покрываемые по части D препараты.

Центры служб Medicare и Medicaid (CMS) — федеральное ведомство, отвечающее за программу Medicare.

Дополнительный взнос — это выраженная в процентах (например, 20%) сумма, которую вам, возможно, придется заплатить в качестве вашей доли расходов на услуги или рецептурные препараты.

Жалоба — официальная процедура подачи жалобы называется **предъявлением претензии**. Процесс подачи и рассмотрения жалоб используется для решения *только* определенных проблем. Сюда относятся проблемы, связанные с качеством медицинского обслуживания, временем ожидания и клиентским обслуживанием, которое вы получаете. Сюда же относятся жалобы в отношении ситуаций, когда наш план не соблюдает сроки подачи апелляции.

Центр комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) — это учреждение, которое в основном предоставляет услуги реабилитации после болезни или травмы, включая физиотерапию, социальные или психологические услуги, дыхательную терапию, трудовую терапию, логопедические услуги и услуги по оценке безопасности жилищно-бытовых условий.

Доплата — это сумма, которую вам, возможно, придется заплатить в качестве вашей доли расходов на медицинские услуги или товары, например, за посещение врача, амбулаторный прием или рецептурный препарат. Доплата представляет собой фиксированную сумму (например, $10), а не процент.

Участие в расходах — это сумма, которую участник программы страхования должен заплатить при получении услуг или лекарств. Участие в расходах состоит из любой комбинации следующих 3 типов платежей: (1) любая сумма не покрываемого страховкой минимума, которую план страхования может назначить до того, как будут покрыты услуги или лекарства; (2) любая фиксированная сумма доплаты, требуемая планом страхования при получении определенной услуги или лекарства; (3) любая сумма дополнительного взноса, которая представляет собой процент от общей выплаченной за услугу или лекарство суммы, требуемый планом страхования при получении определенной услуги или лекарства.

Уровень участия в расходах — каждый препарат из перечня покрываемых лекарств относится к одному из шести уровней участия в расходах. Как правило, чем выше категория участия в расходах, тем больше сумма, которую вы уплачиваете за препарат.

Заключение о страховом покрытии — решение о том, покрывается ли назначенное вам лекарство нашим планом и какую сумму, если потребуется, вы должны заплатить за это лекарство по рецепту. Как правило, если вы приходите в аптеку с рецептом на препарат, и вам говорят, что такой препарат не входит в предусмотренный нашим планом объем страхового покрытия, это не является решением о предоставлении страхового покрытия. Чтобы запросить официальное решение, касающееся страхового покрытия, вам необходимо связаться с сотрудниками нашего плана по телефону или обратиться к ним в письменной форме. В данном документе заключения о страховом покрытии называются **решениями о страховом покрытии**.

Покрываемые препараты — термин, которым мы обозначаем все лекарственные препараты, покрываемые нашим планом.

Покрываемые услуги — это термин, используемый для обозначения всех медицинских услуг и принадлежностей, покрываемых нашим планом страхования.

Надежное страховое покрытие расходов на рецептурные препараты — это страховое покрытие рецептурных препаратов (например, предлагаемое работодателем или профсоюзом), сумма которого в среднем составляет не меньше суммы стандартного покрытия рецептурных препаратов в рамках программы Medicare. Лица, у которых есть такое страховое покрытие на тот момент, когда у них появляется право на участие в программе Medicare, в большинстве случаев могут сохранить его без каких-либо штрафных санкций, если в дальнейшем они решат зарегистрироваться для участия в плане Medicare по страхованию расходов на рецептурные препараты.

Повседневный уход — это персональный уход, предоставляемый в центре сестринского ухода, хосписе или в другом учреждении, когда квалифицированная медицинская помощь или квалифицированный сестринский уход не требуются. Повседневный уход, предоставляемый лицами без профессиональных навыков или специального обучения, включает помощь в повседневных делах, например при принятии ванны, одевании, приеме пищи, подъеме с кровати или кресла либо возвращении в них, перемещениях по комнате и использовании ванной. Сюда же может относиться помощь медицинского характера, с которой большинство людей справляется самостоятельно (например, использование глазных капель). Программа Medicare не оплачивает повседневный уход.

Суточная сумма участия в расходах — такой способ оплаты вступает в силу, когда ваш врач прописывает вам запас определенных лекарств менее чем на полный месяц, и вы должны внести доплату. Она рассчитывается как сумма доплаты, деленная на количество дней месячного запаса. Приведем пример: Если ваша доплата за месячный запас препарата составляет $30, при этом месячный запас в рамках нашего плана рассчитан на 30 дней, тогда дневная сумма участия в расходах составит $1 в день.

Не покрываемый страховкой минимум — это сумма, которую вы должны заплатить за медицинское обслуживание или рецептурные препараты, прежде чем их оплатит наш план страхования.

Исключение из плана страхования — процесс прекращения вашего участия в нашем плане страхования.

Стоимость отпуска лекарства — плата, взимаемая каждый раз при выдаче покрываемого лекарства для оплаты расходов по предоставлению лекарства по рецепту (например, времени фармацевта на подготовку и упаковку лекарства).

План для лиц с особыми потребностями, имеющих право на участие в двух программах страхования (D-SNP) — в план страхования D-SNP зачисляются лица, имеющие право на участие в программе страхования Medicare (в соответствии с главой XVIII Федерального закона о социальном обеспечении), а также на медицинскую помощь в рамках программы Medicaid

штата (в соответствии с главой XIX). В зависимости от штата и права человека на участие в программе некоторые или все расходы по программе Medicare покрываются штатом.

Лицо, имеющее право на участие в двух программах, — это лицо, имеющее право на страховое покрытие в рамках программ Medicare и Medicaid.

Медицинское оборудование длительного пользования (DME) — это определенное медицинское оборудование, которое заказывает ваш лечащий врач по медицинским показаниям. Например: ходунки, инвалидные коляски, костыли, системы ортопедических матрасов, материалы для больных сахарным диабетом, насосы для внутривенной (IV) инфузии, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование, небулайзеры или заказываемые поставщиком услуг больничные койки для использования на дому.

Необходимость оказания экстренной медицинской помощи — ситуация, в которой вы или любой разумный человек, не имеющий медицинского образования, имеете основания считать, что ваши симптомы требуют оказания немедленной медицинской помощи, чтобы избежать смерти (а если вы беременная женщина, то смерти плода), потери конечности или ее функции либо потери или серьезного нарушения какой-либо функции организма. Такие медицинские симптомы могут включать заболевание, травму, сильную боль или быстро ухудшающееся патологическое состояние.

Экстренная помощь — это покрываемые услуги, которые: 1) оказываются поставщиком услуг, имеющим квалификацию для оказания экстренной помощи; 2) необходимы для лечения, оценки или стабилизации состояния, требующего экстренной медицинской помощи.

Документ об объеме страховой ответственности страховщика (EOC) и раскрытии данных — этот документ, а также ваша форма регистрации и все другие дополнения, приложения или материалы о прочем выбранном дополнительном покрытии, в которых разъясняется ваше страховое покрытие и наши обязательства, а также ваши права и обязанности в качестве участника нашего плана.

Исключение — тип решения о страховом покрытии, которое, если оно одобрено, позволяет вам получать лекарство, не входящее в наш перечень покрываемых лекарств (исключение из правил, установленных справочником лекарств), или получать непредпочтительное лекарство с более низким уровнем участия в расходах (исключение для уровня участия в расходах). Вы также можете запросить исключение из правил, если наш план требует, чтобы вы попробовали другое лекарство до получения запрашиваемого препарата, если наш план требует получения предварительного разрешения на препарат и вы хотите, чтобы мы отказались от ограничения критериев, либо если наш план ограничивает количество или дозировку запрашиваемого вами лекарства (исключение из справочника лекарств).

Программа «Дополнительная помощь» — это программа Medicare, в рамках которой помощь предоставляется лицам с ограниченными доходами и ресурсами в оплате их расходов на рецептурные препараты по плану Medicare, в частности, страховых взносов, нестрахуемого минимума и дополнительных взносов.

Непатентованный препарат — отпускаемое по рецепту лекарство, одобренное FDA как имеющее в своем составе те же активные ингредиенты, что и патентованный препарат. Как правило, непатентованный препарат действует так же, как и патентованный препарат, и обычно стоит дешевле.

Претензия — вид жалобы, которую вы подаете на наш план, поставщиков услуг или аптеки, в том числе жалоба, касающаяся качества медицинского обслуживания. Это не касается споров о покрытии или оплате.

Медицинская сиделка на дому — это лицо, которое предоставляет услуги, не требующие профессиональных навыков дипломированной медсестры или терапевта, такие как помощь с личной гигиеной (принятие ванны, пользование туалетом, одевание или выполнение предписанных упражнений).

Хоспис — это услуга, предусматривающая специальное лечение для участника, находящегося на терминальной стадии болезни в соответствии с медицинским заключением, что подразумевает предполагаемую продолжительность жизни не более 6 месяцев. Наш план страхования обязан предоставить вам список хосписов, находящихся в вашем регионе. Если вы поступили в хоспис, но продолжаете платить ежемесячные страховые взносы, то вы остаетесь участником нашего плана страхования. Вы по-прежнему можете получать все необходимые по медицинским показаниям услуги, а также предлагаемые нами дополнительные услуги.

Пребывание в стационаре больницы — это термин, используемый в случаях, когда вы официально поступили в больницу для получения квалифицированных медицинских услуг. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом.

Сумма корректировки ежемесячных страховых взносов на основании уровня дохода (IRMAA) — если ваш скорректированный общий доход, указанный в налоговой декларации, которую вы подали в IRS 2 года назад, превышает определенную сумму, вы будете платить стандартную сумму страхового взноса и ежемесячную сумму корректировки ежемесячных страховых взносов на основании уровня дохода, которую также называют IRMAA. Сбор IRMAA представляет собой дополнительный сбор, который суммируется с вашим страховым взносом. Данное правило затрагивает менее 5 % лиц, охваченных программой Medicare, поэтому большинство участников не уплачивает повышенную сумму страхового взноса.

Этап начального страхового покрытия — это этап, на котором ваши личные расходы за год достигают пороговой суммы личных расходов.

Первоначальный период регистрации — период времени, когда вы впервые получаете право на участие в программе Medicare и можете зарегистрироваться в программе Medicare часть A и часть B. Если вы получаете право на участие в программе Medicare, когда вам исполняется 65 лет, первоначальный период регистрации — это 7-месячный период, который начинается за 3 месяца до того месяца, когда вам исполнится 65 лет, охватывает месяц, когда вам

исполняется 65 лет, и заканчивается через 3 месяца после месяца, когда вам исполнилось 65 лет.

Интегрированный план D-SNP — план D-SNP, который покрывает услуги по программе Medicare и большинство или все услуги по программе Medicaid в рамках единого плана медицинского страхования для определенных групп лиц, имеющих право на участие как в программе Medicare, так и в программе Medicaid. Эти лица известны также как лица, имеющие право на участие в программе для лиц, имеющих право на участие в двух программах с полным страховым покрытием.

Взаимозаменяемый биоаналог — биоаналог, который может использоваться в качестве замены оригинального биоаналогичного препарата в аптеке без необходимости в новом рецепте, поскольку он соответствует дополнительным требованиям, связанным с возможностью автоматической замены. Автоматическая замена в аптеке регулируется законодательством штата.

Перечень покрываемых лекарств (справочник лекарств или Перечень лекарств) — список лекарств по рецепту, покрываемых нашим планом.

Субсидия в связи с низким доходом (LIS) — см. термин «Программа «Дополнительная помощь»».

Программа скидок производителя — программа, в рамках которой производители лекарственных препаратов оплачивают часть полной стоимости покрываемых по части D патентованных препаратов и биологических препаратов нашего плана. Скидки устанавливаются по договорам, заключенных между федеральным правительством и производителями лекарственных препаратов.

Максимальная справедливая цена — цена, согласованная программой Medicare для выбранного препарата.

Максимальная сумма личных расходов — это максимальная сумма ваших личных расходов на покрываемые услуги по части A и части B в течение календарного года. Суммы, которые вы платите в качестве страховых взносов по программе Medicare Part A и Part B, а также за рецептурные препараты, не идут в счет максимальной суммы личных расходов. (Примечание. Поскольку участники нашего плана страхования также получают финансовую поддержку от программы Medicaid, они очень редко достигают максимальной суммы личных расходов.)

Программа Medicaid (или Medical Assistance) — совместная программа федерального правительства и штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с низким доходом и ограниченными ресурсами. Программы Medicaid разных штатов отличаются друг от друга; тем не менее большая часть расходов на медицинское обслуживание покрывается при условии, что вы соответствуете требованиям для участия как в программе Medicare, так и в программе Medicaid.

Медицинская группа — это объединение врачей, в том числе PCP и специалистов, а также прочих поставщиков медицинских услуг, включая больницы, которые заключили договор с планом на предоставление услуг участникам. См. раздел 3.2 главы 1.

Установленное медицинское показание — применение лекарственного препарата, одобренного FDA или рекомендуемого определенными авторитетными источниками, такими как Информация о лекарственных препаратах Американской фармакологической службы и DRUGDEX Информационная система компании Micromedex..

Необходимые по медицинским показаниям — это услуги, принадлежности или лекарственные препараты, которые необходимы вам для профилактики, диагностики или лечения вашего заболевания и при этом соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики.

Программа Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте от 65 лет, некоторых людей с определенными типами инвалидности в возрасте до 65 лет, а также людей с терминальной стадией почечной недостаточности (как правило, с необратимой потерей функции почек, при которой требуется диализ или пересадка почки).

Открытый период регистрации на участие в плане Medicare Advantage — это период времени с 1 января по 31 марта, когда участники плана Medicare Advantage могут отменить свою регистрацию в плане и перейти в другой план Medicare Advantage или получить покрытие по программе Original Medicare. Если вы решите перейти на программу Original Medicare в течение этого периода, одновременно с этим вы также можете присоединиться к отдельному плану Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты. Открытый период регистрации на участие в плане Medicare Advantage также действует в течение 3 месяцев после того, как человек впервые получил право на участие в программе Medicare.

План Medicare Advantage (MA) — иногда такой план называют программой Medicare Part C. Это план, предлагаемый частной компанией, которая заключила договор с Medicare на предоставление вам всего страхового покрытия по программе Medicare Part A и Part B. В качестве плана Medicare Advantage может выступать i) план HMO, ii) план PPO, iii) частный план со сдельной оплатой (PFFS) или iv) план Medicare на основе медицинского накопительного счета (MSA). Помимо выбора из этих типов планов, план Medicare Advantage HMO или PPO также может выступать в качестве плана для лиц с особыми потребностями (SNP). В большинстве случаев планы Medicare Advantage также включают страхование по программе Medicare Part D (страховое покрытие расходов на рецептурные препараты). Такие планы называются **планами Medicare Advantage с покрытием лекарств по рецепту.**

Услуги, покрываемые Medicare, — услуги, покрываемые в рамках программ Medicare часть A и часть B. Все планы медицинского страхования Medicare должны покрывать все услуги, которые покрываются в рамках программы Medicare часть A и B. Термин «услуги, покрываемые Medicare» не охватывает дополнительное страховое покрытие, такое как покрытие услуг,

связанных со зрением и слухом, или стоматологических услуг, которое может предлагать план Medicare Advantage.

План медицинского страхования в рамках программы Medicare — это план, предлагаемый частной компанией, которая заключила договор с программой Medicare на предоставление всего страхового покрытия по части A и части B людям, участвующим в программе Medicare, которые зарегистрированы в нашем плане. Сюда относятся все планы Medicare Advantage, планы Medicare План затрат, планы для лиц с особыми потребностями, демонстрационные/пилотные программы, а также программы комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (PACE).

Страховое покрытие лекарственных препаратов по программе Medicare (программа Medicare Part D) — это страховка, помогающая оплатить рецептурные препараты, назначаемые амбулаторным пациентам, вакцины, биологические препараты и некоторые пищевые добавки, не включенные в объем страхового покрытия по программе Medicare Part A или Part B.

Программа управления медикаментозной терапией (Medical Therapy Management, MTM) — программа Medicare Part D для удовлетворения сложных медицинских потребностей, предоставляемая людям, которые соответствуют определенным требованиям или участвуют в программе контроля приема лекарств. Услуги по программе MTM обычно включают обсуждение с фармацевтом или поставщиком медицинских услуг для изучения применяемых лекарственных препаратов.

Полис Medigap (дополнительная страховка по программе Medicare) — это дополнительная страховка по программе Medicare, которую можно оформить в частной страховой компании, чтобы перекрыть периоды отсутствия страхового покрытия по программе Original Medicare. Страховка Medigap действует только в сочетании с Original Medicare. (План Medicare Advantage не является страховкой Medigap.)

Участник (участник нашего плана или участник плана) — человек со страхованием по программе Medicare, имеющий право на получение покрываемых услуг, который зарегистрирован в нашем плане и чья регистрация подтверждена Центрами служб Medicare и Medicaid (CMS).

Отдел обслуживания участников — отдел нашего плана, отвечающий на ваши вопросы об участии в плане, страховом покрытии, претензиях и апелляциях.

Сетевая аптека — аптека, заключившая договор с нашим планом, в которой участники нашего плана могут получать лекарства по рецепту. В большинстве случаев ваши рецептурные препараты покрываются планом страхования только при условии, что они приобретаются в одной из наших сетевых аптек.

Сетевой поставщик услуг. **Поставщик услуг** — это общий термин, которым мы обозначаем врачей, прочих медицинских специалистов, больницы и другие медицинские учреждения, которые имеют лицензию или сертификат на оказание медицинских услуг, выданные программой Medicare и правительством штата. **Сетевые поставщики услуг** заключили договор с

нашим планом страхования, согласно которому они готовы принимать наши выплаты в качестве полной оплаты услуг и в некоторых случаях не только предоставлять покрываемые услуги участникам нашего плана страхования, но и координировать их получение. Сетевые поставщики услуг также называются «**поставщиками услуг плана страхования**».

Открытый период регистрации — период с 15 октября по 7 декабря каждого года, когда участники могут сменить план медицинского страхования или покрытия лекарств либо перейти на программу Original Medicare.

Заключение организации — это решение, принимаемое нашим планом, о том, покрываются ли товары или услуги, или о том, какую сумму вы должны заплатить за покрываемые товары или услуги. Заключения организации в настоящем документе также называются «решениями о страховом покрытии».

Оригинальный биологический препарат — биологический препарат, который был одобрен FDA и служит для сравнения производителей, создающих биоаналог. Он также называется «референтный препарат».

Original Medicare (традиционная программа Medicare или программа Medicare со сдельной оплатой) — это программа страхования, финансируемая государством, а не частным планом медицинского страхования, таким как планы Medicare Advantage и планы с покрытием рецептурных лекарственных препаратов. Original Medicare предусматривает оплату услуг, включенных в объем страхового покрытия по программе Medicare, посредством выплаты сумм, установленных Конгрессом, непосредственно врачам, больницам и другим лицам, предоставляющим медицинскую помощь. Вы можете обращаться к любому врачу, больнице или другому поставщику медицинских услуг, которые принимают оплату Medicare. В обязательном порядке уплачивается нестрахуемый минимум. Medicare оплачивает свою часть одобренной ею суммы, а вы — свою. Программа Original Medicare состоит из 2 частей: часть A (страхование больничных расходов) и часть B (страхование расходов на медицинское обслуживание) — и действует по всей территории США.

Внесетевая аптека — это аптека, не заключившая договор с нашим планом для согласования или предоставления препаратов, включенных в объем страхового покрытия, участникам нашего плана. Обычно мы не покрываем лекарства, приобретенные во внесетевых аптеках. Исключения возможны только при определенных условиях.

Внесетевой поставщик услуг, внесетевое учреждение — поставщик услуг или учреждение, с которыми мы не имеем договоренности в отношении координации или предоставления покрываемых услуг участникам нашего плана страхования. Внесетевые поставщики услуг не являются сотрудниками плана, не принадлежат ему и не находятся под его управлением.

Личные расходы — см. определение термина «участие в расходах» выше. Требование оплаты доли расходов за полученные услуги или лекарства непосредственно участником программы страхования также называется обязательными личными расходами участника.

Пороговая сумма личных расходов — максимальная сумма, которую вы платите из собственных средств за препараты по части D.

План PACE — план в рамках программы комплексной помощи пожилым (PACE), который объединяет медицинские, социальные услуги и услуги долгосрочного ухода и поддержки (LTSS) для уязвимых людей, чтобы они могли как можно дольше оставаться независимыми и жить в своем сообществе (а не переезжать в центр сестринского ухода). Участники планов PACE получают услуги, предусмотренные программами Medicare и Medicaid, через наш план.

Часть C — см. статью «План Medicare Advantage» (MA).

Часть D — добровольная программа страхового покрытия лекарств по рецепту в рамках Medicare.

Лекарственные препараты по части D — это препараты, расходы на которые могут покрываться по части D. Мы можем покрывать расходы на все или не на все препараты по части D. Некоторые категории препаратов были исключены Конгрессом из части D. Определенные категории препаратов по части D должны покрываться каждым планом.

Штраф за позднюю регистрацию в части D — сумма, добавляемая к ежемесячному страховому взносу в рамках плана за страховое покрытие препаратов по программе Medicare, если у вас не было надежного страхового покрытия (покрытия, которое, как ожидается, в среднем будет оплачивать отпускаемые по рецепту лекарства по меньшей мере в том же объеме, что и стандартное страховое покрытие расходов на лекарственные препараты по программе Medicare) в течение 63 или более дней подряд после того, как вы впервые получили право присоединиться к части D. В случае утери права на участие в программе «Дополнительная помощь» на вас может быть наложена соответствующая надбавка за позднюю регистрацию в том случае, если вы проведете 63 или более дней подряд без покрытия рецептурных препаратов в рамках части D или иного надежного страхового покрытия.

Получение услуг по месту жительства — HMO с вариантом получения услуг по месту жительства (Point-of-Service, POS) — это дополнительная услуга, которая покрывает определенные необходимые по медицинским показаниям услуги, которые вы можете получить у поставщиков, не входящих в сеть плана, которые принимают условия программы Medicare. При использовании возможности POS (вне сети) вы несете ответственность за большую часть расходов на медицинское обслуживание. Всегда обращайтесь к своему поставщику первичного медицинского обслуживания (Primary Care Provider, PCP), прежде чем обращаться за помощью к поставщику услуг, не входящему в сеть плана. Ваш PCP уведомит нас, запросив одобрение плана (предварительное разрешение). (См. раздел 1.1 главы 1)

Привилегированное участие в расходах — более низкое участие в оплате расходов на некоторые покрываемые лекарства в рамках части D в определенных аптеках, сотрудничающих с планом.

Страховой взнос — периодический платеж в пользу Medicare, страховой компании или плана медицинского обслуживания за покрытие медицинского обслуживания или лекарств по рецепту.

Профилактические услуги — медицинское обслуживание для предотвращения заболевания или выявления заболевания на ранней стадии, когда лечение, скорее всего, будет наиболее эффективным (например, профилактические услуги включают мазки по Папаниколау, прививки от гриппа и скрининговая маммография).

Поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) — это врач или другой поставщик услуг, которого вы посещаете в первую очередь по большинству вопросов, связанных со здоровьем. Многие планы медицинского страхования в рамках Medicare предусматривают, что вы должны посетить своего поставщика первичного медицинского обслуживания, прежде чем обратиться к какому-либо другому поставщику медицинских услуг.

Предварительное разрешение — это выдаваемое заранее разрешение на получение услуг или определенных лекарственных препаратов на основе конкретных критериев. Покрываемые услуги, для которых требуется предварительное разрешение, отмечены особым образом в таблице страхового покрытия в главе 4. Препараты, включенные в объем страхового покрытия, в отношении которых необходимо получение предварительного разрешения, обозначены в Справочнике лекарств соответствующей меткой, а наши критерии опубликованы на нашем веб-сайте.

Протезы и ортопедические изделия — это медицинские устройства, включающие, в том числе, ортезы для верхних конечностей, спины и шеи; искусственные конечности; искусственные глаза; а также устройства, необходимые для замещения внутренних органов или компенсации их функции, включая принадлежности для ухода за стомой и энтеральное и парентеральное питание.

Организация повышения качества обслуживания (QIO) — группа практикующих врачей и других экспертов в области здравоохранения, которым федеральное правительство платит за проверку и улучшение качества обслуживания пациентов, участвующих в программе Medicare.

Ограничения по количеству — инструмент управления, предназначенный для того, чтобы ограничить использование лекарственного препарата. Эти ограничения позволяют повысить качество лечения, сделать его более безопасным и повысить эффективность использования лекарств. Ограничения могут устанавливаться в отношении количества препарата, которое можно приобрести по рецепту за один раз или в течение указанного периода.

«Инструмент проверки страхового покрытия в реальном времени» (Real Time Benefit Tool) — портал или компьютерное приложение, с помощью которого можно найти полную, точную, своевременную, соответствующую клиническим требованиям информацию о списке покрываемых лекарств и страховом покрытии для конкретного участника плана. Сюда входят суммы участия в расходах, альтернативные препараты из справочника лекарств, которые могут использоваться для лечения того же заболевания, что и данный препарат, а также ограничения

на покрытие (предварительное разрешение, поэтапное лечение, количественные ограничения), которые применяются к альтернативным препаратам.

Направление — письменное распоряжение вашего основного лечащего врача о том, чтобы вы обратились к специалисту или получили определенные медицинские услуги. Без направления наш план может не оплатить услуги специалиста.

Услуги по реабилитации — это услуги, включающие стационарную реабилитационную помощь, физиотерапию (амбулаторную), логопедическую терапию и трудовую терапию.

Выбранный препарат — препарат, покрываемый по части D, по которому программа Medicare договорилась о максимальной справедливой цене.

Зона обслуживания — географическая зона, в которой вы должны проживать, чтобы присоединиться к определенному плану медицинского страхования. Для планов, устанавливающих ограничения относительно врачей и больниц, которые вы можете использовать, как правило, это также область, где вы можете получить плановые (неэкстренные) услуги. Вас могут исключить из нашего плана страхования, если вы переедете для проживания на постоянной основе за пределы зоны обслуживания нашего плана.

Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (SNF) — это услуги квалифицированного сестринского ухода и реабилитации, которые предоставляются на постоянной, ежедневной основе в учреждении квалифицированного сестринского ухода. В качестве примера можно привести физиотерапию или внутривенные инъекции, которые может делать только зарегистрированная медсестра или врач.

План для лиц с особыми потребностями — это особый тип плана Medicare Advantage, который обеспечивает более специализированное медицинское обслуживание определенных групп людей, в том числе зарегистрированных в программах Medicare и Medicaid, проживающих в центре сестринского ухода или имеющих определенные хронические заболевания.

Стандартное участие в расходах — участие в расходах, которое предлагается в сетевой аптеке и не является привилегированным.

Поэтапное лечение — способ оптимизации использования лекарств, в рамках которого вы должны сначала попробовать другой препарат для лечения своего заболевания, прежде чем мы будем покрывать препарат, который первоначально назначил ваш врач.

Дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI) — ежемесячное пособие, выплачиваемое Службой социального обеспечения людям с ограниченными доходами и ресурсами, которые имеют инвалидность, слепоту или достигли возраста 65 лет. Пособие SSI не равнозначно другим пособиям, выплачиваемым Службой социального обеспечения.

Срочно необходимые услуги — покрываемая планом услуга, требующая немедленной медицинской помощи, которая не является неотложной, — срочно необходимая услуга, если либо вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана, либо получение этой услуги у сетевых поставщиков нецелесообразно с учетом вашего времени,

места и обстоятельств. Примерами срочно необходимых услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы, а также непредвиденные обострения существующих заболеваний. Необходимые с медицинской точки зрения плановые визиты к поставщикам услуг (например, ежегодные осмотры), не считаются срочно необходимыми, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или сеть нашего плана временно недоступна.

Карта Wellcare Spendables® — это дебетовая карта, предоплаченная планом, которая может быть использована для оплаты товаров, описанных в таблице страхового покрытия.

Уведомление о доступности услуг языковой помощи и вспомогательных средств и услуг

Language assistance services are available to you for free. This includes oral interpretation, sign language, and written translation, auxiliary aids and services, and other formats such as large print, Braille, audio, electronic, and printed materials.

Do you need language help? Call 1-844-796-6811 (TTY 711).

Español
Los servicios de asistencia lingüística se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Esto incluye interpretación oral, lengua de señas, traducción por escrito, ayudas y servicios auxiliares y otros formatos como letra grande, braille, audio y materiales digitales e impresos. Para obtener ayuda, llame al 1-844-796-6811 (TTY 711).

简体中文
我们为您提供免费的语言协助服务。包括口译服务、手语翻译、书面翻译、辅助设施与服务，以及其他格式如大字体印刷、盲文、音频、电子版和印刷版材料。如需协助，请致电 1-844-796-6811 (TTY 711)。

繁體中文
您可以免費獲得語言協助服務。這包括口譯、手語與書面翻譯、輔助工具和服務，以及其他格式，例如大字版、點字版、語音版、電子版和印刷資料。如需協助，請致電 1-844-796-6811 (TTY 711)。

Lus Hmoob
Muaj cov kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Qhov no suav nrog kev txhais lus ntawm qhov ncauj, txhais lus piav tes, thiab kev ntxhais ua ntaub ntawv, muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam, thiab ua lwm hom ntaub ntawv xws li luam ua ntawv loj, ua ntawv Xuas rau neeg dig muag, ua suab, hauv es lev thos niv, thiab luam tawm ua ntaub ntawv. Yog xav tau kev pab, hu rau 1-844-796-6811 (TTY 711).

ພາສາລາວ
ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້ໃຊ້ຟຣີ ເຊິ່ງນີ້ປະກອບມີການຕີຄວາມປາກເປົ່າ, ພາສາມື, ແລະ ການແປພາສາທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະການບໍລິການ, ແລະ ຮູບແບບອື່ນໆເຊັ່ນ: ການພິມຂະຫນາດໃຫຍ່, ອັກສອນນູນ, ສຽງ, ເອເລັກໂທຣນິກ, ແລະອຸປະກອນການພິມຕ່າງໆ. ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-796-6811 (TTY 711).

ဗမာ
ဘာသာစကားဆိုင်ရာ အကူအညီပေးမည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို သင့်အနေဖြင့် အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ ယင်းတို့၌ နှုတ်စကားပြန်၊ လက်ဟန်ခြေဟန်ဖြင့် ဖော်ပြသောဘာသာစကားနှင့် စာဖြင့်ဘာသာပြန်ဆိုခြင်း၊ သင့်လျော်သော ကိရိယာအကူအညီများနှင့်ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်ပါသည်။ ထို့အပြင် စာလုံးအရွယ်အစားကြီးကြီးဖြင့် ပုံနှိပ်ခြင်း၊ မျက်မမြင်စာ၊ အသံ၊ ဒစ်ဂျစ်တယ်ပုံစံနှင့် ပုံနှိပ်ထားသောစာရွက်စာတမ်းများကဲ့သို့ အခြားပုံစံများလည်း ပါဝင်ပါသည်။ အကူအညီအတွက် 1-844-796-6811 (TTY 711) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

H8189_WCM_4377400_MLT_WIHE_C Internal Approved 06092025 WI HIDE
4377400_NA6WCMINSMLT_M_WIHE 06/25

Soomaali
Adeegyada kaalmada luuqadda ayaa kuugu diyaar ah si bilaash ah. Waxaa ka mid ah turjumaad afeed, luuqadda calaamadaha, iyo tarjumaad qoraal ah, qalab iyo adeegyo kaabayaal ah, iyo qaabab kale sida daabacaadda waaweyn, qoraalka Braille, cod, elektaroonik, iyo agab daabacan. Wixii caawimo ah, wac 1-844-796-6811 (TTY 711).

Русский
Вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. К ним относятся устный перевод, перевод на жестовый язык и письменный перевод, вспомогательные средства и услуги, а также другие форматы, включая крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиоформат, электронные и печатные материалы. Для получения помощи позвоните по номеру 1-844-796-6811 (TTY 711).

Hrvatski
Jezične pomoćne usluge dostupne su vam besplatno. To uključuje usmeno tumačenje, znakovni jezik i pisani prijevod, pomoćna pomagala i usluge te druge formate kao što su krupni font, Brailleovo pismo, zvučni, elektronički i tiskani materijali. Za pomoć nazovite 1-844-796-6811 (TTY 711).

العربية
تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. ويشمل ذلك الترجمة الشفهية ولغة الإشارة والترجمة الكتابية ومساعِدات وخدمات إضافية وغيرها من التنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة وبطريقة برايل والملفات الصوتية والإلكترونية والمواد المطبوعة. للحصول على المساعدة، اتصل على الرقم 1-844-796-6811 (TTY 711).

Deutsch
Sprachdienstleistungen stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Dazu gehören mündliche Verdolmetschung, Gebärdensprache und schriftliche Übersetzung, zusätzliche Unterstützung und Dienstleistungen sowie andere Formate wie Großdruck, Braille-Schrift, Audio, elektronische und gedruckte Materialien. Wenden Sie sich für Unterstützung an: 1-844-796-6811 (TTY 711).

Tiếng Việt
Chúng tôi có cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Dịch vụ này bao gồm phiên dịch, ngôn ngữ ký hiệu và biên dịch, dịch vụ và trợ giúp bổ trợ và các định dạng khác như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi, âm thanh, tài liệu bản điện tử và bản giấy. Để được hỗ trợ, hãy gọi 1-844-796-6811 (TTY 711).

한국어
언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 여기에는 통역, 수화, 번역, 보조 도구 및 서비스, 기타 형식(대형 인쇄물, 점자, 오디오, 전자 및 인쇄 자료)이 포함됩니다. 이러한 서비스를 받으려면 1-844-796-6811(TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

Polski
Usługi wsparcia językowego są dostępne nieodpłatnie. Obejmują one tłumaczenia ustne, pisemne oraz w języku migowym, dodatkowe pomoce i usługi, a także materiały z większą czcionką, w alfabecie Braille'a, audio oraz drukowane. W celu uzyskania pomocy prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem 1-844-796-6811 (TTY 711).

हिंदी

भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं. इसमें मौखिक व्याख्या, सांकेतिक भाषा और लिखित अनुवाद, सहायक साधन और सेवाओं के साथ ही अन्य फ़ॉर्मेट जैसे बड़े प्रिंट, ब्रेल, ऑडियो, इलेक्ट्रॉनिक और प्रिंट की गई सामग्री शामिल हैं. सहायता के लिए, 1-844-796-6811 (TTY 711) पर कॉल करें.

Shqip

Shërbimet e ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju pa pagesë. Kjo përfshin interpretimin, gjuhën e shenjave dhe përkthimin me shkrim, pajisjet dhe shërbimet ndihmëse, si dhe formatet e tjera si p.sh. formati me germa të mëdha, shkrimi "Braj", materialet audio, elektronike dhe të printuara. Për ndihmë, telefononi në numrin në 1-844-796-6811 (TTY 711).

রোহিঙ্গা

অনে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা ফাইবান। ইয়ান্দর বিতর মৌখিক অনুবাদ, সাইন ভাষা, লিখিত অনুবাদ, সহায়ক উপকরণ ও পরিষেবা এবং অন্যান্য ফরম্যাট যেমন বড় অক্ষরত মুদ্রণ, ব্রেইল, অডিও, ইলেকট্রনিক ও প্রিন্ট গইজ্জা উপকরণ তাকিবো। সহায়তারলাই কল গরন 1-844-796-6811 (TTY 711)।

Эта страница намеренно оставлена

Эта страница намеренно оставлена

Эта страница намеренно оставлена

Эта страница намеренно оставлена

Отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP)

Способ	Отдел обслуживания участников плана — контактная информация
Телефон	1-844-796-6811 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Обратите внимание, что в нерабочее время, в выходные дни и федеральные праздники с 1 апреля по 30 сентября на звонок может ответить автоматизированная телефонная система. Если вы оставите голосовое сообщение, укажите свое имя, фамилию и номер телефона, и сотрудник перезвонит вам в течение 1 (одного) рабочего дня. Отдел обслуживания участников плана 1-844-796-6811 (пользователи линии TTY звонят по номеру 711) также предоставляет бесплатные услуги перевода, доступные для лиц, не говорящих на английском языке.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
Почтовый адрес	Wellcare PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
Веб-сайт	go.wellcare.com/WI

Программа помощи по вопросам медицинского страхования в штате Wisconsin (Wisconsin SHIP)

Программа помощи по вопросам медицинского страхования в штате Wisconsin (Wisconsin SHIP) — это программа штата, которая получает финансирование от федерального правительства для предоставления бесплатных консультаций по вопросам медицинского страхования для участников программы Medicare.

Способ	Контактная информация
Телефон	1-800-242-1060
TTY	711 1-800-926-4862
Почтовый адрес	Aging & Disability Resources 1 West Wilson Street, Rm. 551 P.O. Box 7851 Madison, Wisconsin 53703
Веб-сайт	https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/medicare-counseling.htm

Заявление о раскрытии информации согласно PRA*. В соответствии с Законом о сокращении бумажного документооборота 1995 года никто не обязан отвечать на запрос о предоставлении информации, если в таком запросе не указан действительный контрольный номер, присвоенный Административно-бюджетным управлением (OMB). Действительный контрольный номер OMB для этого сбора информации: 0938-1051. Если у вас есть замечания или предложения по улучшению этой формы, напишите нам по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*