

# Medicaid Advantage Plus

Справочник участника плана, 2024 г.



## План RiverSpring MAP (HMO D-SNP)

С вопросами обращайтесь по телефону  
**1-800-362-2266 (TTY 711)**  
[www.RiverSpringMAP.org](http://www.RiverSpringMAP.org)

H6776\_002\_Medicaid Member Handbook

# Содержание

ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ В ПРОГРАММУ MEDICAID ADVANTAGE PLUS ПЛАНА RIVERSPRING MAP .....	1
ВАМ ПОМОЖЕТ НАШ ОТДЕЛ ОБСЛУЖИВАНИЯ.....	1
ПРАВО НА ВКЛЮЧЕНИЕ В ПРОГРАММУ MAP.....	2
«Нью-йоркская программа независимой проверки» — исходная проверка .....	2
ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПОКРЫВАЕМОЙ ПЛАНOM RIVERPSRING ПО ПРОГРАММЕ MAP .....	5
Амбулаторная помощь взрослым при психических нарушениях.....	8
Амбулаторная реабилитация взрослых при психических нарушениях.....	9
Службы социальной реабилитации по месту жительства (Community Oriented Recovery and Empowerment, CORE).....	9
Службы, помогающие взрослым в кризисных ситуациях, связанных с психическими нарушениями.....	10
Амбулаторные наркологические службы для взрослых.....	10
Лечение зависимостей с проживанием. ....	10
Стационарная наркологическая реабилитация взрослых.....	10
ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПОКРЫВАЕМОЕ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAID, НО НЕ ПО НАШЕМУ ПЛАНУ .....	14
ОБСЛУЖИВАНИЕ, НЕ ПОКРЫВАЕМОЕ НИ ПЛАНOM RIVERSPRING MAP, НИ ПРОГРАММОЙ MEDICAID .....	16
РАЗРЕШЕНИЯ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ, АПЕЛЛЯЦИИ И ЖАЛОБЫ.....	16
ВЫХОД ИЗ ПЛАНА RIVERSPRING MAP .....	32
КУЛЬТУРНЫЕ И ЯЗЫКОВЫЕ АСПЕКТЫ.....	34
ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТНИКА ПЛАНА.....	34
ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ ЭЛЕКТРОННЫЕ ИЗВЕЩЕНИЯ .....	37

## **ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ В ПРОГРАММУ MEDICAID ADVANTAGE PLUS ПЛАНА RIVERSPRING MAP**

Добро пожаловать в план RiverSpring MAP (HMO D-SNP), действующий по программе Medicaid Advantage Plus (MAP). Программа MAP предназначена для людей, включенных в программу Medicaid, которым требуется длительное облуживание и поддержка по месту жительства (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS), например уход на дому и помощь при уходе за собой. Это облуживание позволяет таким людям как можно дольше оставаться дома и в привычном обществе.

В этом справочнике говорится об облуживании, которое план RiverSpring покрывает по программе MAP. Кроме того, здесь рассказано, как попросить о страховом покрытии облуживания/помощи, как подать жалобу и как выйти из плана RiverSpring MAP. Облуживание, о котором говорится в этом справочнике, план покрывает дополнительно к тому, которое план покрывает по программе Medicare и о котором говорится в «Справочнике участника плана RiverSpring MAP Medicare» (RiverSpring MAP Medicare Evidence of Coverage). Храните этот справочник вместе со «Справочником участника плана RiverSpring MAP Medicare». Вам нужны обе брошюры, чтобы знать, что мы покрываем и как получать облуживание.

### **ВАМ ПОМОЖЕТ НАШ ОТДЕЛ ОБЛУЖИВАНИЯ**

Звонить нам можно в любое время, круглосуточно и без выходных. Телефон нашего отдела облуживания см. ниже.

В рабочее время:

с понедельника по пятницу

с 8:00 до 20:00 по восточному времени

Звоните по телефону 1-800-362-2266; ТТУ: 711

В нерабочие часы звоните нам по телефону 1-800-362-2266; ТТУ 711.

На ваш звонок ответят наши дежурные — они работают круглосуточно и без выходных.

Если вы страдаете нарушениями слуха или речи, мы будем рады помочь вам с нами общаться и найти необходимое вам облуживание/помощь. Мы можем прочесть вам материалы плана RiverSpring MAP. Кроме того, мы помогаем вам общаться с планом также другими способами: у нас есть бесплатные устные переводчики, переводы материалов плана на другие языки, бесплатные услуги для инвалидов. Примеры:

- Квалифицированные устные переводчики.
- Печатные материалы в доступной вам форме (напечатанные крупным шрифтом, в аудиозаписи или в других электронных форматах).

Если вы хотите получать сведения о плане и общаться с ним на родном языке или вам нужна другая помощь, позвоните в наш отдел облуживания, телефон 1-800-362-2266, ТТУ: 711. Скажите, что вам нужен устный переводчик, перевод материалов плана или другая помощь.

## **ПРАВО НА ВКЛЮЧЕНИЕ В ПРОГРАММУ MAP**

Программа MAP — это программа медицинского страхования для людей, которые включены в программы Medicare и Medicaid одновременно. Вы можете стать участником программы MAP, если соответствуете **всем** следующим требованиям:

- 1) Вам уже исполнилось **18** лет.
- 2) Вы проживаете в зоне обслуживания нашего плана, то есть в одном из следующих округов: Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Richmond, and Westchester.
- 3) Вы включены в программу Medicaid,
- 4) Вы включены в программы Medicare Part A и B.
- 5) Согласно «Проверке необходимости обслуживания по месту жительства» (Community Health Assessment, CHA), проведенной во время включения в план, вам требуется уровень ухода, обычно предоставляемый в центре сестринского ухода (nursing home).
- 6) Во время включения в программу вы способны вернуться домой или жить дома и по месту жительства без угрозы для вашего здоровья и безопасности.
- 7) Ожидается, что вам потребуется хотя бы один вид обслуживания по программе длительного обслуживания и поддержки по месту жительства (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS) не менее, чем в течение 120 дней со дня включения в плана:
  - a. Помощь патронажной медсестры.
  - b. Помощь специалистов среднего звена (лечебная физкультура, эрготерапия и т. д.) на дому.
  - c. Медицинская сиделка на дому (Home health aide).
  - d. Помощь на дому при уходе за собой (Personal care).
  - e. Помощь в медицинских центрах дневного пребывания для взрослых (Adult day health care).
  - f. Персональная медсестра.
  - g. Обслуживание под управлением получателя помощи. **-И-**
- 8) Нужно стать участником плана RiverSpring MAP Medicare Advantage Dual Special Needs Plan.

Вы должны выбрать себе основного врача (Primary Care Provider, PCP) из числа сотрудничающих с планом основных врачей. Если позже вы решите перейти в другой план, действующий по программе Medicare, вам придется покинуть план RiverSpring MAP.

Мы начинаем покрывать оказание вам помощи, о которой говорится в этом справочнике, со дня вашего фактического включения в план RiverSpring MAP. Вы сами решаете, становиться участником программы MAP или нет.

### **«Нью-йоркская программа независимой проверки» — исходная проверка**

Тем, кто хотел бы стать участником плана, покрывающего координируемое долговременное обслуживание (Managed Long Term Care, MLTC), нужно пройти исходную проверку по «Нью-йоркской программе независимой проверки» (New York Independent Assessor Program, NYIAP). Эта проверка предполагает заполнение следующих документов:

- **«Проверка необходимости обслуживания по месту жительства» (Community Health Assessment, CHA):** Она нужна, чтобы выяснить, нуждаетесь ли Вы в помощи при уходе за собой и (или) другом обслуживании или в обслуживании под управлением получателя помощи (personal care services, PCS / consumer directed personal assistance services, CDPAS), и можете ли Вы стать участником плана, покрывающего координируемое долговременное обслуживание (MLTC).
- **Прием у врача и выданное им назначение (Practitioner Order, PO):** В этом назначении (PO) врач документирует прием, на который вы пришли, и указывает следующее:
  - вам нужна помощь при выполнении повседневных действий **-И-**
  - состояние вашего здоровья стабильно и позволяет вам получать обслуживание PCS и (или) CDPAS (помощь при уходе за собой и (или) в обслуживании под управлением получателя помощи) у себя дома.

Программа NYIAP организует проведение проверки CHA и прием у врача. Проверку CHA проводит квалифицированная медсестра (registered nurse, RN). После проверки CHA, врач из программы NYIAP проводит прием и через несколько дней выдает назначение (PO).

План RiverSpring MAP использует результаты проверки CHA и назначения PO, чтобы понять, какая помощь вам нужна, и составить план обслуживания. Если ваш план обслуживания предполагает обслуживание PCS и (или) CDPAS в среднем более 12 часов в день, потребуется отдельная проверка. Ее проводит независимая экспертная комиссия (Independent Review Panel, IRP) программы NYIAP. IRP — это комиссия, состоящая из медицинских специалистов. Она рассматривает результаты проверки CHA, назначения PO, план обслуживания и другую необходимую медицинскую документацию. Если требуются дополнительные сведения, кто-нибудь из членов комиссии может вас осмотреть или обсудить с вами, какое обслуживание вам требуется. Комиссия IRP сообщает плану RiverSpring MAP, соответствует ли предложенный план обслуживания Вашим потребностям.

После того как программа NYIAP проводит исходную проверку и решает, что вам требуется координируемое долгосрочное обслуживание, покрываемое по программе Medicaid, вы выбираете план, покрывающий координируемое долгосрочное обслуживание. Поскольку план RiverSpring MAP действует также по программе Medicare, вы получаете страховое покрытие по обеим программам.

### **Процесс включения в план RiverSpring MAP**

Программа NYIAP сообщает вам о результатах проверки и оценки. Эту оценку и исходную проверку нужно завершить до включения в наш план.

Если вы решите стать участником плана RiverSpring MAP, то затем мы начинаем процесс включения в план. План RiverSpring MAP принимает и рассматривает заявки в порядке их поступления, без ограничений и без дискриминации по признаку возраста, пола, расы, вероисповедания, физических или психических нарушений и нарушений развития, страны происхождения, национальности, сексуальной ориентации, состояния здоровья и стоимости медицинской помощи.

План RiverSpring MAP проверяет, включены ли вы в программы Medicaid и Medicare и что эти программы вам покрывают. Затем план назначает вам встречу с одним из наших лицензированных агентов программы Medicare. Этот агент рассказывает вам о плане RiverSpring MAP. Встреча проводится у вас дома. После этого к вам приходит медсестра, отвечающая за прием в наш план (Intake Nurse). Она тщательно проверяет, какое обслуживание вам требуется. Медсестра вместе с вами изучает предложенный план обслуживания: для того чтобы вы были включены в наш план, вам нужно согласиться с этим планом обслуживания. Кроме того, она обсуждает с вашим врачом ваш интерес к плану, покрываемое нашим планом обслуживание и план вашего обслуживания.

При включении в план вам предлагают подписать ряд документов: договор о включении в план, разрешение на раскрытие медицинской информации и подтверждение получения уведомления о соблюдении конфиденциальности. Заявление о включении в план нужно подать в программу New York Medicaid Choice (NYMC) (в штата Нью-Йорк эта программа отвечает за регистрацию на координируемое медицинское обслуживание) до 25 числа месяца. Затем это заявление поступает в Центры служб программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). План начинает покрывать помощь и обслуживание с 1 числа следующего месяца. Если Вы отвечаете установленным критериям и если в настоящее время программа Medicaid покрывает ваше обслуживание, вы становитесь участником плана с 1-го числа следующего месяца. Вы получаете карточку участника плана RiverSpring MAP. Вам нужно ее предъявлять, получая обслуживания, которое план покрывает по программам Medicare или Medicaid. Помните, что вам нужно сохранить свою обычную карточку участника программы Medicaid: она нужна, чтобы получать помощь, не покрываемую планом RiverSpring MAP.

#### **Отказ во включении в план**

Вы не будете включены в план RiverSpring MAP в одном из следующих случаев:

- Вы не отвечаете указанным выше критериям отбора.
- Зарегистрированы в одном из следующих планов (программ) и не намерены из него выходить:
  - Другой план координируемого обслуживания, покрываемого по программе Medicaid.
  - Альтернативная программа обслуживания на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Services).
  - Хосписное обслуживание.
  - Программа «Управления по делам людей с нарушениями развития» (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) или другая альтернативная программа штата.
- Ранее были принудительно исключены из нашего плана.
- Вы не даете своего согласия и не подписываете необходимые документы.

Вы можете подать на наш отказ апелляцию. Для этого нужно позвонить в программу New York Medicaid Choice (NYMC), телефон 1-888-401-6582.

## **Отзыв заявки на включение в план**

Вы можете отозвать свою заявку в любое время до истечения срока, установленного программой NYMC или центрами CMS. Для этого нужно обратиться в план RiverSpring MAP устно или письменно.

- Обычно срок, устанавливаемый программой NYMC, — полдень 20-го числа месяца.
- Срок, устанавливаемый центрами CMS, — до даты начала страхового покрытия нашим планом. Для того чтобы отозвать свою заявку, можно также позвонить по телефону 1-800-Medicare.

## **Разработка исходного плана медицинского обслуживания**

Для того чтобы составить ваш индивидуальный план обслуживания (Plan of Care, POC), план RiverSpring MAP изучает проверку США, проведенную программой NYIA, и назначение PO. Кроме того, план изучает отчет о комплексной оценке, проведенной нашей медсестрой, отвечающей за прием в план. Этот отчет содержит, в том числе, сведения о вашем жилье и о поддержке по месту жительства. Медсестра представит вам на утверждение предложенный план обслуживания (POC). Это требуется для заявки на включение в план.

США NYIA, PO и Ваш исходный план обслуживания действительны в течение 12 месяцев. Он, однако, может быть изменен досрочно, если вы об этом попросите или если состояние вашего здоровья существенно изменится. В этом случае проводится повторная проверка США. План RiverSpring MAP пересматривает план вашего обслуживания (POC) не реже раза в 12 месяцев. План POC может пересматриваться чаще, если вы об этом просите, если состояние вашего здоровья значительно изменилось или если это требуется по другим причинам.

## **Идентификационная карточка участника плана**

Вы получите свою идентификационную карточку участника плана RiverSpring MAP в течение 14 дней после того, как план станет покрывать ваше обслуживание. Получив карточку, проверьте правильность всей указанной на ней информации. Всегда носите эту идентификационную карточку с собой вместе с карточкой Medicaid. Если вы потеряете карточку или ее у вас украдут, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-800-326-2266, TTY/TDD 711.

## **ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПОКРЫВАЕМОЙ ПЛАНOM RIVERPSRING ПО ПРОГРАММЕ MAP**

### **Франшизы и доплаты за обслуживание, покрываемое по программе Medicare**

Многие виды помощи, в том числе стационарная и амбулаторная помощь в больнице, посещения врача, экстренная помощь и анализы, покрываются по программе Medicare. О них идет речь в «Справочнике участника плана RiverSpring MAP (HMO D-SNP) Medicare» (RiverSpring MAP (HMO D-SNP) Medicare Evidence of Coverage). В главе 3 этого справочника объясняется, как получать помощь медиков и учреждений, сотрудничающих с планом, и как получать экстренную и неотложную помощь. Некоторые виды обслуживания предусматривают безусловную франшизу (сумма, которую в начале года нужно уплатить самостоятельно, прежде чем план начнет предоставлять страховое покрытие) и доплаты. Эти суммы указаны в таблице покрываемого обслуживания (глава 4 «Справочника участника плана RiverSpring MAP Medicare» (RiverSpring MAP Medicare Evidence of Coverage)) в столбце «Сколько

платите вы». Вы стали участником плана RiverSpring MAP. Это значит, что вы включены в программу Medicaid и план RiverSpring MAP платит все эти суммы. Безусловные франшизы и доплаты вам платить не нужно, за исключением некоторых аптечных товаров.

Если в главе 1 «Справочника участника плана RiverSpring MAP Medicare» сказано, что вам нужно платить ежемесячные страховые взносы, это к вам тоже не относится, потому что их платит за вас программа Medicaid. Кроме того, мы платим за многие виды обслуживания, которые программа Medicare не покрывает, но покрывает программа Medicaid. В следующих разделах объясняется, что мы покрываем.

### **Координация обслуживания**

Участникам нашего плана мы координируем их обслуживание. Каждому участнику плана мы назначаем координатора обслуживания (Care Manager, иногда переводится «менеджер по уходу»). Это медик, обычно медсестра или социальный работник. Ваш координатор обслуживания вместе с Вами и Вашим врачом решает, какое обслуживание Вам требуется, и разрабатывает план обслуживания. Кроме того, координатор обслуживания договаривается о приемах у медиков и о транспорте для поездок на прием.

Назначенная вам медсестра вместе с вами, вашим врачом и семьей разрабатывает индивидуальный план обслуживания (Plan of Care). Он включает обслуживание, которое требуется именно вам. Мы обеспечиваем получение вами необходимого обслуживания. Наши опытные медики доступны круглосуточно и без выходных, 365 дней в году. Ваша группа обслуживания (care team) следит за тем, как Вы себя чувствуете, за изменениями состояния вашего здоровья и обеспечивает помощь и обслуживание. Она обучает людей, которые за вами ухаживают, тому, как это правильно делать; обучает вас, как лучше всего помочь самому себе, отвечает на вопросы и помогает получить необходимую помощь и обслуживание.

Письменный план обслуживания (POC) включает покрываемую планом RiverSpring MAP помощь, необходимую вам по медицинским показаниям, и координацию необходимого обслуживания, которую покрывает не наш план. В плане обслуживания указано необходимое вам обслуживание и как часто и как долго оно вам требуется. Он определяет, оценивает и помогает вам управлять физическими, эмоциональными и социальными факторами, которые влияют на Ваше благополучие. План обслуживания пересматривается не реже раза в 12 месяцев или чаще, если об этом просите вы или если этого требует состояние вашего здоровья. План обслуживания (POC) меняется по мере того, меняется нужное вам обслуживание. Координатор обслуживания (Care Manager) вместе с вами обсуждает необходимые изменения и пересматривает этот план. Со всеми вопросами и затруднениями вы обращаетесь к своему координатору обслуживания или любому члену вашей группы обслуживания, телефон 1-800-362-2266.

Кто-нибудь из членов этой группы звонит вам не реже раза в месяц. Медсестра, которая проводит оценку входит в вашу группу обслуживания. Она посещает вас на дому не реже раза в год, проводит комплексную оценку состояния Вашего здоровья и решает, какое обслуживание вам требуется. Для того чтобы вы получали нужную помощь, мы работаем над планом обслуживания вместе с вашим врачом и другими медиками.

Вы можете попросить об обслуживании, не внесенном в ваш утвержденный план РОС, однако на такое обслуживание нужно вначале получать разрешение нашего плана. Такую просьбу рассматривает ваш координатор обслуживания вместе с группой обслуживания. Все покрываемое обслуживание должно быть сначала разрешено планом RiverSpring MAP. Исключение составляют некоторые виды обслуживания, которые мы уже утвердили. Для того чтобы мы разрешили некоторые виды обслуживания, нам может быть нужна новая оценка состояния вашего здоровья и медицинская документация, относящаяся к вашей просьбе.

На звонки в план RiverSpring MAP в нерабочее время отвечают дежурные. Кроме того, у нас есть горячая линия сестринских консультаций (Nurse Hotline), телефон 1-800-362-2266, ТТУ 711. Линия работает круглосуточно и без выходных.

### **Обслуживание, покрываемое дополнительно**

Поскольку вы включены в программу Medicaid и можете стать участником RiverSpring MAP, наш план организует и дополнительно покрывает медицинское и социальное обслуживание, перечисленное ниже. Вы можете получать это обслуживание, если оно требуется по медицинским показаниям. Ваш координатор обслуживания помогает вам решить, какое обслуживание вам требуется и кто его может предоставить. Иногда на обслуживание нужно получить направление или назначение вашего врача. Получать помощь и обслуживание нужно у медиков или в учреждениях, которые сотрудничают с планом RiverSpring MAP. Если Вы не сможете найти таких медиков или учреждения, мы позволим вам обратиться к тем, которые с нами не сотрудничают, но только после того, как план RiverSpring MAP вам это разрешит. Исключение составляют неотложная и экстренная помощь — в этом случае разрешения получать не нужно.

План RiverSpring MAP удовлетворяет просьбы о покрытии помощи, оказываемой медиками или учреждениями, не сотрудничающими с нашим планом, только если эту помощь невозможно получить у тех, кто с нами сотрудничает и если план RiverSpring MAP соглашается с тем, что такая помощь необходима по медицинским показаниям. Если мы разрешаем такую помощь, мы извещаем вас об этом письмом. Кроме того, мы оформляем разовый договор с не сотрудничающим с нами медиком/учреждением. В этом договоре указаны объем и продолжительность разрешенной помощи/обслуживания. Если мы не разрешили обслуживание или разрешили его только частично, мы сообщаем вам о нашем отрицательном решении (Initial Adverse Determination, IAD) письмом. В нем указаны причины отказа и говорится о том, как подать апелляцию на наше решение.

Если обслуживание приведено в вашем плане обслуживания (РОС), получать на него разрешение плана не нужно. Кроме того, не нужны разрешения на ежегодные обычные проверки слуха и зрения и на ежегодный обычный стоматологический осмотр. В остальных случаях на приведенные ниже виды обслуживания нужно вначале получать наше разрешение (Prior Authorization). Этими вопросами занимается ваш координатор обслуживания. Он согласует такие разрешения с отделами плана RiverSpring, отвечающими за страховое покрытие конкретных вещей, например медицинского оборудования длительного пользования и принадлежностей, реабилитации и т. д. Для того чтобы попросить нас о разрешении, вам или вашему врачу нужно позвонить в план RiverSpring MAP, телефон 1-800-362-2266; ТТУ 711.

## Обслуживание, на которое вначале нужно получить разрешение

- **Амбулаторная реабилитация.**
- **Помощь при уходе за собой (Personal Care)** (например, помощь при одевании, принятии ванны, еде, пользовании туалетом и ходьбе).
- **Медицинское обслуживание на дому, не покрываемое программой Medicare** (включает сестринский уход, помощь сиделки, эрготерапию (восстановление двигательных навыков), лечебную физкультуру и помощь логопеда)
- **Питание.**
- **Медико-социальное обслуживание.**
- **Доставка еды на дом или питание в группе, например, в центре дневного пребывания.**
- **Социальный центр дневного пребывания (Social Day Care).**
- **Помощь персональной медсестры.**
- **Стоматология\*.**
- **Социальная поддержка и помощь по дому** (например, работа по дому, модификация жилья или временная замена сиделкой ухаживающего за вами человека).
- **Персональная система оповещения об экстренной ситуации (Personal Emergency Response System).**
- **Медицинские центры дневного пребывания (Adult Day Health Care).**
- **Помощь в центре сестринского ухода (Nursing Home Care), не покрываемая по программе Medicare** (при условии, что программа Medicaid вам ее покрывает).
- **Лечение в психиатрической больнице сверх установленного программой Medicare 190-дневного предела за всю жизнь пациента.**
- **Проверка слуха\*.**
- **Медицинское оборудование длительного пользования.**
- **Медицинские принадлежности.**
- **Протезы и ортопедические устройства.**
- **Проверка и коррекция зрения\*.**
- **Обслуживание под управлением получателя помощи (Consumer Directed Personal Assistance Services).**

*\*На ежегодную проверку слуха, зрения или состояния зубов разрешения получать не нужно.*

## Покрываемая помощь при психических нарушениях и зависимостях

### Амбулаторная помощь взрослым при психических нарушениях

- **Длительное лечение в дневное время (Continuing Day Treatment, CDT):** Взрослым с серьезными психическими заболеваниями дает поддержку и навыки, позволяющие оставаться в обществе и сохранять самостоятельность. Консультации проводятся больше часа по несколько дней в неделю.
- **Частичная госпитализация (Partial Hospitalization, PH):** Лечение психических заболеваний, призванное стабилизировать или облегчить острые симптомы у человека, которому в противном случае может потребоваться полноценная госпитализация.

### **Амбулаторная реабилитация взрослых при психических нарушениях**

- **Лечение по месту жительства (Assertive community treatment, АСТ):** Лечение, поддержка и реабилитация группой специалистов. Проводится обычно по месту жительства. Эта форма помощи предназначена для людей, у которых диагностировано серьезное психическое заболевание или эмоциональные проблемы.
- **Амбулаторное лечение и реабилитация при психических нарушениях (Mental Health Outpatient Treatment and Rehabilitative Services, MHOTRS):** Обследование, лечение и работа с симптомами. Включает индивидуальную и групповую терапию в клинике по месту вашего жительства.
- **Индивидуальная помощь в преодолении психического заболевания (Personalized Recovery Oriented Services, PROS):** Комплексная программа, ориентированная на выздоровление при тяжелом и длительном психическом заболевании. Цель программы — объединить лечение, поддержку и терапию, чтобы способствовать выздоровлению.

### **Амбулаторная реабилитация при психических нарушениях и зависимостях у взрослых, отвечающих клиническим требованиям. Английское сокращение CORE.**

**Службы социальной реабилитации по месту жительства (Community Oriented Recovery and Empowerment, CORE):** Выездная индивидуальная поддержка, ориентированная на восстановление психического здоровья. Помогает развивать необходимые при заболевании навыки, способствует повышению самостоятельности и включению в общество по месту жительства. Службы CORE доступны участникам плана, которых штат признал отвечающим критериям психического заболевания высокого риска. Выписать направление в службы CORE может любой медик. Кроме того, туда можно обратиться самостоятельно.

- **Психосоциальная реабилитация (Psychosocial Rehabilitation, PSR).** Помогает развивать жизненные навыки: примеры: установление социальных связей, поиск или сохранение работы, учеба или возвращение к учебе, использование ресурсов сообщества.
- **Психиатрическая помощь и лечение по месту жительства (Community Psychiatric Supports and Treatment, CPST)** Консультации и клиническое лечение, помогающее справиться с симптомами.
- **Поддержка и подготовка семьи (Family Support and Training, FST)** Предоставляет семье и друзьям сведения и навыки, которые нужны этим людям, чтобы поддерживать больного и ему помогать.
- **Поддержка со стороны других людей с психическими нарушениями:** Поддержка со стороны выздоровевших больных. Помогает больному научиться:
  - жить с заболеванием и быть независимым,
  - принимать решения о своем выздоровлении и
  - находить поддержку у друзей и родственников.

### **Службы, помогающие взрослым в кризисных ситуациях, связанных с психическими нарушениями**

- **Комплексная программа экстренной психиатрической помощи (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP)** Больничная программа, которая предоставляет кризисную поддержку и койки для длительного наблюдения (до 72 часов) людям, нуждающимся в экстренной психиатрической помощи.
- **Выездная и телефонная служба поддержки в кризисных ситуациях:** Служба, действующая по месту жительства больного. Оказывает помощь в случае кризиса, связанного с психическим заболеванием и/или зависимостью.
- **Кризисные программы с проживанием:** Краткосрочное, до 28 дней, проживание с круглосуточным обслуживанием для людей с симптомами психического заболевания или проблемами в повседневной жизни, которые усиливают эти симптомы. Помогают избежать госпитализации и способствуют возвращению в привычное окружение.

### **Амбулаторные наркологические службы для взрослых**

**Центры лечения опиоидной зависимости (Opioid Treatment Centers, ОТП)** — это учреждения, где выдают лекарства для лечения опиоидной зависимости. Сертифицированы «Управлением по вопросам наркологической помощи и поддержки» (Office of Addiction Services and Supports). К числу таких лекарств относятся метадон, бупренорфин и субоксон. Кроме того, в этих центрах предлагают консультации и просветительные занятия. Во многих случаях больной может получать помощь в клинике ОТП всю жизнь.

#### **Лечение зависимостей с проживанием.**

Это службы, предоставляющие проживание людям, которые нуждаются в круглосуточной поддержке во время выздоровления. Способствуют выздоровлению за счет структурированной обстановки, и отсутствию наркотиков. Можно получать групповую поддержку и осваивать навыки, способствующие выздоровлению.

### **Стационарная наркологическая реабилитация взрослых**

**Центры наркологического лечения, управляемые штатом (State Operated Addiction Treatment Center, АТС)** оказывают необходимую помощь и способствуют устойчивому выздоровлению. Персонал обучен оказывать помощь при различных состояниях, например при психических заболеваниях. Кроме того, сотрудники центра помогают планировать необходимую после лечения поддержку. Типы наркологической помощи в разных учреждениях разные, но могут включать лекарственное лечение, лечение пристрастия к азартным играм, гендерно-специфическое лечение лиц различных гандеров и многое другое.

**Программы стационарной наркологической реабилитации (Inpatient Addiction Rehabilitation)** могут предоставить безопасные условия для диагностики и лечения зависимости и последующей реабилитации. Круглосуточный уход 7 дней в неделю под постоянным наблюдением медицинского персонала. Помощь в стационаре включает лечение симптомов, связанных с зависимостью, и мониторинг физических и психических осложнений, возникающих в результате употребления психоактивных веществ.

**Стационарные программы дезинтоксикации под медицинским наблюдением (Inpatient Medically Supervised Detox)** — это лечение в стационаре при умеренном синдроме отмены. Включают наблюдение и помощь врача. Некоторые виды помощи по этим программам: медицинское обследование в течение двадцати четырех (24) часов после поступления и медицинское наблюдение за состояниями интоксикации или синдрома отмены.

### **Ограничения**

- Помощь в центре сестринского ухода покрывается тем, кто считается постоянно помещенными в этот центр, при условии, что эту помощь им покрывает программа Medicaid.
- Энтеральные смеси и пищевые добавки покрываются только тем, кто не может питаться другими способами и находится в одном из следующих состояний:
  - 1) больные, которые питаются через зонд (не может жевать или глотать пищу);
  - 2) больные редкими врожденными метаболическими нарушениями, при которых требуется специальное питание.

При определенных условиях взрослые с ВИЧ, СПИД или заболеваниями, связанными с ВИЧ, или больные другими заболеваниями, могут иметь право на дополнительное пероральное питание.

При некоторых наследственных заболеваниях обмена аминокислот и органических кислот мы покрываем модифицированные твердые продукты питания с низким содержанием белка или содержащие модифицированный белок.

### **Телемедицина**

При необходимости вы можете получать некоторые виды помощи с использованием телемедицины. Вы сами решаете, получать помощь очно или посредством телемедицины. С вопросами о телемедицине обращайтесь к своему координатору обслуживания (Care Manager).

### **Стоматология**

**С 31 января 2024 г.** план RiverSpring MAP (HMO D-SNP) в определенных ситуациях покрывает коронки и лечение пульпита, чтобы вы могли сохранить больше естественных зубов.

Кроме того, для того чтобы решить, необходима ли замена зубных протезов и имплантов, требуется только рекомендация вашего стоматолога. Это упрощает получение страхового покрытия такой стоматологической помощи.

Подробнее о том, что и как мы покрываем, можно узнать в нашем отделе обслуживания, телефон 1-800-362-2266 (TTY: 711), линия работает с 9:00 до 17:00.

### **Выездные и телефонные кризисные службы быстрой диагностики**

**С 1 марта 2024 года** план RiverSpring MAP (HMO D-SNP) покрывает помощь выездных и телефонных кризисных служб быстрой диагностики (Mobile Crisis Telephonic Triage and Response) участникам плана младше 21 года. Помощь этих служб план раньше покрывал своим участникам, которым уже исполнился 21 год.

Сейчас эту помощь план покрывает тем своим участникам, которые младше 21 года. При ее получении нужно использовать свою карточку участника программы Medicaid. С 1 марта 2024 г. для этого можно использовать карточку участника плана RiverSpring MAP.

Выездные кризисные группы помогут взрослому, ребенку или другому члену семьи с симптомами кризиса при психическом нарушении или зависимости. Примеры:

- повышенная тревожность,
- депрессия,
- стресс из-за важного события или изменений в жизни,
- необходимость с кем-нибудь поговорить, чтобы предотвратить рецидив.

Вы и ваша семья можете позвонить и поговорить со специалистом о кризисе, получить поддержку и при необходимости связаться с другими службами.

В случае кризиса позвоните или напишите текстовое сообщение по телефону 988. Кроме того, можно пообщаться в чате: [www.988lifeline.org](http://www.988lifeline.org). Службы работают круглосуточно и без выходных.

Подробнее о том, что и как мы покрываем, можно узнать в нашем отделе обслуживания, телефон 1-800-362-2266 (TTY: 711), линия работает с 9:00 до 17:00.

### **Транспорт (неэкстренный) для поездок по медицинским надобностям**

С 1 марта 2024 г. план RiverSpring MAP больше не покрывает неэкстренные поездки. Во всем штате неэкстренный транспорт участникам плана RiverSpring MAP, плана Managed Long Term Care Medicaid Advantage Plus Plan, теперь организует транспортный брокер «Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк», известный как Medical Answering Services (MAS). Это никак не влияет на страховое покрытие другого обслуживания.

Для того чтобы договориться о неэкстренной поездке по медицинским надобностям, с 1 марта 2024 г. вам или вашему врачу нужно связаться со службой MAS по адресу <https://www.medanswering.com/> или по телефону **844-666-6270** (Downstate) или **866-932-7740** (Upstate). Связываться со службой MAS нужно по возможности не менее чем за три дня до похода к медику или в медицинское учреждение. Нужно сообщить подробности о приеме у врача (дата, время, адрес и имя) и ваш идентификационный номер в программе Medicaid.

Подробнее об этом обслуживании см. на [сайте](#).

### **Получение помощи за пределами зоны обслуживания**

О поездках за пределы зоны обслуживания нужно сообщать своему координатору обслуживания (Care Manager). Если вам понадобится помощь за пределами зоны обслуживания, свяжитесь со своим координатором обслуживания — он вам поможет организовать нужную помощь.

## **Экстренная помощь**

Экстренная помощь — это помощь в случае экстренного состояния, серьезно угрожающего здоровью больного. В экстренных ситуациях звоните по телефону 911. Получать вначале разрешение плана HE нужно. Вам, однако, следует в течение 24 часов сообщить об этом плану RiverSpring MAP. Вам может понадобиться длительное обслуживание, которое должен покрывать только план RiverSpring MAP.

В случае вашей госпитализации, члену семьи или другому человеку, который за вами ухаживает, нужно связаться с планом RiverSpring MAP в течение 24 часов после госпитализации. Ваш координатор обслуживания (Care Manager) приостановит назначенное вам обслуживание на дому и при необходимости отменит приемы у медиков. Обязательно сообщайте своему основному врачу (primary care physician) или тому, кто планирует вашу выписку из больницы, (hospital discharge planner) о необходимости связаться с планом RiverSpring MAP. Это нужно, для того чтобы мы могли совместно спланировать помощь, которая вам понадобится после выписки из больницы.

## **Непрерывность обслуживания**

Новые участники плана RiverSpring MAP могут продолжать текущий курс лечения у не сотрудничающего с планом медика или в не сотрудничающем учреждении. Продолжать это лечение можно не более чем в течение 60 дней со дня включения в наш план. Такому медику или учреждению нужно согласиться с оплатой своего труда по расценкам плана и придерживаться принятых в плане RiverSpring MAP правил, в том числе регулирующих качество обслуживания. Кроме того, этому медику или учреждению нужно сообщать плану вашу медицинскую информацию.

Кроме того, если лечащий вас медик или учреждение, в котором вы лечитесь, прекращает сотрудничество с нашим планом, то текущий курс лечения можно продолжить. Продолжать это лечение можно не более чем в течение 90 дней. Такому медику или учреждению нужно согласиться с оплатой по расценкам плана и придерживаться принятых в нашем плане правил, в том числе регулирующих качество обслуживания. Кроме того, этому медику или учреждению нужно сообщать плану вашу медицинскую информацию.

## **Программа Money Follows the Person (MFP)/Open Doors**

В этом разделе говорится о поддержке, которую можно получить по программе Money Follows the Person (MFP)/Open Doors. MFP / Open Doors — это программа, которая помогает вам переехать из центра сестринского ухода обратно домой или по месту жительства.

Помощь по программе MFP/Open Doors предоставляется в следующих случаях:

- Вы прожили в центре сестринского ухода три месяца или дольше. -И-
- Вы нуждаетесь в обслуживании, которое может быть предоставлено по месту жительства.

В программе MFP/Open Doors есть сотрудники, называемые специалистами по переходу (Transition Specialists), и другие люди, пережившие сходную ситуацию (Peer). Эти люди могут встретиться с вами в центре сестринского ухода и обсудить возвращение домой. Эти сотрудники отличаются от координатора обслуживания

(Care Manager) и того, кто планирует выписку из центра сестринского ухода (Discharge Planner). Они могут помочь вам следующим образом:

- Сообщат вам об обслуживании и поддержке по месту вашего жительства.
- Найдут обслуживание, которое предлагают по месту вашего жительства и которое поможет вам сохранить самостоятельность.
- Навестят вас дома или позвонят после переезда, чтобы проверить, все ли у вас есть, что вам нужно.

За подробностями о программе MFP/Open Doors или для того чтобы связаться с одним из ее сотрудников обращайтесь в «Нью-йоркскую ассоциацию независимого проживания» (New York Association on Independent Living), телефон 1-844-545-7108, эл. почта [mfp@health.ny.gov](mailto:mfp@health.ny.gov).

Кроме того, можно воспользоваться сайтом программы MFP/Open Doors [www.health.ny.gov/mfp](http://www.health.ny.gov/mfp) или [www.ilny.us](http://www.ilny.us).

## **ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПОКРЫВАЕМОЕ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAID, НО НЕ ПО НАШЕМУ ПЛАНУ**

Некоторые виды обслуживания покрывает обычная программа Medicaid, но не план RiverSpring MAP. Эту помощь можно получать у любого медика (в любом учреждении), принимающего страховое покрытие по программе Medicaid. Предъявляйте свою карточку участника программы Medicaid. С вопросами о том, покрывает какое-нибудь обслуживание программа Medicaid или план RiverSpring MAP, звоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-800-362-2266; ТТУ 711. При получении обслуживания, покрываемого по программе Medicaid, нужно предъявлять свою карточку участника программы Medicaid. Это обслуживание включает:

### **Лекарства**

Большинство лекарств по рецепту план RiverSpring MAP покрывает по программе Medicare Part D (см. главу 6 «Справочника участника плана RiverSpring MAP» (RiverSpring MAP Medicare Evidence of Coverage, EOC)). Обычная программа Medicaid покрывает некоторые лекарства, не покрываемые планом RiverSpring MAP по программе Medicare Part D. Кроме того, программа Medicaid может покрывать лекарства, в покрытии которых мы отказываем.

### **Определенная помощь при психических нарушениях:**

- Координация помощи по программам медицинского обслуживания на дому и медицинского обслуживания на дому плюс (Health Home (НН) and Health Home Plus (НН+)).
- Реабилитация для людей, проживающих в домах для совместного проживания (Community Residences, CR), лицензированных «Управлением психического здоровья штата» (ОМН), и реабилитация тех, кто включен в программы лечения с участием семьи (Family Based Treatment Programs).
- Дневное лечение в учреждениях, лицензированных управлением ОМН.

- Реабилитация молодежи с проживанием по программам «Управления по вопросам алкогольной и наркотической зависимости» (Office of Alcohol and Substance Abuse Services, OASAS).
- Местные сертифицированные клиники психического здоровья (Certified Community Behavioral Health Clinics, CCBHC).
- Лечение в учреждениях для лечения с проживанием (Residential Treatment Facility, RTF), лицензированных управлением ОМН.

**Людам младше 21 года, включенным в программу MAP, программа покрывает:**

- Службы лечения и поддержки для детей и семьи (Children and Family Treatment and Support Services, CFTSS).
- Службы, позволяющие детям с серьезными нарушениями здоровья жить дома и по привычному месту жительства (Children's Home and Community Based Services, HCBS).

**Определенные виды обслуживания для людей с умственной отсталостью и инвалидов детства:**

- Длительная помощь специалистов среднего звена (лечебная физкультура, эрготерапия, психотерапия и т. д.).
- Дневное лечение (Day Treatment).
- Координация обслуживания, покрываемого по программе Medicaid.
- Альтернативные программы обслуживания на дому и по месту жительства (Home and Community Based Services Waiver).

**Другое обслуживание, покрываемое по программе Medicaid**

- Лечение ТБ (туберкулеза) под непосредственным наблюдением.
- Ведение пациентов с ВИЧ в рамках исследования COBRA (Comorbidity in relation to AIDS, «Сопутствующие заболевания при СПИДе»).
- Необходимые по медицинским показаниям лекарства, улучшающие овуляцию, и медицинская помощь, связанная с назначением и контролем использования таких лекарств, — для участниц программы, отвечающих определенным критериям.

**Планирование семьи**

- Для планирования семьи участники программы могут обращаться к любым врачам и в любые клиники, сотрудничающие с программой Medicaid и оказывающие такого рода услуги. На это обслуживание получать направление своего основного врача (PCP) не нужно.

**Неэкстренные поездки по медицинским надобностям**

С 1 марта 2024 г. наш план не покрывает неэкстренные поездки по медицинским надобностям. Во всем штате неэкстренный транспорт участникам плана RiverSpring MAP, плана Managed Long Term Care Medicaid Advantage Plus Plan, теперь организует транспортный брокер «Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк», известный как Medical Answering Services (MAS). Это никак не влияет на страховое покрытие другого обслуживания.

## **ОБСЛУЖИВАНИЕ, НЕ ПОКРЫВАЕМОЕ НИ ПЛАНОМ RIVERSPRING MAP, НИ ПРОГРАММОЙ MEDICAID**

За обслуживание, не покрываемое ни программой Medicaid, ни планом RiverSpring MAP, вам нужно платить самостоятельно, если медик заранее сообщил Вам, что это обслуживание не покрывается, а вы согласились его оплатить. Примеры обслуживания, не покрываемого ни планом RiverSpring MAP, ни программой Medicaid:

- Косметические операции, если для них нет медицинских показаний.
- Предметы обихода и личной гигиены.
- Помощь, полученная у медиков или в учреждениях, не сотрудничающих с нашим планом. Исключения делаются для экстренной медицинской помощи и в случае, когда план RiverSpring MAP разрешает вам обратиться к такому медику или в такое учреждение.

С вопросами звоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-800-362-2266; TTY 711.

## **РАЗРЕШЕНИЯ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ, АПЕЛЛЯЦИИ И ЖАЛОБЫ**

Вы включены в программы Medicare и Medicaid. Этот раздел рассматривает все обслуживание, покрываемое по программе Medicare, и большую часть обслуживания, которое покрывается программой Medicaid. В большинстве случаев используется единый процесс рассмотрения просьб о покрытии обслуживания как по программе Medicare, так и по программе Medicaid. Это иногда называется «единым процессом», так как он сочетает процессы рассмотрения, предусмотренные для программ Medicare и Medicaid.

Однако в отношении некоторых видов обслуживания, покрываемого по программе Medicaid, вы можете иметь право на дополнительную внешнюю апелляцию. Подробнее о внешней апелляции (External Appeals) см. на стр. 23 английского текста.

### **Раздел 1. Страхование решение (другое название «разрешение на обслуживание»)**

Сведения из этой главы применимы как в случае всего обслуживания, покрываемого по программе Medicare, так и в большинстве случаев, когда покрытие предоставляется по программе Medicaid. Эта глава не рассматривает страховое покрытие лекарств по программе Medicare Part D.

Когда вы просите разрешить лечение или обслуживание, вы просите нас «о разрешении на обслуживание» (**service authorization request, другое название «страховое решение»**). Для того чтобы попросить нас о разрешении на обслуживание, нужно:

Сообщить об этой просьбе своему координатору обслуживания (Care Manager). Вы или ваш врач можете позвонить в наш отдел обслуживания, телефон 1-800-362-2266 (звонки бесплатные), TTY: 711, или прислать просьбу письмом по следующему адресу: RiverSpring MAP, 80 West 225th St., Bronx, NY 10463.

Мы выдаем разрешение на обслуживание в определенном объеме и на определенный период времени. Это называется «**периодом действия разрешения**» (authorization period).

### **Вначале нужно получить разрешение**

На некоторые виды обслуживания **вначале нужно получать разрешение (Prior Authorization)** плана RiverSpring MAP. Попросить о таком разрешении можете вы или человек, которому вы доверяете. На следующее лечение и обслуживание нужно получать разрешение **до** его начала:

- Медицинские центры дневного пребывания (Adult Day Health Care).
- Покрываемая помощь при психических нарушениях и зависимостях.
- Обслуживание под управлением получателя помощи (Consumer Directed Personal Assistance Service).
- Стоматология\*.
- Медицинское оборудование длительного пользования.
- Проверка слуха\*.
- Доставка питания на дом или совместное питание.
- Медицинская помощь на дому (Home Health Services).
- Медицинские и хирургические принадлежности, энтеральные/парентеральные смеси, пищевые добавки, батарейки для слуховых аппаратов.
- Медицинские социальные службы.
- Лечение в психиатрической больнице сверх установленного программой Medicare 190-дневного предела за всю жизнь пациента.
- Помощь в медицинском учреждении с проживанием.
- Питание и помощь диетолога.
- Амбулаторная реабилитация, лечебная физкультура, эрготерапия (восстановление двигательных навыков), помощь логопеда и дыхательная терапия.
- Помощь при уходе за собой (Personal Care Services).
- Персональная система оповещения об экстренной ситуации (Personal Emergency Response System).
- Патронажная медицинская сестра.
- Протезы и ортопедические устройства.
- Социальная поддержка и оборудование жилья (Social and Environmental Supports).
- Социальные центры дневного пребывания (Social Day Care).
- Проверка и коррекция зрения\*.

*\*На ежегодную проверку слуха, зрения или состояния зубов разрешения получать не нужно.*

Разрешениями на обслуживание занимается ваш координатор обслуживания. Он согласует их с отделами плана RiverSpring, отвечающими за страховое покрытие конкретных вещей, например медицинского оборудования длительного пользования и принадлежностей, реабилитации и т. д. Для того чтобы попросить нас о разрешении, вам или вашему врачу нужно позвонить в план RiverSpring MAP, телефон 1-800-362-2266; ТТУ 711.

### **Пересмотр страхового покрытия текущего обслуживания**

Вы можете попросить своего координатора обслуживания из плана RiverSpring MAP (отдел координации обслуживания), чтобы вам покрывали больший объем обслуживания, чем сейчас. Это называется **«пересмотр страхового покрытия текущего обслуживания» (concurrent review)**.

### **Пересмотр страхового покрытия обслуживания задним числом**

Иногда мы проверяем, требуется ли вам все еще обслуживание, которое вы получаете. Кроме того, мы можем проверить другие виды лечения и обслуживания, которые вы уже получили. Это называется «пересмотр страхового покрытия обслуживания задним числом». Когда мы это делаем, мы вам об этом сообщаем.

### **Что происходит, когда мы получаем вашу просьбу о разрешении на обслуживание?**

У нашего плана есть группа, отвечающая за то, чтобы участники плана получали необходимое обслуживание, на которое они имеют право. В эту группу входят врачи и медсестры. Они проверяют, требуется ли запрошенное вами лечение или обслуживание по медицинским показаниям и подходит ли оно вам. Для этого они проверяют план вашего лечения на соответствие стандартам медицинской помощи.

Мы можем отказать в страховом покрытии запрошенного обслуживания или разрешить его в объеме меньшем, чем вы просили. Решение принимает квалифицированный медик. Если мы решаем, что запрошенное обслуживание не имеет медицинских показаний, наше решение проверяет врач, медсестра или другой медик, который обычно оказывает запрошенную вами помощь. Вы можете получить медицинские стандарты (называются **критериями клинической экспертизы**), на основании которых принято решение, необходимо ли запрошенное обслуживание.

Получив вашу просьбу, мы ее рассматриваем в **стандартные сроки** или в **ускоренном порядке**. Вы или ваш врач можете попросить об ускоренном рассмотрении, если считаете, что задержка серьезно повредит вашему здоровью. Если мы отвечаем на вашу просьбу об ускоренном рассмотрении отказом, мы сообщаем вам об этом и принимаем решение в стандартные сроки. В любом случае мы принимаем страховое решение так быстро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее, чем указано ниже. Подробнее о процедуре ускоренного рассмотрения см. ниже.

О своем решении мы сообщаем вам и вашему врачу по телефону и письмом. Мы сообщаем также причину такого решения. Кроме того, мы объясняем, что вы можете сделать, если вы не согласны с нашим решением.

### **Рассмотрение в стандартные сроки**

Как правило, страховое решение о покрытии лечения, медицинского приспособления или обслуживания мы принимаем в **стандартные сроки**, если только не согласились принять его в ускоренном порядке.

- **Стандартный срок** рассмотрения просьбы о разрешении на обслуживание — это обычно 3 рабочих дня после того, как мы получаем необходимые сведения. но не позднее **14 календарных дней** после получения просьбы. Если вы просите об изменении страхового покрытия обслуживания, которое вы **уже получаете**, то мы обычно принимаем решение в течение 1 рабочего дня после получения всех необходимых нам сведений, но не позднее 14 календарных дней после того, как получаем вашу просьбу.
- **Мы можем добавить еще до 14 календарных дней**, если о дополнительном времени просите вы или если нам нужна дополнительная информация (например, медицинские документы от врача, который с нами не сотрудничает), которая может способствовать положительному решению. Если мы решаем, что нам нужно еще несколько дней, мы сообщаем вам письмом, какие сведения нам нужны и почему задержка вам на пользу. Получив нужные сведения, решение мы принимаем решение как можно скорее, но не позднее чем через 14 дней с того дня, когда мы запросили дополнительные сведения.
- Если вы считаете, что нам **не** следует брать дополнительные дни, вы можете подать **«быструю жалобу» (“fast complaint”)**. На такую жалобу мы отвечаем не позднее чем через 24 часа с момента ее получения. (Процедура подачи жалобы отличается от процедуры подачи апелляции или просьбы о разрешении на обслуживание. О жалобах, в том числе «быстрых», см. в разделе 5, «Что делать, если у вас есть жалоба по поводу нашего плана».)

Если мы не даем ответ за 14 календарных дней (или до истечения дополнительных дней, если мы их возьмем), то вы можете подать апелляцию.

- **Если мы соглашаемся покрывать все вами запрошенное или его часть**, то разрешаем это обслуживание или приспособление.
- **Если мы отказываемся покрывать все запрошенное или его часть**, то сообщаем вам об этом письмом (Appeal Decision Notice). В нем объясняется, почему наш ответ отрицательный. Подробнее о том, как подать апелляцию на это решение, см. в разделе 2: «Апелляции 1-го уровня».

### Ускоренное рассмотрение

Если этого требует состояние вашего здоровья, попросите нас рассмотреть просьбу о разрешении на обслуживание в **ускоренном порядке (fast service authorization)**.

- **В ускоренном порядке** просьбу о разрешении на обслуживание мы обычно рассматриваем за 1 рабочий день после того, как получаем необходимые сведения, но не позднее чем за **72 часа** после получения просьбы.
- Мы можем, однако, добавить еще **до 14 календарных дней**, если решаем, что отсутствует информация, которая может способствовать положительному решению (например, медицинские документы от врача, который с нами не сотрудничает), или если вам требуется дополнительное время для получения информации, которую вы хотите нам предоставить. Если мы решаем, что нам нужны еще несколько дней, то сообщаем вам письмом, какие сведения нам нужны и почему задержка вам на пользу. Получив нужные сведения, решение мы принимаем решение как можно скорее, но не позднее чем через 14 дней с того дня, когда мы запросили дополнительные сведения.

- Если вы считаете, что нам **не** следует брать дополнительные дни, вы можете подать **«быструю жалобу» (“fast complaint”)**. О жалобах, в том числе «быстрых», см. в разделе 5, «Что делать, если у вас есть жалоба по поводу нашего плана». Мы позвоним вам, как только примем решение.
- Если мы не сообщили свой ответ за 72 часа (или к концу продленного срока, если мы продлевали срок рассмотрения), то вы можете подать апелляцию. См. ниже, раздел 2, «Апелляции 1-го уровня», где говорится о том, как подать апелляцию.

Просьбы о разрешении на обслуживание мы рассматриваем **в ускоренном порядке**, если выполняются следующие два условия:

1. Вы просите о покрытии обслуживания, которое еще не получили. (Если речь идет о покрытии помощи, которую вы уже получили, то просьбу о разрешении этой помощи мы **в ускоренном порядке не рассматриваем.**)
2. Если решение будет принято в стандартные сроки, то ожидание может серьезно повредить вашему здоровью или вашим возможностям.

**Если ваш врач сообщает нам, что ваше здоровье требует быстрого рассмотрения просьбы о разрешении на обслуживание, мы автоматически соглашаемся рассматривать ее в ускоренном порядке.**

Если вы самостоятельно, без врача, просите нас в ускоренном порядке решить, разрешим мы запрошенное обслуживание или нет, то мы сами решаем, требует ли этого состояние вашего здоровья.

Если мы решаем, что при вашем состоянии здоровья **ускоренное рассмотрение** не требуется, мы сообщаем вам об этом письмом и принимаем решение в стандартные сроки.

- В этом письме сказано, что если разрешить вам обслуживание **в ускоренном порядке** попросит ваш врач, то мы автоматически с ним согласимся.
- Кроме того, в письме объясняется, как можно подать **«быструю» жалобу (“fast complaint”)** на наше решение провести рассмотрение вашей просьбы в стандартные сроки. (О жалобах, в том числе «быстрых», см. в разделе 5, «Что делать, если у вас есть жалоба по поводу нашего плана».)

**Если наше решение по всей вашей просьбе или ее части положительное**, мы должны в течение 72 часов после ее получения предоставить вам страховое покрытие. Если мы продлили время, необходимое для рассмотрения вашей просьбы о разрешении на обслуживание или приспособление, мы отвечаем к концу этого продленного срока.

**Если наше решение по всей вашей просьбе или ее части отрицательное**, мы присылаем вам письмо, где подробно объясняется, почему мы отказались. Если вы не довольны нашим решением, то можете подать нам апелляцию. См. ниже, раздел 2, «Апелляции 1-го уровня».

Если вы не получили от нас ответа вовремя, это равносильно отрицательному ответу. В этом случае вы можете подать нам апелляцию. См. ниже, раздел 2, «Апелляции 1-го уровня».

### **Если мы меняем страховое покрытие обслуживания, которое вы уже получаете**

- В большинстве случаев, если мы решаем сократить, приостановить или прекратить покрытие уже разрешенного обслуживания, которое вы сейчас получаете, мы должны сообщить вам об этом не менее чем за 15 дней до изменения страхового покрытия.
- Страховое решение об обслуживании, которое вы уже получили, мы принимаем в течение 30 дней после получения необходимых нам сведений. Если мы отказываемся покрывать обслуживание, то присылаем вам и вашему врачу извещение об отказе. **Вам не нужно платить за полученное обслуживание, покрываемое планом или программой Medicaid, даже если мы впоследствии откажемся платить медику или учреждению.**

Кроме того, по программе Medicare у вас есть определенные права, когда заканчивается страховое покрытие лечения в больнице, медицинского обслуживания на дому, пребывания в центре квалифицированного сестринского ухода или реабилитации в центре комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). Подробнее об этих правах см. в главе 9 «Справочника участника плана RiverSpring MAP» (RiverSpring MAP Evidence of Coverage).

### **Что делать, если вы хотите подать апелляцию на наше страховое решение**

Получив от нас отрицательный ответ на просьбу о покрытии обслуживания или приспособления, вы решаете, будете ли подавать апелляцию.

- В случае отрицательного ответа вы имеете право попросить нас пересмотреть принятое решение (т. е. вы можете подать апелляцию). Апелляция — это еще одна попытка добиться страхового покрытия того обслуживания, которое вы хотите получать.
- Если вы решили подать апелляцию, вам нужно использовать процедуру подачи апелляции 1-го уровня (см. ниже).
- План RiverSpring MAP может вам объяснить, какие процедуры рассмотрения жалоб и апелляций нужны в вашем случае. С вопросами о своих правах и возможных вариантах действий обращайтесь в наш отдел качества, телефон 1-800-362-2266.

**В любое время в процессе рассмотрения апелляции вы или кто-нибудь, кому вы доверяете, можете пожаловаться на медленное рассмотрение в «Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк» (New York State Department of Health), телефон 1-866-712-7197.**

## **Раздел 2. Апелляции 1-го уровня (апелляции на уровне плана)**

Сведения из этой главы применимы как в случае всего обслуживания, покрываемого по программе Medicare, так и в большинстве случаев, когда покрытие предоставляется по программе Medicaid. Эта глава не рассматривает страховое покрытие лекарств по программе Medicare Part D.

На некоторые виды лечения и обслуживания нужно вначале получать наше разрешение. Это называется «заблаговременное разрешение» (prior authorization). Когда вы просите разрешить лечение или обслуживание, это называется просьбой о разрешении на обслуживание (service authorization request). Об этом говорится выше, в разделе 1 этой главы. Если мы решаем ответить отказом на просьбу о разрешении обслуживания или разрешить покрытие обслуживания на сумму, меньше запрошенной, мы сообщим вам об этом письмом (Integrated Coverage Determination Notice).

Если вы получили письмо о нашем отказе, но не согласны с этим решением, то можете подать апелляцию. Апелляция — это еще одна попытка добиться страхового покрытия обслуживания, которое вы хотите получить.

### **Вы можете подать апелляцию 1-го уровня:**

Если апелляцию на какое-нибудь страховое решение вы подаете впервые, то это апелляция 1-го уровня. Рассматривая апелляцию 1-го уровня, мы проверяем, соблюдали ли применимые правила, принимая свое решение. Апелляцию рассматривают сотрудники, которые не принимали решение об отказе. Завершив рассмотрение апелляции, мы в письменном виде сообщаем вам о своем решении. В определенных случаях (см. ниже), вы можете попросить о рассмотрении апелляции в ускоренном порядке.

### **Как подать апелляцию 1-го уровня:**

- Если вас не устраивает наше решение, то на подачу апелляции у вас есть **60 дней** со дня, которым датировано наше письмо, извещающее вас о нашем отрицательном решении. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, то мы можем его продлить. Примеры уважительных причин: у вас серьезное заболевание, помешавшее вам связаться с нами, или мы сообщили вам неправильную или неполную информацию о сроках подачи апелляции.
- Если вы подаете апелляцию на решение, которое мы приняли по поводу помощи, которую вы еще не получили, то вы и/или ваш врач решаете, требуется ли вам **ускоренное рассмотрение** апелляции.
  - Условия и процедуры подачи **апелляции для ускоренного рассмотрения** не отличаются от тех, которые были описаны для ускоренного принятия решения о разрешении на обслуживание. Для того чтобы попросить о рассмотрении **апелляции в ускоренном порядке**, следуйте инструкциям, приведенным для просьбы разрешить обслуживание в ускоренном порядке. (См. раздел 1, подраздел «Ускоренное рассмотрение».)
  - Мы рассматриваем вашу апелляцию в **ускоренном порядке**, если ваш врач считает, что этого требует состояние вашего здоровья.
  - Если речь идет об обслуживании, которое вы уже получаете, то апелляция всегда рассматривается в ускоренном порядке.

- Вы можете подать апелляцию 1-го уровня самостоятельно или попросить кого-нибудь, кому вы доверяете. За помощью при подаче апелляции 1-го уровня обращайтесь в наш отдел качества, телефон 1-800-362-2266.
  - Представлять ваши интересы во время рассмотрения апелляции может только тот, кого вы назначили своим представителем в письменной форме. Если вы хотите, чтобы ваш друг, родственник или кто-нибудь еще представлял ваши интересы во время рассмотрения апелляции, заполните форму для апелляции (Appeal Request Form), приложенную к письму, извещающую о нашем отрицательном решении, (Integrated Coverage Determination Notice), заполните форму «Назначение представителя» (Appointment of Representative) или напишите и подпишите письмо, назначающее вашего представителя.
 

Если вам нужна форма «Назначение представителя», позвоните в наш отдел обслуживания и попросите вас ее прислать. Эта форма есть также на сайте программы Medicare по адресу <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> и на нашем сайте [www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org). Заполненная и подписанная форма позволяет вашему представителю действовать от вашего имени. Вы должны передать нам копию подписанной формы. -ИЛИ-
  - Вы можете написать нам письмо. (Письмо можете прислать нам вы или человек, указанный в письме в качестве вашего представителя.)
- Мы не будем относиться к вам иначе из-за того, что вы подаете апелляцию 1-го уровня.
- Вы можете подать апелляцию 1-го уровня по телефону или в письменном виде.

### **Продолжение страхового покрытия спорного обслуживания или приспособления в ходе рассмотрения апелляции**

Если мы сообщаем о прекращении или уменьшении покрытия обслуживания или приспособления, которое вы уже получаете, покрытие этого обслуживания или приспособления можно продлить, пока апелляция рассматривается.

- Если мы решим ограничить или прекратить покрытие ранее разрешенного обслуживания или приспособления, мы заранее известим вас об этом письмом.
- Если вы не согласны с этим, то можете подать апелляцию 1-го уровня.
- Если вы просите нас не прекращать страховое покрытие обслуживания на время рассмотрения апелляции 1-го уровня, мы выполняем вашу просьбу, но попросить нас об этом нужно не позднее 10 календарных дней со дня, которым датировано наше письмо о планируемом изменении (Integrated Coverage Determination Notice), или не позднее даты вступления силу нашего решения (используется более поздняя дата).

- Если вы подаете просьбу вовремя, то можете до конца рассмотрения апелляции 1-го уровня использовать прежнее страховое покрытие обслуживания или приспособления. Объем всего остального покрываемого обслуживания (которое не является предметом вашей апелляции) остается без изменений.
- Примечание: Если продлить на время рассмотрения апелляции покрытие спорного обслуживания или приспособления, которое вы уже получаете, просит ваш врач, вам, возможно, придется назначить этого врача своим представителем.

### **Что происходит после того, как мы получаем вашу апелляцию 1-го уровня**

- В течение 15 дней мы отправим вам письмо, чтобы сообщить, что мы рассматриваем вашу апелляцию 1-го уровня. Если для рассмотрения нам понадобятся дополнительные сведения, мы вам об этом сообщим.
- Мы бесплатно высылаем вам копию вашего дела. Оно включает копии медицинских записей и любую другую информацию и записи, которые мы будем использовать для принятия решения по апелляции. Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривается в ускоренном порядке, у нас есть мало времени на изучение этой информации.
- Апелляцию, имеющую отношение к клиническим вопросам, рассматривают квалифицированные медики, не имевшие отношения к принятию нашего первого решения. По крайней мере один из них — медик, который обычно оказывает запрошенную вами помощь.
- Апелляции, не имеющие отношения к клиническим вопросам, рассматривают наши сотрудники, находящиеся на более высоких должностях, чем те, которые принимали наше первое решение.
- Вы можете сообщить дополнительные сведения. Это можно сделать лично или в письменной форме. Если вы не уверены, какие сведения нужно сообщить, позвоните нам по телефону 1-800-362-2266.
- Мы сообщим вам причины нашего страхового решения и клинические соображения, которыми мы руководствовались (если они были). Если решение по апелляции отрицательное или если мы разрешаем покрытие на сумму, меньшую, чем вы просили, то сообщаем вам об этом письмом (Appeal Decision Notice). Если решение плана по апелляции 1-го уровня отрицательное, апелляция автоматически поступает на следующий уровень рассмотрения.

### **Стандартные сроки рассмотрения апелляции**

- Если мы рассматриваем апелляцию в стандартные сроки, то должны дать ответ не позднее чем через 30 календарных дней после получения апелляции по поводу обслуживания, которое вы еще не получили.
- Если этого требует состояние вашего здоровья, мы отвечаем раньше.
- Мы можем добавить **еще до 14 календарных дней**, если о дополнительном времени просите вы или если нам нужна дополнительная информация, которая может способствовать положительному решению по апелляции. Если мы решаем, что нам нужно еще несколько дней, мы сообщаем вам письмом, какие

сведения нам нужны и почему задержка вам на пользу. Получив нужные сведения, решение мы принимаем решение как можно скорее, но не позднее чем через 14 дней с того дня, когда мы запросили дополнительные сведения.

- Если вы считаете, что мы **не** должны использовать дополнительные дни, вы можете подать «быструю» жалобу (“fast complaint”) с просьбой ускорить рассмотрение вашего запроса. На такую жалобу мы отвечаем не позднее чем через 24 часа с момента ее получения.
- О жалобах, в том числе «быстрых», см. в разделе 5, «Что делать, если у вас есть жалоба по поводу нашего плана».

Если мы не даем ответ в указанный срок (или к концу продленного срока, если нам понадобились дополнительные дни), мы должны переслать апелляцию на 2-й уровень рассмотрения. На этом уровне ее рассматривает независимая организация.

О какой организации идет речь и что происходит на 2-м уровне рассмотрения апелляции, объясняется ниже в разделе 3, «Апелляции 2-го уровня».

**Если наше решение по всей апелляции или ее части положительное**, мы должны утвердить или предоставить страховое покрытие, на которое согласились, не позднее чем через 72 часа после принятия решения.

**Если наше решение по всей апелляции или ее части отрицательное, то мы должны отправить вашу апелляцию на следующий уровень рассмотрения**, чтобы проверить, все ли правила мы соблюдали. Это значит, что ваша апелляция перешла на 2-й уровень рассмотрения.

### **Сроки для ускоренного рассмотрения апелляции**

- Если мы рассматриваем апелляцию в ускоренном порядке, то должны дать ответ **в течение 72 часов после ее получения**. Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
- Мы можем добавить **еще до 14 календарных дней**, если о дополнительном времени просите вы или если нам нужна дополнительная информация, которая может способствовать положительному решению по апелляции. Если мы решаем, что нам нужно еще несколько дней, мы сообщаем вам письмом, какие сведения нам нужны и почему задержка вам на пользу. Получив нужные сведения, решение мы принимаем решение как можно скорее, но не позднее чем через 14 дней с того дня, когда мы запросили дополнительные сведения.
- Если мы не даем ответа за 72 часа (или к концу продленного срока, если нам понадобились дополнительные дни), то должны автоматически переслать апелляцию на 2-й уровень рассмотрения. О таких апелляциях говорится в разделе 3, «Апелляции 2-го уровня».

**Если наше решение по всей апелляции или ее части положительное**, мы должны в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции утвердить или предоставить страховое покрытие.

**Если наше решение по всей апелляции или ее части отрицательное**, мы автоматически пересылаем ее на 2-й уровень рассмотрения независимой экспертной организацией (independent review organization). Вы или кто-нибудь, кому вы доверяете, можете подать жалобу в план, если вы не согласны с тем, чтобы мы взяли дополнительное время на рассмотрение апелляции.

- На 2-м уровне рассмотрения решение по вашей первой апелляции проверяет независимая экспертная организация. Она называется **«отдел административных слушаний» (Administrative Hearing Office, или Hearing Office)**. Эта организация решает, нужно ли менять наше решение.
- Об этой организации и о том, что происходит на 2-м уровне рассмотрения, объясняется ниже, в разделе 3, «Апелляции 2-го уровня».

**В любое время в процессе рассмотрения апелляции вы или кто-нибудь, кому вы доверяете, можете пожаловаться на медленное рассмотрение также в «Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк» (New York State Department of Health), телефон 1-866-712-7197.**

### **Раздел 3. «Апелляции 2-го уровня»**

Сведения из этой главы применимы как в случае **всего** обслуживания, покрываемого по программе Medicare, так и в большинстве случаев, когда покрытие предоставляется по программе Medicaid. Эта глава не рассматривает страховое покрытие лекарств по программе Medicare Part D.

Если решение плана по апелляции 1-го уровня **отрицательное**, апелляцию **автоматически** передают на следующий уровень рассмотрения. Во время рассмотрения апелляции 2-го уровня **отдел слушаний** проверяет наше решение по вашей апелляции 1-го уровня. Эта организация решает, нужно ли менять наше решение.

- **Отдел слушаний — это независимый орган штата Нью-Йорк.** Он никак с нами не связан. За работой этого отдела наблюдают программы Medicare и Medicaid.
- Материалы по вашей апелляции мы пересылаем в отдел административных слушаний. Эти материалы называются вашим «делом» (case file). **Вы можете попросить, чтобы мы бесплатно предоставили вам копии материалов по вашей апелляции.**
- Вы имеете право сообщить отделу слушаний дополнительные сведения в поддержку своей апелляции.
- Сотрудники отдела слушаний тщательно изучают всю информацию, имеющую отношение к апелляции. **Отдел слушаний** связывается с вами, чтобы назначить слушание.
- Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась в ускоренном порядке, поскольку ожидание в течение стандартного срока могло повредить вашему здоровью, то апелляция 2-го уровня тоже рассматривается в ускоренном порядке. Решение по апелляции 2-го уровня в этом случае принимается **не позднее 72 часов** после получения этой апелляции.

- Если **отделу слушаний** нужно получить дополнительные сведения, которые способны помочь вам получить положительное решение, к сроку может быть добавлено еще до 14 календарных дней.

**Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась в стандартные сроки, на 2-м уровне рассмотрения она тоже будет рассматриваться в стандартные сроки**

- Если апелляция 1-го уровня, которую вы подали в наш план, рассматривалась в **стандартные сроки**, то на 2-м уровне рассмотрения она тоже рассматривается в **стандартные сроки**.
- В этом случае ответ на апелляцию 2-го уровня вы получаете не позднее чем через 60 календарных дней после получения отделом слушаний вашей апелляции. Всего между днем, когда вы подаете апелляцию в план (1-й уровень рассмотрения) и тем днем, когда отдел слушаний принимает решение по апелляции 2-го уровня, может пройти 90 дней.
- Если **отделу слушаний** нужно получить дополнительные сведения, которые способны помочь вам получить положительное решение, к сроку может быть добавлено еще до 14 календарных дней.

**Если страховое покрытие спорного обслуживания, приспособления или лекарства было продлено на время рассмотрения апелляции 1-го уровня, оно сохранится также на время рассмотрения вашей апелляции на 2-м уровне. О продолжении страхового покрытия спорного обслуживания во время рассмотрения апелляции 1-го уровня см. на стр. 23 английского текста.**

**Отдел слушаний сообщает вам письмом свое решение и основания для его принятия.**

- Если отдел слушаний принимает **положительное** решение, по всей апелляции или ее части, мы должны разрешить обслуживание или приспособление **в течение одного рабочего дня после того, как получили решение отдела слушаний**.
- Если отдел слушаний принимает **отрицательное** решение по всей вашей апелляции или ее части, это означает, что решение плана поддержано и вам отказано в запрошенном покрытии. (Это называется поддержать решение, или отклонить апелляцию: «upholding the decision» или «turning down your appeal».)

**Если отдел слушаний принимает отрицательное решение по всей вашей апелляции или ее части, вы выбираете, хотите ли вы продолжить ее рассмотрение.**

- Помимо 2-го уровня существуют еще два дополнительных уровня рассмотрения апелляции (всего четыре уровня).
- Если по апелляции 2-го уровня принято отрицательное решение, то вам нужно решить, хотите ли вы перейти на 3-й уровень рассмотрения. О том как это сделать, говорится в письме, которым вам сообщают о решении по апелляции 2-го уровня.

- Апелляции 3-го уровня рассматривает «Апелляционный совет программы Medicare» (Medicare Appeals Council). После этого вы сможете обратиться с апелляцией в федеральный суд.

**В любое время в процессе рассмотрения апелляции вы или кто-нибудь, кому вы доверяете, можете пожаловаться на медленное рассмотрение также в «Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк» (New York State Department of Health), телефон 1-866-712-7197.**

#### **Раздел 4. Внешние апелляции — только в программе Medicaid**

Внешнюю апелляцию (External Appeal) вы или ваш врач можете подать только по поводу того, что покрывает программа Medicaid.

Вы можете попросить, чтобы штат Нью-Йорк провел **независимое рассмотрение** внешней апелляции, если медицинская помощь, о которой просите вы и ваш врач, наш план отказывается покрывать по одной из следующих причин:

- для этого лечения нет медицинских показаний,
- лечение экспериментальное или исследовательское,
- оно не отличается от той помощи, которую можно получить у сотрудничающих с планом медиков (учреждений),
- его можно получить у медика, который сотрудничает с планом и имеет нужную подготовку и нужный опыт.

Такая апелляция называется внешней, поскольку проверяют наше решение люди, не работающие ни в нашем плане, ни в органах штата. Эти люди — квалифицированные специалисты, утвержденные штатом Нью-Йорк. Спорное обслуживание должно быть в числе покрываемого планом или быть экспериментальным лечением. Платить за работу этих специалистов вам не придется.

**Прежде** чем вы подаете такую апелляцию:

- Вы должны подать в свой план апелляцию 1-го уровня и получить окончательное отрицательное решение (Final Adverse Determination). **-ИЛИ-**
- Если вы еще не получили спорное обслуживание и подаете ускоренную апелляцию первого уровня в наш план, то можете одновременно подать внешнюю апелляцию. (Вашему врачу нужно подтвердить необходимость ускоренной апелляции). **-ИЛИ-**
- Вы и ваш страховой план можете согласиться с тем, чтобы вы не подавали апелляцию в план, а сразу подали внешнюю апелляцию. **-ИЛИ-**
- Вы можете доказать, что ваш план не соблюдал правила, рассматривая вашу апелляцию 1-го уровня.

На то чтобы подать внешнюю апелляцию, у вас есть **4 месяца** после **окончательного отрицательного решения плана**. Если вы и ваш план согласились с тем, чтобы вы не подавали апелляцию в план, то на то чтобы подать внешнюю апелляцию у вас есть 4 месяца с того дня, когда вы и ваш план пришли к этому соглашению.

Для того чтобы подать внешнюю апелляцию, нужно заполнить заявку и послать ее в «Финансовый департамент» (Department of Financial Services).

- Если вам нужна помощь при подаче апелляции, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-800-362-2266.
- Вам и вашим врачам нужно будет предоставить информацию о вашей медицинской проблеме.
- В бланке заявки на внешнюю апелляцию сказано, какие сведения нужны.

Бланк заявки можно получить несколькими способами:

- Позвоните в «Финансовый департамент» (Department of Financial Services), телефон 1-800-400-8882.
- Воспользуйтесь сайтом «Финансового департамента»: [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov).
- Обратитесь в наш страховой план, телефон 1-800-362-2266; ТТУ 711.

Решение по внешней апелляции принимается за 30 дней. Если требуются дополнительные сведения, этот срок может быть продлен (не более чем на пять рабочих дней). Приняв решение, рассматривавший апелляцию специалист сообщает о нем вам и вашему плану в течение двух дней.

Вы можете получить решение раньше, если ваш врач скажет, что задержка может серьезно повредить вашему здоровью. В этом случае апелляция называется **«ускоренной внешней апелляцией» (expedited External Appeal)**. При ускоренном рассмотрении внешней апелляции специалист принимает решение не позднее чем через 72 часа. Свое решение он сообщает вам и вашему плану сразу, по телефону или факсу. Позднее вы получаете письмо, содержащее это решение.

**В любое время в процессе рассмотрения апелляции вы или кто-нибудь, кому вы доверяете, можете пожаловаться на медленное рассмотрение также в «Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк» (New York State Department of Health), телефон 1-866-712-7197.**

### **Раздел 5. Что делать, если у вас есть жалоба по поводу нашего плана**

Сведения из этой главы применимы как в случае **всего** обслуживания, покрываемого по программе Medicare и программе Medicaid. Эта глава не рассматривает страховое покрытие лекарств по программе Medicare Part D.

Мы надеемся, что наш план вас обслуживает хорошо. Если у вас сложности с получением помощи или сложности с обслуживанием в нашем плане, если вам не нравится, как вас лечат или как мы вас обслуживаем, напишите или позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-800-362-2266. **Юридический термин для «подачи жалобы»: “filing a grievance”.**

Вы можете попросить человека, которому вы доверяете, подать жалобу от вашего имени. Если для того чтобы общаться с нами вам нужна наша помощь, например из-за нарушения слуха или зрения, или если вам нужен переводчик, мы готовы вам помочь. Мы не будем предпринимать против вас никакие действия за то, что вы подали жалобу.

## Как подать жалобу:

- **Обычно первый шаг — это звонок в наш отдел обслуживания.** Если нужно сделать еще что-нибудь, в отделе обслуживания вам об этом сообщат. 1-800-362-2266, ТТУ: 711; линия работает без выходных, с 8:00 до 20:00 по восточному времени.
- Если вы не хотите звонить (или позвонили, но остались недовольны беседой с нашим сотрудником), то **можете подать жалобу в письменном виде.** Если вы подаете жалобу в письменном виде, мы отвечаем вам письмом.
- План RiverSpring MAP принимает жалобы как в устной, так и в письменной форме. Вы можете подать жалобу в любое время. Если вы подаете жалобу в письменной форме, мы отвечаем вам письмом. Мы изучаем ваши претензии и получаем дополнительные сведения, нужные для рассмотрения жалобы. Наш план отвечает на жалобу так быстро, как того требует ваше состояние, но не позднее чем через 30 календарных дней после получения жалобы. В некоторых случаях вы можете захотеть, чтобы жалоба рассматривалась в ускоренном порядке.
- **Звонить и писать нужно в наш отдел обслуживания. Это нужно делать не откладывая.** Вы можете подать жалобу в любое время после возникновения проблемы, на которую жалуетесь.

## Что дальше?

- **Мы стараемся отвечать на жалобы незамедлительно.** Если вы жалуетесь по телефону, то иногда мы можем сразу, во время разговора, дать вам ответ. Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, мы отвечаем быстро.
- На большинство жалоб мы отвечаем не позднее чем через 30 календарных дней.
- Если вы жалуетесь на то, что мы отказались в ускоренном порядке рассмотреть апелляцию или просьбу о разрешении на обслуживание, ваша жалоба автоматически получает статус «быстрой» жалобы (fast complaint). На «быструю жалобу» мы должны дать ответ в течение 24 часов.
- Если нам требуется дополнительная информация и задержка в ваших интересах или если о дополнительном времени просите вы сами, мы можем добавить к установленному сроку до 14 календарных дней (общий срок составит не более 44 календарных дней). Если мы решаем, что нам требуются еще несколько дней, мы сообщаем вам об этом письмом.
- Если же вы уже попросили нас о разрешении на обслуживание или подали апелляцию, но считаете, что мы действуем недостаточно быстро, то можете пожаловаться на нашу медлительность. Вот примеры того, когда можно подать такую жалобу:
  - Вы попросили в ускоренном порядке выдать вам разрешение на обслуживание или рассмотреть апелляцию, а мы отказались.

- Вы считаете, что мы не укладываемся в сроки, установленные для принятия решения о разрешении на обслуживание или для рассмотрения апелляции.
  - Мы должны покрыть или возместить вам расходы на определенное обслуживание или лекарства в установленные сроки, а вы считаете, что мы эти сроки не соблюдаем.
  - Мы не принимаем страховое решение вовремя и не передаем ваше дело в отдел слушаний в установленный срок.
- **Если мы не согласны** со всей вашей жалобой или ее частью или если мы не несем ответственности за проблему, ставшую причиной жалобы, мы вам об этом сообщаем. Наш ответ содержит обоснование принятого решения. Согласны мы с вашей жалобой или нет, мы должны вам ответить в любом случае.

### **Апелляция на решение по жалобе**

Если вы не согласны с решением, которое мы приняли по вашей жалобе на обслуживание, покрываемое по программе Medicaid, то вы или кто-нибудь, кому вы доверяете, можете подать в наш план **апелляцию на решение по жалобе**.

### **Как подать апелляцию на решение по жалобе:**

- Если вас не устраивает наше решение, у вас есть 60 рабочих дней после того, как мы о нем сообщим.
- Вы можете подать апелляцию самостоятельно или попросить кого-нибудь, кому вы доверяете.
- Апелляцию на решение по жалобе нужно подавать в письменном виде.
  - Если вы подаете апелляцию по телефону, то должны после прислать ее письмом.
  - После вашего звонка мы высылаем вам форму, в которой приведено резюме вашей телефонной апелляции.
  - Если вы согласны с нашим резюме, то вам нужно подписать эту форму и прислать нам. Вы можете внести любые необходимые изменения, прежде чем отправлять форму обратно нам.

### **Что происходит после того, как мы получаем вашу апелляцию на решение по жалобе:**

Получив апелляцию, мы не позднее 15 рабочих дней присылаем вам письмо. В этом письме мы сообщаем следующие сведения:

- Кто работает над вашей апелляцией.
- Как связаться с этим человеком.
- Нужны ли нам дополнительные сведения.

Вашу апелляцию на решение по жалобе рассматривает один или несколько квалифицированных специалистов. Это специалисты, находящиеся на более высоких должностях, чем те, кто принимал первое решение по вашей жалобе.

Если ваша апелляция на решение по жалобе касается клинических вопросов, ваше дело рассматривает один или несколько квалифицированных медиков. По крайней мере, один из них — это медик, который обычно оказывает помощь, аналогичную той, по поводу которой вы подали жалобу, и который не участвовал в принятии первого решения по вашей жалобе.

О своем решении мы сообщаем в течение 30 рабочих дней после получения всех необходимых сведений. Если задержка может угрожать вашему здоровью, вы получите наше решение в течение 2 рабочих дней после того, как мы получим все сведения, необходимые для принятия решения по апелляции. Мы сообщим вам причины нашего решения и клинические соображения, которыми мы руководствовались (если они были).

**Если вы по-прежнему не удовлетворены, то вы или кто-либо от вашего имени можете в любое время подать жалобу в «Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк», телефон 1-866 712-7197.**

### **Participant Ombudsman**

Participant Ombudsman под названием Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) — это независимая организация, оказывающая бесплатную помощь омбудсмена людям, получающим долгосрочную помощь в штате New York. В организации ICAN вы можете получить бесплатную независимую консультацию по поводу Вашего страхового покрытия, жалоб и вариантов апелляции. Там могут помочь вам по вопросам процедуры апелляции.

Как связаться с ICAN:

Тел.: 1-844-614-8800 (TTY: 711)

Сайт: [www.icannys.org](http://www.icannys.org) | Эл. почта: [ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)

### **ВЫХОД ИЗ ПЛАНА RIVERSPRING MAP**

Участники плана, действующего по программе Medicaid Advantage Plus, не могут быть из него исключены ни по какой из следующих причин:

- Высокий уровень использования покрываемого обслуживания, текущее состояние здоровья или изменение здоровья.
- Снижение умственных способностей или несговорчивое или деструктивное поведение, вызванное вашей инвалидностью, за исключением случаев, когда такое поведение приводит к тому, что вы лишаетесь права на участие в программе Medicaid Advantage Plus.

### **Вы можете добровольно выйти из плана**

Вы можете попросить, чтобы вас исключили из плана RiverSpring MAP, в любое время и по любой причине.

Для этого позвоните по телефону 1-800-362-2266. Работа по такой просьбе может занять до шести недель в зависимости от времени ее получения. Вы можете перейти из нашего плана в обычную программу Medicaid (без участия страховых планов) или в другой страховой план, если у вас есть право на включение в такой план. Если Вы по-прежнему нуждаетесь в длительном обслуживании и поддержке по месту жительства (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS), например, в помощи при уходе за собой, то для того чтобы получать обслуживание CBLTSS вы

должны сделать следующее: стать участником другого плана MLTC или альтернативной программы обслуживания на дому или по месту жительства (Home and Community Based Waiver).

**Вам придется выйти из числа участников плана RiverSpring MAP в следующих случаях:**

- Вы больше не включены в план RiverSpring MAP для получения покрытия по программе Medicare.
- Вы больше не имеете права быть участником программы Medicaid.
- Вы нуждаетесь в медицинском обслуживании в центре сестринского ухода, но программа Medicaid вам его не покрывает.
- Вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана более 30 дней подряд.
- Вы навсегда покидаете зону обслуживания плана RiverSpring MAP.
- Согласно «Проверке необходимости обслуживания по месту жительства» (Community Health Assessment, CHA), вы больше не имеете права на обслуживание того уровня, который предоставляется в центре сестринского ухода. Исключения делаются в тех случаях, когда существуют разумные опасения, что прекращение обслуживания, покрываемого по нашему плану, приведет к тому, что вы получите такое право на обслуживание того уровня, который предоставляется в центре сестринского ухода.
- По результатам проверки Вы, живя не в медицинском учреждении, больше не имеете функциональной или клинической необходимости в длительном обслуживании и поддержке по месту жительства (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS).
- Единственное обслуживание, которое Вам нужно, — это посещения социального центра дневного пребывания.
- Вы стали участником альтернативной программы покрытия обслуживания на дому и по месту жительства (Home and Community Based Services Waiver) или участником программы «Управления по вопросам людей с нарушениями развития» (Office of Addiction Services and Supports) с проживанием.
- Вы не менее чем на сорок пять (45) дней стали участником программы с проживанием, предоставляемой «Управлением по вопросам психического здоровья» (Office of Mental Health, OMH) или «Управлением по вопросам людей с нарушениями развития» (Office of Addiction Services and Supports, OASAS) (это обслуживание план, действующий по программе MAP, не покрывает).

**Мы можем попросить вас выйти из плана RiverSpring MAP в следующих случаях:**

- Вы или член семьи, или человек, который неофициально за вами ухаживает, или другой член домохозяйства ведет себя так, что это серьезно мешает плану работать.
- Вы сознательно предоставили ложные сведения, заполняя форму включения в план, или допускаете злоупотребление регистрационной картой в программе MAP.
- Вы не заполнили или не представили одну из обязательных форм согласия или согласия на раскрытие информации.
- Вы не платите или не принимаете меры для уплаты денежной суммы, определенной местным отделом социальных служб, причитающейся плану, в течение 30 дней после наступления срока платежа. Мы приложим разумные усилия для взыскания задолженности.

На принудительное исключение вас из плана RiverSpring MAP нам нужно получить разрешение программы New York Medicaid Choice (NYMC) или организации, назначенной штатом. Фактической датой прекращения участия в плане будет первый день месяца, следующего за месяцем, в котором Вы утратили право на участие в плане. Если вы по-прежнему нуждаетесь в обслуживании CBLTSS, вам потребуется выбрать другой план или вы автоматически перейдете на другой план.

### **КУЛЬТУРНЫЕ И ЯЗЫКОВЫЕ АСПЕКТЫ**

План RiverSpring MAP уважает ваши убеждения и учитывает культурное разнообразие. Мы уважаем вашу культуру и культурную самобытность и работаем над устранением культурного неравенства. Мы поддерживаем инклюзивную сеть поставщиков услуг, компетентных в культурном отношении, а также продвигаем и обеспечиваем предоставление услуг культурно приемлемым способом для всех участников плана. К ним относятся, в частности, люди с ограниченным знанием английского языка, с различным культурным и этническим происхождением, а также представители различных религиозных общин.

### **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТНИКА ПЛАНА**

План RiverSpring MAP прилагает все возможные усилия для того, чтобы отношение ко всем участникам плана было достойным и вежливым. Во время включения в план координатор обслуживания объяснит вам ваши права и обязанности. Если вам требуются услуги переводчика, ваш координатор обслуживания организует их предоставление. Персонал приложит все усилия, чтобы помочь вам использовать ваши права.

#### **Права участников плана**

- У вас есть право получать необходимую медицинскую помощь.
- У вас есть право своевременно получать помощь и обслуживание.
- У вас есть право на конфиденциальность записей о вашем здоровье и на соблюдение вашей приватности во время лечения.
- У вас есть право получать в доступной форме информацию о возможных и альтернативных вариантах лечения.
- У вас есть право получать информацию на понятном вам языке. Вы имеете право на бесплатную помощь устного переводчика.
- У вас есть право получать информацию, которая вам нужна для того, чтобы дать информированное согласие перед началом лечения.
- У вас есть право на уважительное и вежливое к вам отношение.
- У вас есть право получать копии медицинских записей и просить о внесении в них изменений или исправлений.

- У вас есть право участвовать в принятии решений о вашем лечении, в том числе отказываться от лечения.
- У вас есть право быть уверенным в том, что ваши права и возможности не будут никоим образом ограничены, для того чтобы оказать на вас давление, принудить вас к чему-либо, облегчить чью-либо работу или вас наказать.
- У вас есть право получать помощь независимо от вашего пола, расы, состояния здоровья, возраста, страны происхождения, половой ориентации, семейного положения и религии.
- У вас есть право на информацию о том, где, когда и как вы можете получить необходимые вам виды помощи по своему плану координируемого долговременного медицинского обслуживания. Кроме того, у вас есть право знать о том, каким образом можно получить помощь у медиков или в медучреждениях, которые с нами не сотрудничают (если наши медики и медучреждения такую помощь не предоставляют).
- У вас есть право подавать жалобы в «Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк» или в свой местный отдел социальных служб. У вас есть право просить о проведении административного слушания органами штата Нью-Йорк и/или подавать внешние апелляции на рассмотрение штатом New York, если это необходимо.
- У вас есть право назначить своего представителя, который будет от вашего имени обсуждать предоставляемые вам помощь и лечение.
- У вас есть право на обращение за помощью по программе Participant Ombudsman.

### **Обязанности участников плана**

- Получать покрываемое обслуживание через план RiverSpring MAP.
- За покрываемой помощью и обслуживанием обращаться к медикам и в учреждения, сотрудничающим с планом RiverSpring MAP.
- Заранее получать разрешение на покрываемое обслуживание, за исключением уже утвержденного.
- Посещать своего врача в случае изменения состояния здоровья.
- Предоставлять полную и точную медицинскую информацию лечащим вас медикам.
- Сообщать персоналу плана RiverSpring MAP о любых изменениях в состоянии здоровья и сообщать, когда Вы не понимаете инструкции или не можете им следовать.

- Следовать плану обслуживания, рекомендованному персоналом плана RiverSpring MAP (с возможностью внесения Вами соответствующих предложений).
- Сотрудничать и проявлять уважение к персоналу плана RiverSpring MAP и не допускать дискриминации персонала плана RiverSpring MAP по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, религии, пола, возраста, умственных или физических способностей, сексуальной ориентации или семейного положения.
- Сообщать плану RiverSpring MAP в течение двух рабочих дней после получения не покрываемого или не утвержденного заранее обслуживания.
- Заранее сообщать своей группе обслуживания из плана RiverSpring MAP о том, что вы не будете получать организованную для вас помощь или обслуживание, потому что вас не будет дома.
- Сообщать плану RiverSpring MAP об окончательном переезде из его зоны обслуживания или о любом длительном отсутствии в зоне обслуживания.
- Отвечать за свои действия, если вы отказываетесь от лечения или не выполняете указания человека, который за вами ухаживает.
- Выполнять свои финансовые обязательства.

### **Заблаговременные медицинские указания на случай недееспособности**

Заблаговременные медицинские указания на случай недееспособности (Advance Directives) — это юридические документы, гарантирующие выполнение Ваших пожеланий, когда вы не можете принимать решения самостоятельно. Такие указания могут иметь форму доверенности на принятие решений о медицинской помощи (Health Care Proxy), завещания о жизни (Living Will) или указания не проводить реанимацию (Do Not Resuscitate Order). В этих документах можно указать, какую медицинскую помощь вы хотите получить при определенных обстоятельствах, и (или) уполномочить конкретного члена семьи или друга принимать решения от вашего имени.

Вы имеете право оставлять заблаговременные указания на свое усмотрение. Важнее всего задокументировать то, какую медицинскую помощь вы хотите получать, если из-за болезни или травмы Вы больше не сможете общаться с врачами. За помощью в заполнении этих документов обращайтесь к своему координатору обслуживания. Если у вас уже есть заблаговременные указания, передайте их копию своему координатору обслуживания.

### **Информация, доступная по запросу**

- Информация о структуре и работе плана RiverSpring MAP.
- Конкретные клинические критерии, относящиеся к определенному состоянию здоровья, и другая информация, которую план RiverSpring MAP учитывает при выдаче разрешения на обслуживание.

- Правила и процедуры, регулирующие обращение с конфиденциальной медицинской информацией.
- Письменное описание организационных мероприятий и текущих процедур программы обеспечения качества и повышения эффективности работы.
- Правила аттестации медиков и учреждений.
- Последняя финансовая декларация плана RiverSpring MAP; правила и процедуры, которые план RiverSpring MAP применяет, принимая решение о правах медика или учреждения.

### **ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ ЭЛЕКТРОННЫЕ ИЗВЕЩЕНИЯ**

План RiverSpring MAP и сотрудничающие с нами медики и учреждения может в электронном виде, а не по телефону или почте извещать вас о разрешениях на обслуживание, апелляциях в план, жалобах и апелляциях по жалобам.

План RiverSpring MAP может извещать вас по электронной почте.

Если вы хотите получать эти извещения в электронном виде, обратитесь к нам. Для того чтобы попросить об этом, свяжитесь с нами по телефону, электронной или обычной почте:

Телефон..... 1-800-362-2266; TTY: 711

Email..... [RecordsRequest@elderservehealth.org](mailto:RecordsRequest@elderservehealth.org)

Почта..... 80 West 225 St., Bronx, NY 10463

### **Обращаясь к нам, вы должны:**

- Сообщите нам, как вы хотите получать сообщения, которые мы обычно отправляем по почте.
- Сообщите нам, как вы хотите получать сообщения, которые мы обычно делаем по телефону.
- Сообщите нам свою контактную информацию (номер мобильного телефона, адрес электронной почты, номер факса и т. д.).

План RiverSpring MAP сообщит вам по почте, что вы попросили получать уведомления в электронном виде.

## УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУСТИМОСТИ ДИСКРИМИНАЦИИ

План **RiverSpring MAP (HMO D-SNP)** соблюдает федеральные законы о гражданских правах. План **RiverSpring MAP** никого не дискриминирует по признакам расы, цвета кожи, страны происхождения, национальности, возраста, инвалидности и пола.

**План RiverSpring MAP** предоставляет следующее:

- Людям с ограниченными возможностями бесплатно помогает общаться с планом:
  - Предоставляет переводчиков с языка жестов.
  - Присылает материалы плана в удобных для его участника формах (крупный шрифт, удобный электронный формат, аудиозапись и т. д.).
- Людям, недостаточно хорошо знающим английский язык, бесплатно предоставляет помощь переводчиков:
  - Опытные устные переводчики.
  - Письменные переводы материалов плана.

Если вам нужны эти услуги, позвоните в **план RiverSpring MAP** по телефону 1-800-362-2266, TTY/TDD: 711.

Если вы считаете, что план **RiverSpring MAP** не предоставил вам эти услуги или относился к вам иначе из-за расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу в план **RiverSpring MAP** следующим образом:

По почте: 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, New York 10463  
Телефон: (800) 362-2266 (for TTY/TDD services, call 711)  
Факс: (888) 341-5009  
Лично: 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, New York 10463  
Эл. почта: mltcqadepth@elderservehealth.org

Кроме того, пожаловаться на нарушение гражданских прав можно в «Управление по вопросам гражданских прав» (Office for Civil Rights) Департамента здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services):

Сайт: Портал жалоб «Управления по вопросам гражданских прав» по адресу  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
По почте: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Бланки жалоб есть на сайте  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>  
Тел.: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

### Службы устного перевода.

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-362-2266. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-362-2266. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-362-2266。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-362-2266。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-362-2266. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-362-2266. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-362-2266 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-362-2266. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-362-2266번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-362-2266. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-362-2266**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-362-2266 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-362-2266. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-362-2266. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-362-2266. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-362-2266. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-362-2266**にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Form CMS-10802  
(Expires 12/31/25)