

План RiverSpring MAP (HMO D-SNP), предлагаемый RiverSpring Health Plans

Ежегодное уведомление об изменениях на 2025 год плана RiverSpring MAP (HMO D-SNP)

Вы являетесь участником плана RiverSpring MAP (HMO D-SNP). В следующем году в стоимость услуг и доступные в рамках плана льготы будут внесены некоторые изменения. **Сводная таблица наиболее важных расходов, включая страховые взносы, приведена на стр. 5.**

В этом документе описываются изменения в вашем плане. Для получения дополнительной информации о стоимости, льготах и правилах ознакомьтесь с *Подтверждением страхового покрытия*, размещенным на нашем сайте по адресу www.RiverSpringHealthplans.org. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников и попросить нас выслать вам *Подтверждение страхового покрытия* по почте.

Что следует сделать сейчас

1. СПРОСИТЬ: Какие изменения касаются вас

- ☐ Чтобы определить, затронет ли это вас, ознакомьтесь с изменениями, вносимыми в наши льготы и стоимость.
 - Ознакомьтесь с изменениями в стоимости медицинского обслуживания (услуги врачей и медицинских учреждений).
 - Ознакомьтесь с изменениями в нашем страховом покрытии лекарственных препаратов, включая ограничения покрытия и взносы совместного страхования.
 - Подумайте, сколько вы будете тратить на страховые взносы, франшизу и взносы совместного страхования.
 - Проверьте изменения в «Списке лекарственных препаратов» на 2025 год, чтобы убедиться, что лекарства, которые вы принимаете в настоящее время, по-прежнему покрываются.
 - Сравните информацию о планах на 2024 и 2025 годы, чтобы узнать, перейдут ли какие-либо из этих препаратов на другой уровень разделения затрат или будут ли применяться другие ограничения в их отношении, например предварительное разрешение, поэтапная терапия или ограничение по количеству, в 2025 году.
- ☐ Проверьте, останутся ли в следующем году в нашей сети ваши лечащие врачи, специалисты, больницы и другие поставщики услуг, включая аптеки.
- ☐ Проверьте, можете ли вы претендовать на помощь в оплате рецептурных лекарственных препаратов. Лица с ограниченным доходом могут

соответствовать критериям участия в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help) от Medicare.

- ☐ Подумайте, довольны ли вы нашим планом.

2. СРАВНИТЬ: Узнайте о других вариантах планов

- ☐ Уточните объем покрытия и стоимость услуг в планах, предлагаемых в вашем регионе. Воспользуйтесь инструментом поиска планов Medicare по ссылке www.medicare.gov/plan-compare или изучите список в конце справочника «*Medicare и вы*» на 2025 год. Для получения дополнительной поддержки обратитесь в Программу помощи по вопросам медицинского страхования вашего штата (SHIP) и поговорите с квалифицированным консультантом.
- ☐ Остановив свой выбор на предпочтительном плане, подтвердите свои расходы и покрытие на веб-сайте соответствующего плана.

3. ВЫБРАТЬ: Решите, желаете ли вы сменить свой план

- Если до 7 декабря 2024 г. вы не зарегистрируетесь в другом плане, вы останетесь в RiverSpring MAP (HMO D-SNP).
- Если вы желаете **сменить план**, вы сможете сделать это в период с 15 октября по 7 декабря. Ваше новое покрытие начнет действовать с **1 января 2025 года**. Таким образом, ваша регистрация в плане *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* будет прекращена.
- Дополнительную информацию о доступных для вас вариантах смотрите в разделе 3.2 на стр. 24.
- Если вы недавно переехали в специализированное учреждение (такое как учреждение квалифицированного сестринского ухода или больница долгосрочного медицинского обслуживания) или проживаете в таком учреждении в настоящее время, вы можете в любое время сменить план или перейти в программу Original Medicare (как с отдельным планом обеспечения рецептурными препаратами в рамках Medicare, так и без него). Если вы недавно выехали из специализированного учреждения, у вас есть возможность сменить план или перейти в программу Original Medicare в течение двух полных месяцев после месяца вашего выезда.

Дополнительные ресурсы

- Этот документ предоставляется бесплатно на испанском, китайском и русском языках
- Чтобы получить дополнительную информацию, свяжитесь с нашим отделом обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711). Часы работы: с 08:00 до 20:00 по восточному времени, без выходных. Звонок бесплатный.
- Вы можете получить эту информацию бесплатно в других форматах, например набранную крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Звоните

по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711).
Часы работы: с 08:00 до 20:00 по восточному времени, без выходных.

- **Страхование покрытие в рамках этого плана является достаточным страховым покрытием (QHC)** и удовлетворяет требованиям Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании (ACA) касательно вопросов совместной ответственности. Более подробную информацию можно получить на веб-сайте Федеральной налоговой службы США (IRS) www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

О *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*

- План *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* – это план, заключивший договоры с программами Medicare и Medicaid. Возможность регистрации в плане *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* зависит от продления этих договоров. План также имеет письменное соглашение с программой Medicaid штата New York о координации ваших льгот по программе Medicaid.

Когда в этом документе упоминаются местоимения «мы», «нас», «нам» или «наш», это означает *RiverSpring Health Plans*. Термины «план» или «наш план» означают план *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*.

Ежегодное уведомление об изменениях на 2025 год
Содержание

Сводная таблица наиболее важных расходов в 2025 году	5
РАЗДЕЛ 1 Изменения в льготах и стоимости услуг в следующем году.....	9
Раздел 1.1 – Изменения размера ежемесячного страхового взноса.....	9
Раздел 1.2 – Изменения максимальной суммы наличных расходов.....	9
Раздел 1.3 – Изменения в сети поставщиков и аптек	10
Раздел 1.4 – Изменения в льготах и стоимости медицинских услуг	11
Раздел 1.5 – Изменения в страховом покрытии рецептурных препаратов по Части D.....	19
РАЗДЕЛ 2 Административные изменения.....	23
РАЗДЕЛ 3 Решение о выборе плана	23
Раздел 3.1 – Если вы хотите остаться в плане <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i>	23
Раздел 3.2 – Если вы хотите сменить план.....	23
РАЗДЕЛ 4. Срок смены планов	24
РАЗДЕЛ 5 Программы, предлагающие бесплатные консультации о Medicare и Medicaid	25
РАЗДЕЛ 6 Программы, помогающие оплачивать рецептурные препараты	26
РАЗДЕЛ 7 Если у вас есть вопросы	27
Раздел 7.1 – Получение помощи от <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i>	27
Раздел 7.2 – Получение помощи от Medicare.....	28
Раздел 7.3 – Получение помощи от Medicaid.....	29

Сводная таблица наиболее важных расходов в 2025 году

В приведенной ниже таблице сравниваются расходы участников плана *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* в 2024 году и в 2025 году по нескольким важным аспектам обслуживания.

Помните о том, что это всего лишь сводный перечень расходов. Если вы соответствуете критериям для получения помощи в оплате суммы разделения затрат в рамках программы Medicaid, вы платите \$0 за свою франшизу, посещения кабинета врача и пребывание в стационаре.

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Ежемесячный страховой взнос за участие в плане* * Ваш страховой взнос может быть выше или ниже указанной суммы. Подробности см. в разделе 1.1.	\$0 или 48.70 – ваш страховой взнос по Части D	\$0 или 72.30 – ваш страховой взнос по Части D
Франшиза по Части В	Франшиза по Части В составляет \$240 и не включает инсулин, который вводится с помощью изделия, относящегося к категории медицинского оборудования длительного пользования. Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите \$0.	Франшиза по Части В составляет \$240 и не включает инсулин, который вводится с помощью изделия, относящегося к категории медицинского оборудования длительного пользования. Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите \$0. Это суммы разделения затрат на 2024 год, и они могут измениться в 2025 году. План RiverSpring MAP проинформирует об обновленных тарифах, как только они будут приняты.

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Посещения кабинета врача	Посещения для получения первичной помощи: \$0 за посещение Посещения врачей-специалистов: \$0 за посещение Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите \$0 за посещение.	Посещения для получения первичной помощи: \$0 за посещение Посещения врачей-специалистов: \$0 за посещение Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите \$0 за посещение.
Пребывание в стационаре больницы	Сострахование или доплата в размере \$0. Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите \$0.	Сострахование или доплата в размере \$0. Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите \$0.
Покрытие рецептурных препаратов по Части D (подробнее см. в разделе 1.5)	Франшиза: \$545, за исключением покрываемых препаратов инсулина и большинства вакцин для взрослых в рамках Части D. *В зависимости от вашего уровня прав на участие в программе Medicaid, вам, возможно, не придется нести ответственность за разделение затрат (см. отдельный вкладыш, «Дополнение LIS», где	Франшиза: \$590, за исключением покрываемых препаратов инсулина и большинства вакцин для взрослых в рамках Части D. *В зависимости от вашего уровня прав на участие в программе Medicaid, вам, возможно, не придется нести ответственность за разделение затрат (см. отдельный вкладыш, «Дополнение LIS», где

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
	указана сумма вашей франшизы). Доплата/сострахование, если применимо, на стадии первоначального покрытия: Уровень препарата 1: В зависимости от ваших прав на участие в программе Medicaid вы платите: За дженерики (включая фирменные лекарства, рассматриваемые в качестве дженериков): Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$1.55; или Доплата в размере \$4.50; или 25% от стоимости. За все другие лекарственные препараты: Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$4.60; или Доплата в размере \$11.20; или 25% от стоимости. Вы платите \$35 за запас каждого покрываемого препарата инсулина на один месяц на этом уровне.	указана сумма вашей франшизы). Доплата/сострахование, если применимо, на стадии первоначального покрытия: Уровень препарата 1: В зависимости от ваших прав на участие в программе Medicaid вы платите: За дженерики (включая фирменные лекарства, рассматриваемые в качестве дженериков): Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$1.60; или Доплата в размере \$4.90; или 25% от стоимости. За все другие лекарственные препараты: Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$4.80; или Доплата в размере \$12.15; или 25% от стоимости. Вы платите \$35 за запас каждого покрываемого препарата инсулина на один месяц на этом уровне.

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
	Стадия критического покрытия: • На этой стадии план оплачивает полную стоимость ваших препаратов, покрываемых по Части D. Вы ничего не платите.	Стадия критического покрытия: • На этой стадии оплаты вы ничего не платите за лекарственные препараты, покрываемые Частью D.
Максимальная сумма собственных затрат Это <u>наибольшая</u> сумма, которую вы заплатите из собственных средств за покрываемые услуги по Части А и Части В (подробнее см. в разделе 1.2).	\$8,850 Вы не несете ответственности за оплату каких-либо расходов в пределах максимальной суммы собственных затрат на оплату услуг, покрываемых по Части А и Части В.	\$8,900 Вы не несете ответственности за оплату каких-либо расходов в пределах максимальной суммы собственных затрат на оплату услуг, покрываемых по Части А и Части В.

РАЗДЕЛ 1 Изменения в льготах и стоимости услуг в следующем году

Раздел 1.1 – Изменения размера ежемесячного страхового взноса

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Ежемесячный страховой взнос (Вы должны продолжать выплачивать страховые взносы за участие в Части В программы Medicare, за исключением случаев, когда выплаты за вас осуществляются по программе Medicaid).	\$0 или 48.70 – ваш страховой взнос по Части D	\$0 или 72.30 – ваш страховой взнос по Части D

Раздел 1.2 – Изменения максимальной суммы наличных расходов

Medicare требует, чтобы все планы медицинского страхования ограничивали сумму, которую вы оплачиваете из собственных средств в течение года. Этот лимит называется максимальной суммой собственных затрат. По достижении этой суммы, вы, как правило, ничего не платите за покрываемые услуги по Части А и Части В до конца года.

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Максимальная сумма собственных затрат Учитывая, что наши участники также получают помощь по программе Medicaid, лишь немногие из них достигают этой максимальной суммы собственных затрат. Вы не несете ответственности за оплату каких-либо расходов в пределах максимальной суммы собственных затрат на оплату услуг, покрываемых по Части А и Части В.	\$8,850 После того как сумма ваших собственных затрат на покрываемые услуги по Частям А и В составит \$8,850, вы не будете ничего платить за покрываемые услуги по Частям А и В в течение оставшейся части календарного года.	\$8,900 После того как сумма ваших собственных затрат на покрываемые услуги по Частям А и В составит \$8,900, вы не будете ничего платить за покрываемые услуги по Частям А и В в течение оставшейся части календарного года.

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Ваши расходы на покрываемые медицинские услуги (например, доплаты) засчитываются в максимальную сумму ваших собственных затрат. Страховой взнос за участие в плане и расходы на рецептурные лекарственные препараты не учитываются в максимальной сумме ваших собственных затрат.		

Раздел 1.3 – Изменения в сети поставщиков и аптек

Суммы, которые вы платите за ваши рецептурные препараты, зависят от того, услугами какой аптеки вы пользуетесь. В планах обеспечения рецептурными препаратами Medicare предусмотрена собственная сеть аптек. В большинстве случаев план оплачивает рецептурные препараты *только* при их получении в одной из наших сетевых аптек.

Обновленные справочники находятся на нашем веб-сайте по адресу www.RiverSpringHealthplans.org. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников, чтобы получить обновленную информацию о поставщике услуг и/или аптеке или попросить нас выслать вам справочник, который мы отправим по почте в течение трех рабочих дней.

В следующем году в нашей сети поставщиков услуг произойдут изменения. **Ознакомьтесь со Справочником поставщиков на 2025 год по ссылке www.RiverSpringHealthplans.org, чтобы узнать, входят ли ваши поставщики услуг (поставщики первичных медицинских услуг, врачи-специалисты, больницы и т. п.) в нашу сеть.**

В следующем году в нашей сети аптек произойдут изменения. **Ознакомьтесь со Справочником аптек на 2025 год по ссылке www.RiverSpringHealthplans.org, чтобы узнать, какие аптеки входят в нашу сеть.**

Примите к сведению, что в течение года мы можем вносить изменения в список больниц, врачей и узких специалистов (поставщиков услуг), а также аптек, которые обслуживают участников вашего плана. Если в середине года произойдет изменение в составе поставщиков услуг и оно коснется вас, обратитесь в отдел обслуживания участников, чтобы мы могли помочь вам.

Раздел 1.4 – Изменения в льготах и стоимости медицинских услуг

Обращаем ваше внимание, что в *Ежегодном уведомлении об изменениях* содержатся сведения об изменениях в ваших льготах и стоимости услуг по программам Medicare и Medicaid.

В следующем году мы вносим изменения в стоимость некоторых медицинских услуг и соответствующие льготы. Эти изменения подробно описаны ниже.

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Услуги экстренной медицинской помощи Услуги экстренной медицинской помощи означают следующие услуги: - услуги, которые предоставляются поставщиком, имеющим право на оказание услуг экстренной медицинской помощи; и - услуги, которые требуются для оценки или стабилизации состояния здоровья в экстренной ситуации.	Вы платите доплату в размере \$100 за посещение офиса. Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите доплату в размере \$0.	Вы платите доплату в размере \$110 за посещение офиса. Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите доплату в размере \$0.
Услуги срочной медицинской помощи Покрываемые услуги, которые не являются экстренными услугами и предоставляются, когда сетевые поставщики временно отсутствуют или недоступны или когда участник находится за пределами территории обслуживания.	Ваша доплата за посещение составляет \$55. Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите доплату в размере \$0.	Ваша доплата за посещение составляет \$45. Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите доплату в размере \$0.

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Безрецептурные средства (ОТС)	\$155 в месяц. Любая неиспользованная сумма <u>не</u> переходит на следующий период.	\$218 в месяц. Любая неиспользованная сумма <u>не</u> переходит на следующий период.
Льготы на безрецептурные товары (ОТС) + продукты питания	\$155 в месяц. Вы можете потратить на продукты питания и продукты сельского хозяйства 50% (\$77.50) от суммы льготы на безрецептурные препараты. Для соответствующих критериям участников (с определенными хроническими заболеваниями) специальное дополнительное пособие для хронически больных (льготы на приобретение продуктов питания) сочетается с льготами на безрецептурные препараты и покрывает определенные продукты питания в рамках ежемесячных льгот на безрецептурные препараты, которые можно приобрести только в определенных аптеках и/или розничных магазинах.	\$218 в месяц. Вы можете потратить на продукты питания и продукты сельского хозяйства 50% (\$109) от суммы льготы на безрецептурные препараты. Для соответствующих критериям участников (с определенными хроническими заболеваниями) специальное дополнительное пособие для хронически больных (льготы на приобретение продуктов питания) сочетается с льготами на безрецептурные препараты и покрывает определенные продукты питания в рамках ежемесячных льгот на безрецептурные препараты, которые можно приобрести только в определенных аптеках и/или розничных магазинах. Указанные льготы входят в специальную дополнительную программу для лиц с хроническими заболеваниями. В качестве примеров заболеваний можно указать <i>сердечно-сосудистое заболевание, гипертонию, остеоартроз, эндокринное заболевание и заболевание желудочно-</i>

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Льготы на безрецептурные товары (OTC) + продукты питания (продолжение)		кишечного тракта. Право на получение данной льготы не может быть гарантировано исключительно на основании вашего состояния здоровья. Соответствующие критериям участники будут уведомлены и получат инструкции о том, как получить доступ к этой льготе.
Специализированные услуги по охране психического здоровья	Требуется предварительное разрешение	Предварительное разрешение не требуется
Психиатрические услуги	Требуется предварительное разрешение	Предварительное разрешение не требуется
Амбулаторные диагностические и терапевтические радиологические услуги	Диагностические процедуры/обследования: Предварительное разрешение не требуется. Лабораторные услуги: Плановые лабораторные услуги: *разрешение не требуется. *Для получения некоторых лабораторных услуг может потребоваться разрешение.	Для проведения MRI и PET требуется предварительное разрешение. Лабораторные услуги: Плановые лабораторные услуги: *разрешение не требуется. *Для получения некоторых лабораторных услуг может потребоваться разрешение.
Другие профилактические услуги, покрываемые Medicare	Бариевые клизмы, покрываемые Medicare: Требуется предварительное разрешение	Бариевые клизмы, покрываемые Medicare: Предварительное разрешение не требуется.

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Стоматологические услуги: дополнительные профилактические стоматологические услуги	Дополнительные профилактические стоматологические услуги: Не покрываются	Дополнительные профилактические стоматологические услуги: Страховое покрытие дополнительных профилактических стоматологических услуг ограничивается отдельными кодами услуг из указанных ниже категорий. Вы вносите доплату в размере \$0 за следующие дополнительные профилактические стоматологические услуги: Предварительное разрешение не требуется • Периодические осмотры полости рта: 1 каждые 6 месяцев. • Ограниченная оценка состояния полости рта: 2 каждые 12 месяцев. • Комплексная оценка состояния полости рта: 1 раз у одного поставщика услуг за всю жизнь. • Оценка состояния полости рта (ориентированная на решение конкретной проблемы): 3 каждые 12 месяцев. • Рентген зубов: Внутриротовой с полной серией снимков или

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Стоматологические услуги: дополнительные комплексные стоматологические услуги (продолжение)		панорамный рентген 1 раз каждые 36 месяцев. Внутриротовой, прикорневой – 3 каждые 6 месяцев. Прикусные устройства для рентгенографии зубов – 3 каждые 12 месяцев. Сиалография – 2 каждую неделю. • Другие диагностические стоматологические услуги*: Коническая компьютерная томография; съемка и описание – 1 каждые 60 месяцев. *Требуется предварительное разрешение. • Профилактика (чистка): 1 каждые 6 месяцев Предварительное разрешение не требуется. • Нанесение фторида: 1, покрывается для клиентов не старше 20 лет Предварительное разрешение не требуется. • Другие профилактические стоматологические услуги:

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Стоматологические услуги: дополнительные комплексные стоматологические услуги (продолжение)		консультирование по вопросам отказа от курения, контроль профилактики заболеваний полости рта – 1 каждые 6 месяцев. Предварительное разрешение не требуется.
Стоматологические услуги: дополнительные комплексные стоматологические услуги	Дополнительные комплексные стоматологические услуги: Не покрываются	• Услуги по реставрации: композитная пломба на основе амальгамы/смола – 1 на зуб за каждую поверхность – каждые 24 месяца. Услуги по установлению коронок – 1 на зуб – каждые 60 месяцев. Требуется предварительное разрешение. • Эндодонтическое лечение: 1 для каждого зуба, на всю жизнь. Требуется предварительное разрешение. • Пародонтологическое лечение: Гингивэктомия или гингивопластика – 1 раз в 12 месяцев, за квадрант. Наращивание коронки – 1 раз для каждого зуба, на всю жизнь.

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Стоматологические услуги: дополнительные комплексные стоматологические услуги (продолжение)		Удаление зубных отложений и сглаживание поверхности корня – 1 каждые 24 месяца по каждому участку. Пародонтологическое лечение – 1 каждые 6 месяцев. Требуется предварительное разрешение. • Зубное протезирование: Полный/частичный съемный протез – 1 раз в 96 месяцев на каждую зубную дугу. Корректировка зубных протезов – 4 раза каждые 12 месяцев на каждую зубную дугу (не покрывается в течение 6 месяцев после установки). Требуется предварительное разрешение. • Челюстно-лицевое протезирование: 1 каждые 12 месяцев. Требуется предварительное разрешение. • Услуги имплантации: Хирургическая установка имплантата – 1 на зуб за всю жизнь.

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Стоматологические услуги: дополнительные комплексные стоматологические услуги (продолжение)		Услуги по установлению абатмента – 1 на зуб каждые 96 месяцев. Услуги по санации полости рта – 1 раз на зуб каждые 24 месяца. Требуется предварительное разрешение. • Зубное протезирование: 1 каждые 60 месяцев на зуб. • Стоматологические и челюстно-лицевые операции: Удаление прорезавшегося или ретенированного зуба, 1 на каждый зуб за всю жизнь. Альвеолопластика 1 раз на каждый участок/квадрант. Иные стоматологические и челюстно-лицевые операции согласно отчетности. Требуется предварительное разрешение. • Дополнительные услуги общего характера: Паллиативное лечение в экстренных ситуациях – 2 каждые 12 месяцев. Глубокая седация продолжительностью

Стоимость	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Стоматологические услуги: дополнительные комплексные стоматологические услуги (продолжение)		не более 60 минут или объемом не более 4 единиц. Требуется предварительное разрешение.

Раздел 1.5 – Изменения в страховом покрытии рецептурных препаратов по Части D

Изменения в нашем Списке препаратов

Наш список покрываемых лекарственных препаратов называется «Формуляром» или «Списком препаратов». Копия нашего Списка препаратов предоставляется в электронном виде.

Мы внесли изменения в наш Список препаратов, которые могут включать в себя удаление или добавление лекарственных препаратов, изменение ограничений, которые применяются к нашему страховому покрытию для определенных лекарственных препаратов, или перемещение их на другой уровень разделения затрат. **Ознакомьтесь со Списком препаратов, чтобы убедиться в том, что ваши лекарственные препараты будут покрываться в следующем году, и узнать, не будут ли на них распространяться какие-либо ограничения и не будет ли нужный вам лекарственный препарат переведен на другой уровень разделения затрат.**

Большинство изменений в Списке препаратов вступают в силу в начале каждого года. Однако мы можем внести другие изменения, разрешенные правилами Medicare, которые затронут вас в течение года действия плана. Мы обновляем Список препаратов в Интернете не реже одного раза в месяц, чтобы предоставить наиболее актуальный перечень лекарственных средств. Если мы внесем изменения, которые повлияют на доступность принимаемого вами препарата, мы отправим вам соответствующее уведомление об изменениях.

Если в начале года или в течение года вы столкнулись с изменениями в покрытии лекарственных препаратов, пожалуйста, изучите главу 9 вашего *Подтверждения страхового покрытия* и поговорите со своим врачом, чтобы узнать, какие у вас есть варианты, например попросить о временном запасе лекарств, подать заявку на предоставление исключения из правил покрытия и/или найти новый лекарственный препарат. Дополнительную информацию можно получить в отделе обслуживания участников.

Начиная с 2025 года мы можем периодически убирать фирменные препараты или оригинальные биологические препараты в нашем Списке препаратов, мы заменяем их на

новые дженерики или некоторые биоаналоги фирменного препарата или оригинального биологического препарата с теми же или меньшими ограничениями. Иногда при добавлении новой версии мы можем решить сохранить в списке фирменный препарат или оригинальный биологический препарат в нашем Списке препаратов, но при этом сразу же ввести иные ограничения.

Это означает, например, что, если вы принимаете фирменный препарат или биологический препарат, который заменяется дженериком или биоаналогом, вы можете не получить уведомление об изменении за 30 дней до его внесения или не получить месячный запас фирменного препарата или биологического препарата в сетевой аптеке. Если на момент внесения изменений вы принимаете фирменный препарат или биологический препарат, вы все равно получите информацию о конкретных внесенных нами изменениях, но она может поступить уже после внесения таких изменений.

Некоторые из этих видов лекарственных препаратов могут быть для вас новыми. См. определения типов лекарственных препаратов, обсуждаемых в этой главе, в главе 12 вашего *Подтверждения страхового покрытия*. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) также предоставляет потребителям информацию о лекарственных препаратах. См. веб-сайт FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars>. Вы также можете связаться с отделом обслуживания участников или обратиться за дополнительной информацией к своему поставщику медицинских услуг, специалисту, имеющему право назначать лекарства, или фармацевту.

Изменения в льготах и стоимости рецептурных лекарственных препаратов

Если вы получаете помощь в рамках программы «Дополнительная помощь» (Extra Help) для оплаты ваших рецептурных препаратов Medicare, возможно, вы имеете право уменьшить или исключить вашу долю разделения затрат в отношении препаратов, предусмотренных Частью D. Некоторая информация, описанная в этом разделе, может не иметь к вам отношения. **Примечание:** если вы участвуете в программе, которая помогает оплачивать лекарства (Extra Help), **информация о стоимости рецептурных препаратов по части D может к вам не относиться**. Мы выслали отдельное дополнение под названием *«Поправка к Подтверждению страхового покрытия для лиц, получающих дополнительную помощь при оплате лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту»* (также называемое *«Поправка по субсидии при низком доходе»* или *«Поправка LIS»*), в котором говорится о расходах на лекарственные препараты. Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help) и не получили этот вкладыш до 30 сентября, позвоните в отдел обслуживания участников и попросите предоставить вам *Поправку LIS*.

Начиная с 2025 года будут действовать три **стадии оплаты лекарственных препаратов**: стадия действия ежегодной франшизы, стадия первоначального покрытия и стадия критического покрытия. Стадия разрыва в страховом покрытии и программа скидок при разрыве в страховом покрытии в рамках льготы по Части D больше не действуют.

Программа скидок при разрыве в страховом покрытии также будет заменена на программу скидок от производителя. В рамках программы скидок от производителя производители лекарственных препаратов оплачивают часть установленной планом полной стоимости фирменных и биологических препаратов, покрываемых Частью D, на стадии первоначального покрытия и стадии критического покрытия. Скидки, выплачиваемые производителями в рамках программы скидок от производителя, не учитываются в собственных затратах.

Изменения на стадии действия франшизы

Стадия	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
Стадия 1: стадия действия ежегодной франшизы На этой стадии вы оплачиваете полную стоимость препаратов по Части D до тех пор, пока не будет полностью выплачена ежегодная сумма франшизы. Франшиза не распространяется на покрываемые инсулиновые препараты и большинство вакцин по Части D для взрослых, включая вакцины против опоясывающего лишая, столбняка и вакцин, необходимых для поездок в другие страны.	Франшиза составляет \$545. Ваша франшиза может быть равна \$0, в зависимости от уровня вашего участия в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help) (см. отдельный вкладыш, «Поправка LIS», где указана сумма вашей франшизы).	Франшиза составляет \$590. Ваша франшиза может быть равна \$0, в зависимости от уровня вашего участия в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help) (см. отдельный вкладыш, «Поправка LIS», где указана сумма вашей франшизы).
Стадия 2: стадия первоначального покрытия После уплаты ежегодной франшизы вы переходите на стадию первоначального покрытия. На данной стадии план оплачивает часть расходов на обеспечение вас лекарственными препаратами, а оставшуюся часть оплачиваете вы. Стоимость в этой строке означает стоимость запаса	Стоимость месячного запаса препаратов для вас при условии их получения в аптеке, входящей в сеть, и стандартном разделении затрат: За дженерики (включая фирменные лекарства, рассматриваемые в качестве дженериков): Доплата в размере \$0; или	Стоимость месячного запаса препаратов для вас при условии их получения в аптеке, входящей в сеть, и стандартном разделении затрат составляет \$. За дженерики (включая фирменные лекарства, рассматриваемые в качестве дженериков): Доплата в размере \$0; или

Стадия	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
на 30 дней (1 месяц) при получении лекарств по рецепту в сетевой аптеке.	Доплата в размере \$1.55; или Доплата в размере \$4.50;	Доплата в размере \$1.60; или Доплата в размере \$4.90;
Информация о стоимости запаса лекарств на длительный период или лекарств в сетевой аптеке приводится в разделе 5 главы 6 вашего <i>Подтверждения страхового покрытия</i> .	или 25% от стоимости.	или 25% от стоимости.
Большинство вакцин по Части D для взрослых покрываются полностью, и вы можете получить их бесплатно.	За все другие лекарственные препараты: Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$4.60; или Доплата в размере \$11.20; или 25% от стоимости.	За все другие лекарственные препараты: Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$4.80; или Доплата в размере \$12.15; или 25% от стоимости.
	Вы платите \$35 за запас каждого покрываемого препарата инсулина на один месяц на этом уровне.	Вы платите \$35 за запас каждого покрываемого препарата инсулина на один месяц на этом уровне.
	Когда общая сумма расходов на лекарственные препараты достигнет \$5,030, вы перейдете на следующий этап (стадия разрыва в страховом покрытии).	После того как вы заплатите \$2,000 самостоятельно за препараты по Части D, вы перейдете на следующую стадию (стадия критического покрытия).

Изменения на стадии критического покрытия

Стадия критического покрытия является третьей и последней стадией. Начиная с 2025 года производители лекарственных препаратов оплачивают часть установленной планом полной стоимости фирменных и биологических препаратов, покрываемых в рамках Части D, на стадии критического покрытия. Скидки, выплачиваемые производителями в рамках программы скидок от производителя, не учитываются в собственных затратах.

После достижения ежегодного порога собственных затрат в размере \$2,000 вы переходите на стадию критического покрытия. Это означает, что вам **не** придется вносить долю разделения затрат за препараты формуляра Части D Medicare. См. подробную информацию о ваших расходах на стадии критического покрытия в главе 6, раздел 6 вашего *Подтверждения страхового покрытия*.

РАЗДЕЛ 2 Административные изменения

Описание	2024 (текущий год)	2025 (следующий год)
План оплаты рецептурных препаратов Medicare	Не применимо	План оплаты рецептурных препаратов Medicare – это новый вариант оплаты, который используется совместно с вашим текущим страховым покрытием лекарственных препаратов и может помочь вам управлять расходами на лекарства посредством выплаты соответствующих сумм в виде ежемесячных платежей, которые меняются в течение года (с января по декабрь). Чтобы узнать больше об этом варианте оплаты, свяжитесь с нами по номеру 1-866-845-1803 или посетите веб-сайт Medicare.gov.

РАЗДЕЛ 3 Решение о выборе плана**Раздел 3.1 – Если вы хотите остаться в плане *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)***

Чтобы остаться участником нашего плана, ничего делать не нужно. Если до 7 декабря вы не зарегистрируетесь в другом плане или не перейдете в программу Original Medicare, вы автоматически станете участником нашего плана RiverSpring MAP (HMO D-SNP).

Раздел 3.2 – Если вы хотите сменить план

Мы надеемся, что вы и в следующем году останетесь участником нашего плана, но если в 2025 году вы захотите сменить план, выполните следующие действия:

Шаг 1: Узнайте больше об имеющихся вариантах и сравните их

- Вы можете перейти в другой план медицинского страхования Medicare,
- *ИЛИ* – перейти в программу Original Medicare. Если вы решите перейти в программу Original Medicare, вам нужно решить, будет ли вы регистрироваться в плане обеспечения лекарственными препаратами от Medicare.

Чтобы более подробно узнать об Original Medicare и различных типах планов Medicare, воспользуйтесь инструментом поиска планов Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), ознакомьтесь со справочником «*Medicare и вы*» на 2025 год, позвоните в Программу помощи по вопросам медицинского страхования вашего штата (см. раздел 5) или позвоните в Medicare (см. раздел 7.2).

Шаг 2: Смените страховое покрытие

- Чтобы перейти в другой план медицинского страхования Medicare, зарегистрируйтесь в новом плане. Вы будете автоматически исключены из плана *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*.
- Чтобы перейти в программу Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурными препаратами, зарегистрируйтесь в новом плане обеспечения лекарственными препаратами. Вы будете автоматически исключены из плана *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*.
- Чтобы перейти в программу Original Medicare без отдельного плана обеспечения рецептурными препаратами, необходимо сделать следующее:
 - Отправьте нам письменный запрос на отмену регистрации. Если вам нужна дополнительная информация о том, как это сделать, обратитесь в отдел обслуживания участников.
 - – *ИЛИ* – Обратитесь в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и любой день недели и попросите прекратить ваше участие. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

При переходе в программу Original Medicare без регистрации в отдельном плане обеспечения рецептурными препаратами в рамках Medicare представители Medicare могут зарегистрировать вас в плане обеспечения лекарственными препаратами, если вы ранее не отказались от автоматической регистрации в таких планах.

РАЗДЕЛ 4 Срок смены планов

Если вы хотите перейти в другой план или в программу Original Medicare для участия в них в следующем году, вы можете сделать это в период с **15 октября до 7 декабря**. Изменение вступит в силу с 1 января 2025 года.

Можно ли внести изменения в другое время года?

В некоторых ситуациях изменения разрешается вносить и в другое время года. В качестве примера можно привести участников Medicaid, зарегистрированных в программе помощи с оплатой лекарств под названием «Дополнительная помощь» (Extra Help), лиц с действующим страховым покрытием от работодателя, лиц, прекращающих участие в страховой программе от работодателя, а также тех, кто переезжает за пределы зоны обслуживания.

Поскольку вы являетесь участником *программы Medicaid utama New York*, вы можете прекратить участие в нашем плане в любой месяц года. У вас также есть возможность зарегистрироваться в другом плане Medicare в любой месяц, в том числе:

- В программе Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурными лекарственными препаратами Medicare,
- В программе Original Medicare без отдельного плана обеспечения рецептурными лекарственными препаратами (если вы выберете этот вариант, сотрудники Medicare могут самостоятельно зачислить вас в план обеспечения лекарственными препаратами, если только вы не отказались от автоматической регистрации), или
- В плане комплексного обслуживания D-SNP (при условии соответствия критериям участия), который позволяет получать доступные вам льготы и услуги по программе Medicare и большую часть либо все доступные вам льготы и услуги по программе Medicaid в составе одного плана.

Если вы зарегистрировались в плане Medicare Advantage с 1 января 2025 г. и вам не нравится выбранный вами план, вы также можете перейти на другой план медицинского страхования Medicare (с покрытием рецептурных лекарственных препаратов Medicare или без него) или перейти в программу Original Medicare (с покрытием рецептурных лекарственных препаратов Medicare или без него) в период с 1 января по 31 марта 2025 г.

Если вы недавно переехали в специализированное учреждение (например, учреждение квалифицированного сестринского ухода или больницу долгосрочного медицинского обслуживания) или проживаете в таком учреждении в настоящее время, вы можете **в любое время** сменить страховое покрытие по программе Medicare. Вы в любое время можете перейти на любой другой план медицинского страхования Medicare (со страховым покрытием рецептурных препаратов или без него) или перейти в программу Original Medicare (с отдельным планом обеспечения рецептурными препаратами или без него). Если вы недавно выехали из специализированного учреждения, у вас есть возможность сменить план или перейти в программу Original Medicare в течение двух полных месяцев после месяца вашего выезда.

РАЗДЕЛ 5 Программы, предлагающие бесплатные консультации о Medicare и Medicaid

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP) является независимой правительственной программой предоставления квалифицированных консалтинговых услуг, которая действует во всех штатах. В *штате New York* она имеет другое название – Департамент программы информирования, консультаций и помощи с медицинским страхованием (HHCAP) для пожилых лиц.

Это государственная программа, финансируемая федеральным правительством и созданная с целью предоставления на местах **бесплатных** консалтинговых услуг лицам, участвующим в программе Medicare. Консультанты *НИСАР* помогут вам получить ответы на вопросы или решить проблемы, связанные с программой Medicare. Они могут помочь вам сделать выбор между планами Medicare и ответят на вопросы, связанные с переходом в другие планы. Вы можете позвонить *НИСАР* по номеру 1-800-701-0501. Вы можете узнать больше о *НИСАР*, если посетите веб-сайт программы (<https://www.aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance>).

Если у вас есть вопросы о льготах программы Medicaid штата New York, позвоните на горячую линию программы Medicaid штата New York по номеру 1-800-541-2831 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00. Уточните, как переход в другой план или возвращение в программу Original Medicare повлияет на получение покрытия по программе Medicaid штата New York.

РАЗДЕЛ 6 Программы, помогающие оплачивать рецептурные препараты

Вы можете претендовать на помощь в оплате рецептурных препаратов. Ниже перечислены различные виды помощи:

- **«Дополнительная помощь» (Extra Help) от Medicare.** Поскольку вы участвуете в программе Medicaid, вы уже зарегистрированы в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help), также называемой субсидией для малообеспеченных лиц. Программа «Дополнительная помощь» (Extra Help) оплачивает часть ваших страховых взносов за рецептурные препараты, ежегодных франшиз и платежей в рамках сострахования. Поскольку вы соответствуете критериям, к вам не применяется штраф за позднюю регистрацию в программе. Если у вас есть вопросы о программе «Дополнительная помощь» (Extra Help), звоните:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048; звонки принимаются круглосуточно и без выходных.
 - в Управление социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 с понедельника по пятницу с 08:00 до 19:00. Автоматизированные сообщения доступны круглосуточно. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-325-0778; или
 - в офис Medicaid в вашем штате.
- **Помощь в рамках программы фармацевтической помощи вашего штата.** В штате *New York* действует программа страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых лиц (EPIC), в рамках которой оказывается помощь с оплатой рецептурных препаратов в зависимости от финансовых потребностей, возраста или состояния здоровья. Чтобы узнать больше, обратитесь в программу помощи по вопросам медицинского страхования вашего штата.

- **Помощь в оплате суммы разделения затрат для лиц с ВИЧ/СПИД.** Программа помощи в приобретении препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа (ADAP) помогает гарантировать доступ к жизненно необходимым лекарствам для лиц с ВИЧ/СПИД, которые отвечают установленным требованиям ADAP. Соответствующие лица должны выполнять ряд требований, в том числе подтвердить проживание в соответствующем штате и статус ВИЧ, низкий уровень доходов согласно критериям данного штата и отсутствие/недостаточность медицинской страховки. В отношении рецептурных препаратов, предусмотренных Частью D Medicare и также покрываемых ADAP, можно получать помощь с разделением затрат по Программам медицинского обслуживания для пациентов с ВИЧ, не имеющих медицинской страховки, в штате New York. Чтобы получить информацию о критериях участия, на какие лекарства распространяется покрытие и как зарегистрироваться в программе, звоните по номеру 1-800-542-2437.
- **План оплаты рецептурных препаратов Medicare.** План оплаты рецептурных препаратов Medicare – это новый вариант оплаты, помогающий вам управлять собственными затратами на лекарственные препараты начиная с 2025 года. Этот новый вариант оплаты используется совместно с вашим текущим страховым покрытием лекарственных препаратов и может помочь вам управлять расходами на лекарства, распределяя их по **ежемесячным платежам, которые меняются в течение года** (январь – декабрь). **Такой вариант оплаты может помочь вам контролировать ваши расходы, но он не сэкономит ваши деньги и не снизит ваши расходы на лекарства.**

Участие в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help) от Medicare, а также помощь от программ SPAP и ADAP для тех, кто имеет на это право, более выгодны, чем участие только в плане оплаты рецептурных препаратов от Medicare. Все участники имеют право воспользоваться этим вариантом оплаты независимо от уровня дохода, и все планы обеспечения лекарственными препаратами Medicare и планы медицинского страхования Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты должны предлагать этот вариант оплаты. Чтобы узнать больше об этом варианте оплаты, свяжитесь с нами по номеру 1-866-845-1803 или посетите веб-сайт Medicare.gov.

РАЗДЕЛ 7 Если у вас есть вопросы

Раздел 7.1 – Получение помощи от *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*

Остались вопросы? Мы всегда готовы вам помочь. Звоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711). Мы принимаем телефонные звонки с 08:00 до 20:00 без выходных. Звонки на эти номера бесплатны.

Ознакомьтесь с вашим *Подтверждением страхового покрытия на 2025 год* (в нем подробно описаны предоставляемые в следующем году льготы и соответствующие затраты)

В *Ежегодном уведомлении об изменениях* дается обзор изменений предоставляемых льгот и соответствующих затрат в 2025 году. Подробности см. в *Подтверждении страхового покрытия на 2025 год* для плана *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*. *Подтверждение страхового покрытия* является официальным подробным описанием льгот, предлагаемых вашим планом. В нем также описаны ваши права и правила получения покрываемых услуг и лекарств, отпускаемых по рецепту. Копия *Подтверждения страхового покрытия* находится на нашем веб-сайте по адресу www.RiverSpringHealthplans.org. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников и попросить нас выслать вам *Подтверждение страхового покрытия* по почте.

Посетите наш веб-сайт

Вы также можете посетить наш сайт по адресу www.RiverSpringHealthplans.org. Напоминаем, что на нашем сайте публикуется самая актуальная информация о нашей сети поставщиков услуг (*Справочник поставщиков услуг*) и наш *Список покрываемых препаратов (Формуляр/Список препаратов)*.

Раздел 7.2 – Получение помощи от Medicare

Чтобы получить информацию непосредственно от Medicare:

Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Вы можете обращаться по номеру телефона 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Посетите веб-сайт Medicare

Посетите веб-сайт Medicare (www.medicare.gov). На веб-сайте вы найдете информацию о расходах и страховом покрытии, а также оценки качества услуг в виде звездного рейтинга, помогающие сравнивать планы медицинского страхования Medicare в вашем регионе.

Чтобы просмотреть информацию о планах, перейдите по ссылке www.medicare.gov/plan-compare.

Ознакомьтесь со справочником «Medicare и вы» на 2025 год

Ознакомьтесь со справочником «*Medicare и вы*» на 2025 год. Каждый год осенью этот документ рассылается по почте участникам программы Medicare. В нем приведено краткое описание предоставляемых программой Medicare льгот, прав и средств правовой защиты, а также ответы на часто задаваемые вопросы о программе Medicare. Если у вас нет экземпляра этого документа, вы можете получить его на веб-сайте Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) или заказать по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Раздел 7.3 – Получение помощи от Medicaid

Чтобы получить информацию от Medicaid, вы можете позвонить на горячую линию программы Medicaid в штате New York по номеру 1-800-541-2831 с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 711.

Уведомление о недопущении дискриминации

Компания ElderServe Health, Inc., осуществляющая свою деятельность под названием RiverSpring Health Plans, действует в соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола. Компания ElderServe Health, Inc. не отказывает в услугах и не относится к участникам иначе из-за их расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

Компания ElderServe Health, Inc., осуществляющая свою деятельность под названием RiverSpring Health Plans:

- Предоставляет бесплатную помощь и услуги лицам с ограниченными возможностями, чтобы обеспечить их эффективное общение с нами, в том числе:
 - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
 - письменные материалы в других форматах (напечатанные крупным шрифтом, в виде аудиозаписи, в электронном и иных форматах).
- Предоставляет бесплатные услуги перевода лицам, для которых английский не является родным языком, в том числе:
 - услуги квалифицированных устных переводчиков;
 - информацию на других языках.

Если вам требуются такие услуги, обратитесь к координатору по вопросам гражданских прав. Если вы считаете, что компания ElderServe Health, Inc., осуществляющая свою деятельность под названием RiverSpring Health Plans, не предоставила вам эти услуги или каким-либо иным образом подвергла вас дискриминации из-за вашей расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу:

Civil Rights Coordinator
80 West 225th Street
Bronx, NY, 10463
Номер телефона: 1-347-842-3660, ТТУ 711
Факс: 1-888-341-5009

Вы можете подать жалобу лично или по почте, телефону или факсу. Если вам нужна помощь с подачей жалобы, координатор по вопросам гражданских прав может вам помочь. Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США в электронном виде на портале приема жалоб Управления по гражданским правам по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,

а также по почте или по телефону:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Бланки для подачи жалобы можно найти по адресу <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Form Approved
OMB# 0938-1421

Услуги устного перевода на другие языки

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 Arzneimittelpflichtplan. 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 سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. 1-800-362-2266 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على

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 2266-362-800-1 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.

Português: 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 ouwa 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。