Дополнительный выбор, более качественное обслуживание. **В этом наше преимущество.**

2025

Свидетельство страхового обеспечения

CareOregon Advantage **Plus** (HMO-POS D-SNP)

Для округов штата Oregon: Clackamas, Columbia, Jackson, Multnomah, Tillamook и Washington

H5859_CO2025_EOC_C

CareOregon® Advantage

1 января — 31 декабря 2025 года

Справочник участника плана

Покрытие ваших медицинских льгот, услуг и рецептурных препаратов от Medicare как участника плана CareOregon Advantage Plus HMO-POS D-SNP

В данном документе приведена подробная информация о покрытии медицинских услуг и рецептурных препаратов в рамках программ медицинского страхования Medicare и Medicaid с 1 января по 31 декабря 2025 года. **Это важный юридический документ. Храните его в безопасном месте.**

По вопросам, связанным с настоящим документом, обращайтесь в Отдел клиентского обслуживания по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258. (TTY следует звонить по номеру 711). График работы с 1 октября по 31 марта с 08:00 до 20:00, семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. Такой звонок бесплатный.

Этот план, **CareOregon Advantage Plus***,* предлагается программой медицинского обслуживания компании CareOregon, Inc. Когда в *Справочнике участника плана* употребляется «мы», «нас» или «наш», то это означает план медицинского страхования от компании CareOregon. Когда говорится «план» или «наш план», то это означает план CareOregon Advantage Plus*.*

Данный документ доступен бесплатно на русском, упрощенном китайском, испанском, традиционном китайском и вьетнамском языках. Данная информация

Утверждено OMB 0938–1051(Срок истекает: 31, августа 2026 г.)

доступна в разных форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт и аудио формат. Обратитесь в Отдел клиентского обслуживания (номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета), если вам нужна информация о плане в другом формате.

Льготы, страховые взносы, франшизы и (или) доплаты/сострахование могут измениться с 1 января 2026 года.

Фармакологический справочник, сеть аптек и (или) сеть поставщиков может поменяться в любой момент. При необходимости вы получите уведомление. Мы уведомим об изменениях пациентов, которых они затронут, минимум за 30 дней.

В данном документе объясняются ваши льготы и права. Используйте этот документ, чтобы понять следующее:

- Страховые взносы и совместное распределение расходов долевое участие по вашему плану;
- Ваши медицинские льготы и льготы на рецептурные препараты;
- Как подать жалобу, если вы не удовлетворены услугой или лечением;
- Как связаться с нами, если вам нужна дальнейшая помощь; и
- Другая защита согласно закону Medicare.

H5859_CO2024EOC_C

Справочник участника плана 2025

Содержание

ГЛАВА 1: Начало работы в качестве участника 9

РАЗДЕЛ 1 ..... Введение 10

РАЗДЕЛ 2 .....Что дает вам право на участие в плане? 15

РАЗДЕЛ 3 ..... Важные материалы про участие, которые вы получите..... 19

РАЗДЕЛ 4 .....Ваши месячные расходы по плануCareOregon Advantage Plus 24

РАЗДЕЛ 5 ..Подробная информация про ваш ежемесячный страховой взнос..... 32

РАЗДЕЛ 6 Поддержание актуальности данных об участии в плане 33

РАЗДЕЛ 7 ..... Как работает другая страховка с нашим планом 36

ГЛАВА 2: Важные номера телефонов и ресурсы 40

РАЗДЕЛ 1 .....Контакты плана CareOregon Advantage (как связаться с нами, в том числе с Отделом клиентского обслуживания) 41

РАЗДЕЛ 2 ..Medicare (как получить помощь и информацию напрямую из федеральной программы Medicare)..... 53

РАЗДЕЛ 3 ..... State Health Insurance Assistance Program (бесплатная помощь, информация и ответы на ваши вопросы о Medicare) 58

РАЗДЕЛ 4 ..... Quality Improvement Organization 60

РАЗДЕЛ 5 ..... Социальное обеспечение 62

РАЗДЕЛ 6 ..... Oregon Health Plan (Medicaid) 65

РАЗДЕЛ 7 .. Информация о программах, которые помогают людям оплачивать рецептурные препараты 69

РАЗДЕЛ 8 ..... Как связаться с Railroad Retirement Board 72

РАЗДЕЛ 9 ..... У вас есть «групповая страховка» или другая медицинская страховка от работодателя? 75

ГЛАВА 3: Использование плана для получения медицинских услуг 76

РАЗДЕЛ 1 Что вам нужно знать о получении медицинского обслуживания в качестве участника нашего плана 78

РАЗДЕЛ 2 .. Использование поставщиков услуг в сети плана для получения медицинского обслуживания 84

РАЗДЕЛ 3 ..... Как получить услуги, если у вас возникла экстренная или неотложная потребность в помощи или во время катастрофы 93

РАЗДЕЛ 4 ..... Что делать, если вам пришел счет за полную стоимость ваших услуг? 99

РАЗДЕЛ 5 ..... Как покрываются ваши медицинские услуги, когда вы принимаете участие в клиническом исследовании? 101

РАЗДЕЛ 6 ..... Правила получения помощи в религиозных немедицинских учреждениях здравоохранения 106

РАЗДЕЛ 7 ..... Правила владения медицинским оборудованием длительного использования..... 108

ГЛАВА 4: Таблица медицинских льгот (что включает покрытие) 113

РАЗДЕЛ 1 ..... Понимание покрываемых услуг 115

РАЗДЕЛ 2 Используйте Таблицу медицинских льгот, чтобы узнать, что именно покрывается 117

РАЗДЕЛ 3 .. Какие услуги покрываются за пределами плана CareOregon Advantage Plus? 231

РАЗДЕЛ 4 ..... Какие услуги не покрываются планом? 242

ГЛАВА 5: Использование покрытия плана для рецептурных препаратов Части D 255

Раздел 1 Введение..... 258

Раздел 2 Получите свой рецептурный препарат в сетевой аптеке или через доставку заказов по почте, предусмотренной планом 260

РАЗДЕЛ 3 .... Ваш препарат должен быть указан в «Перечне препаратов» 268

РАЗДЕЛ 4 ..... Существуют ограничения на покрытие некоторых препаратов..... 274

Раздел 5 Что делать, если ваши препараты не покрываются в той мере, как вам хотелось бы? 277

РАЗДЕЛ 6 ... Что если ваше покрытие изменится для одного из ваших препаратов?..... 283

РАЗДЕЛ 7 ..... Какие виды препаратов не покрываются планом? 289

РАЗДЕЛ 8 ..... Получение препарата по рецепту 292

РАЗДЕЛ 9 ..... Покрытие препаратов Части D в особых ситуациях 293

РАЗДЕЛ 10 ..... Программы по безопасности препаратов и управлению лекарствами 298

ГЛАВА 6: Сколько вы платите за рецептурные препараты Части D 304

Раздел 1 Введение..... 307

РАЗДЕЛ 2 ..... Сумма оплаты за препарат зависит от того, на каком этапе оплаты вы находитесь в момент получения препарата 313

РАЗДЕЛ 3 ..... Мы отправляем вам отчеты, в которых поясняются оплаты за препараты и то, на каком этапе оплаты вы находитесь 314

РАЗДЕЛ 4 ..... Во время этапа франшизы вы платите полную стоимость ваших препаратов на уровне 1-4 ... 318

РАЗДЕЛ 5 ..... Во время этапа начального покрытия план оплачивает свою часть стоимости вашего препарата, а вы оплачиваете свою 319

РАЗДЕЛ 6 ..... Для плана CareOregon Advantage Plus нет непокрываемого диапазона расходов ..... **Error! Bookmark not defined.**

РАЗДЕЛ 7 ..... На этапе критического покрытия план оплачивает полную стоимость ваших покрываемых Частью D препаратов 329

РАЗДЕЛ 8 Вакцины Части D. Сумма оплаты зависит от того, как и где вы их получили 329

ГЛАВА 7: Обращение к нам с просьбой оплатить нашу часть полученного вами счета за покрываемые медицинские услуги или препараты 334

РАЗДЕЛ 1 ..... Ситуации, в которых вы должны просить нас оплатить ваши покрываемые услуги или препараты 337

РАЗДЕЛ 2 ..... Как попросить нас вернуть вам деньги или оплатить счет, который вы получили 343

РАЗДЕЛ 3 ... Мы рассмотрим ваш запрос на оплату и дадим ответ «Да» или «Нет» 346

ГЛАВА 8: Ваши права и обязанности 348

РАЗДЕЛ 1 ..... Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности как участника плана 349

РАЗДЕЛ 2.1 ..... Ваши обязанности в качестве участника плана 365

ГЛАВА 9: Что делать, если у вас возникла проблема или жалоба (решения о покрытии, апелляции, жалобы) 369

Раздел 1 Введение 371

РАЗДЕЛ 2 .... Где получить дополнительную информацию и персональную помощь 373

РАЗДЕЛ 3 ..... Какой процесс использовать, чтобы решить вашу проблему? 375

РАЗДЕЛ 4 ..... Решение проблем, которые касаются льгот Medicare 377

РАЗДЕЛ 5 ..... Руководство по основам принятия решений о покрытии и апелляций 378

РАЗДЕЛ 6 ..... Ваша медицинская помощь Как обратиться за решением о покрытии или подать апелляцию на решение о покрытии 386

РАЗДЕЛ 7 ..... Ваши рецептурные препараты Части D: Как подать запрос на решение о покрытии или апелляцию 408

РАЗДЕЛ 8 ..... Как запросить у нас покрытие более длительного пребывания в стационаре, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано 431

РАЗДЕЛ 9 ..... Как попросить нас продлить покрытие определенных медицинских услуг, если вы

считаете, что ваше покрытие заканчивается слишком рано 444

ГЛАВА 10 Передача апелляции на 3-й и последующие уровни 455

РАЗДЕЛ 11 ..... Как подать жалобу относительно качества медицинской помощи, времени ожидания, обслуживания или других проблем 462

РАЗДЕЛ 12 ..... Решение проблем, связанных с вашими выплатами Medicaid 471

ГЛАВА 10: Прекращение вашего участия в плане 476

РАЗДЕЛ 1 ..... Вступление к прекращению участия в нашем плане 477

РАЗДЕЛ 2 ..... Когда вы можете прекратить участие в нашем плане? 478

РАЗДЕЛ 3 ..... Как прекратить участие в нашем плане? 486

РАЗДЕЛ 4 ..... До окончания вашего членства вы должны продолжать получать медицинские изделия, услуги и препараты через наш план 491

РАЗДЕЛ 5 .... CareOregon Advantage Plus должен прекратить ваше членство в плане в определенных ситуациях 492

ГЛАВА 11: Юридические уведомления 496

РАЗДЕЛ 1 ..... Уведомление о применимом праве 497

РАЗДЕЛ 2 ..... Уведомление о недискриминации 497

РАЗДЕЛ 3 Уведомление о правах вторичного плательщика Medicare на суброгацию 499

ГЛАВА 12: Определения важных слов 500

ГЛАВА 1: Начало работы в качестве участника

Утверждено ОМВ 0938–1051(Срок истекает: 31, августа 2026 г.)

РАЗДЕЛ 1 Введение

Раздел 1.1 Вы участник плана CareOregon Advantage Plus, который является специализированным планом Medicare Advantage (План для пациентов со специальными потребностями)

Ваше покрытие включает Medicare и Medicaid:

- **Medicare** — это федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет и старше, некоторых лиц в возрасте до 65 лет с определенными видами инвалидности и лиц с терминальной стадией почечной недостаточности.
- **Oregon Health Plan (Medicaid)** — это совместная правительственная программа государства и штата, которая помогает покрыть медицинские расходы определенных граждан с ограниченными доходами и ресурсами. Покрытие Medicaid различается в зависимости от штата и вида Medicaid, который у вас есть. Некоторые люди с Medicaid получают помощь с оплатой своих страховых взносов и других расходов по Medicare. Другие люди также получают покрытие для дополнительных услуг и препаратов, которые не покрывает Medicare.

Вы выбрали покрытие медицинских услуг и своих рецептурных препаратов Medicare через наш план CareOregon Advantage Plus. Мы должны покрыть все услуги Части A и Части B. Тем не менее совместное покрытие расходов и доступ к поставщикам услуг в этом плане отличается от программы Original Medicare.

CareOregon Advantage Plus — это специализированный план Medicare Advantage (Medicare Special Needs Plan, План для людей с особыми потребностями Medicare), что означает, что его льготы предназначены для людей со специальными потребностями в медицинских услугах. CareOregon Advantage Plus предназначен для людей, у которых есть Medicare, и кто также имеет право на получение помощи по программе Medicaid.

Поскольку вы получаете помощь по программе Medicaid с совместным покрытием расходов по Части A и B программы Medicare (франшизы, доплаты и сострахование), вы можете не оплачивать медицинские услуги по программе Medicare. Medicaid также предоставляет вам льготы для покрытия медицинских услуг, которые обычно не покрывает программа Medicare. Вы также получите «дополнительную помощь» от Medicare, чтобы оплатить расходы на рецептурные препараты по программе Medicare. План CareOregon Advantage Plus поможет вам управлять всеми

льготами, чтобы вы получили медицинские услуги и помощь в оплате, на которые имеете право.

Планом CareOregon Advantage Plus управляет некоммерческая организация. Как и все планы Medicare Advantage, этот план Medicare Special Needs Plan утвержден программой Medicare. У плана также заключен договор с программой Oregon Medicaid для координации ваших льгот Medicaid. Мы рады обеспечить покрытие медицинских услуг по вашей программе Medicare, включая покрытие рецептурных препаратов.

Покрытие по условиям данного Плана квалифицируется как Qualifying Health Coverage (QHC, Возмещаемое медицинское покрытие) и удовлетворяет требование об индивидуальной совместной ответственности Patient Protection and Affordable Care Act (ACA, Закон о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании). Посетите
веб-сайт Internal Revenue Service (IRS, Налоговое управление) по ссылке:
irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, чтобы найти подробную информацию.

Раздел 1.2 О чем *Справочник участника плана*?

Настоящий документ под названием *Справочник участника плана* рассказывает о том, как получить

медицинскую помощь и рецептурные препараты в рамках программы Medicare. Он поясняет ваши права и обязанности, какие услуги и препараты покрываются, что вы оплачиваете, как участник плана и как заполнить жалобу, если вы не удовлетворены решением или лечением.

Слова *«покрытие»* и *«покрываемые услуги»* относятся к медицинским услугам и рецептурным препаратам, которые доступны вам, как участнику плана CareOregon Advantage Plus.

Важно, чтобы вы ознакомились с правилами плана, а также доступными для вас услугами. Мы рекомендуем вам выделить время, чтобы прочитать документ *Справочник участника плана*.

Если вы запутались, обеспокоены или у вас просто возник вопрос, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания.

Раздел 1.3 Юридическая информация о *Справочнике участника плана*

Данный *Справочник участника плана* является частью нашего с вами договора о том, в каком объеме план CareOregon Advantage Plus покрывает ваши услуги. Другие части данного договора включают форму вашей регистрации, *Перечень покрываемых препаратов (Фармакологический справочник)* и все уведомления,

которые вы получаете от нас об изменениях вашего покрытия или условий, которые влияют на ваше покрытие. Эти уведомления иногда называют *дополнительные условия* или *протоколы изменений*.

Договор вступает в силу с месяца, когда вас зачисляют в план CareOregon Advantage Plus в период с 1 января 2025 года по 31 декабря 2025 года.

Каждый календарный год Medicare позволяет нам вносить изменения в предлагаемые нами планы. Это означает, что мы можем изменить стоимость и льготы плана CareOregon Advantage Plus после 31 декабря 2025 года. Мы также можем после 31 декабря 2025 года остановить действие плана в вашей зоне обслуживания или предложить его в другой зоне обслуживания.

Medicare (Центры предоставления услуг Medicare & Medicaid) должны каждый год утверждать план CareOregon Advantage Plus. Вы можете продолжить каждый год получать покрытие Medicare в качестве участника нашего плана столько, сколько мы будем предлагать план, а Medicare будет обновлять утверждение плана.

РАЗДЕЛ 2 Что дает вам право на участие в плане?

Раздел 2.1 Критерии вашей правомочности

Вы имеете право на участие в нашем плане в таких случаях:

- У вас есть Medicare Часть A и Medicare Часть B
- – *и* – Вы проживаете в нашей географической зоне обслуживания (в Разделе 2.3 ниже описаны наши зоны обслуживания). Заключенные лица не считаются проживающими в географической зоне обслуживания, даже если они физически в ней находятся.
- – *и* – вы являетесь гражданином Соединенных Штатов или живете в США на законных основаниях.
- – *и* – Вы соответствуете особым критериям правомочности, описанным ниже.

Особые критерии правомочности для нашего плана

Наш план разработан для удовлетворения потребностей людей, которые получают определенные льготы Medicaid. (Medicaid — это совместная правительственная программа государства и штата, которая помогает покрыть медицинские расходы определенных граждан с ограниченными доходами и ресурсами.) Чтобы иметь право

на участие в нашем плане, вы должны иметь право на льготы Medicare и все льготы Medicaid.

Обратите внимание: Если вы утратили право, но обоснованно ожидаете, что оно вернется к вам в течение двух месяцев, тогда вы все еще имеете право на участие в нашем плане (Глава 4, Раздел 2.1 расскажет вам о покрытии и долевом участии в период считающейся действующей правомочности).

Раздел 2.2 Что такое программа Medicaid?

Oregon Health Plan (Medicaid) — это совместная правительственная программа государства и штата, которая помогает покрыть медицинские расходы определенных граждан с ограниченными доходами и ресурсами. Каждый штат решает, что считать доходами и ресурсами, кто имеет право, какие услуги покрываются, а также какова стоимость услуг. Штат также может решить, как управлять своей программой в рамках государственных руководящих принципов.

Кроме того, существуют программы, предлагаемые через Medicaid, которые помогают людям с Medicare оплачивать их расходы по Medicare, например, страховые взносы Medicare. Такие «Medicare Savings Programs» («Сберегательные программы Medicare») помогают людям

с ограниченным доходом и ресурсами каждый год экономить деньги.

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+, Программа для получателей страхового обеспечения Medicare):** Помогает оплачивать страховые взносы Части A и Части B Medicare, а также другое долевое участие (например, франшизы, сострахование и дополнительные оплаты). Лица, являющиеся правомочными получателями страхового обеспечения программы Medicare+, также имеют право на все льготы программы Medicaid.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB+, Программа для получателей страхового обеспечения Medicare с низким доходом):** Помогает оплачивать страховые взносы Части B лицам, которые также имеют право на все льготы плана программы Medicaid.

Раздел 2.3 Зона обслуживания плана CareOregon Advantage Plus

План CareOregon Advantage Plus доступен только лицам, которые проживают в зоне обслуживания нашего плана. Чтобы оставаться участником нашего плана, вы должны продолжить проживать в зоне обслуживания плана. Зона обслуживания описана ниже.

Наша зона обслуживания включает такие округа штата Орегон*:* Клакамас, Колумбия, Джексон, Малтнома,

Тилламук и Вашингтон.

Если вы планируете выехать из зоны обслуживания, то не сможете оставаться участником этого плана. Обратитесь в Отдел клиентского обслуживания, чтобы узнать, работает ли наш план в вашей новой зоне. Когда вы переедете, то получите специальный период регистрации, который позволит вам перейти в план медицинского страхования Original Medicare или зарегистрироваться в плане медицинского страхования или плане обеспечения лекарствами Medicare, который доступен в новом месте.

Также важно, чтобы вы обратились в Социальное обеспечение, если вы переезжаете или меняете почтовый адрес. Вы можете найти номера телефонов и контактную информацию Социального обеспечения в главе 2, разделе 5.

Раздел 2.4 Гражданин США или пребывание на законных правах

Участник плана медицинского страхования Medicare должен быть гражданином США или находится в США на законных основаниях. Medicare (Центры обслуживания Medicare & Medicaid) уведомят план CareOregon Advantage Plus , если по такой причине вы не имеете права оставаться участником. Если вы не соответствуете этому требованию, то вас должны исключить из плана CareOregon Advantage Plus.

РАЗДЕЛ 3 Важные материалы про участие, которые вы получите

Раздел 3.1 Ваша карта участника плана

Пока вы будете участником нашего плана, вы должны использовать свою карту участника при получении услуг, покрываемых этим планом, и для рецептурных препаратов, которые вы получаете в сетевых аптеках. Вы также должны показывать свою карту Medicaid поставщику услуг. Вот пример карты участника, чтобы вы понимали, как будет выглядеть ваша карта:

Если вы являетесь участником данного плана, ЗАПРЕЩЕНО использовать красную, белую и синюю карту Medicare для покрываемых медицинских услуг. Если вы используете карту Medicare вместо карты участника плана CareOregon Advantage Plus, вам придется самостоятельно заплатить полную стоимость медицинских услуг. Храните свою карту Medicare в надежном месте. Вас могут попросить предъявить ее, если вам потребуются больничные услуги, услуги хосписа или вы захотите принять участие в утвержденных клинических исследованиях Medicare.

Если ваша карта участника плана повреждена, утеряна или украдена, немедленно обратитесь в Отдел клиентского обслуживания, и мы вышлем вам новую карту.

Раздел 3.2 Каталог поставщиков услуг

В *Каталоге поставщиков услуг* указаны наши действующие сетевые поставщики услуг. **Сетевые поставщики услуг** — это врачи и другие специалисты сферы здравоохранения, медицинские группы, больницы и другие учреждения здравоохранения, которые подписали с нами договор о принятии наших платежей и любого долевого участия по плану в качестве оплаты в полном объеме.

Вы должны пользоваться сетевыми поставщиками услуг, чтобы получать медицинское обслуживание. Если вы обратитесь в другое место без соответствующего разрешения, то будете оплачивать полную стоимость услуг. Единственными исключениями являются экстренная помощь, неотложно необходимое обслуживание, когда сеть недоступна (а именно, ситуации, когда неразумно или невозможно получить услуги в рамках сети), услуги диализа за пределами зоны обслуживания, а также случаи, когда план CareOregon Advantage Plus разрешает использование услуг несетевого поставщика.

План CareOregon Advantage Plus имеет льготу Point-of-Service (POS, Точка обслуживания), которая позволяет вам при определенных условиях получить услуги у поставщиков первичных медицинских услуг Primer care provider (PCP, поставщиков первичных медицинских услуг)и специалистов, не входящих в сеть. Подробную информацию см. в пункте «Льгота POS» (Глава 4, раздел 2.1).

Самый последний перечень поставщиков услуг и поставщиков медицинского оборудования длительного использования доступен на нашем веб-сайте по ссылке ***careoregonadvantage.org/providersearch***.

Если у вас нет копии *Каталога поставщиков услуг*, вы можете запросить копию

(в электронном или бумажном виде) в Отделе клиентского обслуживания. Бумажная копия Каталога поставщиков услуг будет отправлена вам в течение трех рабочих дней.

Раздел 3.3 Каталог аптек

В Каталоге аптек указаны наши сетевые аптеки. **Сетевые аптеки** — это все аптеки, которые согласились выдавать покрываемые рецептурные препараты для участников нашего плана. Вы можете использовать *Каталог аптек*, чтобы найти сетевую аптеку, которой хотите воспользоваться. Информацию о том, при каких условиях вы можете воспользоваться аптеками, которые не входят в сеть плана, см. в Главе 5, разделе 2.5.

Если у вас нет *Каталога аптек*, вы можете получить копию в Отделе клиентского обслуживания. Вы также можете найти эту информацию на нашем веб-сайте ***careoregonadvantage.org/pharmacy***. Вы также можете позвонить в Отдел клиентского обслуживания, чтобы запросить обновленную информацию о поставщиках услуг или попросить нас прислать вам по почте *Каталог аптек.* **Просмотрите Каталог аптек 2024, чтобы узнать, какие аптеки включены в вашу сеть.**

Раздел 3.4 Перечень покрываемых препаратов плана *(Фармакологический справочник)*

В плане есть *Перечень покрываемых препаратов (Фармакологический справочник)*. Мы сокращенно называем его «Перечень препаратов». В нем указано, какие рецептурные препараты Части D покрываются согласно льготе Части D, включенной в план CareOregon Advantage Plus. Препараты в этом списке выбраны планом с помощью группы врачей и фармацевтов. Перечень должен соответствовать требованиям, установленным Medicare. Medicare утвердила «Перечень препаратов» плана CareOregon Advantage Plus.

В «Перечне препаратов» также указаны правила, которые ограничивают покрытие для ваших препаратов.

Мы предоставим вам копию «Перечня препаратов». «Перечень препаратов», который мы предоставим, включает информацию о покрываемых препаратах, чаще всего используемых нашими участниками. Тем не менее, мы покрываем дополнительные препараты, не включенные в предоставленный «Перечень препаратов». Если ваше лекарство не указано в «Перечне препаратов», зайдите на наш веб-сайт или обратитесь в Отдел клиентского обслуживания, чтобы уточнить, покрываем ли мы его. Для получения полной и актуальной информации о покрываемых препаратах можно посетить веб-сайт плана

(***careoregonadvantage.org/druglist***) или позвонить в Отдел клиентского обслуживания.

РАЗДЕЛ 4 Ваши месячные расходы по плану CareOregon Advantage Plus

Ваши расходы могут включать следующие пункты:

- Страховой взнос плана (Раздел 4.1)
- Ежемесячный страховой взнос Части B Medicare (Раздел 4.2)
- Штраф за позднюю регистрацию в Части D (Раздел 4.3)
- Ежемесячная сумма корректировки, связанная с доходом (Раздел 4.4)

В некоторых ситуациях ваш страховой взнос по плану может быть <u>меньше</u>

Существуют программы, которые помогают людям с ограниченными ресурсами платить за свои лекарства. Сюда входят программы «дополнительную помощь» и State Pharmaceutical Assistance (программа фармацевтической помощи штата). Более подробно про эти программы рассказано в Главе 2, разделе 7. Если вы имеете право, то регистрация в программе может снизить ваш ежемесячный страховой взнос по плану.

Если вы *уже зарегистрированы* и получаете помощь по одной из этих программ, то **информация про страховые взносы в этом *Справочнике участника плана* может к вам**

не применяться. Мы отправили вам отдельный вкладыш под названием *Дополнительные условия Справочника участника плана для людей, которые получают дополнительную помощь в оплате рецептурных препаратов* (также известный как Дополнительные условия для субсидии для людей с низким доходом или Дополнительные условия LIS), который расскажет вам о покрытии ваших препаратов. Если у вас нет этого вкладыша, позвоните в Отдел клиентского обслуживания и запросите Дополнительную информацию LIS.

Страховые взносы Части B и Части D Medicare отличаются для лиц с разными уровнями дохода. Если у вас есть вопросы по этим взносам, просмотрите свою копию справочника
Medicare & You 2025 (Medicare и ты 2025) в разделе *Расходы Medicare 2025*. Если вам нужна копия, вы можете загрузить ее с сайта Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). Или вы можете заказать печатную копию по телефону 800-MEDICARE (1-800-633-4227), работает круглосуточно 7 дней в неделю. Лицам с нарушениями слуха следует звонить по телефону 877-486-2048 (TTY).

Раздел 4.1 Страховой взнос плана

Вы не платите отдельный ежемесячный страховой взнос по плану CareOregon Advantage Plus.

Раздел 4.2 Ежемесячный страховой взнос Части B Medicare

Многие участники обязаны платить другие страховые взносы Medicare

Некоторые участники обязаны платить другие страховые взносы Medicare. Как поясняется в Разделе 2 выше, чтобы иметь право на наш план, вы должны поддерживать свое право на Medicaid, а также быть зарегистрированными в Части A и Части B Medicare. Для большинства участников плана CareOregon Advantage Plus Medicaid оплачивает страховой взнос по Части A (если вы не имеете на нее право автоматически) и страховой взнос по Части B.

Если план Oregon Health Plan (Medicaid) не оплачивает за вас страховые взносы Medicare, вы должны продолжить оплачивать страховые взносы Medicare, чтобы оставаться участником плана. Сюда также входит страховой взнос по Части B. Он также может включать страховой взнос по Части A, который затрагивает участников, не имеющих права на отмену страхового взноса по Части A.

Раздел 4.3. Штраф за позднюю регистрацию в Части D

Поскольку вы являетесь участником двух программ, Late Enrollment Penalty (LEP, Штраф за позднюю регистрацию) к вам не применяется, пока вы поддерживаете этот статус, но

после потери такого статуса, к вам может применяться LEP. Штраф за позднюю регистрацию в Части D — это дополнительный страховой взнос, который необходимо оплачивать по Части D, если в какой-либо момент после периода вашей начальной регистрации в течение 63 или больше дней вы не зарегистрировались в Части D или любом другом засчитываемом покрытии рецептурных препаратов. Засчитываемое покрытие рецептурных препаратов — это покрытие, которое соответствует минимальным стандартам Medicare, поскольку ожидается, что оно будет оплачиваться в среднем в таком же объеме, как и стандартное покрытие рецептурных препаратов Medicare. Размер штрафа за позднюю регистрацию зависит от того, как долго вы не регистрировались в Части D или другом засчитываемом покрытии рецептурных препаратов. Вам придется платить этот штраф, пока у вас есть покрытие Части D.

Вам **не нужно** платить в таких случаях:

- Вы получаете «дополнительную помощь» от Medicare, чтобы оплачивать рецептурные препараты.
- Еще не прошло 63 дня подряд без засчитываемого покрытия.
- У вас есть засчитываемое покрытие препаратов из другого источника, например, бывший работодатель,

союз, TRICARE или Администрации по охране здоровья ветеранов (VA). Ваш страховщик или отдел кадров каждый год будет сообщать вам является ли ваше покрытие рецептурных препаратов засчитываемым. Эту информацию вам могут отправить в письме или включить в информационный буклет плана. Сохраняйте эту информацию, поскольку она может вам пригодится, если вы присоединитесь к плану Medicare по препаратам позже.

- **Примечание:** В каждом уведомлении должно быть указано, что у вас есть засчитываемое покрытие рецептурных препаратов, и что оно будет оплачиваться в таком же объеме, как и стандартное покрытие рецептурных препаратов Medicare.
- **Примечание:** Следующее *не является* засчитываемым покрытием рецептурных препаратов: скидочные карты на рецептурные препараты, бесплатные клиники и сайты со скидками на лекарства.

Medicare определяет сумму штрафа. Вот как это работает:

- Сначала посчитайте количество полных месяцев, на которое вы отложили регистрацию в плане Medicare по покрытию препаратов после того, как получили на это

право. Или посчитайте количество полных месяцев, в которых у вас не было засчитываемого покрытия рецептурных препаратов, если перерыв в покрытии составил 63 и больше дней. Штраф составляет 1% за каждый месяц, в который у вас не было засчитываемого покрытия рецептурных препаратов. Например, если вы провели 14 месяцев без покрытия, то штраф будет 14%.

- Затем Medicare определяет сумму среднего ежемесячного страхового взноса за планы Medicare по покрытию препаратов в стране за предыдущий год. За 2024 год средняя сумма страхового взноса составила $34,70. Эта сумма может измениться в 2025 году.
- Чтобы рассчитать месячный штраф, необходимо умножить процент штрафа на среднюю месячную страховую премию и округлить это до 10 центов. В нашем примере это будет 14% умножить на $34,70, что равно $4,86. Округляем до $4,90. Эта сумма будет добавлена **к ежемесячному страховому взносу для лица, которому начислен штраф за позднюю регистрацию в Части D**.

Следует отметить три важных нюанса относительно ежемесячного штрафа за позднюю регистрацию в Части D:

- Первое — **штраф может меняться каждый год**, поскольку средний ежемесячный страховой взнос может меняться каждый год.
- Второе — **вы будете платить штраф** каждый месяц столько, сколько будете зарегистрированы в плане, имеющем льготы по препаратам в Части D Medicare, даже если вы смените план.
- Третье — если вам меньше 65 лет и вы получаете льготы Medicare, то штраф за позднюю регистрацию в Части D обнулится, когда вам исполнится 65 лет. После 65 лет ваш штраф за позднюю регистрацию в Части D будет рассчитываться по месяцам, в которых у вас не было покрытия после периода вашего начального присоединения в связи с возрастом к Medicare.

Если вы не согласны со штрафом за позднюю регистрацию в Части D, вы или ваш представитель можете запросить пересмотр. В целом вы должны запросить пересмотр **в течение 60 дней** с даты получения первого письма, в котором указано, что вы должны заплатить штраф за позднюю регистрацию. Однако, если вы оплатили штраф до присоединения к нашему плану, то у вас не будет другого шанса запросить пересмотр штрафа за позднюю регистрацию.

Раздел 4.4 Ежемесячно сумма корректировки, связанная с доходом

Некоторым участникам ,возможно, придется заплатить дополнительную сумму, известную как ежемесячная сумма корректировки, связанная с доходом по части D, также именуемая IRMAA (Related Monthly Adjustment Amount). Дополнительная сумма рассчитывается на основании вашего изменившегося общего дохода, указанного в налоговой декларации IRS за 2 предыдущих года. Если эта сумма выше определенного показателя, вы заплатите стандартную сумму страхового взноса и дополнительную IRMAA. Более подробную информацию о дополнительной сумме, которую вам, возможно, придется заплатить на основании вашего дохода, можно найти на сайте ***medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans***.

Если вам необходимо платить дополнительную сумму, то вам пришлет письмо с указанием этой дополнительной суммы Социальное обеспечение, а не план Medicare. Дополнительная сумма будет удержана с вашего чека выдачи пособия от Социального обеспечения, Railroad Retirement Board (Совета по делам пенсионеров-железнодорожников) или Office of Personnel Management (Службы управления персоналом), независимо от вашего обычного способа оплаты страхового взноса плана, кроме

случаев, когда суммы чека выдачи пособия недостаточно, чтобы покрыть дополнительную сумму. Если суммы чека выдачи пособия недостаточно, чтобы покрыть дополнительную сумму, вы получите счет от Medicare. **Вы обязаны оплатить дополнительную сумму правительству. Ее нельзя оплачивать вместе с ежемесячным страховым взносом по плану. Если вы не оплатите дополнительную сумму, вас исключат из плана, и вы потеряете покрытие на рецептурные препараты.**

Если вы не согласны оплачивать дополнительную сумму, то можете попросить Социальное обеспечение пересмотреть решение. Чтобы узнать больше информации об этой процедуре, обратитесь в Социальное обеспечение по номеру 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

РАЗДЕЛ 5 Подробная информация про ваш ежемесячный страховой взнос

Раздел 5.1 Можем ли мы менять ваш ежемесячный страховой взнос в течение года?

Нет. Нам запрещено менять сумму, которую мы взимаем в качестве ежемесячного страхового взноса по плану в течение года. Если ежемесячный страховой взнос изменится на следующий год, мы сообщим вам об этом в сентябре, а изменения вступят в силу с 1 января.

Однако в некоторых случаях вы можете отказаться от уплаты штрафа за несвоевременную регистрацию, если это необходимо. Или вам нужно начать платить штраф за несвоевременную регистрацию. Это может произойти, если вы получите право на участие в программе «Дополнительная помощь» или если вы потеряете право на участие в программе «Дополнительная помощь» в течение года.

- Если вы в настоящее время платите штраф за несвоевременную регистрацию по части D и получаете право на «Дополнительную помощь» в течение года, вы сможете прекратить выплату штрафа.
- Если вы потеряете «Дополнительную помощь», на вас может быть наложен штраф за несвоевременную регистрацию, если вы 63 дня подряд или более не будете получать страховое обеспечение по части D или другим приемлемым рецептурным лекарственным препаратам.

Вы можете узнать больше о программе «Дополнительная помощь» в главе 2, разделе 7.

РАЗДЕЛ 6 Поддержание актуальности данных об участии в плане

Ваши данные об участии содержат информацию из формы регистрации, включая адрес и номер телефона. Данные также содержат специальное покрытие плана, в том числе

Primary Care Provider (поставщика первичных медицинских услуг).

Врачи, больницы, фармацевты и другие поставщики услуг в сети плана должны располагать корректной информацией о вас. **Эти сетевые поставщики услуг используют данные о вашем участии, чтобы знать, какие услуги и препараты покрываются, а также какие суммы долевого участия по условиям вашего плана**. По этой причине очень важно, чтобы вы помогли нам поддерживать актуальность информации.

Уведомите нас о таких изменениях:

- Изменение вашего имени, фамилии, вашего адреса или номера телефона.
- Изменения в других ваших страховых покрытиях (например, от вашего работодателя, работодателя вашей супруги/супруга или партнера, компенсация работникам или Medicaid)
- Если у вас есть какие-либо судебные разбирательства по страхованию гражданской ответственности, например, судебные разбирательства в результате автомобильной аварии.
- Если вас поместили в дом престарелых
- Если вы получаете услуги в больнице или в приемном покое за пределами зоны обслуживания или сети

- Если меняется назначенное вами ответственное лицо (например, опекун)
- Если вы принимаете участие в клиническом исследовании (**Примечание:** Вы не обязаны сообщать своему плану о клинических исследованиях, в которых намерены принять участие, но мы рекомендуем вам это сделать)

Если любые из этих данных изменятся, сообщите нам об этом, позвонив в Отдел клиентского обслуживания (номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета). Вы также можете отправить нам конфиденциальное сообщение через портал участника по адресу ***careoregonadvantage.org/memberportal***

Также важно, чтобы вы обратились в Социальное обеспечения, если вы переезжаете или меняете почтовый адрес. Вы можете найти номера телефонов и контактную информацию социального обеспечения в главе 2, разделе 5.

Вы также должны связаться с социальным работником программы Oregon Medicaid Program (Oregon Health Plan) или Отделом клиентского обслуживания Oregon Health Plan и уведомить об этих изменениях. Номера телефонов для плана Oregon Health Plan указаны в Главе 2, разделе 6.

РАЗДЕЛ 7 Как работает другая страховка с нашим планом

Другая страховка

Medicare требует, чтобы мы собирали у вас информацию о любых других страховых покрытиях медицинских услуг или препаратов, которые у вас есть. Дело в том, что мы обязаны координировать любое другое покрытие, которое у вас есть, с вашими льготами в рамках этого плана. Такая процедура называется **Координирование льгот**.

Один раз в год мы будем присылать вам письмо с указанием всех других страховых покрытий медицинских услуг или препаратов, о которых нам известно. Внимательно читайте эту информацию. Если она правильная, вам ничего не нужно делать. Если информация неправильная или если у вас есть покрытие, которое не указано в письме, позвоните в Отдел клиентского обслуживания. Возможно, вам потребуется указать свой идентификационный номер участника другим страховщикам (после подтверждения их личности), чтобы ваши счета оплачивались правильно и вовремя.

Если у вас есть другая страховка (например, групповое медицинское покрытие от работодателя), то у Medicare есть установленные правила, по которым принимается решение, какая страховая компания оплачивает счета первой.

Страховая компания, которая оплачивает счета первой, называется основным плательщиком и оплачивает суммы в рамках своего покрытия. Страховая компания, которая платит второй, называется вторичный плательщик, и оплачивает суммы, которые остаются непокрытыми после первичного покрытия. Вторичный плательщик может не оплачивать все непокрытые расходы. Если у вас есть другая страховка, сообщайте об этом врачу, в больнице и в аптеке.

Эти правила применяются к страховому покрытию медицинского страхования работодателя или профсоюзной группы:

- Если у вас покрытие в связи с пенсией, Medicare платит первой.
- Если ваше групповое медицинское покрытие основано на текущем трудоустройстве вас или члена вашей семьи, кто платит первым зависит от возраста, количества человек, занятого у вашего работодателя, а также от того, связан ли ваш Medicare с возрастом, ограниченными возможностями или терминальной стадией болезни почек (ESRD, терминальной стадией болезни почек):
    - Если вам меньше 65 лет, у вас ограниченные возможности, вы или член вашей семьи еще работаете, ваша групповая медицинская страховка платит первой, если у работодателя занято 100 или

более работников или если минимум у одного работодателя в страховке на несколько работодателей занято более 100 сотрудников.

  - Если вам более 65 лет, вы или ваша супруга/супруг или партнер еще работаете, ваша групповая медицинская страховка платит первой, если у работодателя занято 20 или более работников или если минимум у одного работодателя в страховке на несколько работодателей занято более 20 сотрудников.

- Если у вас Medicare по причине ESRD (терминальной стадии болезни почек), ваша групповая медицинская страховка платит первой в первые 30 месяцев после того, как вы получите право на Medicare.

Эти виды покрытия обычно платят первыми за услуги, связанные с каждым видом:

- Страхование «без вины» (включая автомобильную страховку)
- Ответственность (включая автомобильную страховку)
- Льготы при антракозе
- Компенсация работникам

Medicaid и TRICARE никогда не платят первыми за услуги, покрываемые Medicare. Они платят только после оплаты

Medicare и (или) групповой медицинской страховки работодателя.

ГЛАВА 2: Важные номера телефонов и ресурсы

Утверждено ОМВ 0938–1051(Срок истекает: 31, августа 2026 г.)

РАЗДЕЛ 1 Контакты плана CareOregon Advantage (как связаться с нами, в том числе с Отделом клиентского обслуживания)

Как связаться с нашим Отделом клиентского обслуживания

Для помощи с жалобами, счетами или по вопросам карты участника, звоните или пишите в Отдел клиентского обслуживания плана CareOregon Advantage Plus. Мы будем рады вам помочь.

Способ	Отдел клиентского обслуживания — контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	503-416-4279 или 888-712-3258 Звонки на этот номер бесплатные. С 1 октября по 1 марта с 08:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. Отдел клиентского обслуживания также может предложить бесплатные услуги переводчика, доступные для не говорящих на английском языке.

Способ	Отдел клиентского обслуживания — контактная информация
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатные. С 1 октября по 1 марта с 08:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу.
ПО ФАКСУ	503-416-3723
ПО ПОЧТЕ	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 ***customerservice@careoregon.org***
ВЕБ-САЙТ	***careoregonadvantage.org*** Портал участника: ***careoregonadvantage.org/memberportal***

Как связаться с нами, если вы просите о решении о покрытии или подаете апелляцию по поводу вашего медицинского обслуживания

Решение о покрытии — это решение, которое мы принимаем о ваших льготах и покрытии или о сумме, которую мы будем платить за ваше медицинское обслуживание или рецептурные препараты Части D. Апелляция — это официальный способ попросить нас пересмотреть решение о покрытии, которое уже принято.

Более подробную информацию о том, как просить о пересмотре решения о покрытии или подать апелляцию по вашему медицинскому обслуживанию или рецептурным препаратам Части D см. в Главе 9. *Что делать, если у вас возникла проблема или жалоба (решения о покрытии, апелляции, жалобы*).

Способ	Решения о покрытии медицинского обслуживания — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	503-416-4279 или 888-712-3258 Звонки на этот номер бесплатные. **График работы:** с 1 октября по 31 марта с 08:00 до 20:00, семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатные. **График работы:** с 1 октября по 31 марта с 08:00 до 20:00, семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу.
ПО ФАКСУ	503-416-3671
ПО ПОЧТЕ	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204

Способ	Решения о покрытии рецептурных препаратов Части B и Части D — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	503-416-4279 или 888-712-3258 Звонки на этот номер бесплатные. **График работы:** с 1 октября по 31 марта с 08:00 до 20:00, семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатные. **График работы:** с 1 октября по 31 марта с 08:00 до 20:00, семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу.
ПО ФАКСУ	Часть B: 503-416-4722 Часть D: 503-416-8109
ПО ПОЧТЕ	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
ВЕБ-САЙТ	***careoregonadvantage.org/rxinfo***

Способ	Апелляции о медицинском обслуживании — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	503-416-4279 или 888-712-3258 Звонки на этот номер бесплатные. **График работы:** С 1 октября по 1 марта с 08:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатные. **График работы:** С 1 октября по 1 марта с 08:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу.
ПО ФАКСУ	503-416-8118
ПО ПОЧТЕ	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204

Способ	Апелляции о рецептурных препаратах Части B и Части D — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	503-416-4279 или 888-712-3258 Звонки на этот номер бесплатные. **График работы:** С 1 октября по 1 марта с 08:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатные. **График работы:** С 1 октября по 1 марта с 08:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу.
ПО ФАКСУ	503-416-1428
ПО ПОЧТЕ	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
ВЕБ-САЙТ	***careoregonadvantage.org/rxinfo***

Как связаться с нами, если вы составляете жалобу по поводу вашего медицинского обслуживания

Вы можете составить жалобу на нас или одного из наших сетевых поставщиков услуг или аптек, включая жалобу на качество предоставляемой вам медицинской помощи. Этот вид жалобы не включает споры о покрытии или оплате. Более подробную информацию о том, как составить жалобу о предоставляемом вам медицинском обслуживании см. в Главе 9. *Что делать, если у вас возникла проблема или жалоба (решения о покрытии, апелляции, жалобы*).

Способ	Жалобы о медицинском обслуживании и рецептурных препаратах Части D — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	503-416-4279 или 888-712-3258 Звонки на этот номер бесплатные. **График работы:** С 1 октября по 1 марта с 08:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 20:00 до 18:00 с понедельника по пятницу.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатные. **График работы:** С 1 октября по 1 марта с 08:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу.
ПО ФАКСУ	503-416-1313
ПО ПОЧТЕ	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204

Способ	Жалобы о медицинском обслуживании и рецептурных препаратах Части D — Контактная информация
ВЕБ-САЙТ MEDICARE	Вы можете подать жалобу на план CareOregon Advantage Plus непосредственно в Medicare. Чтобы подать жалобу онлайн в Medicare, перейдите по ссылке ***medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx***.

Куда отправить запрос с просьбой оплатить нашу часть расходов за медицинское обслуживание или рецептурный препарат, который вы получили

Если вы получили счет или оплатили услуги (например, счет от поставщика услуг), который, по вашему мнению, должны оплатить мы, вам понадобится попросить нас о возмещении или оплате счета поставщика услуг. См. Главу 7 (*Обращение к нам с просьбой оплатить* нашу часть *полученного вами счета за покрываемые медицинские услуги или препараты*). Мы можем возместить только оплату за покрываемые Medicare услуги, но не за услуги, которые покрывает Medicaid. Если ваш запрос на возмещение будет одобрен, наш платеж покроет только разрешенную Medicare сумму (какую мы обычно платим поставщику за услуги), а не часть, которая

покрывается Medicaid, например, сострахование или франшиза Medicare.

Обратите внимание: Если вы отправляете нам запрос на оплату, а мы отклоняем ваш запрос, вы можете подать апелляцию на наше решение. См. Главу 9. *Что делать, если у вас возникла проблема или жалоба (решения о покрытии, апелляции, жалобы)* для получения подробной информации.

Способ	Запрос на оплату платежа C — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	503-416-4279 или 888-712-3258 Звонки на этот номер бесплатные. **График работы:** С 1 октября по 1 марта с 08:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. Отдел клиентского обслуживания также может предложить бесплатные услуги переводчика, доступные для не говорящих на английском языке.
TTY	711 Звонки на этот номер бесплатные. **График работы:** С 1 октября по 1 марта с 08:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу.
ПО ФАКСУ	503-416-8115
ПО ПОЧТЕ	Attn: 315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
ВЕБ-САЙТ	***careoregonadvantage.org***

Способ	Запрос на оплату Части D — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	503-416-4279 или 888-712-3258 Звонки на этот номер бесплатные. График работы: С 1 октября по 1 марта с 08:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. Отдел клиентского обслуживания также может предложить бесплатные услуги переводчика, доступные для не говорящих на английском языке.
ПО ПОЧТЕ	Attn: Pharmacy Department – 315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
ВЕБ-САЙТ	***careoregonadvantage.org/rxreimbursement***

РАЗДЕЛ 2 Medicare

(как получить помощь и информацию напрямую из федеральной программы Medicare)

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет и старше, некоторых

лиц в возрасте до 65 лет с определенными видами инвалидности и лиц с терминальной стадией почечной недостаточности.

Федеральное агентство, ответственное за Medicare, — это Центры обслуживания Medicare & Medicaid (иногда именуемые CMS). Это агентство заключает договоры с организациями Medicare Advantage, включая нас.

Способ	Medicare — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	1–800-MEDICARE, или 1-800-633-4227 Звонки на этот номер бесплатные. Круглосуточно 7 дней в неделю.
TTY	1-877-486-2048 Для этого номера требуется специальное телефонное оборудование, и он предназначен только для людей, у которых есть нарушения слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатные.

ВЕБ-САЙТ	***Medicare.gov*** Это официальный правительственный веб-сайт для Medicare. Он предоставляет актуальную информацию о Medicare и текущих проблемах Medicare. Он также содержит информацию о больницах, домах престарелых, врачах, агентствах медицинских услуг на дому и учреждениях, предоставляющих услуги диализа. На сайте есть документы, которые вы можете распечатать напрямую со своего компьютера. Вы также можете найти контакты Medicare в вашем штате. На веб-сайте Medicare подробно разъясняется информация о вашем праве на Medicare и вариантах присоединения к Medicare с помощью следующих инструментов: • **Инструмент правомочности Medicare:** Предоставляет информацию о статусе правомочности для Medicare. • **Поисковик планов Medicare:** Предоставляет персонализированную информацию о доступных планах рецептурных препаратов Medicare, медицинском страховании Medicare и

Способ	Medicare — Контактная информация
	политиках Medigap (дополнительное страхование Medicare) в вашем регионе. Эти инструменты предоставляют *оценку* того, какими могут быть ваши собственные расходы в разных планах Medicare.

ВЕБ-САЙТ (продолжение)	Вы также можете использовать веб-сайт, чтобы рассказать Medicare о любых своих жалобах на план CareOregon Advantage Plus. • **Расскажите Medicare о своей жалобе:** Вы можете подать жалобу на план CareOregon Advantage Plus непосредственно в Medicare. Чтобы подать жалобу в Medicare, перейдите на страницу ***medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx***. Medicare серьезно воспримет вашу жалобу и использует эту информацию, чтобы помочь улучшить качество программы Medicare. Если у вас нет компьютера, вам может помочь в посещении веб-сайта местная библиотека или клуб для пожилых людей. Или вы можете позвонить в Medicare и спросить у них нужную вам информацию. Они найдут информацию на веб-сайте и просмотрят ее вместе с вами. (Вы можете позвонить в Medicare по телефону 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227), работает круглосуточно 7 дней в неделю. Лицам с нарушениями слуха

Способ	Medicare — Контактная информация
	следует звонить по телефону 1-877-486-2048 (TTY).

РАЗДЕЛ 3 State Health Insurance Assistance Program (бесплатная помощь, информация и ответы на ваши вопросы о Medicare)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Программа вспомогательного государственного медицинского страхования) — это государственная программа с обученными консультантами в каждом штате. В штате Орегон SHIP носит название Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, Помощь по медицинскому страхованию пожилых людей).

SHIBA — это независимая (не связанная с любой другой страховой компанией или страховой программой) программа штата, которая получает деньги от федерального правительства, чтобы предоставить бесплатные местные консультации по медицинскому страхованию людям, участвующим в программе Medicare.

Консультанты SHIBA могут помочь вам понять ваши права по Medicare, помогут составить жалобу на медицинское обслуживание или лечение, а также помогут урегулировать

проблемы со счетами Medicare. Консультанты SHIBA также могут помочь вам с вопросами или проблемами Medicare, а также помогут вам понять ваш план Medicare и ответят на вопросы о переходе между планами.

СПОСОБ ДОСТУПА К SHIP и ДРУГИЕ РЕСУРСЫ:

- Посетите сайт https://www.shiphelp.org (Нажмите на «SHIP LOCATOR» (УКАЗАТЕЛЬ SHIP) посредине страницы)
- Выберите свой **ШТАТ** из списка. Это приведет вас на страницу с номерами телефонов и ресурсами для вашего штата.

Способ	Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) (SHIP штата Орегон) — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	Бесплатный 800-722-4134
TTY	711
ПО ПОЧТЕ	500 Summer St NE E-12 Salem, OR 97301-1097 Эл. почта: ***shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov***
ВЕБ-САЙТ	***oregonshiba.org*** Или воспользуйтесь их конфиденциальной онлайн формой ***shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx***

РАЗДЕЛ 4 Quality Improvement Organization

Для обслуживания бенефициаров Medicare в каждом штате существует назначенная организация Quality Improvement

Organization. В штате Орегон Quality Improvement Organization носит название KEPRO.

В KEPRO есть группа врачей и других медицинских специалистов, которым платит Medicare, чтобы они проверяли и улучшали качество обслуживания для людей с программами Medicare. KEPRO — это независимая организация. Она не связана с нашим планом.

Вам стоит связаться с KEPRO в любой из следующих ситуаций:

- У вас есть жалобы на качество полученного вами обслуживания.
- Вы считаете, что покрытие вашего пребывания в больнице слишком быстро заканчивается.
- Вы считаете, что покрытие ваших медицинских услуг на дому, в центре сестринского ухода или услуги Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF, комплексное амбулаторное реабилитационное учреждение) слишком быстро заканчиваются.

Способ	KEPRO/Acentra Health (Quality Improvement Organization штата Орегон) — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	888-305-6759 С понедельника по пятницу с 06:00 до 14:00 по тихоокеанскому времени. Выходные и праздники *с 10:00 до 16:00* по тихоокеанскому времени.
TTY	711
ПО ПОЧТЕ	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131
ВЕБ-САЙТ	***keproqio.com***

РАЗДЕЛ 5 Социальное обеспечение

Социальное обеспечение несет ответственность за определение правомочности и проведение регистрации для Medicare. Граждане США и постоянные резиденты, проживающие на законных основаниях, в возрасте от 65 лет или имеющие ограниченные возможности или конечную

стадию заболевания почек и соответствующие определенным условиям, имеют право на участие в Medicare. Если вы уже получаете чеки Социального обеспечения, регистрация в Medicare является автоматической. Если вы не получаете чеки Социального обеспечения, вам необходимо зарегистрироваться в Medicare. Чтобы подать заявку на регистрацию в Medicare, вы можете позвонить в Социальное обеспечение или посетить местный офис Социального обеспечения.

Социальное обеспечение также несет ответственность за определение того, кто оплачивает дополнительную сумму за покрытие препаратов по Части D при условии более высокого дохода. Если вы получили письмо от Социального обеспечения о том, что должны заплатить дополнительную сумму, и у вас есть вопросы об этой сумме или ваш доход упал по причине события, изменившего вашу жизнь, вы можете позвонить в Социальное обеспечение и попросить о пересмотре.

Если вы переехали или изменился ваш почтовый адрес, очень важно, чтобы сообщили об этом в Социальное обеспечение.

Способ	Социальное обеспечение — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	1-800-772-1213 Звонки на этот номер бесплатные. Доступно с 08:00 до 19:00 с понедельника по пятницу. Вы можете круглосуточно использовать автоматизированную телефонную услугу Социального обеспечения, чтобы получить записанную информацию и вести дела.
TTY	1-800-325-0778 Для этого номера требуется специальное телефонное оборудование, и он предназначен только для людей, у которых есть нарушения слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатные. Доступно с 08:00 до 19:00 с понедельника по пятницу.
ВЕБ-САЙТ	www.ssa.gov

РАЗДЕЛ 6 Oregon Health Plan (Medicaid)

Чтобы иметь право на участие в плане CareOregon Advantage Plus, вы должны иметь право на льготы Medicare и все льготы Oregon Health Plan (Medicaid).

Oregon Health Plan (Medicaid) — это совместная правительственная программа государства и штата, которая помогает покрыть медицинские расходы определенных граждан с ограниченными доходами и ресурсами.

Кроме того, существуют программы, предлагаемые через Medicaid, которые помогают людям с Medicare оплачивать их расходы по Medicare, например, страховые взносы Medicare. Такие «Medicare Savings Programs» («Сберегательные программы Medicare») помогают людям с ограниченным доходом и ресурсами каждый год экономить деньги.

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+, Программа для получателей страхового обеспечения Medicare):** Помогает оплачивать страховые взносы по Части A и Части B Medicare и другое долевое участие (например, франшизы, сострахование и доплаты). Некоторые люди с QMB также имеют право на все льготы Medicaid (QMB+).

- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB+, Программа для получателей страхового обеспечения Medicare с низким доходом):** Помогает оплачивать страховые взносы по Части B. Некоторые люди с SLMB также имеют право на все льготы Medicaid (SLMB+).

Medicaid - это совместная федеральная программа и программа штата, которая помогает покрыть медицинские расходы определенным лицам с ограниченным уровнем дохода и ресурсами.

Если у вас возникли вопросы о помощи, которую вы получаете от Medicaid, обратитесь в Oregon Health Plan.

Способ	Oregon Health Plan (программа Medicaid штата Орегон) – Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	Отдел клиентского обслуживания Oregon Health Plan: 800-273–0557 Доступно с 08:00 до 17:00 с понедельника по пятницу.
TTY	711
ПО ПОЧТЕ	Oregon Health Authority Administrative Office 500 Summer St NE E-20 Salem, OR 97301-1097
ВЕБ-САЙТ	***oregon.gov/oha***

Адвокатская служба губернатора помогает людям, зарегистрированным в Medicaid, при проблемах с

обслуживанием и счетами. Служба может помочь вам подать жалобу или апелляцию по нашему плану.

Способ	Адвокатская служба губернатора — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	503-945-6904 или бесплатный 800-442-5238 Доступно с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00.
TTY	711
ПО ПОЧТЕ	Department of Human Services (Управление кадрами) 500 Summer St NE E-17 Salem, OR 7301 Эл. почта: ***gao.info@dhsoha.state.or.us***
ВЕБ-САЙТ	***oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages.gao.aspx***

Офис омбудсмена по вопросам долгосрочного ухода штата Орегон помогает людям получить информацию о домах

престарелых и решить проблемы между домами престарелых и резидентами или их семьями.

Способ	Офис омбудсмена по вопросам долгосрочного ухода штата Орегон — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	503-378-6533 или бесплатный 800-522-2602 Доступно с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00.
TTY	711
ПО ПОЧТЕ	830 D St. NE Salem, OR 7301 Эл. почта: ***ltco.info@rights.oregon.gov***
ВЕБ-САЙТ	***oltco.org***

РАЗДЕЛ 7 Информация о программах, которые помогают людям оплачивать рецептурные препараты

Веб-сайт ***Medicare.gov*** (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) предоставляет информацию о том, как снизить стоимость ваших рецептурных препаратов. Для людей с

ограниченными доходами также существуют программы помощи, описанные ниже.

Программа «дополнительную помощь» от Medicare

Поскольку вы имеете право на Medicaid, то вы также имеете право и получаете «дополнительную помощь» от Medicare, чтобы оплачивать стоимость рецептурных препаратов по вашему плану. Вам не нужно больше ничего делать, чтобы получить «дополнительную помощь».

Если у вас есть вопросы о «дополнительную помощь», звоните:

- 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TY следует звонить по телефону 1-877-486-2048 (заявки) круглосуточно 7 дней в неделю.
- Офис Социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 с 08:00 до 19:00 с понедельника по пятницу. TTY следует звонить по номеру 1-800-325-0778; или
- Ваш офис Medicaid в штате (заявки) (Контактную информацию см. в Разделе 6 этой главы).

Если вы считаете, что вы оплатили неправильную сумму долевого участия, когда получили свой рецептурный препарат в аптеке, в нашем плане предусмотрен процесс запроса помощи в получении доказательства вашего

правильного уровня дополнительного платежа или, если у вас уже есть такое доказательство, предоставить его нам.

- Если вам требуется помощь в получении доказательства вашего уровня субсидии «дополнительную помощь», обратитесь в Отдел клиентского обслуживания, и мы проведем исследование Medicare и штата Орегон, чтобы найти необходимые вам доказательства.
- Когда мы получим доказательство, показывающее размер вашей доплаты, мы обновим нашу систему таким образом, чтобы вы смогли выполнить правильную доплату, когда будете в следующий раз получать рецептурный препарат в аптеке. Если вы переплатили свою доплату, мы возместим ее вам. Мы либо вышлем вам чек на сумму вашей переплаты, либо компенсируем будущие доплаты. Если в аптеке с вас не взяли доплату и оформили ее как долг, мы можем перевести платеж напрямую в аптеку. Если штат платит от вашего имени, мы можем сделать платеж напрямую штату. Если у вас возникли вопросы, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания.

Что делать, если у вас покрытие по программе AIDS Drug Assistance Program (ADAP, Программа помощи с

лекарствами от СПИДа)?

Что такое программа AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) помогает лицам, имеющим на нее право и живущим с ВИЧ/СПИД, получать доступ к жизненно необходимым лекарствам от ВИЧ. На рецептурные препараты Части D Medicare, которые также включены в фармакологический справочник ADAP, распространяется помощь с долевым участием по рецептурным препаратам через CAREAssist. **Примечание:** Чтобы получить право на ADAP, действующую в вашем штате, лица должны отвечать критериям, включая доказательство проживания в штате и статус ВИЧ, низкий доход, определенный штатом, а также статус незастрахованного/слабо застрахованного. Если вы меняете план, уведомите об этом вашего местного работника по вопросам присоединения к ADAP, чтобы вы могли продолжить получать помощь. Чтобы получить информацию о критериях правомочности, покрываемых препаратах или о том, как присоединиться к программе, звоните в CAREAssist по номеру 971-673-0144 или по бесплатному номеру 800-805-2313.

РАЗДЕЛ 8 Как связаться с Railroad Retirement Board

Railroad Retirement Board — это независимое государственное агентство, которое управляет

комплексными программами льгот для железнодорожников страны и их семей. Если вы получаете Medicare через Railroad Retirement Board, важно, чтобы вы сообщили им о переезде или смене почтового адреса. Если у вас есть вопросы относительно ваших льгот от Railroad Retirement Board, обратитесь в агентство.

Способ	Railroad Retirement Board — Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	1–877-772-5772 Звонки на этот номер бесплатные. Если вы нажмете «0», то сможете поговорить с представителем RRB с 09:00 до 15:30 в понедельник, вторник, четверг и пятницу, и с 09:00 до 12:00 в среду. Если вы нажмете «1», то сможете получить доступ к автоматизированной справочной линии RRB и записанной информации 24 часа в день, включая выходные и праздники.
TTY	1-312-751-4701 Для этого номера требуется специальное телефонное оборудование, и он предназначен только для людей, у которых есть нарушения слуха или речи. Звонки на этот номер *не* бесплатные.
ВЕБ-САЙТ	***rrb.gov***

РАЗДЕЛ 9 У вас есть «групповая страховка» или другая медицинская страховка от работодателя?

Если вы (или ваш супруг/супруга или партнер) получаете льготы от вашего (вашей супруги/супруга или домашнего партнера) работодателя или союза пенсионеров как часть данного плана, вы можете позвонить администратору льгот работодателя/союза или в Отдел клиентского обслуживания, если у вас возникнут вопросы. Вы можете спросить о льготах, страховых взносах или периоде присоединения своего (или вашего супруга/супруги или партнера) работодателя или союз пенсионеров. (Номера телефонов Отдела клиентского обслуживания указаны на обратной стороне данного документа.) Вы также можете позвонить 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) по вопросам, связанным с покрытием Medicare в рамках данного плана.

Если у вас есть другое покрытие рецептурных препаратов через вашего (или вашего супруга/супруги или партнера) работодателя или союз пенсионеров, обратитесь к **администратору льгот такого союза.** Администратор льгот может помочь определить вам как работает ваше действующее покрытие рецептурных препаратов в рамках вашего плана.

ГЛАВА 3: Использовани е плана для получения

Утверждено OMB 0938–1051(Срок истекает: 31, августа 2026 г.)

медицинских услуг

РАЗДЕЛ 1 Что вам нужно знать о получении медицинского обслуживания в качестве участника нашего плана

В этой главе поясняется, что вам нужно знать об использовании плана для получения покрываемого медицинского обслуживания. В ней приводятся определения терминов и разъяснения правил, которым вы должны следовать для получения медицинского лечения, услуг, оборудования, рецептурных препаратов и прочего медицинского обслуживания, которое покрывает ваш план.

Для получения подробной информации о том, какое медицинское обслуживание покрывает ваш план, воспользуйтесь таблицей льгот в следующей главе, Глава 4 (*Таблица медицинских льгот, что включает покрытие*).

Раздел 1.1 Что такое сеть поставщиков услуг и покрываемые услуги?

- **Поставщики услуг** — это врачи и другие медицинские специалисты с лицензией, выданной штатом для предоставления медицинского обслуживания. Термин «поставщики услуг» также включает больницы и другие медицинские учреждения.

- **Сетевые поставщики услуг** — это врачи и другие специалисты сферы здравоохранения, медицинские группы, больницы и другие учреждения здравоохранения, которые подписали с нами договор о принятии наших платежей в качестве оплаты в полном объеме. Мы назначили этих поставщиков услуг для предоставления покрываемых услуг участникам нашего плана. Поставщики услуг в нашей сети выставляют счета за предоставленные вам услуги напрямую нам. Когда вы попадаете на прием к поставщику услуг, вы ничего не платите за покрываемые услуги.
- **Покрываемые услуги** включают все медицинские услуги, услуги здравоохранения, принадлежности, оборудование и рецептурные препараты, которые покрывает наш план. Ваши покрываемые услуги за медицинское обслуживание указаны в таблице льгот в Главе 4. Ваши покрываемые услуги за рецептурные препараты обсуждаются в Главе 5.

Раздел 1.2 Основные правила для получения медицинских услуг, покрываемых планом

В качестве медицинской страховки Medicare и Oregon Health Plan (Medicaid) план CareOregon Advantage Plus должен покрывать все услуги, покрываемые Original

Medicare, и может предлагать другие услуги как дополнение к покрываемым Original Medicare. Подробную информацию см. в Главе 4, разделе 2.1.

План CareOregon Advantage Plus в целом покрывает ваше медицинское обслуживание при таких условиях:

- **Обслуживание, которое вы получаете, включено в таблицу медицинских льгот плана** (эта таблица приведена в Главе 4 данного документа).
- **Обслуживание, которое вы получаете, считается необходимым с медицинской точки зрения**. Необходимое с медицинской точки зрения означает, что услуги, принадлежности, оборудование или препараты необходимы для предотвращения, диагностики или лечения вашего медицинского состояния и соответствуют стандартам медицинской практики.
- **У вас есть поставщик первичных медицинских услуг (PCP), который обеспечивает и контролирует ваше обслуживание.** В качестве участника нашего плана вы должны выбрать сетевого PCP (более подробную информацию об этом см. в разделе 2.1 этой главы).
    - В большинстве случаев наш план заранее разрешает вам обращаться к другим поставщикам услуг из сети плана, например, к специалистам, в

больницы, в медицинские учреждения, обеспечивающие полный уход за пожилыми людьми и инвалидами или агентства по предоставлению медицинских услуг на дому. Это называется «дать направление». Более подробную информацию об этом см. в разделе 2.1 этой главы.

  - В случае экстренной или неотложной помощи направления от вашего PCP не требуются. Также есть другие похожие виды услуг, которые вы можете получить без предварительного разрешения вашего PCP (более подробную информацию об этом см. в разделе 2.1 этой главы).

- **Вы должны получать услуги у сетевого поставщика услуг** (более подробную информацию об этом см. в разделе 2 этой главы). В большинстве случаев услуги, которые вам предоставит несетевой поставщик (поставщик, который не является частью сети нашего плана) не будут покрыты. Это означает, что вам придется полностью оплатить поставщику предоставленные услуги. *Есть три исключения:*
  - План покрывает услуги экстренной или неотложной помощи, которые вы получаете от несетевого поставщика. Более подробную

информацию о том, что означают услуги экстренной или неотложной помощи см. в разделе 3 этой главы.

- Если вам нужны медицинские услуги, которые Medicare требует от нашего плана покрывать, но в нашей сети нет специалистов, предоставляющих такие услуги, вы можете получить такие услуги у несетевых поставщиков по тому же долевому участию, которое вы обычно оплачиваете в пределах сети. Может понадобиться предварительное разрешение. В этой ситуации мы покроем эти услуги так же, как если бы вы их получали от сетевого поставщика. Информацию о получении разрешения на прием у несетевого врача см. в разделе 2.4 этой главы.
- План покрывает услуги диализа почек, которые вы получаете в сертифицированных Medicare учреждениях, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или когда ваш поставщик таких услуг временно недоступен. Долевое участие, которое вы оплачиваете диализ, не может превышать долевое участие в Original Medicare. Если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана и получаете услуги диализа от несетевого поставщика плана, ваше долевое участие не должно превышать долевое участие, которое вы оплачиваете в сети. Однако, если ваш обычный сетевой поставщик услуг диализа

временно недоступен, и вы получаете услуги в пределах зоны обслуживания у несетевого поставщика плана, ваше долевое участие за диализ может быть выше.

РАЗДЕЛ 2 Использование поставщиков услуг в сети плана для получения медицинского обслуживания

Раздел 2.1 Вы должны выбрать поставщика первичных медицинских услуг (PCP) для предоставления и контроля вашего обслуживания

Что такое PCP и что он для вас делает?

- Что такое PCP? Ваш PCP — это клиника с врачами и (или) фельдшерами, которые соответствуют требованиям штата и обучены предоставлять базовую медицинскую помощь.
- Какие поставщики услуг могут действовать в качестве PCP? Поставщики услуг, которые чаще всего действуют в качестве PCP, включают следующие: семейная медицина, внутренняя медицина, общая практика и педиатрия.

- Ваш PCP запросит у вашего плана определенные услуги. Это называется разрешение. Примеры услуг, требующих разрешения, включают госпитализацию, амбулаторную хирургию и медицинское оборудование длительного использования.
- Какая роль PCP в координировании покрываемых услуг? Как правило, при возникновении большинства медицинских проблем сначала вы обращаетесь к своему PCP. Ваш PCP также координирует остальную часть покрываемых услуг, которые вы получаете как участник нашего плана. Например, иногда вам нужно разрешение PCP для обращения к специалисту. Это называется направление. Ваш PCP также назначает лабораторные анализы, рентген и терапии.

Как выбрать PCP?

Каждый участник плана CareOregon Advantage имеет назначенного поставщика первичных медицинских услуг (PCP). Если новый участник не выбирает PCP в заявлении на регистрацию, план сделает это за него. Если вы уже являетесь участником, ваш PCP останется прежним. Ваш PCP координирует ваше обслуживание, за исключением женского здоровья и экстренной помощи. Если ваш PCP выйдет из плана в период когда вы все еще остаетесь участником плана, вы уведомим вас письменно и попросим выбрать другого PCP. Если член плана не успеет выбрать

нового PCP в течении определенного времени, план выберет нового PCP для этого члена.

Изменение вашего PCP

Вы можете изменить своего PCP по любой причине в любое время. Также, ваш PCP может уйти из сети поставщиков услуг нашего плана, и вам придется искать нового PCP.

Чтобы найти нового PCP, который принимает новых пациентов, вы можете обратиться к нашему онлайн Каталогу поставщиков услуг по ссылке ***careoregonadvantage.org/providersearch***. Вы также можете обратиться за помощью в Отдел клиентского обслуживания по номеру 503-416-4279 или бесплатному 888-712-3258 с 1 октября по 31 марта с 08:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября с 08:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. TTY следует звонить по номеру 711.

Во время звонка обязательно сообщите Отделу клиентского обслуживания, если вы обращались к специалисту или получаете другие покрываемые услуги. Отдел клиентского обслуживания поможет вам проверить, что нужный вам PCP принимает новых пациентов, и что вы продолжите получать специальные медицинские и другие услуги, которые вы получали до замены своего PCP.

Когда вы найдете нового PCP, изменения сразу же вступят в силу.

Раздел 2.2 Какие виды медицинского обслуживания вы можете получить без направления PCP?

Вы можете получать указанные ниже услуги без получения предварительного направления от своего PCP.

- Стандартные осмотры для женщин, которые включают осмотр молочных желез, маммографию (рентген молочных желез), ПАП-тесты и гинекологический осмотр.
- Прививки против гриппа (или вакцины), вакцинации против COVID-19, гепатита B и пневмонии.
- Услуги экстренной помощи от сетевых и несетевых поставщиков услуг.
- Услуги, обеспечиваемые планом страхования «Неотложная помощь», — это услуги, требующие немедленной медицинской помощи, которые не являются неотложными, при условии, что вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или, учитывая ваше время, место и обстоятельства, нецелесообразно получать эту услугу у сетевых провайдеров, с которыми заключен контракт плана. Примерами неотложно необходимых услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы или неожиданные обострения существующих

заболеваний. Однако регулярные визиты к врачу, необходимые с медицинской точки зрения, такие как ежегодные осмотры, не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или сеть плана временно недоступна.

- Услуги диализа почек, которые вы получаете в сертифицированном Medicare учреждении, когда вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания. По возможности обратитесь в Отдел клиентского обслуживания прежде, чем уезжать из зоны обслуживания, чтобы мы могли помочь вам в назначении процедур диализа, пока вы в отъезде.

Раздел 2.3 Как получить услуги у специалистов и других сетевых поставщиков

Специалист — это врач, который предоставляет медицинские услуги для конкретных болезней или частей тела. Существует много видов специалистов. Вот несколько примеров:

- Онкологи занимаются пациентами, больными на рак.
- Кардиологи предоставляют услуги пациентам с болезнями сердца.
- Ортопеды предоставляют услуги пациентам с проблемами с костями, суставами или мышцами.

Пока вы являетесь участником плана, ваш PCP несет ответственность за направление вас или подачу запросов (называется разрешение) в план CareOregon Advantage Plus. Примеры услуг, требующих разрешений, включают госпитализацию, амбулаторную хирургию и медицинское оборудование длительного использования. Более подробную информацию о том, для каких услуг требуется предварительное разрешение, см. Главу 4, раздел 2.1.

План CareOregon Advantage Plus примет решение об утверждении или отказе запроса, подаваемого вашим PCP. Если мы говорим, что не покроем ваши услуги, то вы или ваш поставщик имеете право подать апелляцию. Более подробную информацию о том, как подать апелляцию на отказ, см. в Главе 9.

Выбор PCP не ограничивает ваше право обращаться к другим узким специалистам или в больницы, в которые PCP вас направляет. Участники могут запросить прием у любого сетевого специалиста или в больнице, указанных в Каталоге поставщиков услуг (***careoregonadvantage.org/providersearch***).

Что делать, если специалист иди другой сетевой поставщик услуг прекращает участие в плане?

В течение года мы можем менять больницы, врачей и специалистов (поставщиков услуг), которые являются частью

нашего плана. Если ваш врач или специалист прекращает участие в вашем плане, у вас есть определенные права и защиты, которые приведены ниже:

- Несмотря на то, что в течение года наша сеть поставщиков услуг может измениться, Medicare требует, чтобы мы предоставляли вам постоянный доступ к квалифицированным врачам и специалистам.
- Мы уведомим вас, если ваш поставщик услуг прекратит участие в плане, чтобы у вас было время выбрать нового поставщика.
    - Если ваш первичный поставщик услуг или поставщик услуг по охране психического здоровья прекращает участие в нашем плане, мы уведомим вас, если вы обращались к этому поставщику за прошедшие три года.
    - Если любой другой из ваших поставщиков услуг прекращает участие в нашем плане, мы уведомим вас, если у вас назначен к нему прием, вы на данный момент получаете у него услуги или обращались к этому поставщику за прошедшие три года.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного сетевого поставщика услуг, к

которому у вас будет доступ для дальнейшего обслуживания.

- Если на данный момент вы получаете медицинское лечение или терапии у своего нынешнего поставщика услуг, то имеете право сделать запрос, и мы приложим усилия, чтобы убедиться, что необходимое с медицинской точки зрения лечение или терапия, которую вы получаете, не прерваны.
- Мы предоставим вам информацию о доступных вам разных периодах присоединения и вариантах смены плана.
- Мы назначим вам любую необходимую с медицинской точки зрения покрываемую льготу за пределами нашей сети поставщиков услуг, но по долевому участию в пределах сети, если сетевой поставщик услуг недоступен или не соответствует вашим медицинским потребностям. Может понадобиться предварительное разрешение. Дополнительную информацию о том, как получить обслуживание у несетевого поставщика услуг см. в разделе 2.4.
- Если вы узнаете, что ваш врач или специалист прекращает участие в нашем плане, свяжитесь с

нами, чтобы мы могли помочь вам найти нового поставщика для предоставления вам обслуживания.

- Если вы считаете, что мы не предоставили вам квалифицированного поставщика услуг на замену предыдущего, или что ваше обслуживание недостаточно управляется, вы имеете право подать жалобу на качество обслуживания в организацию QIO, подать жалобу на качество обслуживания в план, или совершить оба действия сразу. См. Главу 9.

Раздел 2.4 Как получить услуги у несетевых поставщиков услуг

Вы можете обратиться к несетевому PCP и специалисту за услугами, покрываемыми Medicare, воспользовавшись льготой Точка обслуживания (POS) плана. Несетевые поставщики услуг, к которым вы обращаетесь, должны придерживаться тех же правил и норм, которые предусмотрены в нашем плане для сетевых поставщиков услуг. Например, для некоторых услуг, предоставляемых нашими сетевыми поставщиками, требуется разрешение от плана для начала лечения. Более подробную информацию о льготах Точки обслуживания см. в Главе 4, разделе 2.1.

Если специалист или поставщик услуг плана CareOregon Advantage Plus недоступен, то ваш PCP спросит у вас, сможете ли вы обратиться к несетевому поставщику. Если

вы получаете неэкстренную помощь от несетевого поставщика услуг плана (за пределами сети) без предварительного разрешения, вы должны будете самостоятельно оплатить полную стоимость, за исключением тех случаев, когда услуги являются неотложными, а наша сеть недоступна или в случае услуг диализа за пределами зоны обслуживания. Если несетевой поставщик услуг направляет вам счет за экстренную помощь который, по вашему мнению, должны оплатить мы, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания (номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета) или отправьте счет нам на оплату.

РАЗДЕЛ 3 Как получить услуги, если у вас возникла экстренная или неотложная потребность в помощи или во время катастрофы

Раздел 3.1 Получение услуг, если вам нужна экстренная помощь

Что такое экстренная медицинская помощь, и что вы должны делать, если вам такая нужна?

Экстренная медицинская помощь — это когда вы или любой другой благоразумный гражданин со средними знаниями медицины считает, что у вас есть медицинские симптомы, требующие немедленного медицинского

участия, чтобы предотвратить потерю жизни (или если вы беременная женщина, потерю ребенка), потерю конечности или функции конечности, потерю или серьезное нарушение функций организма. Медицинскими симптомами могут быть болезнь, травма, сильная боль или медицинское состояние, которое быстро ухудшается.

Если у вас возникла необходимость в экстренной медицинской помощи:

- **Обратитесь за помощью, как можно скорее.** Позвоните 911 за помощью или обратитесь в ближайшее отделение экстренной помощи или в больницу. Вызовите скорую помощь, если она вам нужна. Вам *не нужно* для начала получить разрешение или направление от PCP. Вам не нужно обращаться к сетевому врачу. Вы можете получить покрытие экстренной медицинской помощи в любое время, в любом месте Соединенных Штатов или их территорий, у любого поставщика услуг с соответствующей лицензией штата, даже если они не являются частью нашей сети.

Если у вас возникла необходимость экстренной медицинской помощи, что покрывается?

Вы можете получить покрытие экстренной медицинской помощи в любое время, в любом месте Соединенных Штатов или их территорий.

Наш план покрывает услуги скорой помощи в ситуациях, когда транспортировка в отделение экстренной помощи любым другим способом может угрожать вашему здоровью. Мы также покрываем медицинские услуги в течение экстренной ситуации.

Врачи, которые предоставляют экстренную медицинскую помощь, примут решение, когда ваше состояние станет стабильным и необходимость в экстренной помощи отпадет.

После этого вы имеете право на последующий уход, чтобы убедиться, что ваше состояние остается стабильным. Ваш последующий уход будет покрыт нашим планом. Если экстренную помощь вам предоставляют несетевые поставщики, мы попробуем организовать, чтобы сетевые поставщики переняли на себя ваше обслуживание, как только позволит ваше состояние и обстоятельства.

Что если помощь не была экстренной?

Иногда тяжело определить, что у вас возникла необходимость в экстренной медицинской помощи. Например, вы можете обратиться за экстренной помощью, думая, что ваше здоровье находится в серьезной опасности, а врач может сказать, что это не так. Оказывается, что это не было экстренной помощью, но поскольку вы думали, что

ваше здоровье находится в серьезной опасности, мы покроем ваши услуги.

Однако, если врач сказал, что это *не было* экстренной помощью, мы покроем дополнительные услуги *только*, если вы получите их одним из следующих двух способов:

- Вы обратитесь к сетевому поставщику услуг за дополнительной помощью.
- – *или* – Дополнительная помощь, которую вы получите, считается неотложной необходимой помощью, и вы следовали правилам для получения такой помощи (подробную информацию об этом см. в разделе 3.2 ниже).

Раздел 3.2 Получение помощи, когда вам нужны услуги неотложной помощи

Что такое услуги неотложной помощи?

Обеспечиваемая планом страхования услуга, требующая немедленной медицинской помощи, которая не является неотложной, является неотложно необходимой услугой, если вы либо временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана, либо, учитывая ваше время, место и обстоятельства, вам нецелесообразно получать эту услугу у сетевых провайдеров, с которыми заключен контракт по плану. Примерами неотложно необходимых услуг являются

непредвиденные медицинские заболевания и травмы или неожиданные обострения существующих заболеваний. Однако регулярные визиты к врачу, необходимые с медицинской точки зрения, такие как ежегодные осмотры, не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или сеть плана временно недоступна.

Вы должны всегда пытаться получить услуги неотложной помощи у сетевых поставщиков услуг. Однако, если поставщики временно недоступны или неразумно ждать возможности получения услуг у сетевого поставщика, когда сеть станет доступной, мы покроем услуги неотложной помощи, которую вы получите у несетевого поставщика услуг

Вы можете сделать это, обратившись в любой доступный центр неотложной помощи в пределах зоны обслуживания плана или, в случае нахождения за пределами зоны, у любого поставщика услуг неотложной помощи. Если вам нужна помощь в поиске или доступе к услугам неотложной помощи, вы можете в рабочее время обратиться в Отдел клиентского обслуживания (номера телефонов указаны на обратной стороне буклета). Если вам нужна помощь в другое время, вы можете позвонить на круглосуточную линию сестринской консультации по бесплатному номеру

866-209-4589 по таким вопросам: как быстро вам нужна помощь по болезни, какой вид помощи нужен, как можно себе помочь до визита к врачу и как получить необходимую помощь.

Наш план не покрывает услуги экстренной помощи, услуги неотложной помощи и любые другие услуги за пределами США и их территорий.

Раздел 3.3 Получение помощи во время катастрофы

Если правительство вашего штата, Министр здравоохранения и социальных служб США или Президент Соединенных Штатов объявляет состояние катастрофы или чрезвычайной ситуации в вашей географической зоне, вы все еще имеете право на получение помощи от вашего плана.

Посетите следующий веб-сайт: ***careoregonadvantage.org*** для получения информации о получении помощи во время катастрофы.

Если вы не можете воспользоваться сетевым поставщиком услуг во время катастрофы, ваш план позволит вам получить помощь у несетевых поставщиков по долевому участию в сети. Если вы не можете воспользоваться сетевой аптекой во время катастрофы, вы сможете получить свой

рецептурный препарат в несетевой аптеке. Более подробную информацию см. в Главе 5, разделе 2.5.

РАЗДЕЛ 4 Что делать, если вам пришел счет за полную стоимость ваших услуг?

Раздел 4.1 Вы можете попросить нас оплатить покрываемые услуги

Если вы заплатили за покрываемые услуги или получили счет за покрываемые медицинские услуги, перейдите в Главу 7 (*Обращение к нам с просьбой оплатить счет, который вы получили за покрываемые медицинские услуги или препараты*) и получите информацию о том, что делать. План CareOregon Advantage plus может возместить расходы только на услуги, обеспечиваемые страхованием в рамках программы Medicare. В связи с нашим соглашением с Программой медицинского страхования штата Орегон (Medicaid), мы не имеем права возмещать расходы на услуги, обеспечиваемые страхованием в рамках программы Medicaid. Если ваш запрос на возмещение будет одобрен, наш платеж вам покроет только разрешенную по программе Medicare сумму (которую мы обычно платим поставщику услуг), а не какую-либо часть, которая оплачивается программой Medicaid, например,

сострахование по программе Medicare и вычитаемые франшизы.

Раздел 4.2 Что делать, если услуги не покрываются нашим планом?

План CareOregon Advantage Plus покрывает все необходимые с медицинской точки зрения услуги, указанные в Таблице медицинских льгот в Главе 4 данного документа. Если вы получили услуги, которые не покрываются нашим планом, или получили услуги за пределами нашей сети без разрешения, вы несете ответственность за оплату полной стоимости таких услуг. Некоторые покрываемые Medicaid услуги, которые не покрывает Medicare, указаны в Главе 4, разделе 3.1. Вы также можете узнать о покрываемых Medicaid услугах, обратившись в Отдел клиентского обслуживания (номера телефонов указаны на обратной стороне буклета).

Если у вас есть вопросы о том, оплатим ли мы какие-либо медицинские услуги или помощь, которую вы хотите получить, то перед получением вы имеете право задать нам такой вопрос. У вас также есть право задавать нам вопросы в письменном виде. Если мы говорим, что не покроем ваши услуги, у вас есть право подать апелляцию на наше решение. Подробную информацию о том, как подать апелляцию на принятое нами решение см. в Главе 9.

Вы также полностью оплачиваете покрываемые услуги с ограничением льгот после использования всех льгот, принятых для данного вида покрываемых услуг. Вы также можете обратиться в Отдел клиентского обслуживания (номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета), если хотите узнать, какой объем ограниченных льгот вы уже использовали.

РАЗДЕЛ 5 Как покрываются ваши медицинские услуги, когда вы принимаете участие в клиническом исследовании?

Раздел 5.1 Что такое клиническое исследование?

Клиническое исследование — это способ, которым врачи и ученые тестируют новые виды лекарственных препаратов, например, насколько хорошо работают лекарства против рака. Некоторые клинические исследования одобрены Medicare. Клинические исследования, одобренные Medicare, обычно ищут добровольцев для участия.

После того как Medicare одобряет исследования, а вы проявляете интерес, работник исследования свяжется с вами и разъяснит подробности, а также проверит, соответствуете ли вы критериям, установленным учеными, которые руководят исследованием. Вы можете участвовать

в исследовании до тех пор, пока соответствуете критериям исследования *и* имеете полное понимание и принимаете условия вашего участия в исследовании.

Если вы участвуете в одобренном Medicare исследовании, то Original Medicare оплачивает большую часть расходов на покрываемые услуги, которые вы получаете в рамках исследования. Если вы говорите нам, что участвуете в квалифицированном клиническом исследовании, то вы самостоятельно несете ответственность за долевое участи в сети в рамках исследования. Если вы платите больше, например, если вы уже оплатили сумму долевого участия Original Medicare, то мы возместим разницу между тем, что вы заплатили и долевым участием в сети. Тем не менее, вы должны будете предоставить документацию с указанием оплаченной вами суммы. Если вы участвуете в клиническом исследовании, то вы можете оставаться зарегистрированным в нашем плане и продолжить получать остальную помощь (услуги, не связанные с исследованием) в рамках нашего плана.

Если вы хотите участвовать в одобренном Medicare клиническом исследовании, вам *не* нужно сообщать нам об этом или получать разрешение от нас или вашего PCP. Поставщики услуг, которые предоставляют вам помощь в рамках клинического исследования, *не* должны входить в

сеть поставщиков нашего плана. Обратите внимание, что это не включает льготы, за которые отвечает наш план и которые включают в качестве компонента клинические исследования или реестр для оценки льгот. Сюда входят определенные льготы, указанные в national coverage determinations (NCD, определениях общенационального покрытия) и investigational device trials (IDE, исследованиях экспериментальных изделий), которые могут быть предметом предварительного разрешения и других правил плана.

Хотя вам не требуется разрешение от нашего плана на участие в клиническом исследовании, покрываемом Original Medicare для участников Medicare Advantage, мы рекомендуем вам уведомить нас заранее, если вы захотите принять участие в квалифицированных Medicare клинических исследованиях.

Если вы участвуете в исследовании, которое Medicare *не* одобрило, *вы несете ответственность за все расходы на ваше участие в исследовании*.

Раздел 5.2 Если вы участвуете в клиническом исследовании, кто за это платит?

После присоединения к одобренному Medicare клиническому исследованию Original Medicare покрывает

стандартные изделия и услуги, которые вы получаете в рамках исследования, в том числе:

- Проживание и питание во время пребывания в больнице, которые Medicare оплатило бы, даже если вы не участвовали бы в исследовании
- Операции и другие медицинские процедуры, если они являются частью клинического исследования
- Лечение побочных явлений и осложнений нового лечения

Программа Medicare оплатит свою часть расходов за эти услуги, наш план оплатит остальное. Как и в случае с остальными покрываемыми услугами, вам ничего не нужно платить за покрываемые услуги, которые вы получаете в клиническом исследовании.

Если вы являетесь частью клинического исследования, **ни Medicare, ни наш план не будут оплачивать следующее**:

- Обычно Medicare *не* платит за новые изделия или услуги, которые испытывает исследование, кроме случаев, когда Medicare заплатило бы, даже если бы вы *не* участвовали в исследовании.
- Изделия или услуги, предоставленные только для сбора данных и не используемые непосредственно в лечении. Например, Medicare не будет платить за

ежемесячное КТ-сканирование, выполненное, как часть исследования, если в вашем медицинском состоянии обычно не требуется такая процедура.

- Изделия и услуги, обычно предоставляемые спонсорами исследования бесплатно для любого участника исследования.

Хотите знать больше?

Вы можете получить подробную информацию о присоединении к клиническому исследованию, посетив веб-сайт Medicare, чтобы прочитать или загрузить публикацию *Medicare and Clinical Research Studies*. (Публикация доступна по ссылке: medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Вы также можете позвонить по телефону 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227), работает круглосуточно 7 дней в неделю. Пользователям TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048.

РАЗДЕЛ 6 Правила получения помощи в религиозных немедицинских учреждениях здравоохранения

Раздел 6.1 Что такое религиозные немедицинские учреждения здравоохранения?

Религиозные немедицинские учреждения здравоохранения — это учреждения, которые предоставляют помощь при состояниях, которые обычно лечат в больнице или центре сестринского ухода. Если получение помощи в больнице или центре сестринского ухода противоречит религиозным верованиям, мы предоставим покрытия для помощи в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения. Эта льгота предоставляется только для обслуживания в стационаре по Части А (немедицинские услуги здравоохранения).

Раздел 6.2 Получение услуг в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

Чтобы получить помощь в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения, вы должны подписать юридический документ, в котором говорится, что вы сознательно выступили против получения медицинского лечения, которое **не является исключением**.

- Медицинская помощь или лечение, которое **не является исключением,** — это любая медицинская помощь или лечение, которое является *добровольным* и *не обязательным* согласно федеральному, местному закону или закону штата.
- Медицинская помощь или лечение, которое **является исключением**, — это полученная вами медицинская помощь или лечение, которое *не является* добровольным и *является обязательным* согласно федеральному, местному закону или закону штата.

Чтобы наш план покрывал помощь, которую вы получаете от религиозного немедицинского учреждения здравоохранения, она должно соответствовать следующим условиям:

- Учреждение, которое предоставляет услуги, должно быть сертифицировано Medicare.
- Покрытие услуг нашего плана, которые вы получаете, ограничено *нерелигиозными* аспектами помощи.
- Если вы получаете услуги от такой организации в таком учреждении, то должны выполняться следующие условия:
    - У вас должно быть медицинское состояние, которое позволяет вам получать покрываемые

услуги по стационарному лечению в больнице или центре сестринского ухода.

- – *или* – Вы должны получить предварительное разрешение от нашего плана до поступления в учреждение, иначе ваши услуги не будут покрыты.

Применяется ограничение покрытия Medicare Inpatient Hospital (Стационарная больница Medicare) (подробную информацию см. в Таблице льгот в Главе 4, разделе 2.1).

РАЗДЕЛ 7 Правила владения медицинским оборудованием длительного использования

Раздел 7.1 Останетесь ли вы владельцем медицинского оборудования длительного использования, если сделаете определенное количество платежей в рамках нашего плана?

Durable medical equipment (DME, медицинское оборудование длительного использования) включает такие изделия, как оборудование и принадлежности для подачи кислорода, инвалидные коляски, ходунки, системы матрасов с электроприводом, костыли, принадлежности для диабетиков, устройства для генерации речи, инфузионные насосы intravenous (в/в, внутривенная инфузия), небулайзеры и больничные койки, заказываемые

поставщиком услуг для пользования на дому. Участнику всегда принадлежат определенные предметы, например протезы. В этом разделе мы обсуждаем другие виды DME, которые вы должны арендовать.

В Original Medicare люди, которые арендуют некоторые виды DME, остаются владельцами оборудования после доплат за изделие в течение 13 месяцев. Тем не менее, в качестве участника CareOregon Advantage Plus, вы обычно не становитесь владельцем арендованного DME, независимо от количества выполненных вами доплат за изделие, будучи участником нашего плана, даже если вы внесли 12 последовательных платежей за DME в рамках программы Original Medicare до того, как присоединились к нашей программе. В определенных ограниченных условиях мы передадим вам право собственности на DME. Обратитесь в Отдел клиентского обслуживания (номера телефонов указаны на обратной стороне буклета), чтобы узнать о требованиях, которые вы должны выполнить, и документации, которую должны предоставить.

Что произойдет с платежами, которые вы внесли за медицинское оборудование длительного использования, если перешли в программу Original Medicare?

Если вы не стали владельцем DME в рамках нашего плана, вам потребуется сделать 13 последовательных платежей после перехода в программу Original Medicare, чтобы

получить право собственности на изделие. Платежи, сделанные в рамках нашего плана, не засчитываются.

Пример 1: Вы сделали 12 или меньше последовательных платежей за изделие в программе Original Medicare, а затем присоединились к нашему плану. Платежи, выполненные вами в программе Original Medicare, не засчитываются. Вы должны будете сделать 13 платежей в нашем плане, чем получите право владеть изделием.

Пример 2: Вы сделали 12 или меньше последовательных платежей за изделие в программе Original Medicare, а затем присоединились к нашему плану. Вы были в нашем плане, но не получили право собственности. Затем вы возвращаетесь в программу
Original Medicare. Вы должны будете сделать 13 последовательных новых платежей, чтобы стать владельцем изделия после нового присоединения к программе Original Medicare. Все предыдущие платежи (в нашем плане или в программе Original Medicare) не засчитываются.

Раздел 7.2 Правила для оборудования и принадлежностей для доставки кислорода и их техническое обслуживание

На какие льготы в отношении оборудования для кислорода вы имеете право?

Если вы имеете право на покрытие оборудования для доставки кислорода Medicare, то план CareOregon Advantage Plus покроет:

- Аренду оборудования для доставки кислорода
- Доставку кислорода и содержание кислорода
- Трубки и соответствующие принадлежности для доставки кислорода и содержания кислорода
- Техническое обслуживание и ремонт оборудования для доставки кислорода

Если вы уходите из плана CareOregon Advantage Plus или вам больше не требуется оборудование для доставки кислорода, тогда оборудование нужно вернуть.

Что будет, если вы уйдете из плана и вернетесь в Original Medicare?

Original Medicare обязывает поставщика кислорода предоставлять вам услуги в течение пяти лет. В течение первых 36 месяцев вы арендуете оборудование. Оставшиеся 24 месяца поставщик предоставляет оборудование и обслуживание (вы несете ответственность за доплату за кислород). Через пять лет вы можете оставить ту же компанию или перейти к другой. С этого момента начинается новый пятилетний цикл, даже если вы остаетесь в той же компании, то должны оплачивать доплаты первые

36 месяцев. Если вы присоединяетесь или уходите из плана, то пятилетний цикл начинается заново.

ГЛАВА 4: Таблица медицинских льгот (что включает покрытие)

Утверждено ОМВ 0938–1051(Срок истекает: 31, августа 2026 г.)

РАЗДЕЛ 1 Понимание покрываемых услуг

В этой главе приведена Таблица медицинских льгот, в которой перечислены покрываемые услуги для участника плана CareOregon Advantage Plus. Дальше в этой главе можно найти информацию о медицинских услугах, которые не покрываются. Также поясняются ограничения по некоторым услугам.

Раздел 1.1 Вы ничего не платите за покрываемые услуги

Поскольку вы получаете помощь от Medicaid, то ничего не платите за покрываемые услуги, пока следуете правилам плана о получении помощи. (Чтобы узнать подробную информацию о правилах плана о получении помощи, см. Главу 3.)

Раздел 1.2 Какая самая большая сумма оплаты покрываемых медицинских услуг?

Примечание: Поскольку наши участники также получают помощь от Medicaid, мало кто достигал максимальной суммы собственных расходов на оплату покрываемого обслуживания. Вы не несете ответственности за оплату каких-либо собственных расходов в счет максимальной суммы таких расходов за покрываемое обслуживание Части A и Части B.

Поскольку вы являетесь участником плана Medicare Advantage Plan, существует ограничение по сумме, которую вы каждый год должны платить самостоятельно за медицинское обслуживание, покрываемое нашим планом. Это ограничение называется суммой maximum out-of-pocket (MOOP, максимальные собственные расходы на оплату покрываемого обслуживания) за медицинские услуги. На 2025 календарный год такая сумма составляет $9,350.

Суммы, которые вы оплачиваете покрываемые услуги, считаются в счет максимальной суммы собственных расходов за покрываемое обслуживание. Суммы, которыми вы оплачиваете рецептурные препараты Части D, считаются в счет максимальной суммы собственных расходов. Кроме того, суммы, которые вы оплачиваете некоторые услуги, не считаются в счет максимальной суммы собственных расходов. В Таблице медицинских льгот такие услуги помечены звездочкой. Если вы достигаете максимума суммы собственных расходов $9,350, вы не должны оплачивать такие расходы до конца года за покрываемые услуги. Однако, вы должны продолжать платить страховой взнос по Части B Medicare (кроме случаев, когда взнос по Части B оплачивает за вас Medicaid или другая третья сторона).

РАЗДЕЛ 2 Используйте *Таблицу медицинских льгот*, чтобы узнать, что именно покрывается

Раздел 2.1 Ваши медицинские льготы в качестве участника плана

В Таблице медицинских льгот на следующих страницах приведен список услуг, которые покрывает план CareOregon Advantage Plus. Покрытие рецептурных препаратов по Части D приведено в Главе 5. Услуги, указанные в Таблице медицинских льгот, покрываются только при условии выполнения следующих требований покрытия:

- Ваши услуги, обеспечиваемые страхованием в рамках програм Medicare и Medicaid, должны предоставляться в соответствии с руководящими принципами страхования, установленными этими программами.
- Ваши услуги (включая медицинскую помощь, услуги, принадлежности, оборудование и рецептурные препараты Части B) *должны* быть необходимыми с медицинской точки зрения. Необходимое с медицинской точки зрения означает, что услуги, принадлежности или препараты необходимы для предотвращения, диагностики или лечения вашего медицинского состояния и соответствуют стандартам медицинской практики.

- Для новых участников ваш план скоординированного медицинского обслуживания Medicare Advantage должен предусматривать как минимум 90-дневный переходный период, в течение которого новый план может не требовать предварительного разрешения на проведение какого-либо активного курса лечения, даже если курс лечения был организован в рамках услуги, предоставляемой сторонним поставщиком.
- Вы получаете помощь от сетевого поставщика услуг. В большинстве случаев помощь, которую вы получаете от несетевого поставщика услуг, не будет покрываться, кроме случаев экстренной или неотложной помощи или случаев, когда поставщик плана или сети дал вам направление. Это означает, что вам придется полностью оплатить поставщику предоставленные услуги.
- У вас есть поставщик первичных медицинских услуг (PCP), который обеспечивает и контролирует ваше обслуживание. В большинстве ситуаций ваш PCP дает вам разрешение заранее до того, как вы пойдете на прием к другому поставщику сети плана. Это называется «дать направление».
- Некоторые услуги, указанные в Таблице медицинских льгот, покрываются *только* если ваш врач или другой сетевой поставщик услуг получает от нас разрешение

заранее (иногда его называют предварительное разрешение). Покрываемые услуги, которые требуют разрешения, в Таблице медицинских льгот обозначены жирным шрифтом.

- Если ваш план скоординированного лечения предусматривает одобрение предварительного запроса на получение разрешения на проведение курса лечения, это разрешение должно быть действительным в течение срока, разумного с медицинской точки зрения и необходимого для предотвращения сбоев в обслуживании в соответствии с применимыми критериями страхового обеспечения, вашей историей болезни и рекомендациями лечащего врача.

Другие важные моменты, которые нужно знать о покрытии:

- Вы имеете покрытие от Medicare и Medicaid. Medicare покрывает медицинскую помощь и рецептурные препараты. Medicaid покрывает долевое участие за услуги Medicare. Medicaid также покрывает услуги, которые не покрывает Medicare, например, *длительный уход, безрецептурные препараты, услуги на дому и по месту проживания.*
- Как и все остальные медицинские программы льготного страхования Medicare, мы покрываем все, что покрывает Original Medicare. (Если вы хотите

больше узнать о покрытии и расходах Original Medicare, просмотрите свой справочник *Medicare & You 2024*). Просмотрите его онлайн по ссылке www.medicare.gov или запросите копию, позвонив по телефону 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно 7 дней в неделю. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.)

- Мы также бесплатно покрываем все профилактические мероприятия, которые бесплатно покрывает Original Medicare. Тем не менее, если вы получаете лечение или проходите проверку существующего медицинского состояния во время визита, в который вы получаете профилактические услуги, то будем применяться доплата за услуги, которые вы получили в связи с существующим медицинским состоянием.
- Если Medicare добавляет покрытие за любую новую услугу в течение 2024 года, то Medicare или наш план покроет такие услуги.
- Если вы имеете право на Medicare и Medicaid, то суммы долевого участия покроет Medicaid. Услуги, на которые вы имеете право по программе Medicaid, см. в Главе 4, разделе 3.1.
- Если вы находитесь в нашем двухмесячном периоде считающейся продолжающейся правомочностью

нашего плана, мы продолжим предоставлять вам все льготы Medicare, которые покрывает план Medicare Advantage. Тем не менее, во время этого периода мы не будем покрывать льготы Medicaid, которые включены в покрытие вашего плана Oregon Health Plan (Medicaid), или оплачивать страховые взносы или долевое участие Medicare, которые были бы оплачены в обычном порядке, если бы вы не потеряли право на Medicaid.

Вы ничего не платите за услуги, указанные в Таблице льгот, пока вы соответствуете требованиям покрытия, описанным выше.

- Важная информация о льготах для участников, которые имею право на «дополнительную помощь»:
    - Если вы получаете «дополнительную помощь», чтобы оплачивать расходы по программе Medicare на рецептурные препараты, например, страховые взносы, франшизы и сострахование, вы можете иметь право на другие целевые льготы на добавки и (или) целевое сокращение долевого участия.
    - Для получения более подробной информации, пожалуйста, перейдите к строке **VBID** в таблице медицинских льгот ниже.

🍏 Вы увидите это яблоко возле профилактических услуг в таблице льгот.

Таблица медицинских льгот

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Скрининг на предмет аневризмы брюшной аорты** Одноразовое ультразвуковое исследование для людей в зоне риска. План покрывает скрининг, только если у вас есть определенные факторы риска, и вы получили направление от своего врача, фельдшера, медсестры или клинической медсестры-специалиста.	Для участников, имеющих право на такой профилактический скрининг, сострахование, доплата или франшиза отсутствуют.

Акупунктура для хронической боли в нижнем отделе спины Покрываемые услуги включают: Для бенефициаров Medicare покрывается до 12 визитов в течение 90 дней при таких обстоятельствах: В целях данной льготы хроническая боль в нижнем отделе спины определяется как: • Длящаяся 12 недель или дольше; • Неспецифическая, не имеет определяемых систематических симптомов (например, не связана с метастатическим воспалением, инфекционным заболеванием и т.п.); • Не связана с операцией; и • Не связана с беременностью. Для пациентов, демонстрирующих улучшение будет покрыто еще восемь сеансов. Можно назначать не более 20 процедур акупунктуры в год.	$0 **МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Лечение необходимо прекратить, если пациент не показывает улучшения или возникает регресс. Требования поставщика услуг: Врачи (как определено в 1861(r)(1) Social Security Act (Закона о социальном обеспечении, Закон)) могут предоставлять услуги акупунктуры в соответствии с применяемыми требованиями штата. Physician assistants (PAs, фельдшеры), nurse practitioners (NPs, практикующие медсестры)/clinical nurse specialists (CNSs, клинические медсестры-специалисты) (как определено в 1861(aa) (5) Закона) и дополнительный персонал могут предоставлять услуги акупунктуры в соответствии с применяемыми требованиями штата и если имеют:	

Акупунктура для хронической боли в нижнем отделе спины (продолжение) • степень магистра или доктора по акупунктуре или восточной медицине в школе, аккредитованной Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM, Комиссия по аккредитации по акупунктуре и восточной медицине); и • действующую, полную, активную и неограниченную лицензию на практику иглоукалывания в штате, территории или Содружестве (например, Пуэрто-Рико) Соединенных Штатов или округе Колумбия. Дополнительный персонал, предоставляющий услуги акупунктуры, должен находиться под соответствующим уровнем контроля со стороны врача, PA, или NP/CNS, как того требуют нормы 42 CFR в параграфах 410.26 и 410.27.	
Услуги скорой помощи	$0

Покрываемые услуги скорой помощи, в экстренной и неэкстренной ситуации, включая самолет, вертолет и услуги наземной скорой помощи, до ближайшего учреждения, которое может предоставить помощь, только если они предоставляются участнику, чье медицинское состояние таково, что другие средства транспортировки могут подвергнуть опасности здоровье человека или если это разрешено планом. Если покрываемые услуги скорой помощи нужны в неэкстренной ситуации, необходимо задокументировать, что состояние участника таково, что другие средства транспортировки могут подвергнуть опасности здоровье человека, и что транспортировка на скорой помощи является необходимой с медицинской точки зрения.	
🍏 Ежегодный визит оздоровления	
Если у вас есть Часть B дольше 12 месяцев, то вы можете получить ежегодный визит	Для ежегодного визита

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
оздоровления для создания или обновления персонализированного плана профилактики на основе вашего текущего состояния здоровья и факторов риска. Такая услуга покрывается один раз каждые 12 месяцев. **Примечание**: Ваш первый визит оздоровления нельзя назначить в течение 12 месяцев после профилактического визита Welcome to Medicare. Тем не менее, вам не нужно приходить на прием Welcome to Medicare, чтобы иметь право на ежегодный визит оздоровления, если у вас уже 12 месяцев есть Часть B.	оздоровления отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Измерение массы костей**	
Для имеющих право людей (в основном, это означает людей с риском потери костной массы или с риском остеопороза) каждые 24 месяца или чаще, если это необходимо с медицинской точки зрения, покрываются следующие услуги: Процедуры для определения костной массы, определения потери костной массы или определения качества костей, включая интерпретацию результатов врачом.	Для измерения костной массы отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Скрининг на рак молочной железы (маммография)** Покрываемые услуги включают: • Одна маммография на исходном уровне в возрасте от 35 до 39 лет • Одна маммография каждые 12 месяцев для женщин в возрасте от 40 лет • Клинический осмотр молочных желез один раз каждые 24 месяца	Для маммографии отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Услуги кардиореабилитации	
Комплексные программы услуг кардиореабилитации, которые включают физические упражнения, просвещение и консультирование, покрываются для участников, которые соответствуют определенным состояниям по направлению врача. План также покрывает интенсивные программы кардиореабилитации, которые обычно являются более жесткими или интенсивными, чем стандартные.	$0

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Визит снижения риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (терапия сердечно-сосудистых заболеваний)**	
Мы покрываем один визит в год к вашему врачу первичного обслуживания, чтобы помочь вам снизить риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Во время такого визита ваш врач может обсудить прием аспирина (если применимо), проверить ваше кровяное давление и дать вам советы здорового питания.	Для льготы интенсивной поведенческой терапии для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Анализы на сердечно-сосудистые заболевания** Анализы крови для определения сердечно-сосудистых заболеваний (или нарушений с повышенным риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний) раз в 5 лет (60 месяцев).	Для анализов на сердечно-сосудистые заболевания отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Карта CareOregon Advantage CareCard© Это льгота по модели страхования, основанного на стоимости (VBID). Карта CareCard члена плана CareOregon Advantage позволяет ему тратить 1378 долларов в год (344,50 долларов за квартал) на: • Полезные для здоровья продукты питания • Товары, продаваемые без рецепта • Коммунальные услуги Срок действия неиспользованных средств истекает в конце каждого квартала. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с инструкцией по использованию *Welcome Guide* или обратитесь в Службу поддержки клиентов.	Эта услуга не требует сострахования, доплаты и франшизы.
🍏 Скрининг на рак шейки матки и влагалища Покрываемые услуги включают:	Для покрываемого профилактическо

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
• Для всех женщин: ПАП-тесты и гинекологический осмотр покрывается каждые 24 месяца • Если у вас высокий риск рака шейки матки или влагалища или вы детородного возраста и у вас отклонения в результатах ПАП-теста за прошедшие 3 года: один ПАП-тест каждые 12 месяцев	го ПАП-теста и гинекологического осмотра отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Услуги мануального терапевта	
Покрываемые услуги включают: • Мы покрываем только мануальные манипуляции позвоночника для коррекции подвывиха	$0
	МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ

🍏 Скрининг на рак толстой и прямой кишки

Покрываются такие скрининговые тесты:

- Колоноскопия не имеет минимальных или максимальных возрастных ограничений и покрывается один раз каждые 120 месяцев (10 лет) для пациентов с высоким риском, или каждые
  48 месяцев после предыдущей гибкой сигмоидоскопии для пациентов, у которых нет высокого риска рака толстой и прямой кишки, и каждые 24 месяца для пациентов с высоким риском после предыдущей колоноскопии или бариевой клизмы.
- Гибкая сигмоидоскопия для пациентов от 45 лет. Каждые 120 месяцев для пациентов с невысоким риском после того, как пациент прошел колоноскопию. Каждые 48 месяцев для пациентов с высоким риском после последней гибкой сигмоидоскопии или бариевой клизмы.

Для покрываемого Medicare скрининг на рак толстой и прямой кишки отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Если ваш врач находит и удаляет полип во время колоноскопии или гибкой сигмоидоскопии, скрининг становится диагностическим осмотром. Подробную

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
• Тест на скрытую кровь в кале для пациентов от 45 лет. Каждые 12 месяцев. • Многоцелевой анализ ДНК кала для пациентов от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям для пациентов с высоким риском. Каждые 3 года. • Биохимический анализ крови для пациентов от 45 до 85 лет, не соответствующих критериями пациентов с высоким риском. Каждые 3 года. • Бариевая клизма в качестве альтернативы колоноскопии для пациентов с высоким риском каждые 24 месяца после последней бариевой клизмы или последней колоноскопии.	информацию см. в пункте **Амбулаторные диагностические тесты, терапевтические услуги и материалы**.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Скрининг на рак толстой и прямой кишки (продолжение)** • Бариевая клизма как альтернатива гибкой сигмоидоскопии для пациентов без высокого риска в возрасте от 45 лет. Минимум один раз в 48 месяцев после последней бариевой клизмы или гибкой сигмоидоскопии. • Скрининг на рак толстой и прямой кишки включает последующую колоноскопию после того, как покрываемый Medicare неинвазивный анализ кала на рак толстой и прямой кишки покажет положительный результат.	

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Стоматологические услуги В целом профилактические стоматологические услуги (например, чистка, стандартный стоматологический осмотр и стоматологический рентген) не покрываются Original Medicare. Однако, на данный момент Medicare оплачивает стоматологические услуги в ограниченном количестве обстоятельств, особенно если такая услуга является частью специального лечения первичного медицинского состояния бенефициара. Некоторые примеры включают реконструкцию челюсти после перелома или травмы, удаление зуба при подготовке к лучевой терапии рака, затрагивающем челюсть или осмотр ротовой полости, предшествующий трансплантации почки.	Покрываемые Medicaid услуги: $0

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Скрининг депрессии**	
Мы покрываем один скрининг депрессии в год. Скрининг необходимо делать в первичном медицинском учреждении, которое может предоставить дальнейшее лечение и (или) направления.	Для скрининга депрессии отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Скрининг диабета**	
Мы покрываем этот скрининг (включая анализы на глюкозу натощак), если у вас есть любой из таких факторов риска: высокое артериальное давление (гипертензия), анамнез ненормального уровня холестерина или уровня триглицеридов (дислипидемия), ожирение или анамнез высокого уровня сахара в крови (глюкоза). Также анализы могут покрываться, если вы соответствуете другим требованиям, например, имеете лишний вес и семейный анамнез диабета. На основе результатов этих анализов вы можете иметь право на два скрининга диабета каждые 12 месяцев.	Для скрининга диабета отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

🍏 Обучение самопомощи при диабете, услуги и принадлежности для диабетиков	$0
Для всех людей, больных диабетом (использующих и не использующих инсулин) Покрываемые услуги включают: • Принадлежности для контроля глюкозы в крови: Глюкометр, тестовые полоски для измерения глюкозы в крови, ланцетное устройство и ланцеты, решения для контроля глюкозы, чтобы проверить точность тестовых полосок и глюкометра. • Для людей с диабетом, у которых тяжелый синдром диабетической стопы: Одна пара терапевтической обуви по индивидуальному заказу в год (включая стельки, предоставляемые с такой обувью) и две дополнительных пары стелек или одна пара высокой обуви с тремя парами стелек (не включая обычные стельки, предоставляемые с такой обувью). Покрытие включает примерку. • Обучение самопомощи при диабете покрывается при определенных условиях.	**МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ**

Медицинское оборудование длительного использования (DME) и соответствующие принадлежности (Определение термина «медицинское оборудование длительного использования» см. в Главе 12, а также Главе 3, разделе 7 настоящего документа.) Покрываемые изделия включают, помимо прочего: инвалидные коляски, костыли, системы матрасов с электроприводом, принадлежности для больных диабетом, больничные кровати, заказанные поставщиком для домашнего пользования, инфузионные насосы, устройства генерирования речи, оборудование для доставки кислорода, небулайзеры и ходунки. Мы покрываем все необходимое с медицинской точки зрения DME, покрываемое Original Medicare. Если наш поставщик в вашей зоне не располагает конкретным брендом или производителем, вы можете спросить, могут ли для вас выполнить специальный заказ. Самый	$0 Ваше доля в расходах на покрытие кислородного оборудования Medicare составляет 0 долларов США каждый месяц. Ваше долевое участие не изменится после регистрации в течение 36 месяцев.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
последний перечень поставщиков доступен на нашем веб-сайте по ссылке ***careoregonadvantage.org/providersearch***.	

Экстренная помощь Экстренной помощью считаются такие услуги: • Предоставляемые поставщиком услуг, имеющим право предоставлять услуги экстренной помощи, и Необходимые, чтобы оценить или стабилизировать экстренное медицинское состояние. Экстренная медицинская помощь — это когда вы или любой другой благоразумный гражданин со средними знаниями медицины считает, что у вас есть медицинские симптомы, требующие немедленного медицинского участия, чтобы предотвратить потерю жизни (или если вы беременная женщина, потерю ребенка), потерю конечности или функции конечности. Медицинскими симптомами могут быть болезнь, травма, сильная боль или медицинское состояние, которое быстро ухудшается.	$0 Если вам предоставили услуги экстренной помощи в несетевой больнице и вам необходимо стационарное лечение после стабилизации неотложного состояния, вы должны вернуться в сетевую больницу, чтобы ваша помощь по-прежнему покрывалась.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Долевое участие для необходимой экстренной помощи, предоставляемой за пределами сети, такое же как в пределах сети. Не покрываются услуги за пределами США и ее территорий, за исключением ограниченных обстоятельств. За подробной информацией обращайтесь к плану.	

🍏 Образовательные программы по оздоровлению и профилактике • **Программа здорового старения и физических нагрузок Silver&Fit:** В качестве участника Silver&Fit вам доступны такие бесплатные варианты: ○ **Членство в фитнес-центре:** Если вы участвуете в программе, то можете посещать фитнес-центры или YMCA рядом с вами. ○ **Наборы для занятий фитнесом дома:** Вы имеете право получить набор для занятий фитнесом дома за каждый льготный год в различных категориях фитнеса. ○ **Планы занятий:** Ответив онлайн всего на несколько вопросов о своих интересах, вы получите индивидуальный план занятий, в том числе инструкции о том, как начать, и видео занятий. ○ **Цифровые занятия:** Вы можете просматривать видео по запросу в библиотеке цифровых занятий на	Для таких программ отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
веб-сайте, в том числе занятия серии Silver&Fit Signature. ○ **Персональные виртуальные занятия фитнесом FitnessCoach: Вы** можете принять участие в 8 живых виртуальных сеансах с сертифицированным тренером по фитнесу. ○ Нестандартные услуги для участников, требующие дополнительную оплату, не являются частью программы Silver&Fit и не будут возмещены.	

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
○ Могут применяться ограничения. Заведения для участия и сети фитнес-клубов могут отличаться в зависимости от места расположения и могут подлежать замене. Наборы и вознаграждения могут быть изменены.	
Услуги для проблем со слухом	
Диагностическая оценка слуха и состояния, которую выполняет поставщик услуг для определения того, нужно ли вам медицинское лечение, покрывается как лечение в стационаре, если услугу предоставляет врач, аудиолог или другой квалифицированный поставщик услуг.	$0

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Скрининг на ВИЧ** Для людей, которые просят анализ на ВИЧ или подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ, мы покрываем: • Один скрининг каждые 12 месяцев Для беременных женщин мы покрываем: • До трех скринингов во время беременности	Для участников, имеющих право на такой профилактический скрининг на ВИЧ, покрываемый Medicare, сострахование, доплата или франшиза отсутствуют.

Медицинский уход на дому	
Прежде чем получать медицинские услуги на дому, врач должен подтвердить, что вам нужны такие услуги и заказать такие услуги у специального агентства. Вы должны быть невыездным, что означает, что выйти из дома — это самая большая проблема. Покрываемые услуги включают, помимо прочего: • Услуги квалифицированной медсестры и помощника на дому с частичной или периодической занятостью (Чтобы услуги покрывались согласно льготе ухода на дому, ваши услуги квалифицированной медсестры и помощника на дому вместе должны занимать менее 8 часов в день и 35 часов в неделю) • Физиотерапия, трудотерапия и логопедия • Медицинские и социальные услуги • Медицинское оборудование и принадлежности	$0
Инфузионная терапия на дому	

Инфузионная терапия на дому включает внутривенное и подкожное введение лекарственных или биологических препаратов лицу на дому. Компоненты, необходимые для выполнения домашней инфузии, включают лекарства (например, противовирусные, иммуноглобулин), оборудование (например, насос) и принадлежности (например, трубки и катетеры). Покрываемые услуги включают, помимо прочего: • Услуги специалистов, в том числе услуги медсестры, предоставляемые в соответствии с планом лечения • Обучение пациента, которое иным образом не покрывается льготой на медицинское оборудование длительного пользования. • Удаленный контроль • Услуги контроля для обеспечения инфузионной терапии на дому и введение лекарств на дому, которое обеспечивает	$0 **МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
квалифицированный поставщик инфузионной терапии на дому	

Услуги хосписа Вы имеете право на льготу при пользовании услугами хосписа, если ваш врач и главврач хосписа поставили вам диагноз, подтверждающий, что вы неизлечимо больны и вам осталось жить 6 или меньше месяцев, если ваша болезнь протекает нормально. Вы можете получить уход по любой сертифицированной Medicare программе лечения в хосписе. Ваш план обязан помочь вам найти сертифицированную Medicare программу лечения в хосписе в зоне обслуживания вашего плана, включая те, которыми МА владеет, контролирует или имеет финансовый интерес. Ваш врач в хосписе может быть сетевым или несетевым поставщиком. Покрываемые услуги включают: • Лекарства для облегчения боли и контроля симптомов. • Краткосрочный уход • Уход на дому	Когда вы присоединитесь к сертифицированной Medicare программе лечения в хосписе, ваши услуги лечения в хосписе и услуги по Части А и Части В, связанные с вашим неизлечимым прогнозом, оплатит Original Medicare, а не план CareOregon Advantage Plus.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
• Что касается услуг хосписа и услуг, которые покрывает Часть A и Часть B Medicare и которые связаны с вашим неизлечимым прогнозом: Original Medicare (скорее, чем наш план) оплатит вашему поставщику услуг хосписа предоставляемыми им услуги, связанные с вашим неизлечимым прогнозом. Пока вы находитесь в программе услуг хосписа, ваш поставщик услуг будет отправлять счета Original Medicare за те, услуги, которые Original Medicare оплачивает. Вы будете получать счета на долевое участие Original Medicare.	

Услуги хосписа (продолжение)

Что касается услуг хосписа и услуг, которые покрывает Часть A и Часть B Medicare и которые не связаны с вашим неизлечимым прогнозом: Если вам не нужны услуги экстренной, неотложной помощи, которые покрывает Часть A или Часть B Medicare, и которые не связаны с вашим неизлечимым прогнозом, стоимость таких услуг зависит от того, обращались ли вы к сетевому поставщику услуг и придерживались ли правил плана (например, если есть требование получить предварительное разрешение).

- Если вы получили покрываемые услуги у сетевого поставщика услуг и придерживались правил плана для получения таких услуг, вы оплачиваете только сумму долевого участия за услуги в сети
- Если вы получили покрываемые услуги у несетевого поставщика, то вы оплачиваете долевое участие согласно

плате за услуги Medicare (Original Medicare).

За услуги, покрываемые планом CareOregon Advantage Plus, но не покрываемые Частью A или Частью B Medicare: CareOregon Advantage Plus продолжит покрывать услуги, покрываемые планом, которые не покрываются Частью A или Частью B, независимо от того, связаны ли они с вашим неизлечимым прогнозом или нет. За эти услуги вы оплачиваете сумму долевого участия по плану.

Лекарства, которые может покрывать льгота по Части D плана: Если эти лекарства не связаны с вашим неизлечимым состоянием, вы оплачиваете долевое участие. Если эти лекарства связаны с вашим неизлечимым состоянием, вы оплачиваете долевое участие Original Medicare. Лекарства не покрываются одновременно и нашим планом, и хосписом. Подробную информацию см. в Главе 5, разделе 9.4 (*Что делать, если вы находитесь в сертифицированном Medicare хосписе*).

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Услуги хосписа (продолжение) **Примечание:** Если вам нужно лечение не в хосписе (лечение, не связанное с вашим неизлечимым прогнозом), свяжитесь с нами, чтобы назначить услуги. **Наш план покрывает консультационные услуги по лечению в хосписе (единоразово) для неизлечимо больных лиц, которые не выбрали льготу услуг лечения в хосписе.**	

Вакцинация

Покрываемые Частью B Medicare услуги, включают:

- Вакцина от пневмонии
- Прививки от гриппа/инфлюэнции (или вакцины), один раз в сезон гриппа/инфлюэнции осенью и зимой, с дополнительными прививками от гриппа/инфлюэнции (или вакцинами), если это необходимо по медицинским показаниям.
- Вакцина от гепатита B, если вы подвержены высокому или среднему риску заражения гепатитов B
- Вакцина от COVID-19
- Другие вакцины, если вы подвержены риску и такие вакцины соответствуют правилам покрытия Части B Medicare

Мы также предоставляем льготы на большинство других вакцин для взрослых в рамках части D, касающейся отпускаемых по рецепту лекарств. Дополнительную информацию смотрите в главе 6, раздел 7.

Для вакцин от пневмонии, гриппа, гепатита B и COVID-19 сострахование, доплата или франшиза отсутствуют.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Услуги поддержки на дому До шестьдесят (60) часов визитов на дом в год с Papa Pals. Эта льгота поддерживает участников в инструментальных действиях по самообслуживанию, а именно, проезд, покупка продуктов в магазине, приготовление еды, управление финансами и управление лекарствами. Персонал по поддержке также может помочь с технической помощью, с доступом к льготам участника (например, активировать карту CareCards, назначить неэкстренную медицинскую перевозку и т.д.) и поддержать в социальных потребностях. Посещения доступны семь дней в неделю, с 8:00 до 19:00 по местному времени, за исключением Дня благодарения, Рождества и Нового года. Для того, чтобы записаться, позвоните по телефону 1-855-485-8832 (телефонный номер: 711) с 8 утра до 20 вечера по местному времени.	Для использования этой услуги отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Лечение в стационаре больницы	
Включает острое состояние в стационаре, реабилитацию в стационаре, длительный уход в больнице и другие виды больничных услуг в стационаре. Лечение в стационаре больницы начинается в день, когда вы официально поступаете в больницу с назначением врача. День перед выпиской — это ваш последний день в стационаре. Обеспечиваемые страхованием услуги включают, помимо прочего: • Двухместная палата (или одноместная в случае медицинской необходимости) • Питание, в том числе специальные диеты • Услуги постоянной сиделки • Стоимость отделений специальной терапии (например, интенсивная терапия или лечение коронарных больных) • Лекарственные препараты • Лабораторные анализы • Рентген и другие услуги рентгенологии • Необходимые хирургические и медицинские принадлежности • Применение устройств, например, инвалидная коляска • Расходы на операционную и палату реабилитации • Физиотерапия, трудотерапия и логопедия	$0

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
• Услуги стационара при борьбе с наркотической зависимостью	

Лечение в стационаре больницы (продолжение) • При определенных условиях покрываются такие виды трансплантатов: роговица, почка, почка-поджелудочная железа, сердце, печень, легкие, сердце/легкие, костный мозг, стволовые клетки и кишечный/мультивисцеральный трансплантат. Если вам нужна трансплантация, мы назначим пересмотр вашего дела одобренным Medicare центром трансплантологии, который решит, являетесь ли вы кандидатом на трансплантацию. Поставщики трансплантатов могут быть местными или находится за пределами зоны обслуживания. Если наши сетевые услуги по трансплантации выходят за рамки оказания медицинской помощи по месту жительства, вы можете выбрать местное обслуживание, если местные поставщики услуг по трансплантации готовы принять первоначальный тариф Medicare. Если план CareOregon Advantage	Если вы получаете разрешенный стационарный уход в несетевой больнице после того, как ваше экстренное состояние стабилизировалось, ваши расходы — это долевое участие, которые вы бы оплачивали в сетевой больнице.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Plus обеспечивает услуги по трансплантации в месте, не предусмотренном стандартами ухода за трансплантатами в вашем районе, и вы решите получить трансплантаты в этом удаленном месте, мы организуем или оплатим соответствующие расходы на проживание и транспорт для вас и вашего сопровождающего. • Кровь — включая хранение и введение. Покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается с первой пинты крови, которая вам нужна. • Услуги врача	

Лечение в стационаре больницы (продолжение)

Примечание: Чтобы стать пациентом стационара, ваш поставщик услуг должен написать назначение, чтобы вас официально приняли в стационар больницы. Даже если будете оставаться в больнице на ночь, вы все равно будете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не знаете, каким именно пациентом (стационарным или амбулаторным) вы являетесь, спросите у персонала больницы.

Вы также можете найти больше информации в информационном листе Medicare под названием *Вы амбулаторный или стационарный пациент? Если у вас есть Medicare, спросите!* Информационный лист доступен на веб-сайте по ссылке https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf или позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048. Вы можете звонить по этим номерам бесплатно круглосуточно 7 дней в неделю.

Услуги стационара в психиатрической больнице

- Покрываемые услуги включают услуги психиатрической помощи, требующие пребывания в больнице, которое мы покрываем до 190 дней за всю жизнь для лечения в стационаре психиатрической больницы. Ограничения лечения в стационаре больницы применяются к услугам лечения психического здоровья в стационаре, предоставляемым в обычной больнице.

КРОМЕ ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЕВ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ

Примечание: Период страховых выплат начинается со дня, когда вы поступили как пациент стационара, и заканчивается в день, когда вы перестаете получать какие-либо услуги в стационаре (или квалифицированный уход в skilled nursing facility (SNF, центр сестринского ухода) в течение 60 дней подряд. Если вы попадаете в больницу или SNF после того, как закончился один период страховых выплат, то начинается новый. Каждый период страховых выплат вы должны

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
оплачивать франшизу за стационар в больнице. Не существует ограничений по количеству периодов страховых выплат.	

Пребывание в стационаре: Покрываемые услуги, получаемые в больнице или SNF во время непокрываемого пребывания в стационаре	Информацию по льготам, правилам и ограничениям для каждой услуги смотрите в соответствующих разделах настоящей Таблицы льгот.
Если вы исчерпали свои льготы для стационара или пребывание в стационаре не является разумным и необходимым, мы не будем покрывать ваше пребывание в стационаре. Тем не менее, в некоторых случаях, мы покроем некоторые услуги, которые вы получаете, находясь в больнице или в центре сестринского ухода (SNF). Покрываемые услуги включают, помимо прочего:	
• Услуги врача	См. пункт **Услуги врача/ терапевта, Визит в офис PCP или специалиста**
• Диагностические анализы (например, лабораторные анализы)	
• Рентген, радиевая и изотопная терапия, включая технические материалы и услуги	
• Перевязочный материал	См. пункт **Амбулаторные**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
• Шины, гипсовые повязки и другие изделия, используемые для уменьшения переломов и смещений • Протезы и ортопедические изделия (кроме стоматологических), которые заменяют внутренний орган полностью или его часть (в том числе смежную ткань) либо полностью или частично заменяют функцию неоперабельного или плохо функционирующего внутреннего органа, включая замену или ремонт таких изделий.	**диагностические тесты, терапевтические услуги и материалы** См. пункт **Протезы и соответствующие принадлежности**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
• Скобы для руки, ноги, спины или шеи; бандаж; искусственные ноги, руки и глаза, включая регулировку, ремонт и замену, необходимую вследствие поломки, износа, потери или замены по физическому состоянию пациента • Физиотерапия, трудотерапия и логопедия	См. пункт **Амбулаторные услуги реабилитации**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Пищевая терапия** Эта льгота предоставляется людям с диабетом, болезнью почек (но без диализа) или после трансплантации почки по направлению врача. Мы покрываем 3 часа индивидуальной консультации в период первого года, когда вы получаете услуги пищевой терапии от Medicare (сюда входит наш план и любая другая программа Medicare Advantage или Original Medicare), и 2 часа каждый следующий год. Если ваше состояние, лечение или диагноз меняется, вы сможете получать больше часов лечения по направлению врача. Врач должен выписать эти услуги и каждый год обновлять свое направление, если вам требуется лечение на следующий календарный год.	Для участников, имеющих право на услуги пищевой терапии, покрываемый Medicare, сострахование, доплата или франшиза отсутствуют.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP, Программа профилактики диабета Medicare)** Услуги MDPP покрываются для всех правомочных бенефициаров Medicare во всех медицинских страховках Medicare. • MDPP — это структурированное вмешательство по изменению поведения в отношении здоровья, которое предоставляет практическое обучение для изменения долгосрочного питания, повышения физической активности и стратегии решения проблем для преодоления трудностей для стабильного снижения веса и здорового образа жизни.	Для льготы MDPP отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Рецептурные препараты по Части B Medicare Эти препараты покрываются Частью B Original Medicare. Участники нашего плана получают покрытие за эти препараты в рамках нашего плана. Покрываемые препараты включают: • Препараты, которые обычно пациент не может самостоятельно себе ввести и которые вводятся внутривенно, пока вы получаете помощь у врача, в больничном стационаре или амбулаторном хирургическом центре. • Инсулин, вводимый через предметы медицинского оборудования длительного пользования (например, необходимая по медицинским показаниям инсулиновая помпа) • Другие препараты, которые вы принимаете с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзер), разрешенного планом	$0 **МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ** Некоторые препараты, которые вводятся внутривенно, пока вы получаете помощь у врача, в больничном стационаре или амбулаторном хирургическом центре, регулируются

• Препарат болезни Альцгеймера лекемби® (общее название леканемаб), который вводится внутривенно. Помимо расходов на лекарства, вам могут потребоваться дополнительные обследования и анализы до/или во время лечения, что может увеличить ваши общие расходы. Поговорите со своим врачом о том, какие исследования и анализы могут вам понадобиться в рамках вашего лечения. • Факторы коагуляции, которые вы вводите себе посредством инъекции при наличии гемофилии • Трансплантационные/иммунодепрессивные препараты: программа Medicare обеспечивает страхованием расходы на трансплантационную терапию, если программа Medicare оплатила трансплантацию вашего органа. На момент проведения трансплантации у вас должна быть часть A, а на момент иммунодепрессивных препаратов – часть B. Имейте в виду, что лекарственное страхование в рамках программы	правилами ступенчатой терапии.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Medicare (часть D) распространяется на иммунодепрессивные препараты, если оно не распространяется на часть B	

- Препараты-инъекции против остеопороза, если вы не выходите из дома, у вас есть подтвержденный врачом перелом кости, связанный с постменопаузальным остеопорозом, и вы не можете самостоятельно ввести препарат
- Некоторые антигены: программа Medicare обеспечивает страхованием антигены, если их готовит врач и должным образом проинструктированное лицо (которым можете быть вы, пациент) назначает их под надлежащим наблюдением
- Некоторые пероральные противораковые препараты: программа Medicare распространяется на некоторые лекарства от рака полости рта, которые вы принимаете перорально, если этот же препарат доступен в форме инъекций или является пролекарством (пероральная форма препарата, которая при приеме внутрь распадается на тот же активный ингредиент, который содержится в инъекционном препарате) инъекционного препарата. По мере появления новых

лекарств от рака полости рта они могут быть включены в раздел B. Если они не включены в раздел B, то включены в раздел D • Пероральные препараты против тошноты: программа Medicare обеспечивает страхованием расходы на пероральные препараты против тошноты, которые вы принимаете в рамках противораковой химиотерапии, если они вводятся до, во время или в течение 48 часов после химиотерапии или используются в качестве полноценной терапевтической замены внутривенного препарата против тошноты • Некоторые пероральные препараты для лечения терминальной стадии почечной недостаточности (ТПН), если этот же препарат доступен в форме инъекций и на него распространяется льгота по части B при ТПН	
• Кальцимиметические препараты по системе оплаты ТПН, включая	

внутривенный препарат Parsabiv® и
пероральный препарат Sensipar®

Некоторые препараты для домашнего диализа, включая гепарин, антидот к гепарину, когда это необходимо с медицинской точки зрения, и местные анестетики

- Препараты, стимулирующие эритропоэз: программа Medicare позволяет получать эритропоэтин в виде инъекций, если у вас терминальная стадия почечной недостаточности (ТПН) или вам необходим этот препарат для лечения анемии, связанной с некоторыми другими состояниями (такими как эпоген®, прокрит®, ретакрит®, эпоэтин альфа®, аранеспин®, дарбэпоэтин альфа®, мирцера® или метокси полиэтиленгликоль-эпоэтин бета)
- Иммуноглобулин для внутривенного введения в домашних условиях для

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
лечения первичных иммунодефицитных заболеваний • Парентеральное и энтеральное питание (внутривенное и зондовое) Перейдите по ссылке careoregonadvantage.org/druglist, для получения списка препаратов части B, которые могут быть включены в поэтапную терапию. Сколько вы платите за рецептурные препараты Части D в рамках нашего плана, поясняется в Главе 6.	

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Скрининг ожирения и терапия для поддержания устойчивой потери веса**	
Если индекс вашей массы тела 30 и выше, мы покрываем интенсивные консультации, чтобы помочь вам сбросить вес. Это консультирование покрывается, если вы получаете такую услугу в первичном учреждении здравоохранения, где ее можно скоординировать с вашей комплексной профилактической программой. Поговорите со своим врачом или терапевтом первичной помощи, чтобы узнать более подробную информацию.	Для профилактического скрининга ожирения отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Услуги программы лечения от опиоидной зависимости Участники нашего плана с расстройством, связанным с употреблением опиоидов (OUD, употребление опиодов) могут получить покрытие услуг для лечения OUD с помощью Opioid Treatment Program (OTP, Программы лечения от опиоидной зависимости), которая включает следующие услуги: **Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) одобрило медикаментозное лечение опиоидными агонистами и антагонистической активностью (MAT).** • Дозирование и введение лекарственных средств MAT (если применимо) • Консультирование по вопросу употребления психоактивных веществ • Индивидуальная и групповая терапия • Токсикологический анализ • Действия для приема внутрь • Периодическая оценка	$0 **МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ**

Амбулаторные диагностические тесты, терапевтические услуги и материалы Покрываемые услуги включают, помимо прочего: • Рентген • Лучевая (радиевая и изотопная) терапия, включая технические материалы и принадлежности • Хирургические принадлежности, например, хирургические повязки • Шины, гипсовые повязки и другие изделия, используемые для уменьшения переломов и смещений • Лабораторные анализы • Кровь — включая хранение и введение. Покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается с первой пинты крови, которая вам нужна. • Другие амбулаторные диагностические анализы	$0 **МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ**
Амбулаторное наблюдение Услуги наблюдения — это амбулаторные услуги, которые предоставляются, чтобы	$0

определить, нужно ли вас направить в стационар или можно выписывать.

Чтобы услуги амбулаторного наблюдения покрывались, необходимо, чтобы они соответствовали критериям Medicare и считались разумными и необходимыми. Услуги наблюдения покрываются только, если их предоставляет врач или другое лицо, уполномоченное законодательством штата о лицензировании и положениями о персонале больницы принимать пациентов в больницу или назначать амбулаторные анализы.

Примечание: Если поставщик услуг не написал назначение о принятии вас в качестве пациента стационара в больницу, вы являетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете сумму долевого участия за амбулаторные услуги. Даже если будете оставаться в больнице на ночь, вы все равно будете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не знаете, каким именно пациентом являетесь, спросите у персонала больницы.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Вы также можете найти больше информации в информационном листе Medicare под названием *Вы амбулаторный или стационарный пациент? Если у вас есть Medicare, спросите!* Информационный лист доступен на веб-сайте по ссылке https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf или позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048. Вы можете звонить по этим номерам бесплатно круглосуточно 7 дней в неделю.	

Амбулаторные услуги	
Мы покрываем необходимые с медицинской точки зрения услуги, которые вы получаете в амбулаторном отделении больницы для диагностики или лечения заболевания или травмы. Покрываемые услуги включают, помимо прочего: • Услуги в отделении экстренной помощи • Услуги в амбулаторной клинике, например, услуги наблюдения или амбулаторной хирургии • Лабораторные и диагностические анализы, счет за которые выставляет больница • Лечение психического здоровья, включая лечение по программе частичной госпитализации, если врач подтверждает, что без нее потребуется	Информацию по правилам и ограничениям для каждой услуги смотрите в соответствующих разделах настоящей Таблицы льгот. **МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
лечение в стационаре • Рентген и другие услуги рентгенологии, счет за которые выставляет больница • Медицинские принадлежности, например, шины и гипсовые повязки • Определенные лекарства и биологические препараты, которые вы не можете вводить самостоятельно	См. пункт **Экстренная помощь** Амбулаторная клиника: См. пункт **Услуги врача/терапевта**

Амбулаторные услуги (продолжение) **Примечание:** Если поставщик услуг не написал назначение о принятии вас в качестве пациента стационара в больницу, вы являетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете сумму долевого участия за амбулаторные услуги. Даже если будете оставаться в больнице на ночь, вы все равно будете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не знаете, каким именно пациентом являетесь, спросите у персонала больницы.	См. пункт **Амбулаторная хирургия** См. пункт **Амбулаторные диагностические тесты, терапевтические услуги и материалы**
Вы также можете найти больше информации в информационном листе Medicare под названием *Вы амбулаторный или стационарный пациент? Если у вас есть Medicare, спросите!* Информационный лист доступен на веб-сайте по ссылке https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf или позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048. Вы можете	Лечение психического здоровья: См. пункт **Амбулаторное лечение психического здоровья**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
звонить по этим номерам бесплатно круглосуточно 7 дней в неделю.	Частичная госпитализация: См. пункт **Услуги частичной госпитализации** См. пункт **Амбулаторные диагностические тесты, терапевтические услуги и материалы** См. пункт **Рецептурные препараты по Части B Medicare**

Амбулаторное лечение психического здоровья Покрываемые услуги включают: Услуги лечения психического здоровья, предоставляемые лицензированным штатом психиатром или врачом, клиническим психологом, клиническим социальным работником, клинической медсестрой, лицензированным licensed professional counselor (LPC, лицензированным специальным консультантом), licensed marriage and family therapist (LMFT, лицензированным терапевтом по вопросам семьи и брака), nurse practitioner (NP, медсестрой высшей квалификации), physician assistant (PA, фельдшером) или другим квалифицированным Medicare специалистом в сфере лечения психического здоровья согласно разрешению применимых законов штата.	$0 **За пределами сети:** $0 **Существуют ограничения суммы, которую наш план заплатит за услуги за пределами сети. Подробную информацию см. в разделе Точка обслуживания в приведенной Таблице льгот.**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Амбулаторные услуги реабилитации	
Покрываемые услуги включают: физиотерапию, трудотерапию и логопедию.	$0
Амбулаторные услуги реабилитации предоставляются в различных амбулаторных условиях, например, амбулаторные отделения больницы, офисы независимого терапевта и Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities (CORF).	**МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Амбулаторные услуги при борьбе с наркотической зависимостью	
Для вас покрываются услуги и принадлежности для лечения химической зависимости в амбулаторных условиях (индивидуальная или групповая терапия).	$0

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Амбулаторная хирургия, включая услуги, предоставляемые в амбулаторных больничных учреждениях и амбулаторных хирургических центрах **Примечание:** Если у вас операция в больничном учреждении, вы должны уточнить у поставщика услуг, каким пациентом вы будете: стационара или амбулаторным. Если поставщик услуг не написал назначение о принятии вас в качестве пациента стационара в больницу, вы являетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете сумму долевого участия за операцию. Даже если будете оставаться в больнице на ночь, вы все равно будете считаться амбулаторным пациентом.	$0 **МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Услуги частичной госпитализации и интенсивные амбулаторные услуги *Частичная госпитализация* — это структурированная программа активного психиатрического лечения, предоставляемого в качестве амбулаторной услуги или общественным центром психического здоровья, что является более интенсивным вариантом, чем лечение, получаемое в кабинете вашего врача или терапевта, а также является альтернативой госпитализации в стационар.	$0 **МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Услуги частичной госпитализации и интенсивные амбулаторные услуги (продолжение) *Интенсивные амбулаторные услуги* — это структурированная программа активного лечения поведенческого (психического) здоровья, предоставляемого в амбулаторном отделении больницы, общественном центре психического здоровья, федеральном медицинском центре или сельской поликлинике, которое является более интенсивным, чем лечение, получаемое в кабинете вашего врача или терапевта, но менее интенсивное, чем частичная госпитализация.	

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Personal Emergency Response System (PERS, Персональная система экстренного реагирования) Портативное медицинское изделие с системой оповещения, которое обеспечивает 24/7 контроль в большинстве мест, в которых есть услуги мобильной связи. Участникам не нужен собственный мобильный телефон, чтобы воспользоваться этой льготой.	Для использования этой льготы отсутствует сострахование, дополнительная оплата и франшиза.

Услуги врача/терапевта, включая визиты в кабинет врача Покрываемые услуги включают: • Необходимое с медицинской точки зрения лечение или хирургические услуги, предоставляемые в кабинете врача, сертифицированного амбулаторного хирургического центра, амбулаторного отделения больницы или любом другом месте • Консультации, диагностика и лечение у специалиста • Базовое обследование слуха и балансовый осмотр, который выполняет PCP или специалист, если ваш доктор пишет назначение, чтобы проверить, нужно ли вам медицинское лечение • Определенные услуги телемедицины, включая: Услуги врача первичной медицинской помощи и специалиста. ○ У вас есть опция получения таких услуг при личном визите или путем телемедицины. Если вы выбираете получить такие услуги путем	**В сети:** $0 за каждый визит к врачу первичной медицинской помощи, покрываемому Medicare. $0 за каждый визит к специалисту, покрываемому Medicare. **За пределами сети:** $0 за каждый визит к врачу первичной медицинской помощи, покрываемому Medicare.

телемедицины, вы должны воспользоваться сетевым поставщиком услуг, который предлагает услугу телемедицины. • Некоторые услуги телемедицины включают консультации, диагностику и лечение у врача или терапевта для пациентов в определенных сельских местностях или других местах, утвержденных Medicare	$0 за каждый визит к специалисту, покрываемому Medicare. Для использования этой льготы отсутствует сострахование, дополнительная оплата и франшиза. **Существуют ограничения суммы, которую наш план заплатит за услуги за пределами сети.**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Услуги врача/терапевта, включая визиты в кабинет врача (продолжение) • Услуги телемедицины для ежемесячных визитов в связи с терминальной стадией почечной недостаточности для участников на домашнем диализе в больничном центре почечного диализа или в центре почечного диализа больничного типа со свободным доступом, в центре почечного диализа или на дому у участника • Услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения симптомов инсульта, независимо от вашего расположения • Услуги телемедицины для участников с расстройством, вызванным злоупотреблением психоактивными веществами, или сопутствующим	**Подробную информацию см. в разделе Точка обслуживания в приведенной Таблице льгот.**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?

психическим расстройством, независимо от места расположения
• Услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения психических расстройств при таких условиях:
  ○ У вас был личный визит в течение 6 месяцев до вашего первого визита телемедицины
  ○ У вас был личный визит в течение 12 месяцев во время получения услуг телемедицины
  ○ При определенных обстоятельствах из вышеуказанного могут быть сделаны исключения
• Услуги телемедицины для визитов психического здоровья предоставляют сельские поликлиники и федеральные	

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
квалифицированные медицинские центры • Виртуальные записи (например, по телефону или видео-чату) к врачу за 5–10 минут **<u>при таких условиях</u>**: ○ Вы не являетесь новым пациентом **и**	
Услуги врача/терапевта, включая визиты в кабинет врача (продолжение) ○ Запись не связана с визитом в кабинет за прошедшие 7 дней **и** ○ Запись не для назначения визита в кабинет в течение 24 часов или на ближайшее доступное время • Оценка видео и (или) изображений, которые вы отправляете врачу, разъяснение и последующее наблюдение	

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
вашим врачом в течение 24 часов **<u>при таких условиях</u>**: ○ Вы не являетесь новым пациентом **и** ○ Оценка проводится не для назначения визита в кабинет в течение 24 часов или на ближайшее доступное время • Консультация вашего врача с другим врачом по телефону, через интернет или электронную медицинскую карту • Второе мнение другого сетевого поставщика перед операцией • Нестандартное стоматологическое лечение (покрываемые услуги ограничены операцией на челюсти или связанных структурах, устранение переломов челюсти или лицевых костей, удаление зуба для подготовки челюсти к лучевой терапии неопластического	

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
ракового заболевания или услуги, которые могли быть покрыты, если бы их предоставлял врач)	
Услуги педолога Покрываемые услуги включают: • Диагностика и медицинское или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (например, молотообразный палец или пяточная шпора) • Стандартное лечение стопы для участников с определенными медицинскими состояниями, которые влияют на нижние конечности • Дополнительные неограниченные стандартные визиты к педологу	$0

Пункт обслуживания CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP) имеет льготу Точка обслуживания (POS), которая позволяет вам получить лечение у несетевых поставщиков услуг по таким услугам: • Визиты в офис PCP • Визиты в офис специалистов • Индивидуальные сеансы для получения специальных услуг по психическому здоровью • Групповые сеансы для получения специальных услуг по психическому здоровью Сумма, применяемая к годовому максимуму, основана исключительно на сумме, которую мы платим за визит в офис несетевого поставщика услуг.	Чтобы узнать информацию о долевом участии, см. пункт **Услуги врача/терапевта, включая визиты в кабинет врача**. Чтобы узнать информацию о долевом участии, см. пункт **Амбулаторное лечение психического здоровья**. **Для услуг за пределами сети выделен**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
	годовой лимит в $1000.

Пункт обслуживания (продолжение) **После достижения льготного максимума в $1000 мы не будем оплачивать услуги, предоставляемые несетевым специалистом или поставщиком первичных медицинских услуг, поэтому вы несете ответственность за оплату.** Долевое участие за покрываемые Medicare услуги — это покрываемые Medicaid услуги. Поставщикам услуг запрещено выставлять счета правомочным участникам Medicaid за покрываемые услуги. Если вы получили счет за услуги, полученные при использовании льготы Точка обслуживания, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания CareOregon Advantage. Номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета.	
🍏 **Скрининг рака простаты**	Для годового анализа на ПСА отсутствует сострахование,

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Для мужчин в возрасте от 50 лет покрываемые услуги включают следующее: один раз в 12 месяцев: • Ректальное пальпирование • Анализ на простат-специфический антиген (ПСА)	доплата и франшиза.

Протезы и соответствующие принадлежности Изделия (кроме стоматологических), которые заменяют весь или часть функции или части тела. Они включают, но не ограничиваются тестированием, подгонкой или обучением использованию протезов и ортопедических приспособлений; а также: калоприемники и принадлежности, напрямую связанные с колостомией, кардиостимуляторы, бандажи, ортопедическая обувь, искусственные конечности и протезы молочных желез (включая послеоперационный бюстгальтер после мастэктомии). Включает определенные принадлежности, связанные с ортопедическими изделиями, а также ремонт и (или) замену ортопедических изделий. Также включает частичное покрытие следующих удалений катаракты или операций в связи с катарактой — подробную информацию см. в пункте **Лечение зрения** ниже в этом разделе.	$0 **МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Услуги легочной реабилитации Комплексные программы легочной реабилитации покрываются для участников, которые страдают хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) умеренной или тяжелой степени и имеют направление на легочную реабилитацию от врача, лечащего хроническое респираторное заболевание.	$0

Профилактический медицинский осмотр	
Наш план покрывает отдельный ежегодный профилактический медицинский осмотр дополнительно к ежегодному визиту оздоровления или медицинскому осмотру «Welcome to Medicare». Ежегодный профилактический медицинский осмотр — это комплексная профилактическая медицинская оценка и управление, которая может включать следующее: • Прошлый медицинский, социальный и семейный анамнез • Полный физикальный осмотр и осмотр систем органов • Анализ лекарственных препаратов • Вакцинация • Консультирование/инструкции по профилактике/ мероприятия по снижению факторов риска • Анализ скринингов в соответствии с возрастом/полом	Для профилактического медицинского осмотра отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Примечание: Любые лабораторные или диагностические процедуры, которые назначаются, не покрываются по условиям данной льготы, и вы самостоятельно оплачиваете сумму долевого участия плана за такие услуги.	

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Скрининг и консультация для снижения злоупотребления алкоголем** Мы покрываем один скрининг злоупотребления алкоголем для взрослых с Medicare (в том числе для беременных женщин), которые злоупотребляют алкоголем, но не являются зависимыми от алкоголя. Если ваш результат на злоупотребление алкоголем положительный, вы можете получить до 4 индивидуальных консультаций в год (если вы в здравом уме и сознании во время консультации), предоставляемых квалифицированным врачом терапевтом первичной помощи в условиях первичной помощи.	Для профилактической льготы скрининга и консультации для снижения злоупотребления алкоголем, покрываемой Medicare, отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

🍏 Скрининг на рак легких с низкодозной компьютерной томографией (НДКТ)	
Для квалифицированных лиц НДКТ покрывается каждые 12 месяцев. **Правомочные участники**: люди в возрасте от 50 до 77 лет без признаков или симптомов рака легких, у которых в анамнезе есть табакокурение в течение минимум 20 пачка-лет и которые курят на данный момент или бросили курить в течение последних 15 лет, которые получили письменное направление на НДКТ во время консультационного скрининга на рак легких и совместного визита для принятия решения, который соответствует критериям Medicare для таких визитов и будет предоставляться врачом или квалифицированным не практикующим терапевтом.	Для покрываемой Medicare консультации, совместного визита для принятия решения или НДКТ отсутствует сострахование, доплата и франшиза.
🍏 Скрининг на рак легких с низкодозной компьютерной томографией (НДКТ) (продолжение)	

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Для скрининга на рак легких с НДКТ после первого скрининга НДКТ: участник должен получить письменное назначение на скрининг на рак легких с НДКТ, который может быть проведен во время любого подходящего визита к врачу или квалифицированному не практикующему терапевту. Если врач или квалифицированный не практикующий терапевт выберет провести консультационный скрининг на рак легких и совместный визит для принятия решения для последующего скрининга на рак легких с НДКТ, визит должен соответствовать критериям Medicare для таких визитов.	

🍏 Скрининг на заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), и консультация для предотвращения ЗППП Мы покрываем скрининги на заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), а именно хламидия, гонорея, сифилис и гепатит B. Эти скрининги покрываются для беременных женщин и определенных людей, которые находятся в зоне повышенного риска ЗППП, если анализы назначает поставщик первичных медицинских услуг. Мы покрываем анализы раз в 12 месяцев или определенное количество раз во время беременности. Каждый год мы также покрываем до двух индивидуальных 20-30-минутных личных высокоинтенсивных поведенческих консультационных сеансов для сексуально активных взрослых с повышенным риском ЗППП. Мы покрываем такие консультационные сеансы в качестве профилактической услуги, если их предоставляет поставщик первичных медицинских услуг, и они проходят в	Для профилактической льготы скрининга и консультации о ЗППП, покрываемой Medicare, отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
учреждении первичной помощи, например, в кабинете врача.	

Услуги для лечения заболевания почек

Покрываемые услуги включают:	$0

- Услуги обучения о заболевании почек, чтобы научить лечению почек и помочь участникам принять информированное решение о своем лечении. Для участников с IV стадией заболевания почек, если их направил врач, мы покрываем до шести сеансов услуги обучения о заболевании почек на весь период жизни.
- Амбулаторная диализная терапия (включая диализную терапию в условиях временного пребывания за пределами зоны обслуживания, как пояснено в Главе 3 или когда ваш поставщик такой услуги временно недоступен)
- Диализная терапия в стационаре (если вы поступили как пациент стационара в больницу для специального лечения)
- Обучение самостоятельному диализу (включает обучение для вас и любого, кто помогает вам дома с диализной терапией)
- Оборудование и принадлежности для домашнего диализа

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
• Определенные услуги поддержки на дому (например, при необходимости, визиты на дом обученного проведению диализа персонала для помощи в экстренной ситуации, проверки вашего оборудования для диализа и подачи воды) Определенные препараты для диализа покрываются льготой рецептурных препаратов Части B Medicare. Информацию о покрытии препаратов Части B можно найти в разделе **Рецептурные препараты по Части B Medicare**.	

Лечение в центре сестринского ухода (SNF) (Определение термина «центр сестринского ухода» см. в Главе 12 настоящего документа. Центры сестринского ухода иногда сокращенно называют SNF.) Покрываемые услуги включают, помимо прочего: • Двухместная палата (или одноместная в случае медицинской необходимости) • Питание, в том числе специальные диеты • Услуги квалифицированной сиделки • Физиотерапия, трудотерапия и логопедия • Препараты, вводимые вам в рамках части вашей программы лечения (Сюда входят вещества, которые естественным путем присутствует в теле, например, факторы свертывания крови.) • Кровь — включая хранение и введение. Покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается с первой пинты крови, которая вам нужна.	$0 План покрывает до 100 дней в каждый льготный период. Льготный период заканчивается, если вы не были в SNF в течение 60 дней подряд. Предварительное пребывание в больнице не требуется. С вас не будут брать сумму дополнительного

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
• Медицинские и хирургические принадлежности, стандартно предоставляемые в SNF • Лабораторные анализы, стандартно предоставляемые в SNF • Рентген и другие услуги рентгенологии, стандартно предоставляемые в SNF • Применение устройств, например, инвалидная коляска, стандартно предоставляемые в SNF • Услуги врача/терапевта В основном вы получаете лечение SNF в сетевых учреждениях. Однако, при определенных условиях, указанных ниже, вы можете получить лечение в учреждении, которое не является сетевым поставщиком, если учреждение принимает платежи по нашему плану.	долевого участия за услуги специалистов. **МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРАВИЛА НАЛИЧИЯ РАЗРЕШЕНИЯ**

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Лечение в центре сестринского ухода (SNF) (продолжение) • Дом престарелых или центр совместного проживания с постоянным уходом за пенсионерами, где вы проживали до того, как попасть в больницу (если он предоставляет лечение уровня центра сестринского ухода) • SNF, в котором проживает ваш супруг (супруга) или партнер, пока вы находитесь в больнице	

🍏 Прекращение курения и употребления табака (консультация, чтобы бросить курить или употреблять табак) Если вы употребляете табак, но у вас нет признаков или симптомов болезни, связанной с табакокурением: Мы покрываем два консультационных блока с целью бросить курить в течение 12 месяцев в качестве бесплатной для вас профилактической услуги. Каждый консультационный блок включает до 4 личных визитов. Если вы употребляете табак и вам была диагностирована связанная с употреблением табака болезнь или вы принимаете лекарства, на которые может повлиять табак: Мы покрываем услуги консультирования по прекращению курения. Мы покрываем два консультационных блока с целью бросить курить в течение 12 месяцев; однако, вы оплатите применимое долевое участие.	Для профилактических льгот прекращения курения и употребления табака, покрываемых Medicare, отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
Каждый консультационный блок включает до 4 личных визитов.	
Специальные дополнительные льготы для гипертонии Те, кому поставлен диагноз гипертония, ничего не платят за одно устройство для измерения артериального давления утвержденных моделей каждые 24 месяца. Посетите сайт ***careoregon.nationsbenefits.com/login*** или позвоните по номеру 877-278-9003.	Для использования этой льготы правомочными участниками отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

Supervised Exercise Therapy (SET, контролируемая лечебная физкультура) SET покрывается для участников, которые имеют симптоматическое заболевание периферических артерий symptomatic peripheral artery disease (PAD, заболевание периферических артерий) и направление о PAD от врача, ответственного за лечение PAD. При условии выполнения требования программы SET, покрывается до 36 сеансов за период в 12 недель. Программа SET должна: • Состоять из сеансов продолжительностью от 30 до 60 минут, состоящих из программы терапевтических упражнений для PAD у пациентов с микроциркуляторными нарушениями • Проходить в амбулаторных больничных условиях или в кабинете врача • Проходить с участием квалифицированного дополнительного персонала, необходимого для того, чтобы убедиться, что польза превышает вред, а	$0

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
также персонала, обученного физиотерапии для PAD • Проходить под прямым наблюдением врача, фельдшера или квалифицированной/клинической медсестры, которая обучена базовым и улучшенным техникам поддержания жизни После основных 36 сеансов в течение 12 недель могут быть покрыты дополнительные 36 сеансов SET в течение длительного периода времени, если поставщик медицинских услуг сочтет это необходимым с медицинской точки зрения.	

Неотложные услуги	
Услуга, обеспечиваемая страхованием в рамках плана, требующая немедленной медицинской помощи, которая не является неотложной, является неотложно необходимой, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или даже если вы находитесь в пределах зоны обслуживания плана, но, учитывая ваше время, место и обстоятельства, вам нецелесообразно получать эту услугу от сетевых провайдеров, с которыми заключен договор о тарифном плане. Ваш тарифный план должен охватывать услуги, которые необходимы в срочном порядке, и предусматривать оплату только внутри сети. Примерами услуг, которые необходимы в срочном порядке, являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы или неожиданное обострение существующих заболеваний. Однако регулярные визиты к врачу, необходимые с медицинской точки зрения, такие как ежегодные осмотры, не считаются	$0

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или сеть плана временно недоступна. Наш план не покрывает услуги экстренной помощи, услуги неотложной помощи и любые другие услуги за пределами США и их территорий.	
Виртуальные визиты Teladoc — это ваш поставщик услуг виртуальной неотложной помощи. Врачи доступны 24/7 по телефону, через видео-чат или приложение. Используйте свой телефон, приложение или посетите ***Teladoc.com,*** чтобы создать учетную запись. Вы также можете позвонить в поддержку участников Teladoc 24/7 по номеру 800-835–2362. TTY 711	$0 за каждый виртуальный визит.

🍏 Лечение зрения

Покрываемые услуги включают:

- Услуги врача амбулатории для диагностики и лечения болезней и травм глаз, включая лечение возрастной макулярной дегенерации. Original Medicare не покрывает стандартные проверки зрения (рефрактометрия глаз) для очков/контактных линз
- Для людей с высоким риском глаукомы мы покрываем один скрининг на глаукому каждый год. Люди с высоким риском глаукомы включают: людей с семейным анамнезом глаукомы, людей с диабетом, афроамериканцев в возрасте от 50 лет и испаноязычных американцев в возрасте от 65 лет.
- Для людей с диабетом скрининг на диабетическую ретинопатию покрывается один раз в год.
- Одна пара очков или контактных линз после каждой операции по удалению катаракты, которая включает установку искусственного хрусталика (Если у вас две

Стандартно:

$0

Дополнительно:

- $0 доплаты для дополнительной стандартной проверки зрения.
- $175 доплаты для оправ; или
- $100 доплаты для контактных линз

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?

отдельных операции по удалению катаракты, вы не можете зарезервировать льготу после первой операции и купить две пары очков после второй операции.)
Дополнительное лечение зрения:
• Стандартная проверка зрения каждые 12 месяцев
• Выбор линз и оправ для очков или выбор контактных линз
  ○ Линзы включают однофокальные, бифокальные или трифокальные
  ○ Бесплатное обновление для любой категории прогрессивных линз или линз с высоким индексом.	

Услуги, которые для вас покрываются	☐ **Сколько вы должны платить,** получая эти услуги?
🍏 **Профилактический визит Welcome to Medicare** План покрывает одноразовый профилактический визит **Welcome to Medicare**. Визит включает анализ вашего состояния здоровья, а также обучение и консультирование о профилактических услугах, которые вам нужны (включая определенные скрининги и прививки), а также направления на другие виды лечения, при необходимости. **Важно:** Мы покрываем профилактический визит **Welcome to Medicare** только один раз в течение 12 месяцев, когда у вас есть Часть B Medicare. Когда вы назначаете прием, уведомите своего врача, что хотели бы назначить профилактический визит **Welcome to Medicare**.	Для ежегодного профилактического визита оздоровления **Welcome to Medicare** отсутствует сострахование, доплата и франшиза.

РАЗДЕЛ 3 Какие услуги покрываются за пределами плана CareOregon Advantage Plus?

Раздел 3.1 Услуги, которые *не* покрывает план CareOregon Advantage Plus

Следующие услуги не покрываются планом CareOregon Advantage Plus, но доступны в программе Oregon Health Plan (Medicaid):

Иглоукалывание	$0 В дополнение к пособиям по иглоукалыванию в рамках программы Medicare, которые предоставляются при диагностике болей в пояснице. Пособия по программе Medicaid позволяют проводить иглоукалывание для лечения других медицинских или поведенческих заболеваний, таких как

	головные боли, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, табачная зависимость, остеоартрит, беременность и заболевания спины и позвоночника, включая сколиоз. Требуется разрешение - количество посещений в год зависит от диагноза.
Страховое обеспечение зубоврачебного обслуживания	$0 Предлагаемые услуги включают в себя: • Осмотры и рентген (включая скрининг на рак полости рта) • Чистку, использование фтора, пломбирование и удаление зубов • Глубокую чистку при заболеваниях десен

	• Неотложную стоматологическую помощь • Полное протезирование каждые 10 лет и частичное - каждые 5 лет по рекомендации вашего стоматолога (требуется разрешение) • Корректировка зубных протезов, замена отсутствующих или сломанных искусственных зубов Для получения дополнительной информации участникам рекомендуется обратиться непосредственно к своему стоматологическому плану, указанному на обратной стороне удостоверения личности участника ССР, или

	в организацию, координирующую оказание медицинской помощи.
Планирование семьи, контроль рождаемости, стерилизация и материнство	$0 Эти услуги помогут вам спланировать рождение детей (или отказаться от него), в том числе определить количество и сроки их появления. Ограничений нет. В качестве примера можно привести контроль над рождаемостью и ежегодные обследования.
Медицинская помощь с учётом гендерных аспектов	$0 Эта медицинская помощь помогает лицам, нуждающимся в лечении, связанном с изменением пола или дисфорией (чувством неловкости или неправильности). В качестве примеров можно привести

	подавление полового созревания, первичную медицинскую помощь и визиты к врачу-специалисту, психиатрическую помощь, гормональную терапию, лабораторные исследования и некоторые операции. Страховое обеспечение основано на руководящих принципах плана льготного медицинского страхования OHP, и для получения услуг необходимо соблюдать определенные требования.
Слуховые аппараты и батарейки	$0 Участникам в возрасте 21 года и старше, которые соответствуют критериям, разрешается использовать только один слуховой аппарат каждые пять лет (при соблюдении

	определенных критериев могут быть разрешены два слуховых аппарата). Участникам в возрасте до 21 года, которые соответствуют критериям, разрешается использовать два слуховых аппарата каждые три года или по медицинским показаниям. Участники, имеющие слуховые аппараты, могут получать до 60 батареек для слуховых аппаратов в год.
Средства от недержания мочи	$0 Средства от недержания мочи (подгузники для взрослых, одноразовые трусы, прокладки, перчатки) предоставляются поставщиками медицинского

	оборудования длительного пользования.
Программа доставки еды (только для пациентов после выписки) После выписки из стационара больницы, реабилитационного центра или специализированного медицинского учреждения вы имеете право на получение питания на дом на срок до 28 дней (максимум 56 приемов пищи или два приема пищи в день). Требуется направление.	$0 Доступна только тем членам, у которых Medicaid контролируется планом CareOregon. Тркбуется направление.
Неаварийная транспортировка	$0 Эти услуги помогут вам попасть на прием к врачу. Служба поддержки клиентов поможет вам подобрать подходящий и наименее затратный вид

	поездки, соответствующий вашим потребностям. В качестве примеров можно привести возмещение пробега, транзитные билеты и поездки на автомобиле. Для поездок на автомобиле: • Члены CPCCO могут связаться с организацией «NW Rides» по телефону 1-888-793-0439 или для пользователей TTY 711. Веб-сайт: nwconnector.org/nw-rides/ • Члены JCC могут связаться с компанией «Translink» по телефону 1-888-518-8160 или для пользователей TTY 711. Веб-сайт: rvtd.org/translink/ •Члены HSO могут связаться с организацией «Ride to Care» по телефону 1-855-321-4899 или пользователей

	TTY 711. Веб-сайт: ridetocare.com/ • Участникам, не состоящим в ССО, следует связаться с планом ОНА, чтобы узнать, какая служба предоставляет услуги по организации поездок в их регионе.
Парики	$0 Цена парика ограничена 150 долларами за 1 парик. Требуется разрешение. Необходимо установить диагноз выпадения волос из-за химиотерапии или лучевой терапии.
Йога	$0 До 30 посещений в год. Поставщики медицинских услуг должны иметь идентификационный номер Medicaid штата Орегон или счет на имя зарегистрированного врача

	с идентификационным номером Medicaid штата Орегон. Требуется авторизация.
безрецептурные препараты	$0 Программа Medicaid также покрывает расходы на некоторые лекарства, отпускаемые без рецепта, если они выписаны вашим лечащим врачом или аптекой. Безрецептурные лекарства — это те, которые вы обычно покупаете в магазине или аптеке без рецепта, например аспирин.
Социальные потребности, связанные со здоровьем	Социальные потребности, связанные со здоровьем (HRSN), связаны с препятствиями на пути к здоровью, такими как жилье или доступ к продуктам питания. Пожалуйста, свяжитесь с вашим

	техническим директором, чтобы узнать, какие бесплатные услуги HRSN доступны. Услуги для удовлетворения потребностей HRSN включают жилищные услуги, климатические услуги и услуги по питанию.

Этот список не является исчерпывающим. Обратитесь к своей coordinated care organization (CCO) или в программу Oregon Health Plan, если вы не находитесь в CCO, чтобы узнать подробности о льготах рецептурных препаратов, покрываемых программой Oregon Health Plan. Номера телефонов указаны на обратной стороне вашей идентификационной карты CCO или Oregon Health.

Некоторые услуги покрывает штат, например, услуги для аборта и достойного ухода из жизни.

РАЗДЕЛ 4 Какие услуги не покрываются планом?

Раздел 4.1 Услуги, которые *не* покрывает план (исключения Medicare)

В данном разделе поясняется, какие услуги исключены из Medicare.

В таблице ниже приведены некоторые услуги и пункты, которые не покрывает Medicare ни при каких условиях или Medicare покрывает их только при специальных условиях.

Если вы получаете услуги, которые исключены (не покрываются), вы должны оплачивать их самостоятельно, кроме специальных условий, указанных ниже. Даже если вы получаете исключенные услуги в учреждении экстренной помощи, они все равно не покрываются, и наш план их не оплатит. Единственное исключение — если по услуге подана апелляция и принято решение: согласно апелляции услуга является медицинской, и мы должны оплатить ее или покрыть, поскольку это ваша особая ситуация. (Подробную информацию об апелляции на решение, которое мы приняли о непокрытии медицинской услуги см. в Главе 9, разделе 6.3 настоящего документа.)

Услуги, которые Medicare не покрывает	Не покрывается ни при каких условиях	Покрывается при специальных условиях
Иглоукалывание		• Доступно для людей с хронической болью в нижней части спины при определенных обстоятельствах. • Также обеспечиваются льготным страхованием в рамках программы Medicaid при постановке дополнительных диагнозов

Услуги, которые Medicare не покрывает	Не покрывается ни при каких условиях	Покрывается при специальных условиях
Косметическая хирургия и процедуры		• Покрывается в случаях травмы при несчастном случае или для улучшения функционирования деформированного тела участника. • Покрывается на всех этапах реконструкции молочной железы после мастэктомии, а также незатронутой молочной железы для создания симметричного внешнего вида.

Услуги, которые Medicare не покрывает	**Не покрывается ни при каких условиях**	**Покрывается при специальных условиях**
Опекунский уход Опекунский уход — это уход за лицом, который не требует постоянного внимания или присутствия обученного медицинского персонала или парамедиков, например, уход, который помогает в повседневной жизни, например, купание или одевание.	**Не покрывается ни при каких условиях**	

Услуги, которые Medicare не покрывает	Не покрывается ни при каких условиях	Покрывается при специальных условиях
Экспериментальные медицинские и хирургические процедуры, оборудование и лекарства. Экспериментальные процедуры и изделия — это изделия и процедуры, определенные Original Medicare как такие, которые в целом медицинское сообщество не принимает.		• Может покрываться Original Medicare в рамках одобренного Medicare клинического исследования или в рамках нашего плана. (Более подробную информацию о клинических исследованиях см. в Главе 3, разделе 5.)

Услуги, которые Medicare не покрывает	**Не покрывается ни при каких условиях**	**Покрывается при специальных условиях**
Оплата, взимаемая за уход вашими близкими родственниками или членами вашего домохозяйства.	**Не покрывается ни при каких условиях**	
Сестринский уход на полный день у вас на дому.	**Не покрывается ни при каких условиях**	
Доставка еды на дом	**Не обеспечивается страхованием ни при каких условиях**	

Услуги, которые Medicare не покрывает	**Не покрывается ни при каких условиях**	**Покрывается при специальных условиях**
Услуги домработницы, включая основную помощь по хозяйству, например, легкая уборка или приготовление небольшого количества еды.	**Не покрывается ни при каких условиях**	
Услуги натуропата (использует природное или альтернативное лечение).	**Не покрывается ни при каких условиях**	

Услуги, которые Medicare не покрывает	Не покрывается ни при каких условиях	Покрывается при специальных условиях
Нестандартный стоматологический осмотр		• Стоматологическое лечение, необходимое в случае заболеваний или травм, покрывается как для амбулаторного лечения, так и для лечения в стационаре.

Услуги, которые Medicare не покрывает	**Не покрывается ни при каких условиях**	**Покрывается при специальных условиях**
Ортопедическая обувь или поддерживающие изделия для стоп		• Обувь, которая является частью протеза ноги и входит в стоимость протеза. Ортопедическая или терапевтическая обувь для людей с диабетической стопой.
Личные предметы в вашей палате в больнице или центре сестринского ухода, например, телефон или телевизор.	**Не покрывается ни при каких условиях**	

Услуги, которые Medicare не покрывает	**Не покрывается ни при каких условиях**	**Покрывается при специальных условиях**
Одноместная палата в больнице.		• Покрывается только в случае медицинской необходимости.
Отмена процедур стерилизации и (или) противозачаточных средств без рецепта.	**Не покрывается ни при каких условиях**	
Стандартная мануальная терапия		• Мануальные манипуляции для спины для коррекции подвывиха покрываются.

Услуги, которые Medicare не покрывает	**Не покрывается ни при каких условиях**	**Покрывается при специальных условиях**
Стандартное стоматологическое лечение, например, чистка, пломба или зубные протезы.	**Не покрывается ни при каких условиях**	• Covered under Medicaid benefits
Стандартная проверка зрения, очки, радиальная кератомия, хирургия LASIK и другая помощь при плохом зрении.		• Проверка зрения и одна пара очков (или контактных линз) покрывается для людей после операции по удалению катаракты.

Услуги, которые Medicare не покрывает	**Не покрывается ни при каких условиях**	**Покрывается при специальных условиях**
Стандартное лечение стоп		• Предоставляется определенное ограниченное покрытие согласно руководствам Medicare (например, если у вас есть диабет).
Стандартная проверка слуха, слуховые аппараты или примерка слухового аппарата.	**Не покрывается ни при каких условиях**	

Услуги, которые Medicare не покрывает	**Не покрывается ни при каких условиях**	**Покрывается при специальных условиях**
Услуги, которые не считаются разумными и необходимыми согласно стандартам Original Medicare	**Не покрывается ни при каких условиях**	

ГЛАВА 5: Использовани е покрытия плана для рецептурных

Утверждено OMB 0938–1051(Срок истекает: 31, августа 2026 г.)

препаратов Части D

Как получить информацию о стоимости ваших лекарств?

Поскольку вы имеете право на Oregon Health Plan (Medicaid), то вы также имеете право и получаете «дополнительную помощь» от Medicare, чтобы оплачивать стоимость рецептурных препаратов по вашему плану. Поскольку вы зарегистрированы в программе «дополнительную помощь», **некоторая информация в этом *Справочнике участника плана* о стоимости рецептурных препаратов Части D может к вам не применяться.** Мы отправили вам отдельный вкладыш под названием *Дополнительные условия Справочника участника плана для людей, которые получают дополнительную помощь в оплате рецептурных препаратов* (также известный как Дополнительные условия для субсидии для людей с низким доходом или Дополнительные условия LIS), который расскажет вам о покрытии ваших препаратов. Если у вас нет этого вкладыша, позвоните в Отдел клиентского обслуживания и запросите Дополнительную информацию LIS. (Номера телефонов Отдела клиентского обслуживания указаны на обратной стороне данного документа.)

Раздел 1 Введение

В этой главе **поясняются правила использования покрытия для препаратов Части D.** Льготы для препаратов Части B Medicare и льготы для препаратов в хосписе см. в Главе 4.

Кроме препаратов, покрываемых Medicare, некоторые рецептурные препараты покрывают льготы плана Oregon Health Plan (Medicaid). Обратитесь к своей coordinated care organization (CCO) или в программу Oregon Health Plan, если вы не находитесь в CCO, чтобы узнать подробности о льготах рецептурных препаратов, покрываемых программой Oregon Health Plan. Номера телефонов указаны на обратной стороне вашей идентификационной карты CCO или Oregon Health.

Раздел 1.1 Основные правила покрытия препаратов Части D плана

План, как правило, покрывает ваши препараты, пока вы соблюдаете эти основные правила:

- У вас должен быть поставщик услуг (врач, стоматолог или другой специалист), который выписывает вам рецепт, действующий согласно применимому законодательству штата.
- Ваш врач, выписывающий рецепт, не должен состоять в списках исключений Medicare.

- Как правило, для получения рецептурных препаратов вам необходимо обратиться в сетевую аптеку. (См. Раздел 2. *Получите свой рецептурный препарат в сетевой аптеке или через службу заказа услуг по почте плана*).
- Ваш препарат должен быть указан в *Перечне покрываемых лекарств (Фармакологический справочник)* (мы сокращенно называем его «Перечень препаратов»). (См. раздел 3 в этой главе)
- Ваш препарат должен применяться по медицинским показаниям. «Медикаментозное показание» — это применение препарата, которое одобрено Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов или поддерживается определенными стандартами. (См. Раздел 3, чтобы узнать подробную информацию о медикаментозных показаниях.)
- Прежде чем мы сможем обеспечить страхованием расходы на ваше лекарство, может потребоваться одобрение. (Дополнительную информацию об ограничениях на ваше страховое обеспечение смотрите в разделе 4 этой главы).

Раздел 2 Получите свой рецептурный препарат в сетевой аптеке или через доставку заказов по почте, предусмотренной планом

Раздел 2.1 Пользование сетевой аптекой

В большинстве случаев ваши рецептурные препараты покрываются *только*, если они получены в сетевых аптеках плана. (Информацию о том, в каких случаях мы покрываем рецептурные препараты, купленные в несетевых аптеках, см. в разделе 2.5.)

Сетевая аптека — это аптека, которая заключила договор с планом, чтобы обеспечить вам покрываемые рецептурные препараты. Термин «покрываемые препараты» означает все рецептурные препараты Части D, указанные в «Перечне препаратов» плана.

Раздел 2.2 Сетевые аптеки

Как найти сетевую аптеку в своей зоне?

Чтобы найти сетевую аптеку, можно воспользоваться *Каталогом аптек*, посетить наш веб-сайт (***careoregonadvantage.org/pharmacy***) и (или) позвонить в Отдел клиентского обслуживания.

Вы можете обратиться в любую нашу сетевую аптеку.

Что делать, если аптека, которой я пользовался, уходит из сети?

Если аптека, которой вы пользовались, уходит из сети плана, вам придется найти новую аптеку, которая состоит в сети. Чтобы найти другую аптеку в своей зоне обслуживания, вы можете обратиться за помощью в Отдел клиентского обслуживания (номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета) или использовать *Каталог Аптек*. Вы также можете найти информацию на нашем веб-сайте ***careoregonadvantage.org/pharmacy***.

Что делать, если вам нужна специализированная аптека?

Некоторые лекарства по рецепту необходимо получать в специализированной аптеке. Специализированные аптеки включают:

- Аптеки, которые продают препараты для инфузионной терапии на дому.
- Аптеки, которые продают препараты для резидентов учреждений длительного обслуживания long-term care (LTC, учреждения длительного ухода). Как правило, в учреждениях LTC (например, домах престарелых) есть свои аптеки. Если у вас возникли трудности с доступом к льготе Части D в учреждении LTC, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания.

- Аптеки, которые обслуживают программу Indian Health Service /Tribal/Urban Indian Health Program (недоступно в Пуэрто-Рико). Кроме экстренных случаев, только коренные народы Америки или коренное население Аляски имеет доступ к таким аптекам нашей сети.
- Аптеки, которые дозируют препараты, ограниченные в использовании FDA в некоторых местах или требующие специального обращения, координирования поставщиком услуг или обучения в использовании. Чтобы найти специализированную аптеку, обратитесь к *Каталогу аптек* или позвоните в Отдел клиентского обслуживания.

Раздел 2.3 Использование службы доставки заказов по почте, предусмотренной паном

Для некоторых видов препаратов вы можете воспользоваться сетевой службой доставки заказов по почте, предусмотренной планом. Как правило, препараты, поставляемые через доставку заказов по почте, — это препараты, которые вы принимаете регулярно при хронических или длительных медицинских состояниях. Эти препараты помечены как **препараты для заказа по почте** в нашем «Перечне препаратов».

Служба доставки заказов по почте, предусмотренная нашим планом, позволяет вам заказать ***как минимум* 30-дневный запас препарата, но *не более чем* 100-дневный запас.**

Чтобы получить формы для заказа и информацию о получении препаратов по рецепту по почте, вы можете загрузить копию формы для заказа по почте с нашего веб-сайта по ссылке ***careoregonadvantage.org/pharmacy*** или позвонить в Отдел клиентского обслуживания (номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета), чтобы мы отправили вам копию.

Как правило, заказ из аптеки по почте будет доставлен в течение не более 14 дней. Если ваши препараты не доставлены в течение указанного периода времени, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания и мы сможем вам помочь.

Новые рецепты аптека получает напрямую от вашего врача.

После того как аптека получит рецепт от поставщика медицинских услуг, она свяжется с вами, чтобы узнать, хотите ли вы получить лекарство сразу же или позже. Важно, чтобы вы отвечали каждый раз, когда с вами связывается аптека, чтобы они знали, следует ли отправлять, задержать или прекратить получение препарата по новому рецепту.

Повторное получение препаратов по рецепту через доставку по почте. Чтобы повторно получить препарат по рецепту, у вас должна быть возможность зарегистрироваться в по рецепту под названием «OptumRX Automatic Refill Program (OptumRX программе автоматического повторного получения препарата)». В рамках этой программы мы будем автоматически обрабатывать ваше следующее получение препарата по рецепту, когда наши записи покажут, что у вас почти закончился препарат. Перед каждой повторной отправкой препарата аптека свяжется с вами, чтобы убедиться, что вам нужны дополнительные лекарства, и вы можете отменить запланированное повторное получение лекарства по рецепту, если у вас достаточное количество лекарства или если ваше лекарство изменилось.

Если вы решите не использовать нашу программу автоматического повторного получения препарата по рецепту, но все же хотите, чтобы аптека с доставкой заказов по почте отправила вам препарат по рецепту, обратитесь в аптеку за
21 день до истечения срока действия вашего текущего рецепта. Таким образом, ваш заказ будет доставлен вовремя.

Чтобы отказаться от участия в программе Optum Rx Automatic Refill Program, которая автоматически готовит препарат по рецепту для доставки заказа по почте, позвоните в справочную службу аптеки Optum Rx в течение трех рабочих дней с момента получения препарата по рецепту. Можно звонить в Optum по телефону 866-325-7344 круглосуточно 7 дней в неделю.

Если вы автоматически получаете препарат по рецепту по почте, который вам не нужен, то вы можете иметь право на возврат средств.

Раздел 2.4 Как обеспечить долгосрочный запас лекарств?

План предлагает два способа получить долгосрочный запас (также называемый расширенный запас) поддерживающих препаратов из «Перечня препаратов» нашего плана. (Поддерживающие препараты — это препараты, которые вы принимаете регулярно при хронических или длительных медицинских состояниях.)

1. Некоторые розничные аптеки нашей сети позволяют вам получить долгосрочный запас поддерживающих препаратов. В вашем *Каталоге аптек* указано, какие аптеки нашей сети могут предоставить вам долгосрочный запас поддерживающих препаратов.

Для получения информации вы также можете обратиться в Отдел клиентского обслуживания.

2. Также вы можете получить поддерживающие препараты через программу доставки заказов по почте. Более подробную информацию см. в разделе 2.3.

Раздел 2.5 Когда вы можете воспользоваться услугами несетевой аптеки плана?

Получение препарата по рецепту может быть покрыто в некоторых ситуациях

Как правило, мы покрываем препараты, полученные по рецепту в несетевой аптеке, *только* если вы не можете воспользоваться услугами сетевой аптеки. Для этого у нас есть сетевые аптеки за пределами нашей зоны обслуживания, где вы можете получить препараты по рецепту как участник нашего плана. Чтобы узнать, есть ли поблизости сетевая аптека, **для начала обратитесь в наш Отдел клиентского обслуживания**. Скорее всего, вам придется оплатить разницу между суммой, которую вы платите за препарат в несетевой аптеке, и стоимостью, которую мы покроем в сетевой аптеке.

Вот примеры того, в каких случаях мы покрываем рецептурные препараты, купленные в несетевых аптеках:

- Вы выезжаете за пределы зоны обслуживания плана, вам нужен покрываемый препарат, и вы не можете получить доступ к сетевой аптеке.
- Вы не можете своевременно получить покрываемый препарат в пределах вашей зоны обслуживания, поскольку, например, в пределах разумного расстояния езды нет сетевой аптеки, которая обеспечивала бы круглосуточное обслуживание.
- Конкретный покрываемый препарат, который вам нужен, не всегда имеется в наличии в доступных сетевых розничных аптеках или аптеках с доставкой заказов по почте.
- Препарат выдается дозировано аптекой несетевого учреждения, пока вы находитесь в отделении экстренной помощи, клинике поставщика услуг, амбулаторном кабинете или другой амбулаторной аптеке.

Отпуск лекарств в несетевых аптеках ограничен 30-дневным запасом.

В таких ситуациях, чтобы узнать, есть ли поблизости сетевая аптека, **для начала обратитесь в наш Отдел клиентского обслуживания**. (Номера телефонов Отдела клиентского обслуживания указаны на обратной стороне данного

буклета.) Вам придется оплатить разницу между суммой, которую вы платите за препарат в несетевой аптеке, и стоимостью, которую мы покроем в сетевой аптеке.

Как попросить план о возмещении?

Если вам необходимо воспользоваться услугами несетевой аптеки, вам, как правило, придется оплатить полную стоимость, а не обычное долевое участие на момент выдачи препарата по рецепту. Вы можете попросить нас возместить вам нашу часть стоимости. (В Главе 7, разделе 2 поясняется, как попросить план о возмещении.)

РАЗДЕЛ 3 Ваш препарат должен быть указан в «Перечне препаратов»

Раздел 3.1 В «Перечне препаратов» указано, какие препараты Части D покрываются

В плане есть *Перечень покрываемых препаратов (Фармакологический справочник).* В этом *Справочнике участника плана*, **мы сокращенно называем его «Перечень препаратов».**

Препараты в этом списке выбраны планом с помощью группы врачей и фармацевтов. Перечень соответствует требованиям Medicare и был одобрен Medicare.

«Перечень препаратов» включает препараты, покрываемые Частью D Medicare. Кроме препаратов, покрываемых Medicare, некоторые рецептурные препараты покрывают льготы плана Oregon Health Plan (Medicaid). Обратитесь к своей coordinated care organization (CCO, организации координированного медицинского обслуживания) или в программу Oregon Health Plan, если вы не находитесь в CCO, чтобы узнать подробности о льготах рецептурных препаратов, покрываемых программой Oregon Health Plan. Номера телефонов указаны на обратной стороне вашей идентификационной карты CCO или Oregon Health.

Как правило, мы покрываем препарат, включенный в «Перечень препаратов» плана, при условии, что вы соблюдаете другие правила покрытия, описанные в этой главе, и использование препарата является медикаментозным показанием. Медикаментозным показанием является применение препарата, *которое*:

- Одобрено Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов для диагностики и состояния, для которого он был выписан.
- Поддерживается определенными стандартами, такими как информация о лекарствах American Hospital Formulary Service Drug Information

(Американская служба больничных фармацевтов) и информационная система DRUGDEX.

«Перечень препаратов» включает фирменные препараты, непатентованные препараты (дженерики) и биоподобные препараты.

Оригинальный лекарственный препарат — это рецептурный препарат, который продается под торговой маркой, принадлежащей производителю. Оригинальные препараты, которые являются более сложными, чем обычные (например, препарат на основе протеина), называются биоаналогами. В «Перечне препаратов» когда мы говорим «лекарства», это может означать препарат или биологический препарат.

Непатентованный препарат дженерик — это рецептурный препарат, который имеет те же активные составляющие, что и оригинальный препарат. Биологическим продуктам есть альтернативы, которые называются биоаналогами. Как правило, дженерики и биоаналоги работают так же хорошо, как и фирменное наименование или оригинальный биологический продукт, и обычно стоят дешевле. Существуют непатентованные лекарственные средства, заменяющие многие фирменные препараты, и биоподобные альтернативы некоторым оригинальным биологическим продуктам. Некоторые биоаналоги

являются взаимозаменяемыми и, в зависимости от законодательства штата, могут быть заменены оригинальным биопрепаратом в аптеке без необходимости получения нового рецепта точно так же, как дженерики могут быть заменены на фирменные препараты.

Определения типов лекарственных средств, которые могут быть включены в “Список лекарственных средств", приведены в главе 12.

Безрецептурные препараты

Некоторые безрецептурные препараты покрываются в рамках программы Medicaid при наличии рецепта от вашего поставщика услуг. Если у вас есть вопросы об этом процессе, обратитесь к своей coordinated care organization (CCO) или в программу Oregon Health Plan, если вы не находитесь в CCO, чтобы узнать подробности о льготах рецептурных препаратов, покрываемых программой Oregon Health Plan. Номера телефонов указаны на обратной стороне вашей идентификационной карты CCO или Oregon Health.

Если вы не получили от своего поставщика рецепт на препарат, отпускаемый без рецепта, препарат может быть покрыт средствами на вашей карте CareOregon Advantage CareCard. Дополнительную информацию о карте CareCard см. в Главе 4, разделе 2.1 или обратитесь в Отдел клиентского обслуживания (номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета).

Что *не* указано в «Перечне препаратов»?

Это перечень предназначен только для препаратов Части D Medicare. Если вы хотите узнать о покрываемых Medicaid препаратах Части D, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания (номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета).

План не покрывает все рецептурные препараты.

- В некоторых случаях закон запрещает программе Medicare покрывать определенные виды препаратов (подробную информацию об этом см. в разделе 7.1 этой главы).
- В других случаях мы приняли решение не включать некоторые препараты в «Перечень лекарств». В некоторых случаях вы можете получить препарат, не включенный в «Перечень препаратов». Подробную информацию см. в Главе 9.

Раздел 3.2 В «Перечне препаратов» предусмотрено пять уровней долевого участия на препараты

Каждый препарат в «Перечне препаратов» плана находится на одном из 5 уровней долевого участия. Как правило, чем выше уровень долевого участия, тем выше стоимость вашего препарата:

- **Уровень 1 —** это самый низкий уровень долевого участия, **и** он включает **дженерики**.
- **Уровень 2** включает **Приоритетные оригинальные препараты**.
- **Уровень 3** включает **Неприоритетные оригинальные препараты**.
- **Уровень 4** — это самый высокий уровень долевого участия, **и** он включает **специальные препараты**.
- **Уровень 5** включает **дополнительные препараты или избранные препараты, обычно не покрываемые Medicare**.

Чтобы узнать, к какому уровню долевого участия относится ваш препарат, найдите его в «Перечне лекарств» плана.

Сумма, которую вы платите за препараты на каждом уровне долевого участия, указана в Главе 6 (*Сколько вы платите за рецептурные препараты Части D*).

Раздел 3.3 Как узнать, есть ли тот или иной препарат в «Перечне препаратов»?

У вас есть два способа узнать это:

1. Посетить веб-сайт плана (***careoregonadvantage.org/druglist***). «Перечень препаратов» на сайте всегда самый актуальный.
2. Позвонить в Отдел клиентского обслуживания, чтобы узнать, есть ли конкретный препарат в «Перечне препаратов» плана или запросить копию перечня.

РАЗДЕЛ 4 Существуют ограничения на покрытие некоторых препаратов

Раздел 4.1 Почему некоторые препараты имеют ограничения?

Специальные правила ограничивают то, как и когда план покрывает некоторые рецептурные препараты. Команда врачей и фармацевтов разработала эти правила, чтобы побудить вас и вашего поставщика медицинских услуг использовать лекарства наиболее эффективным способом. Чтобы узнать, распространяется ли какое-либо из этих

ограничений на препарат, который вы принимаете или хотите принять, проверьте «Перечень препаратов». Если безопасный и дешевый препарат будет работать так же хорошо с медицинской точки зрения, как и более дорогой препарат, правила плана призваны побудить вас и вашего поставщика услуг использовать этот более дешевый вариант.

Обратите внимание, что иногда препарат может быть указан в нашем «Перечне препаратов» несколько раз. Это связано с тем, что одни и те же препараты могут различаться в зависимости от дозы, количества или формы препарата, назначенного вашим лечащим врачом, а к различным версиям препарата могут применяться разные ограничения или долевое участие (например, 10 мг в сравнении с 100 мг; один раз в день и два раза в день; таблетка и жидкость).

Раздел 4.2 Какие ограничения?

В разделе ниже подробно разъяснены виды ограничений, которые мы применяем к некоторым препаратам.

Если по вашему препарату есть ограничения, как правило, это значит, что вам или вашему поставщику услуг придется предпринять дополнительные действия, чтобы мы могли покрыть стоимость препарата. Чтобы узнать, что нужно сделать вам или вашему поставщику услуг, чтобы получить покрытие препарата, обратитесь в Отдел клиентского

обслуживания. Если вы хотите, чтобы мы отменили для вас ограничение, вам необходимо использовать процесс принятия решения о покрытии и попросить нас сделать исключение. Мы можем согласиться или не согласиться отменить для вас ограничение. (См. Главу 9)

Получение разрешения плана заранее

В отношении некоторых препаратов вам или вашему поставщику услуг необходимо получить разрешение плана, прежде чем мы согласимся покрыть стоимость препарата для вас. Это называется **предварительное разрешение**. Это сделано для обеспечения безопасности лекарств и помощи в правильном использовании определенных лекарств. Если вы не получите такое разрешение, то план может не покрыть ваш препарат.

Сначала попробуйте другой препарат

Это требование вынуждает вас попробовать менее дорогостоящие, но обычно не менее эффективные препараты, прежде чем план покроет другой препарат. Например, если препарат A и препарат B лечат одно и то же медицинское состояние, но препарат A стоит меньше, план может потребовать, чтобы сначала вы попробовали препарат A. Если препарат A не работает, тогда план покроет препарат B. Это требование попробовать для начала другой препарат называется **ступенчатая терапия**.

Ограничение количества

Для некоторых лекарств мы ограничиваем количество препарата, которое вы можете получить по рецепту каждый раз. Например, если считается безопасным принимать одну таблетку в день определенных препаратов, мы можем ограничить покрытие по вашему рецепту до одной таблетки в день.

Раздел 5 Что делать, если ваши препараты не покрываются в той мере, как вам хотелось бы?

Раздел 5.1 Вы можете кое-что сделать, если ваши препараты не покрываются в той мере, как вам хотелось бы.

Бывают ситуации, когда вы принимаете рецептурный препарат или препарат, который, по вашему мнению и мнению вашего поставщика услуг, вам следует принимать, и которого нет в нашем фармакологический справочнике, или он включен в него с ограничениями. Например:

- Препарат может совсем не покрываться. Или может покрываться препарат дженерик, а фирменный препарат, который вы хотите принимать, не покрывается.

- Препарат покрывается, но существуют дополнительные правила или ограничения на покрытие этого препарата, как описано в разделе 4.
- Вы можете кое-что сделать, если ваши препараты не покрываются в той мере, как вам хотелось бы. **Если ваш препарат не указан в «Перечне препаратов» или препарат ограничен, перейдите в раздел 5.2, чтобы узнать, что можно сделать.**

Раздел 5.2 Что вы можете сделать, если ваш препарат не указан в «Перечне препаратов» или препарат каким-то образом ограничен?

Если ваш препарат не указан в «Перечне препаратов» или ограничен, есть такие варианты действий:

- Вы можете попробовать получить временный запас препарата.
- Вы можете заменить его на другой препарат.
- Вы можете запросить исключение и попросить план покрыть препарат или снять с него ограничения.

Вы можете попробовать получить временный запас препарата

При определенных обстоятельствах план должен предоставить временный запас препарата, который вы уже

принимаете. Этот временный запас дает вам время поговорить со своим поставщиком услуг об изменении.

Чтобы иметь право на временный запас, препарат, который вы принимаете, **должен отсутствовать в «Перечне препаратов»** ИЛИ **должен быть ограничен каким-либо образом**.

- **Если вы являетесь новым участником,** мы покроем временный запас вашего препарата в первые **108 дней** вашего участия в плане**.**
- **Если вы были зарегистрированы в плане весь прошлый год,** мы покроем временный запас вашего препарата в течение первых **90 дней** календарного года.
- Этот временный запас будет максимум на 90 дней (или 31 день, если вы проживаете в учреждении LTC). Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим получить препарат по рецепту несколько раз, чтобы обеспечить прием лекарств максимум на 90 дней (или 31 день, если вы проживаете в учреждении LTC). Лекарства по рецепту необходимо получать в сетевой аптеке. (Обратите внимание, что аптека в учреждении длительного ухода может предоставлять препарат в меньших количествах за один раз, чтобы предотвратить расход.)

- **Для тех участников, которые зарегистрированы в плане более 108 дней и проживают в учреждении длительного ухода и которым срочно необходимы запасы:**

  Мы покроем 31 день экстренного запаса конкретного препарата или меньшее количество дней, если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней. Это дополнение к указанному выше временному запасу.

- **Для действующих участников, у которых изменился уровень медицинского обслуживания:** Мы покроем одноразовый временный запас (до 30 дней или 31 дня, если вы проживаете в учреждении LTC) препарата Части D, который не указан в фармакологический справочнике, или покрывается, если отвечает определенным критериям.

  Примеры изменения уровня медицинского обслуживания:

  - Вас выписали из больницы
  - Вы поступили в больницу или выписались из учреждения долговременного лечения
  - Вы переехали из одного учреждения долговременного лечения в другое
  - Вы отказались от лечения в хосписе

- Вы живете в центре сестринского ухода, а ваше покрытие Части А израсходовано

По вопросам о временном запасе обратитесь в Отдел клиентского обслуживания (номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета).

Во время пользования временным запасом препарата вам следует поговорить со своим поставщиком услуг, чтобы решить, что делать, когда ваш временный запас закончится. У вас есть два варианта:

1) Вы можете заменить его на другой препарат

Поговорите со своим поставщиком услуг о том, покрывает ли план другой препарат, который может так же хорошо вам помогать. Вы можете обратиться в Отдел клиентского обслуживания, чтобы запросить перечень покрываемых препаратов, которые лечат такое же медицинское состояние. Этот перечень поможет вашему поставщику услуг найти покрываемый препарат, который может вам помочь.

2) Вы можете запросить исключение

Вы и ваш поставщик услуг можете запросить план сделать исключение и покрыть препарат так, как вы хотите. Если ваш поставщик услуг говорит, что у вас есть медицинские причины, которые дают вам право просить нас об

исключении, то ваш поставщик может помочь вам с таким запросом. Например, вы можете попросить план покрыть препарат, даже если он не указан в «Перечне препаратов». Или вы можете попросить план сделать исключение и покрыть препарат без ограничений.

Если вы являетесь действующим участником плана и препарат, который вы принимаете, будет исключен из фармакологического справочника, или каким-либо образом ограничен в следующем году, мы сообщим вам о любых изменениях до нового года. Вы можете запросить исключение до начала следующего года, и мы дадим вам ответ в течение 72 часов после получения вашего запроса (или подтверждающего заявления вашего врача). Если мы одобрим запрос, то дадим разрешение на покрытие до вступления изменений в силу.

Если вы и ваш поставщик услуг хотите запросить исключение, в Главе 9, разделе 7.4 указано, что делать. В нем разъясняются процедуры и сроки, установленные Medicare для обеспечения быстрого и справедливого рассмотрения вашего запроса.

РАЗДЕЛ 6 Что, если ваше покрытие изменится для одного из ваших препаратов?

Раздел 6.1 «Перечень препаратов» может измениться в течение года

Большинство изменений в покрытии препаратов происходит в начале каждого года (1 января). Однако, в течение года план может вносить некоторые изменения в «Перечень препаратов». Например, план может:

- **Добавить или удалить препараты из «Перечня препаратов»**.
- **Передвинуть препарат на более высокий или более низкий уровень долевого участия**.
- **Добавить или удалить ограничение по покрытию на препарат**.
- **Заменить оригинальный препарат на препарат дженерик.**

Мы должны соблюдать требования Medicare прежде, чем менять «Перечень препаратов» плана. Определения типов лекарственных средств, обсуждаемых в этой главе, приведены в главе 12.

Раздел 6.2 Что случится, если поменяется покрытие препарата, который вы принимаете?

Информация об изменениях покрытия препарата

Когда будут внесены изменения в «Перечень препаратов», мы опубликуем информацию об этом на нашем веб-сайте. Мы также будем регулярно обновлять онлайн «Перечень препаратов». Ниже мы указываем случаи, когда вы будете получать прямое уведомление, если для препарата, который вы принимаете, будут внесены изменения.

Изменения для покрытия вашего препарата, которые затронут вас в течение текущего года плана

Изменения в «Перечне препаратов», которые не затрагивают вас в этом году плана

- **Добавление новых лекарств в список лекарств и немедленное удаление или внесение изменений в аналогичный препарат из списка лекарств.**
  - При добавлении новой версии препарата в список лекарственных препаратов мы можем немедленно удалить аналогичный препарат из этого списка, перевести аналогичный препарат на другой уровень распределения расходов, добавить новые ограничения или и то, и другое. Новая версия

препарата будет относиться к тому же или более низкому уровню распределения расходов и с теми же или меньшими ограничениями.

  - Мы внесем эти немедленные изменения только в том случае, если добавим новую непатентованную версию названия торговой марки или добавим некоторые новые биоаналоги оригинального биологического продукта, который уже был включен в список лекарственных средств.
  - Мы можем внести эти изменения немедленно и сообщить вам позже, даже если вы принимаете препарат, который мы отменяем или в который вносим изменения. Если на момент внесения изменений вы принимаете аналогичный препарат, мы сообщим вам о любых конкретных изменениях, которые мы внесли.

- **Добавление лекарств в список лекарственных препаратов и удаление или внесение изменений в аналогичный препарат из списка лекарственных средств с предварительным уведомлением.**
  - При добавлении другой версии препарата в список лекарств мы можем удалить аналогичный препарат из списка лекарственных препаратов, переместить его на другой уровень распределения расходов, добавить новые ограничения или и то, и

другое вместе. Версия препарата, которую мы добавим, будет относиться к тому же или более низкому уровню распределения затрат и с теми же или меньшими ограничениями.

  - Мы будем вносить эти изменения только в том случае, если мы добавляем новую непатентованную версию фирменного лекарственного средства или добавляем определенные новые биоаналоги оригинального биологического продукта, который уже был включен в список лекарственных средств.
  - Мы сообщим вам об этом, по крайней мере, за 30 дней до внесения изменений или сообщим вам об изменениях и оплатим 30-дневную дозировку той версии препарата, которую вы принимаете.

- **Исключение небезопасных лекарственных препаратов и других препаратов из списка лекарственных средств, которые изымаются с рынка**.
  - Исключение небезопасных лекарственных средств и других препаратов из списка лекарственных средств, которые были изъяты с рынка. Иногда лекарственное средство может быть признано небезопасным или изъято с рынка по другой причине. В этом случае мы можем немедленно исключить препарат из списка лекарственных

средств. Если вы принимаете этот препарат, мы сообщим вам об этом после того, как внесем изменения.

- **Внесение других изменений в список лекарственных средств.**
  - В начале года мы можем внести другие изменения, которые повлияют на принимаемые вами лекарства. Например, мы основываемся на предупреждениях FDA или новых клинических рекомендациях, признанных Medicare.
  - Мы сообщим вам об этом по крайней мере за 30 дней до внесения этих изменений или сообщим вам об этом изменении и оплатим дополнительную 30-дневную дозировку препарата, который вы принимаете.

Если мы внесем какие-либо из этих изменений в какой-либо из препаратов, которые вы принимаете, обсудите с вашим лечащим врачом варианты, которые будут наиболее эффективными для вас, включая переход на другой препарат для лечения вашего состояния или запрос решения о страховом покрытии для удовлетворения любых новых ограничений на принимаемый вами препарат. Вы или ваш лечащий врач можете запросить у нас исключение, чтобы продолжить лечение препаратом или его разновидностью, которые вы принимаете. Дополнительную

информацию о том, как запросить решение о страховании, включая исключение, смотрите в главе 9.

Изменения в списке лекарств, которые не влияют на вас в течение текущего года действия плана

Мы можем внести определенные изменения в «Перечень препаратов», которые не описаны выше. В этих случаях изменение не будет распространяться на вас, если вы принимаете препарат на момент внесения изменения; однако эти изменения, скорее всего, коснутся вас, начиная с 1 января следующего года плана, если вы останетесь в то же плане.

Как правило, изменения, которые не затронут вас в текущем году плана, следующие:

- Мы налагаем новое ограничение на использование вашего препарата.
- Мы удаляем препарат из «Перечня препаратов».

Если какие-либо из этих изменений произойдут в отношении препарата, который вы принимаете (за исключением вывода из продажи, замены оригинального препарата дженериком или других изменений, указанных в разделах выше), то это изменение не повлияет на ваше использование или на сумму, которую вы платите. в

качестве вашей части стоимости до 1 января следующего года.

Мы не будем сообщать вам об этих типах изменений напрямую в течение текущего года плана. Вам нужно будет проверить «Перечень препаратов» на следующий год плана (когда список будет доступен в течение периода открытой регистрации), чтобы увидеть, есть ли какие-либо изменения в принимаемых вами препаратах, которые повлияют на вас в течение следующего года плана.

РАЗДЕЛ 7 Какие виды препаратов *не* покрываются планом?

Раздел 7.1 Виды препаратов, которые не покрываются

В данном разделе описаны виды рецептурных препаратов, которые **«исключаются»**. Это означает, что Medicare не платит за такие препараты.

Если вы подали апелляцию и запрашиваемый препарат не исключен из Части D, мы оплатим или покроем его. (Информацию о подаче апелляции на решение см. в Главе 9.) Если препарат, исключенный из нашего плана, также исключен Medicaid, вы должны оплачивать его самостоятельно.

Ниже приведены три главных правила о препаратах, которые планы покрытия препаратов Medicare не покрывают в Части D:

- Покрытие препаратов Части D нашего плана может не покрывать препарат, который покрывает Часть A или Часть B Medicare.
- Наш план не может покрыть препарат, купленный за пределами Соединенных Штатов Америки и ее территорий.
- Наш план обычно не может покрыть использование не по назначению. Использование не по назначению — это любое использование препарата кроме тех, которые указаны на этикетке препарата и одобрены Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов.

Кроме того, согласно законодательству, следующие категории препаратов, указанные ниже, Medicare не покрывает.

- Безрецептурные препараты (лекарства, продаваемые без рецепта)
- Препараты, используемые для повышения фертильности

- Препараты, используемые для облегчения кашля или симптомов простуды
- Препараты, используемые в косметических целях или для стимулирования роста волос
- Рецептурные витамины и минеральные препараты, кроме витаминов для беременных и препаратов фтора
- Препараты, используемые для лечения сексуальной или эректильной дисфункции
- Препараты, используемые для лечения анорексии, потери или набора веса
- Препараты для амбулаторного лечения, для которых производитель требует, чтобы сопутствующие анализы или услуги по мониторингу приобретались исключительно у производителя как условие продажи

Кроме того, если вы **получаете «дополнительную помощь» от Medicare** для оплаты рецептурных препаратов, программа «дополнительную помощь» не будет оплачивать препараты, которые обычно не покрываются. (Для получения более подробной информации см. «Перечень препаратов» или обратитесь в Отдел клиентского обслуживания. Номера телефонов Отдела клиентского обслуживания указаны на обратной стороне данного буклета.) Однако если у вас есть покрытие препаратов в

рамках плана Oregon Health Plan (Medicaid), план Oregon Health Plan может покрывать некоторые рецептурные препараты, которые обычно не покрываются планом покрытия препаратов Medicare. Обратитесь к своей coordinated care organization (CCO) или в программу Oregon Health Plan, если вы не находитесь в CCO, чтобы узнать какое покрытие препаратов доступно для вас. (Вы можете найти номера телефонов и контактную информацию Oregon Health Plan в Главе 2, разделе 6. Номера телефонов вашей CCO указаны на обратной стороне вашей идентификационной карты CCO или Oregon Health.

РАЗДЕЛ 8 Получение препарата по рецепту

Раздел 8.1 Предоставление информации о вашем участии

Чтобы получить препарат по рецепту, предоставьте информацию о вашем участии в плане в сетевой аптеке на ваш выбор. Такую информацию можно найти в вашей карточке участника. Сетевая аптека автоматически отправит счет плану за долевое участие по вашему препарату. Вам необходимо будет заплатить аптеке *свою* часть расходов, когда вы будете забирать препарат по рецепту.

Раздел 8.2 Что делать, если у вас с собой нет информации об участии?

Если у вас с собой нет информации об участии, когда вы забираете препарат по рецепту, вы или ваша аптека может позвонить в план, чтобы получить необходимую информацию, или вы можете попросить аптеку поискать вашу информацию о регистрации в плане.

Если аптека не может получить нужную информацию, возможно, **вам придется заплатить полную стоимость препарата по рецепту, чтобы забрать его**. (Вы можете потом **попросить нас возместить** вам нашу часть. Информацию о том, как просить план о возмещении, см. в Главе 7, разделе 2.)

РАЗДЕЛ 9 Покрытие препаратов Части D в особых ситуациях

Раздел 9.1 Что делать, если вы находитесь в больнице или в центре сестринского ухода на время пребывания, которое покрывается планом?

Если вас поместят в больницу или в центр сестринского ухода на период пребывания, покрываемый планом, мы, как правило, покроем стоимость ваших рецептурных препаратов во время вашего пребывания. После того как вы выпишетесь из больницы или центра сестринского ухода,

план покроет ваши рецептурные препараты, если они соответствуют всем нашим правилам покрытия, описанным в этой главе.

Раздел 9.2 Что делать, если вы пациент учреждения долговременного ухода (LTC)?

Как правило, в учреждении долговременного ухода (LTC) (например, доме престарелых) есть своя собственная аптека или оно пользуется услугами аптеки, которая поставляет препараты для всех его пациентов. Если вы являетесь пациентом учреждения LTC, вы можете получать рецептурные препараты в аптеке учреждения или в той, которой оно пользуется, пока эта аптека является частью нашей сети.

Проверьте свой *Каталог аптек*, чтобы узнать, является ли аптека вашего учреждения долгосрочного ухода или та, которую оно использует, частью нашей сети. Если это не так или вам нужна дополнительная информация или помощь, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания. Если вы находитесь в учреждении LTC, мы должны гарантировать, что вы сможете регулярно получать льготы по Части D через нашу сеть аптек LTC.

Что делать, если вы являетесь пациентом учреждения долгосрочного ухода (LTC) и вам требуется препарат,

который не указан в нашем «Перечне препаратов» или каким-либо образом ограничен?

Информацию о временном и экстренном запасе см. в разделе 5.2.

Раздел 9.3 Что делать если вы также получаете покрытие препаратов от работодателя или по программе группы пенсионеров?

Если на данный момент у вас есть другое покрытие рецептурных препаратов через вашего (или вашего супруга/супруги или партнера) работодателя или союз пенсионеров, обратитесь к **администратору льгот такого союза**. Он или она может помочь определить вам как работает ваше действующее покрытие рецептурных препаратов в рамках вашего плана.

Как правило, если у вас есть групповое страхование сотрудников или пенсионеров, получаемое вами от нас покрытие препаратов будет *второстепенным* по отношению к вашему групповому страхованию. Это означает, что ваше групповое покрытие будет платить первым.

Специальное примечание о засчитываемом покрытии:

Каждый год ваш работодатель или союз пенсионеров должен отправлять вам уведомление о том, засчитывается

ли ваше покрытие рецептурных препаратов на следующий календарный год.

Если покрытие группового плана является засчитываемым, это означает, что план имеет покрытие препаратов, которое должно оплачивать в среднем такую же сумму, что и стандартное покрытие рецептурных препаратов от Medicare.

Сохраните это уведомление о засчитываемом покрытии, поскольку позднее оно может вам пригодится. Если вы регистрируетесь в программе Medicare, которая включает покрытие препаратов по Части D, вам может понадобиться это уведомление, чтобы доказать, что вы сохранили засчитываемое покрытие. Если вы не получили уведомление о покрытии, запросите копию у вашего работодателя или администратора льгот пенсионной программы, либо у работодателя или у профсоюза.

Раздел 9.4 Что делать, если вы находитесь в сертифицированном Medicare хосписе?

Хоспис и наш план не покрывают одновременно одни и те же препараты. Если вы зарегистрированы в хосписе Medicare и вам требуются определенные препараты (например, лекарства от тошноты, слабительные, обезболивающие или успокаивающие препараты), которые не покрываются вашим хосписом, поскольку они не связаны

с вашим неизлечимым заболеванием и связанными с ним состояниями, наш план должен получить уведомление от врача, назначившего препарат, или от вашего поставщика услуг хосписа о том, что препарат не имеет отношения к вашему неизлечимому заболеванию, прежде чем наш план сможет покрыть его. Чтобы предотвратить задержки в получении этих препаратов, которые должны покрываться нашим планом, попросите своего поставщика услуг хосписа или врача, назначающего лекарства, предоставить уведомление до того, как ваш рецепт будет выписан.

В случае, если вы отмените свое решение о поступлении в хоспис или вас выпишут из хосписа, наш план должен покрыть ваши препараты, как описано в этом документе. Чтобы избежать каких-либо задержек в аптеке после окончания срока действия вашей льготы по хоспису Medicare, принесите в аптеку документацию, подтверждающую ваш отзыв или выписку.

РАЗДЕЛ 10 Программы по безопасности препаратов и управлению лекарствами

Раздел 10.1 Программы, которые помогают участникам безопасно использовать лекарства

Мы проводим проверки употребления лекарств для наших участников, чтобы убедиться, что они получают безопасное и надлежащее лечение.

Мы проводи проверку каждый раз, когда вы получаете препарат по рецепту. Мы также регулярно проверяем наши записи. Во время таких проверок мы ищем потенциальные проблемы, а именно:

- Возможные ошибки в медикаментах
- Препараты могут быть не нужны, поскольку вы принимаете другой препарат, который лечит такое же состояние
- Препараты могут быть небезопасны или могут не подходить по причине возраста и пола
- Определенные сочетания препаратов могут навредить вам, если принимать их одновременно
- Рецепты для препаратов, содержащих ингредиенты, на которые у вас аллергия

- Возможные ошибки в количестве (дозировке) препарата, который вы принимаете
- Небезопасное количество обезболивающих опиоидных препаратов

Если мы обнаружим возможную проблему в использовании вами лекарств, мы будем работать с вашим поставщиком услуг, чтобы исправить эту проблему.

Раздел 10.2 Drug Management Program (DMP), чтобы помочь участникам безопасно принимать опиоидные препараты

У нас есть программа, которая помогает убедиться, что участники безопасно принимают рецептурные опиоиды и другие лекарства, которыми часто злоупотребляют. Эта программа называется Drug Management Program (DMP, Программа управления препаратами). Если вы используете опиоидные препараты, которые вы получили от нескольких врачей или аптек, или если у вас случилась передозировка опиоидами, мы можем поговорить с вашим врачом, чтобы убедиться, что вы принимаете опиоидные препараты соответствующим образом и как предписано с медицинской точки зрения. Во время работы с вашими врачами, если мы решим, что ваше применение рецептурных опиоидных или бензодиазепиновых препаратов может быть небезопасным, мы можем

ограничить способ приема таких препаратов. Если мы зарегистрируем вас в нашей программе DMP, могут быть такие ограничения:

- Требование покупать все рецептурные опиоидные или бензодиазепиновые препараты в определенной аптеке (аптеках)
- Требование получать все рецептурные опиоидные или бензодиазепиновые препараты у определенного врача (врачей)
- Ограничение количества опиоидных бензодиазепиновых препаратов, которое мы покрываем

Если мы планируем ограничить то, как вы можете получать эти препараты или сколько вы можете получить, мы заранее отправим вам письмо. В письме будет сообщено, ограничим ли мы для вас покрытие этих препаратов или вам придется получать рецепты на эти лекарства только у конкретного врача или в конкретной аптеке. У вас будет возможность рассказать нам, к каким врачам или в какие аптеки вы предпочитаете обращаться, а также любую другую важную информацию, которую на ваш взгляд мы должны знать. Если после того, как вы получите возможность ответить, мы решим ограничить ваше покрытие этих препаратов, мы вышлем вам еще одно

письмо, подтверждающее ограничение. Если вы считаете, что мы допустили ошибку или не согласны с нашим решением или ограничением, вы и ваш врач имеете право подать апелляцию. Если вы подадите апелляцию, мы пересмотрим ваше дело и предоставим вам новое решение. Если мы продолжим отклонять любую часть вашего запроса, связанную с ограничениями вашего доступа к лекарствам, мы автоматически отправим ваше дело независимому эксперту, не входящему в наш план. Информацию о том, как просить подать апелляцию см. в Главе 9.

Вы не будете зарегистрированы в нашей программе DMP, если у вас есть определенные заболевания, такие как боль в стадии обострения, связанная с раком или серповидно-клеточная анемия, вы получаете услуги хосписа, паллиативную помощь или услуги ухода за больным в последней стадии или живете в учреждении долгосрочного ухода.

Раздел 10.3 Medication Therapy Management (MTM) и другие программы помощи участникам в управлении лекарствами

У нас есть программа, которая может помочь нашим участникам в комплексных медицинских потребностях. Одна из них называется Medication Therapy Management (MTM,

Управление медикаментозной терапии). Эти программы являются добровольными и бесплатными. Команда фармацевтов и врачей разработала программы, чтобы мы могли помочь нашим участникам получить максимальную выгоду от лекарств, которые они принимают.

Некоторые участники, которые принимают дорогие лекарства от различных заболеваний или которые зарегистрированы в DMP, с целью безопасного использования опиоидов, могут иметь возможность получить услуги через программу MTM. Если вы подходите по условиям программы, фармацевт или другой медицинский работник предоставит вам комплексный анализ всех ваших лекарств. Во время анализа вы можете поговорить о своих лекарствах, расходах и любых других проблемах или задать вопросы, которые у вас возникли по поводу рецептурных и безрецептурных препаратов. Вы получите краткий письменный отчет, который будет содержать перечень рекомендуемых действий, в том числе шаги, которые вам следует предпринять, чтобы получить максимальную эффективность от ваших лекарств. Вы также получите список лекарств, в который включены все принимаемые вами препараты, а также способ, причину и время их приема. Кроме того, участники программы MTM получат информацию о безопасной утилизации

рецептурных препаратов, которые являются учетными препаратами.

Рекомендуется поговорить со своим врачом о списке рекомендуемых действий и списке лекарств. Возьмите с собой краткий отчет во время визита или в любое время, когда вы беседуете со своими врачами, фармацевтами и другими поставщиками медицинских услуг. Кроме того, поддерживайте актуальность списка лекарств и держите его при себе (например, вместе с удостоверением личности) на случай, если вы пойдете в больницу или отделение экстренной помощи.

Если у нас есть программа, соответствующая вашим потребностям, мы автоматически зарегистрируем вас в такой программе и отправим вам информацию. Если решите не принимать участие, уведомите нас, чтобы мы вас исключили. Если у вас есть вопросы по любой из этих программ, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания (номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета).

ГЛАВА 6: Сколько вы платите за рецептурные

Утверждено OMB 0938–1051(Срок истекает: 31, августа 2026 г.)

препараты Части D

Как получить информацию о стоимости ваших лекарств?

Поскольку вы имеете право на Medicaid, то вы также имеете право и получаете «дополнительную помощь» от Medicare, чтобы оплачивать стоимость рецептурных препаратов по вашему плану. Поскольку вы зарегистрированы в программе «дополнительную помощь», **некоторая информация в этом *Справочнике участника плана* о стоимости рецептурных препаратов Части D может к вам не применяться.** Мы отправили вам отдельный вкладыш под названием *Дополнительные условия Справочника участника плана для людей, которые получают дополнительную помощь в оплате рецептурных препаратов* (также известный как Дополнительные условия для субсидии для людей с низким доходом или Дополнительные условия LIS), который расскажет вам о покрытии ваших препаратов. Если у вас нет этого вкладыша, позвоните в Отдел клиентского обслуживания и запросите Дополнительную информацию LIS.

Раздел 1 Введение

Раздел 1.1 Используйте этот раздел вместе с другими материалами, которые поясняют ваше покрытие препаратов

В этой главе рассказывается, сколько вы платите за рецептурные препараты Части D. Для простоты в этой главе мы используем термин **«препарат»** для обозначения рецептурного препарата Части D. Как поясняется в Главе 5, не все препараты являются препаратами Части D, некоторые из них по закону исключены из покрытия Части D. Некоторые препараты, исключенные из покрытия Части D, покрываются Частью A или Частью B по программе Medicaid. Кроме того, наш план может покрывать некоторые исключенные препараты.

Чтобы понять информацию об оплате, вам необходимо знать, какие препараты покрываются, где получить препарат по рецепту и какие правила необходимо соблюдать, когда вы получаете покрываемый препарат. Более подробно об этих правилах рассказано в Главе 5, разделе 1-4. Когда вы используете программный «Инструмент расчета льгот в реальном времени» для поиска покрытия на лекарства (см. Главу 3, раздел 3.3), стоимость, указанная в «реальном времени», означает, что

стоимость, которую вы видите в инструменте, отражает момент времени для обеспечения оценки собственных расходов, которые вы, скорее всего, понесете. Вы также можете получить информацию, предоставленную в «Инструменте расчета льгот в реальном времени», позвонив в Отдел клиентского обслуживания.

Раздел 1.2 Виды собственных расходов, которые вы можете понести за покрываемые препараты

Существуют разные виды собственных расходов за препараты Части D. Сумма, которую вы платите за препараты, называется **долевое участие**. Существует три способа того, как вы можете ее оплатить.

- **Франшиза** — это сумма, которую вы платите за препараты до того, как план начинает платить свою часть.
- **Доплата** — фиксированная сумма, которую вы платите каждый раз, когда получаете препарат по рецепту.
- **Сострахование** — это процент от общих затрат, которые вы платите каждый раз, когда получаете препарат по рецепту.

Раздел 1.3 Каким образом Medicare рассчитывает ваши собственные расходы

В программе Medicare есть правила о том, что считается и что *не* считается вашими собственными расходами. Вот правила, которым мы должны следовать, чтобы отслеживать ваши собственные расходы.

Эти платежи включены в ваши собственные расходы

Ваши собственные расходы включают платежи, указанные ниже (пока они касаются покрываемых препаратов Части D и вы соблюдаете правила покрытия препаратов, которые поясняются в Главе 5):

- Сумма, которую вы платите за препараты, когда находитесь на любом из следующих этапов оплаты препарата:
  - Этап франшизы
  - Этап начального покрытия
- Любой платеж, который вы сделали в течение календарного года как участник какого-либо плана рецептурных препаратов Medicare до того, как присоединились к нашему плану.

Имеет значение, кто платит:

- Если эти платежи вы сделали **самостоятельно**, то они включены в ваши собственные расходы.
- Эти платежи *также включены* в ваши собственные расходы, если они сделаны от имени **определенных лиц или организаций.** Сюда входят платежи за ваши препараты, сделанные другом или родственником, большинством благотворительных организаций, программами помощи в борьбе со СПИДом, State Pharmaceutical Assistance Program (Государственной программой фармацевтической помощи), сертифицированной Medicare, или Indian Health Service (Управление медицинского обслуживания индейцев). Платежи, сделанные программа «дополнительную помощь» от Medicare также сюда входят.

Переход на этап критического покрытия:

Когда вы (или те, кто платит от вашего имени) потратили в общей сумме $2000 собственных расходов в течение календарного года, вы переходите с этапа начального покрытия на этап критического покрытия.

Эти платежи не включены в ваши собственные расходы

Ваши собственные расходы **не включают эти** виды платежей:

- Препараты, которые вы покупаете за пределами Соединенных Штатов и их территорий.
- Препараты, которые не покрывает наш план.
- Препараты, которые вы получаете в несетевой аптеке, которые не отвечают требованиям плана для покрытия за пределами сети.
- Рецептурные препараты, покрываемые частью A и частью B.
- Платежи за препараты, покрываемые нашим дополнительным покрытием, но обычно не покрываемые планом рецептурных препаратов Medicare.
- Платежи за препараты, обычно не покрываемые планом рецептурных препаратов Medicare.
- Оплата ваших лекарств производится Управлением здравоохранения для бывших военнослужащих (VA).
- Платежи за препараты, выполненные третьей стороной, имеющей юридическое обязательство

оплатить расходы по рецепту (например, компенсация работникам).

- Платежи, производимые производителями лекарственных средств в рамках дисконтной программы производителя

Напоминание: Если любая другая организация, например, указанная выше, оплачивает часть или все ваши собственные расходы за препараты, вы обязаны уведомить наш план, позвонив в Отдел клиентского обслуживания.

Как вы можете отслеживать общую сумму собственных расходов?

- **Мы вам поможем**. Отчет Пояснения льгот Части D (EOB), который вы получаете, включает текущую сумму ваших собственных расходов. Когда эта сумма достигает $8000, в этом отчете будет указано, что вы перешли с этапа покрытия на этап критического покрытия.
- **Убедитесь, что у нас есть вся необходимая информация**. В разделе 3.2 указано, что вы можете сделать, чтобы убедиться, что наши данные о ваших тратах полные и актуальные.

РАЗДЕЛ 2 Сумма оплаты препарата зависит от того, на каком этапе оплаты вы находитесь в момент получения препарата

Раздел 2.1 Какие этапы оплаты препарата существуют для участников CareOregon Advantage Plus?

Существует четыре **этапа оплаты препарата** для покрытия рецептурных препаратов Части D в рамках плана CareOregon Advantage Plus. Размер суммы зависит от того, на каком этапе вы находитесь при получении или повторном получении препарата по рецепту. Подробности каждого этапа приведены в разделах 4–6 данной главы. Вот эти этапы:

Этап 1: Этап ежегодной франшизы

Этап 2: Этап начального покрытия

Этап 3: Этап критического покрытия

РАЗДЕЛ 3 Мы отправляем вам отчеты, в которых поясняются оплаты препаратов и то, на каком этапе оплаты вы находитесь

Раздел 3.1 Мы отправляем вам ежемесячный краткий отчет под названием *Пояснение льгот Части D* (EOB Части D)

Наш план продолжает отслеживать расходы на ваши рецептурные препараты и платежи, которые вы выполняете при получении или повторном получении препарата по рецепту в аптеке. Таким образом, мы сможем сообщить вам, когда вы перешли с одного этапа оплаты препаратов на другой. В частности, мы отслеживаем два типа расходов:

- Мы отслеживаем, сколько вы заплатили. Это называется ваши **собственные расходы**. Платежи, произведенные производителями лекарств в рамках дисконтной программы производителя, включают в себя сумму, которую вы заплатили при приобретении обеспечиваемого страхованием препарата по части D, любые платежи за ваши лекарства, произведенные семьей или друзьями, и любые платежи, произведенные за ваши лекарства в рамках «Дополнительной помощи» от программы Medicare, работодателя или профсоюзных планов

здравоохранения, TRICARE, Indian Health. Служба, программы медикаментозной помощи при СПИДе, благотворительные организации и большинство государственных программ фармацевтической помощи (SPAP).

- Мы отслеживаем ваши **общие расходы на препараты**. Это общая сумма всех платежей, произведенных за ваши лекарственные препараты, подпадающие под действие программы D. Сюда входит сумма, уплаченная в рамках плана, сумма, которую заплатили вы, и сумма, которую другие программы или организации заплатили за ваши лекарства, подпадающие под действие программы D.

Если в рамках плана за прошедший месяц вы купили один или больше препаратов по рецепту, мы отправим вам EOB Части D. EOB Части D включает:

- **Информацию за прошедший месяц**. В этом отчете представлены сведения об оплате препаратов по рецепту, которые вы выписали в течение предыдущего месяца. В нем указана общая стоимость препаратов, сумма, оплаченная планом, а также сумма, которую заплатили вы и другие лица от вашего имени.
- **Общая сумма за год с 1 января.** Это называется информация за текущий год. Она показывает общую

стоимость препаратов и общую сумму платежей за ваши препараты с начала года.

- **Информация о цене препаратов.** Эта информация будет отображать общую стоимость препаратов, а также информацию об увеличении цены с момента первой покупки для каждой заявки на рецепт на одно и то же количество.
- **Доступные более дешевые альтернативы рецептурных препаратов.** Сюда будет включена информация о других доступных препаратах с меньшим долевым участием по каждой заявке на рецепт, если применимо.

Раздел 3.2 Помогите нам поддерживать актуальность информации о ваших платежах за препараты

Чтобы отслеживать ваши расходы на препараты и платежи, которые вы делаете за препараты, мы используем записи, полученные из аптек. Вот как вы можете помочь нам поддерживать правильность и актуальность вашей информации:

- **Предъявляйте вашу карту участника каждый раз при получении препарата по рецепту.** Это поможет нам узнать о рецептах, по которым вы получаете препарат и о сумме оплаты.

- **Убедитесь, что у нас есть вся необходимая информация.** В некоторых случаях вы можете оплатить всю стоимость рецептурного препарата. В этих случаях мы не будем автоматически получать информацию, необходимую для отслеживания ваших собственных расходов. Чтобы помочь нам отслеживать ваши собственные расходы, предоставьте нам копии ваших квитанций. Вот примеры того, когда вам следует предоставлять нам копии квитанций о ваших препаратах:
  - Когда вы покупаете покрываемый препарат в сетевой аптеке по специальной цене или с использованием скидочной карты, которая не является частью льготы нашего плана.
  - Когда вы совершаете доплату за препараты, которые предоставляются в рамках плана помощи пациенту производителем препарата.
  - Каждый раз, когда вы приобретали покрываемые препараты в несетевых аптеках или в других случаях, когда вы платили полную стоимость покрываемого препарата при особых обстоятельствах.
  - Если вам прислали счет за покрываемый препарат, вы можете попросить наш план оплатить часть

расходов. Инструкции о том, как это сделать см. в Главе 7, разделе 2.

- **Отправьте нам информацию о платежах, которые другие сделали за вас.** Платежи, произведенные некоторыми другими лицами и организациями, также учитываются в ваших собственных расходах. Например, платежи, осуществляемые программой State Pharmaceutical Assistance Program, Программой помощи в борьбе со СПИДом (ADAP), Indian Health Service и большинством благотворительных организаций, учитываются в ваших собственных расходах. Ведите учет этих платежей и отправляйте их нам, чтобы мы могли отслеживать ваши расходы.
- **Прочтите письменный отчет, который мы отправили.** Когда вы получите EOB Части D, просмотрите его, чтобы убедиться, что информация полная и правильная. Если вы считаете, что чего-то не хватает или у вас есть вопросы, позвоните в наш Отдел клиентского обслуживания. Обязательно сохраните эти отчеты.

РАЗДЕЛ 4 Во время этапа франшизы вы платите полную стоимость ваших препаратов на уровне 1–4

Поскольку большинство наших участников получают «дополнительную помощь» в оплате рецептурных

препаратов, этап франшизы не распространяется на большинство участников. Если вы получаете «дополнительную помощь», этот этап оплаты к вам не применяется.

РАЗДЕЛ 5 Во время этапа начального покрытия план оплачивает свою часть стоимости вашего препарата, а вы оплачиваете свою

Раздел 5.1 Сумма оплаты препарата зависит от препарата и места, в котором вы его получаете по рецепту

Во время этапа начального покрытия план оплачивает свою часть стоимости вашего покрываемого рецептурного препарата, а вы оплачиваете свою (ваша доплата). Ваша часть стоимости будет варьироваться в зависимости от препарата и от того, где вы его получаете по рецепту.

У плана есть пять уровней долевого участия

Каждый препарат в «Перечне препаратов» плана находится на одном из пяти уровней долевого участия. Как правило, чем выше номер уровня долевого участия, тем выше стоимость вашего препарата:

- **Уровень 1 —** это самый низкий уровень долевого участия, **и** он включает **дженерики**.
- **Уровень 2** включает **Приоритетные оригинальные препараты**.
- **Уровень 3** включает **Неприоритетные оригинальные препараты**.
- **Уровень 4 —** это самый высокий уровень **долевого участия, и** он включает **специальные препараты**.
- **Уровень 5** включает **дополнительные препараты или избранные препараты, обычно не покрываемые Medicare**.

Чтобы узнать, к какому уровню долевого участия относится ваш препарат, найдите его в «Перечне лекарств» плана.

Ваш выбор аптеки

Сумма оплаты препарата зависит от того, где вы его покупаете:

- Сетевая розничная аптека
- Аптека, которая не состоит в сети плана. Мы покрываем препараты, купленные по рецепту в несетевых аптеках только в ограниченных ситуациях. Информацию о том, в каких случаях мы покрываем

рецептурные препараты, купленные в несетевых аптеках, см. в Главе 5, разделе 2.5.

- Аптека плана с доставкой заказов по почте.

Более подробную информацию о таких аптеках на выбор и получении препаратов по рецепту см. в Главе 5 и в *Каталоге аптек плана* **careoregonadvantage.org/rx-and-drug-information**

Раздел 5.2 Таблица, в которой указаны ваши расходы за *месячный* запас лекарств

Во время этапа начального покрытия ваша часть расходов на покрываемый препарат будет или доплатой или сострахованием.

Как показано в таблице ниже, сумма доплаты или сострахования зависит от уровня долевого участия. Иногда стоимость препарата ниже, чем ваша доплата. В этих случаях вместо доплаты вы оплачиваете более низкую стоимость препарата.

Ваша часть расходов, когда вы получаете *месячный* запас покрываемого Частью D рецептурного препарата:

Уровень	**Стандартное распределение розничных расходов** (внутри сети) (запас до 30 дней)	**Совместное использование затрат при заказе по почте** (запас до 30 дней)	**Совместное несение расходов на долгосрочное обслуживание (LTC**) (запас до 30 дней)	**Распределение расходов вне сети** (покрытие ограничено определенными ситуациями: подробности смотрите в главе 5) (запас до 30 дней)
Уровень 1 совместного несения расходов (непатентованный лекарственный препарат)	Вы платите $0 за отпускаемые по рецепту лекарства по части D, подпадающие под действие программы)			Требуется одобрение плана. Возмещение нашей доли расходов производится по тарифам аптек внутри сети.
Уровень 2 совместного несения расходов (Препараты предпочтительного бренда)	Вы платите $0 за отпускаемые по рецепту лекарства по части D, подпадающие под действие программы)			Требуется одобрение плана. Возмещение нашей доли расходов производится по тарифам аптек внутри сети.
Уровень 3 совместного несения расходов (Препараты непредпочтительного бренда)	Вы платите $0 за отпускаемые по рецепту лекарства по части D, подпадающие под действие программы)			Требуется одобрение плана. Возмещение нашей доли расходов производится по тарифам аптек внутри сети.

Уровень	**Стандартное распределение розничных расходов** (внутри сети) (запас до 30 дней)	**Совместное использование затрат при заказе по почте** (запас до 30 дней)	**Совместное несение расходов на долгосрочное обслуживание (LTC)** (запас до 30 дней)	**Распределение расходов вне сети** (покрытие ограничено определенными ситуациями: подробности смотрите в главе 5) (запас до 30 дней)
Уровень 4 совместного несения расходов (Специальные лекарственные препараты)	Вы платите $0 за отпускаемые по рецепту лекарства по части D, подпадающие под действие программы)			
Уровень 5 совместного несения расходов (Дополнительные лекарственные препараты)	$1.60	$1.60	$1.60	Требуется одобрение плана. Возмещение нашей доли расходов производится по тарифам аптек внутри сети.

Пожалуйста, смотрите раздел 7 этой главы для получения дополнительной информации о совместном несении расходов на вакцины части D.

Раздел 5.3 Если ваш врач прописывает менее полного месячного запаса, вам, возможно, не придется оплачивать стоимость всего месячного запаса.

Как правило, сумма, которую вы платите за препарат по рецепту, покрывает полный месячный запас. Могут быть случаи, когда вы или ваш врач захотите, чтобы у вас был запас препарата менее чем на месяц (например, когда вы впервые пробуете препарат). Вы также можете попросить своего врача выписать вам рецепт, а фармацевта — выдать менее месячного запаса ваших препаратов, если это поможет вам лучше планировать даты пополнения запасов для различных рецептов.

Если вы получаете менее чем месячный запас определенных препаратов, вам не придется платить за полный месячный запас.

- Если вы несете ответственность за сострахование, вы платите *процент* от общей стоимости препарата. Поскольку сострахование основано на общей стоимости препарата, ваши расходы будут ниже, поскольку общая стоимость препарата будет ниже.
- Если вы несете ответственность за доплату за препарат, вы будете платить только за количество дней приема препарата, а не за целый месяц. Мы рассчитаем сумму,

которую вы платите в день за свой препарат (дневная ставка долевого участия), и умножим ее на количество дней приема препарата.

Раздел 5.4 Таблица, в которой указаны ваши расходы за *долгосрочный* (100 дней) запас лекарств

По некоторым препаратам вы можете получить долгосрочный запас (также называется расширенный запас). Долгосрочный запас — это запас до 100 дней.

В таблице ниже приведены суммы, которые вы оплачиваете, когда получаете долгосрочный запас препаратов.

Ваша часть расходов, когда вы получаете *долгосрочный* запас покрываемого Частью D рецептурного препарата:

Уровень	Стандартная часть долевого участия в розничных аптеках (в сети) (Запас до 100 дней)	Часть долевого участия за доставку по почте (Запас до 100 дней)
Уровень 1 долевого участия (Дженерики)	Вы платите $0 за отпускаемые по рецепту лекарства по части D, подпадающие под действие программы)	
Уровень 2 долевого участия (Приоритетные оригинальные препараты)	Вы платите $0 за отпускаемые по рецепту лекарства по части D, подпадающие под действие программы)	

Уровень	Стандартная часть долевого участия в розничных аптеках (в сети) (Запас до 100 дней)	Часть долевого участия за доставку по почте (Запас до 100 дней)
Уровень 3 долевого участия (Неприоритетные оригинальные препараты)	Вы платите $0 за отпускаемые по рецепту лекарства по части D, подпадающие под действие программы)	
Уровень 4 долевого участия (Специализированные препараты)	Вы платите $0 за отпускаемые по рецепту лекарства по части D, подпадающие под действие программы)	

Раздел 5.5 Вы остаетесь на этапе начального покрытия до тех пор, пока сумма ваших собственных расходов за год не достигнет $2000

Вы остаетесь на этапе начального покрытия до тех пор, пока общая сумма ваших собственных расходов не достигнет $2000. Затем вы переходите на этап критического покрытия.

Мы предлагаем дополнительное покрытие по некоторым рецептурным препаратам, которые обычно не покрывает План рецептурных препаратов Medicare. Платежи за эти препараты не будут учитываться в общей сумме ваших собственных расходов.

ЕОВ Части D, который вы получите, поможет вам отслеживать сумму, которую вы, план и любая другая третья сторона от вашего имени потратила за год. Многие люди за год не достигают предела суммы в $2000.

Мы сообщим вам, если вы достигнете этого предела. Если вы достигнете этой суммы, вы покинете этап первоначального покрытия и перейдете на этап критического покрытия. См. раздел 1.3 о том, каким образом Medicare рассчитывает ваши собственные расходы.

РАЗДЕЛ 6 На этапе критического покрытия план оплачивает полную стоимость ваших покрываемых Частью D препаратов

Вы переходите на этап критического покрытия, когда ваши личные собственные расходы достигают предела в $2 000 за календарный год. Перейдя на этап критического покрытия, вы останетесь на этом этапе оплаты до конца календарного года.

- На этом этапе оплаты план оплачивает полную стоимость покрываемых Частью D препаратов. Вы ничего не платите.
- За исключенные препараты, покрываемые нашей расширенной льготой, вы оплачиваете $1,60.

РАЗДЕЛ 7 Вакцины части D. Сумма оплаты зависит от того, как и где вы их получили

Важное сообщение о том, сколько вы платите за вакцины — Наш план бесплатно покрывает большую часть вакцин для взрослых по Части D, даже если вы не оплатили франшизу. Информацию о покрытии и долевом участии по конкретным вакцинам см. в «Перечне препаратов» плана или обратитесь в Отдел клиентского обслуживания.

Существует две части нашего покрытия вакцин по Части D:

- Первая часть покрытия — это расходы **непосредственно на вакцину**.
- Вторая часть покрытия — это расходы на **вакцинацию**. (Иногда это называется введение вакцины.)

Ваши расходы на вакцинацию по Части D зависят от трех моментов:

1. **Рекомендована ли вакцина взрослым организацией под названием Advisory Committee or Immunization Practices (ACIP, Консультативный комитет или Практика вакцинации).**

    - Большинство вакцинаций для взрослых по Части D рекомендованы ACIP и являются для вас бесплатными.

2. **Где вы получили вакцину.**

    - Сама вакцина может быть выдана в аптеке или предоставляется в кабинете врача.

3. **Кто дает вам вакцину.**

    - Фармацевт или другой поставщик услуг может выдать вам вакцину в аптеке. В качестве альтернативы поставщик услуги может выдать вакцину в кабинете врача.

Сумма, которую вы платите при получении вакцинации по Части D, может варьироваться в зависимости от обстоятельств и того, на каком **этапе оплаты препаратов** вы находитесь.

- Иногда, когда вам делают прививку, вам приходится платить полную стоимость как самой вакцины, так и стоимость услуг поставщика, который сделает вам прививку. Вы можете попросить наш план возместить вам нашу часть стоимости. Для большинства вакцин для взрослых Части D это означает, что вам будет возмещена вся уплаченная вами стоимость.
- В других случаях, когда вам делают прививку, вы платите только свою часть стоимости льготы Части D. За большинство вакцин для взрослых Части D вы ничего не платите.

Ниже приведены три примера способов, которыми вы можете получить вакцину Части D.

Ситуация 1: Вы получаете вакцинацию по Части D в сетевой аптеке. (Есть ли у вас такой выбор, зависит от того, где вы живете. В некоторых штатах аптекам запрещено делать определенные прививки.)

- За все вакцины для взрослых части D вы ничего платить не будете.

Ситуация 2: Вы получаете вакцинацию по Части D в кабинете врача.

- Когда вам сделают прививку, вам придется оплатить полную стоимость как самой вакцины, так и стоимость услуг поставщика, который сделает вам прививку.
- Вы можете попросить наш план выплатить вам возмещение с помощью процедуры, описанной в Главе 7.
- Вам будет возмещена сумма, которую вы заплатили за вакцину (включая введение).

Ситуация 3: Вы покупаете саму вакцину Части D в сетевой аптеке, а затем приносите ее в кабинет своего врача, где вам вводят вакцину.

- Что касается всех вакцин для взрослых класса D, то вы ничего не платите за саму вакцину.
- Когда ваш врач сделает вам прививку мы покроем полную стоимость этой услуги.

Некоторые вакцины включены в список лекарств, которые покрывает медицинская страховка, но их использование

ограничено, чтобы убедиться в том, что вакцина вводится надлежащим образом, и определить, покрывается ли вакцина вашей медицинской льготой или льготой на рецептурные лекарства. Всегда лучше позвонить в наш план, чтобы мы могли помочь вам определить, покрывается ли вакцина в вашей ситуации и где вы можете ее получить.

ГЛАВА 7: Обращение к нам с просьбой оплатить нашу

Утверждено OMB 0938–1051(Срок истекает: 31, августа 2026 г.)

часть полученного вами счета за покрываемые медицинские

услуги или препараты

РАЗДЕЛ 1 Ситуации, в которых вы должны просить нас оплатить ваши покрываемые услуги или препараты

Наши сетевые поставщики услуг выставляют счет непосредственно плану за покрываемые услуги и препараты, вы не должны получать счета за покрываемые услуги или лекарства. Если вам пришел счет за медицинское лечение или препараты, которые вы получили, вам стоит отправить этот счет нам, чтобы мы могли его оплатить. Когда вы отправляете нам счет, мы его просматриваем и решаем, стоит ли покрывать услуги. Если мы решим, что стоит, то оплатим их напрямую поставщику услуг.

Если вы уже заплатили за услуги или изделия Medicare, покрываемые планом, вы можете попросить нас возместить вам средства (такая выплата часто называется **возмещение**). Вы имеете право на получение возмещения от нашего плана всякий раз, когда вы платили за медицинские услуги или препараты, покрываемые нашим планом. Могут быть сроки, в которые вы должны уложиться, чтобы получить деньги обратно. См. раздел 2 данной главы. Когда вы отправляете нам счет, который вы уже оплатили, мы его просматриваем и решаем, стоит ли

покрывать услуги или препараты. Если мы решим, что стоит, то вернем вам деньги за услуги или препараты.

Также могут быть случаи, когда вы получаете от поставщика счет на полную стоимость полученного вами медицинского обслуживания или, возможно, на сумму, превышающую ваше долевое участие, как описано в документе. Сначала попробуйте разобраться с поставщиком. Если не получится, отправьте счет нам, не оплачивайте его. Мы его просмотрим и решим, стоит ли покрывать услуги. Если мы решим, что стоит, то оплатим их напрямую поставщику услуг. Если мы решим их не оплачивать, мы уведомим об этом поставщика услуг. Вы не должны платить больше разрешенного планом долевого участия. Если с этим поставщиком услуг заключен договор, вы все равно имеете право на лечение.

Вот примеры ситуаций, в которых вам может потребоваться попросить наш план вернуть вам деньги или оплатить полученный вами счет:

1. **Когда вы получили экстренную или неотложную медицинскую помощь от несетевого поставщика нашего плана.**

   Вы можете получать экстренную или неотложную помощь от любого поставщика, независимо от того,

является ли он частью нашей сети, или нет. В таких случаях попросите поставщика услуг отправить счет плану.

- Если вы платите всю сумму самостоятельно во время получения медицинского обслуживания, попросите нас вернуть вам деньги. Отправьте нам счет вместе с документацией про все сделанные вами платежи.
- Вы можете получить от поставщика услуг счет с просьбой об оплате, которую, по вашему мнению, вы не должны выполнять. Отправьте нам этот счет вместе с документацией про все уже сделанные вами платежи.
  - Если поставщику услуг что-то задолжали, мы заплатим ему напрямую.
  - Если вы уже оплатили услуги, мы вернем вам деньги.

2. Когда сетевой поставщик услуг выставляет вам счет, который, по вашему мнению, вам не следует оплачивать

Сетевые поставщики услуг должны всегда выставлять счет напрямую плану. Но иногда они ошибаются и просят вас оплатить услуги.

- Каждый раз, когда вы получаете счет от сетевого поставщика услуг, отправляйте его нам. Мы свяжемся с поставщиком напрямую и решим проблему со счетом.
- Если вы уже оплатили счет сетевому поставщику услуг, отправьте нам счет вместе с документацией про все сделанные вами платежи. Вы должны попросить нас вернуть вам деньги за покрываемые услуги.

3. Если вы задним числом зарегистрированы в нашем плане

Иногда регистрация человека в плане происходит задним числом. (Это означает, что первый день регистрации уже прошел. Дата регистрации может быть даже в прошлом году.)

Если вы были зарегистрированы в нашем плане задним числом и заплатили собственные средства за любую из ваших покрываемых услуг или препаратов после даты регистрации, вы можете попросить нас вернуть вам деньги. Вам нужно будет предоставить нам документы, такие как квитанции и счета, чтобы мы могли выполнить возмещение.

4. Когда вы пользуетесь несетевой аптекой, чтобы получить препарат по рецепту

Если вы обращаетесь в несетевую аптеку, аптека, возможно, не сможет подать заявление нам напрямую. Если такое произойдет, вам придется полностью оплатить стоимость вашего рецептурного препарата.

Сохраните квитанцию и отправьте нам копию, когда будете обращаться за возмещением. Помните, что мы покрываем покупки в несетевых аптеках только при ограниченных условиях. Чтобы узнать о таких условиях, см. Главу 5, раздел 2.5. Мы можем не возвращать вам разницу между суммой, которую вы заплатили за лекарство во внесетевой аптеке, и суммой, которую мы заплатили бы в аптеке, работающей в сети.

5. Когда вы оплачиваете полную стоимость рецептурного препарата, потому что у вас нет с собой карты участника плана

Если у вас нет с собой карты участника плана, вы можете попросить аптеку позвонить в план или поискать информацию о вашей регистрации в плане. Однако, если аптека не может сразу получить необходимую информацию о регистрации, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость рецептурного препарата самостоятельно. Сохраните квитанцию и отправьте нам

копию, когда будете обращаться за возмещением. Мы можем не возместить вам полную стоимость, которую вы оплатили, если цена, которую вы заплатили наличными, выше нашей оговоренной цены за рецепт.

6. **Когда вы оплачиваете полную стоимость рецептурного препарата в других ситуациях**

   Вы можете оплатить полную стоимость рецептурного препарата, потому что узнали, что препарат не покрывается по каким-либо причинам.

   - Например, препарат может отсутствовать в «Перечне препаратов» плана или к нему могут предъявляться требования или ограничения, о которых вы не знали или не считали, что они должны к вам относиться. Если вы решите сразу же купить препарат, вам придется оплатить его полную стоимость.

Сохраните квитанцию и отправьте нам копию, когда будете обращаться за возмещением. В некоторых ситуациях, чтобы возместить стоимость препарата, нам может понадобиться больше информации от вашего врача. Мы можем не возместить вам полную стоимость, которую вы оплатили, если цена, которую вы заплатили наличными, выше нашей оговоренной цены за рецепт.

7. Доплата за препараты, которые предоставляются в рамках программы помощи пациенту производителем препарата

Если вы получаете помощь и вносите доплаты в рамках программы помощи пациенту производителем препарата за пределами льгот нашего плана, вы можете подать заявление на бумаге, чтобы ваши собственные расходы учитывались при предоставлении вам права на критическое покрытие.

Когда вы отправляете нам запрос на оплату, мы его просматриваем и решаем, стоит ли покрывать услуги или препараты. Это называется **решение о покрытии**. Если мы решим, что необходимо предоставить покрытие, то оплатим услуги или препараты. Если мы отклоним запрос на оплату, то вы можете подать апелляцию на решение. Глава 9 данного документа предоставляет информацию о том, как подать апелляцию.

РАЗДЕЛ 2 Как попросить нас вернуть вам деньги или оплатить счет, который вы получили

Вы можете попросить нас вернуть вам деньги, отправив нам письменный запрос. Если вы отправляете запрос в письменной форме, пришлите счет и документацию о

произведенном вами платеже. Рекомендуется сделать копию счета и квитанций для своего учета.

План CareOregon Advantage Plus может выполнить возмещение только за покрываемые Medicare услуги. В соответствии с нашим соглашением с The Oregon Health Plan (Medicaid), мы не имеем права возмещать расходы на услуги, покрываемые Medicaid. Если ваш запрос на возмещение будет одобрен, наш платеж покроет только разрешенную Medicare сумму (какую мы обычно платим поставщику за услуги), а не часть, которая покрывается Medicaid, например, сострахование или франшиза Medicare.

Чтобы убедиться, что вы предоставляете нам всю информацию, необходимую для принятия решения, вы можете заполнить нашу форму претензии и подать запрос на оплату.

- Вам не обязательно использовать форму, но это поможет нам быстрее обработать информацию.
- Для возмещения стоимости рецептурных препаратов необходимо:
    - Загрузить копию формы на возмещение с нашего веб-сайта (***careoregonadvantage.org/rxinfo***); или позвонить в Отдел клиентского обслуживания и попросить форму.

- Что касается покрываемых медицинских услуг позвоните в Отдел клиентского обслуживания, чтобы подать запрос на возмещение.

Отправьте нам запрос на оплату вместе со счетами или оплаченными квитанциями по этому адресу:

Запросы на возмещение по Части C:

CareOregon Advantage

Attention: DMR Claims Department

315 SW Fifth Ave

Portland, OR 97204

Запросы на возмещение рецептурных препаратов Части D:

CareOregon Advantage

Attention: Pharmacy Department

315 SW Fifth Ave

Portland, OR 97204

РАЗДЕЛ 3 Мы рассмотрим ваш запрос на оплату и дадим ответ «Да» или «Нет»

Раздел 3.1 Мы проверим, нужно ли нам покрывать услугу или препарат

Когда мы получим ваш запрос на оплату, мы сообщим вам, нужна ли нам какая-либо дополнительная информация от вас. В противном случае мы рассмотрим ваш запрос и примем решение о покрытии.

- Если мы решим, что медицинское обслуживание или препарат покрывается и вы выполнили все правила, мы оплатим услугу или лекарственный препарат. Если вы уже оплатили услугу или препарат, мы отправим вам по почте возмещение. поставщику услуг. Если вы оплатили полную стоимость лекарственного препарата, вам может быть возвращена не вся сумма, которую вы заплатили (например, если вы приобрели лекарственный препарат во внесетевой аптеке или если цена, которую вы заплатили за лекарство наличными, выше нашей договорной цены). Если вы еще не оплатили услугу или лекарственный препарат, мы отправим платеж непосредственно поставщику услуг по почте.

- Если мы решим, что медицинское обслуживание или препарат *не* покрывается или вы *не* выполнили все правила, мы не оплатим услугу или препарат. Мы отправим вам письмо с объяснением причин, по которым мы не отправляем платеж, и ваших прав на обжалование этого решения.

Раздел 3.2 Если мы говорим, что не оплатим вам медицинское обслуживание или препарат, вы можете подать апелляцию

Если вы считаете, что мы допустили ошибку, отклонив ваш запрос на оплату или сумму, которую мы платим, вы можете подать апелляцию. Если вы подаете апелляцию, это означает, что вы просите нас изменить решение, которое мы приняли, когда отклонили ваш запрос на оплату. Апелляционный процесс представляет собой формальный процесс с подробными процедурами и важными сроками. Подробную информацию о том, как подать апелляцию, можно найти в Главе 9 настоящего документа.

ГЛАВА 8:

Ваши права и обязанности

Утверждено ОМВ 0938–1051(Срок истекает: 31, августа 2026 г.)

РАЗДЕЛ 1 Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности как участника плана

Раздел 1.1 Мы должны предоставлять информацию удобным для вас способом в соответствии с вашими культурными особенностями (на других языках, кроме английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах, и т.д.)

Ваш план должен гарантировать, что все услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются с учетом культурных особенностей и доступны для всех участников, включая лиц с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или лиц с различными культурными особенностями и этническим происхождением. Примеры того, как план может соответствовать этим требованиям доступности, включают, помимо прочего, предоставление услуг переводчика, услуг устного переводчика, телетайпа или подключения TTY (телефон для текстовых сообщений или телефон с телетайпом).

В нашем плане есть бесплатные услуги переводчика, позволяющие отвечать на вопросы участников, не говорящих по-английски. Мы также можем бесплатно

предоставить вам информацию шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах, если вам это нужно. Мы обязаны предоставить вам информацию о преимуществах плана в доступном и подходящем для вас формате. Чтобы получить от нас информацию в подходящем для вас формате, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания.

Наш план должен предоставить участницам женского пола возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в рамках сети для получения стандартных и профилактических медицинских услуг для женщин.

Если в сети плана нет поставщиков услуг по какой-либо специальности, план несет ответственность за поиск несетевых специализированных поставщиков услуг, которые предоставят вам необходимую помощь. В этом случае вы платите только сетевую часть долевого участия. Если вы оказались в ситуации, когда в сети плана нет специалистов, оказывающих необходимую вам услугу, позвоните в план, чтобы узнать, куда обратиться, чтобы получить эту услугу согласно долевому участию в сети.

Если у вас возникли проблемы с получением информации по нашему плану в доступном и подходящем для вас формате, позвоните и подайте жалобу в Отдел клиентского обслуживания по телефону 503-416-4279 или по бесплатному номеру 888-712-3258. График работы: С 1

октября по 31 марта без выходных с 08:00 до 20:00. Вы можете также подать жалобу в Medicare, позвонив 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227) или напрямую в Office for Civil Rights (Офис по защите гражданских прав) 1-800-368-1019 или пользователи TTY 1-800-537-7697.

Раздел 1.2 Мы должны быть уверены, что у вас есть своевременный доступ к покрываемым услугам и препаратам

Вы имеете право выбрать поставщика первичных медицинских услуг (PCP) в сети плана для предоставления и организации ваших покрываемых услуг. Вы также имеете право обратиться к специалисту по женскому здоровью (например, гинекологу) без направления.

Вы имеете право записаться на прием и получить покрываемые услуги от сети поставщиков услуг плана *в течение разумного периода времени*. Это включает в себя право на своевременное получение услуг специалистов, когда вам потребуется такая помощь. Вы также имеете право без длительных задержек получить или пополнить запасы препаратов по рецепту в любой нашей сетевой аптеке.

Если вы считаете, что не получите медицинскую помощь или препараты по Части D в течение разумного периода времени, в Главе 9 рассказывается, что вы можете сделать.

Раздел 1.3 Мы должны защитить конфиденциальность вашей персональной медицинской информации

Федеральные законы и законы штата защищают конфиденциальность ваших медицинских данных и персональной медицинской информации. Мы защищаем вашу персональную медицинскую информацию согласно требований этих законов.

- Ваша персональная медицинская информация включает **личную информацию**, которую вы предоставили нам при регистрации в этом плане, а также ваши медицинские данные и другую медицинскую информацию и информацию о здоровье.
- У вас есть права, связанные с вашей информацией и контролем за использованием вашей медицинской информации. Мы предоставляем вам письменное уведомление, называемое *Уведомление о соблюдении конфиденциальности*, в котором рассказывается об этих правах и объясняется, как мы защищаем конфиденциальность вашей медицинской информации.

Как мы защищаем конфиденциальность вашей медицинской информации?

- Мы гарантируем, что посторонние люди не увидят и не изменят ваши данные.
- За исключением обстоятельств, указанных ниже, если мы намерены предоставить вашу медицинскую информацию кому-либо, кто не предоставляет вам уход и не оплачивает его, для начала *нам необходимо получить письменное разрешение от вас или лица, которому вы предоставили юридические полномочия принимать решения за вас.*
- Существуют некоторые исключения, в которых от нас не требуется сначала получать ваше письменное разрешение. Эти исключения разрешены или требуются законом.
    - Мы обязаны раскрыть медицинскую информацию государственным агентствам, которые проверяют качество лечения.
    - Поскольку вы являетесь участником нашего плана через Medicare, мы обязаны предоставить Medicare вашу медицинскую информацию, включая информацию о ваших рецептурных препаратах Части D. Если Medicare раскроет вашу информацию для исследований или других целей, это будет сделано в

соответствии с федеральными законами и правилами; обычно для этого требуется, чтобы информация, однозначно идентифицирующая вас, не разглашалась.

Вы можете просмотреть информацию в ваших записях и узнать, как она была раскрыта другим

Вы имеете право просмотреть свои медицинские данные, хранящиеся в плане, и получить копию своих данных. Мы имеем право брать с вас плату за копии. Вы также имеете право попросить нас внести дополнения или исправления в ваши медицинские записи. Если вы просите нас об этом, мы свяжемся с вашим поставщиком медицинских услуг, чтобы решить, нужны ли изменения.

Вы имеете право знать, как информация о вашем здоровье была передана другим лицам в любых целях, не являющихся обычными.

Если у вас есть вопросы или опасения по поводу конфиденциальности вашей личной медицинской информации, позвоните в Отдел клиентского обслуживания.

Если вы хотите просмотреть Уведомление о правилах конфиденциальности CareOregon Advantage Plus, оно доступно на нашем веб-сайте ***careoregonadvantage.org/privacypolicies*** или вы можете

позвонить в Отдел клиентского обслуживания и запросить отправку вам бумажной копии (номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета).

Раздел 1.4 Мы должны предоставить вам информацию о плане, сети поставщиков услуг и ваших покрываемых услугах

В качестве участника плана CareOregon Advantage Plus у вас есть право получить от нас несколько видов информации.

Если вы хотите получить любой из этих видов информации, позвоните в Отдел клиентского обслуживания:

- **Информация о нашем плане**. Сюда входит, например, информация о финансовом состоянии плана.
- **Информация о наших сетевых поставщиках услуг и аптеках.** Вы имеете право получить информацию о квалификации поставщиков услуг и аптек в нашей сети, а также о том, как мы платим поставщикам услуг в нашей сети.
- **Информация о вашем покрытии и правилах, которые вы должны соблюдать при использовании покрытия.** В Главах 3 и 4 указана информация о медицинском

обслуживании. В Главах 5 и 6 указана информация о покрытии рецептурных препаратов Части D.

- **Информация о том, почему что-то не покрывается, и что вы можете с этим сделать.** В Главе 9 указана информация о том, как попросить письменное разъяснение причины, по которой не покрывается медицинская услуга или препарат Части D, или почему покрытие ограничено. В Главе 9 также указана информация о том, как просить об изменении решения, также называемом апелляция.

Раздел 1.5 Мы должны поддерживать ваше право принимать решение о вашем лечении

Вы имеете право знать о вариантах лечения и принимать участие в принятии решения о вашем медицинском обслуживании

Вы имеете право получить полную информацию от своих врачей и других поставщиков медицинских услуг. Ваши поставщики услуг должны объяснить ваше состояние здоровья и выбранное вами лечение *так, чтобы вы могли это понять*.

Вы также имеете право в полной мере участвовать в принятии решений относительно вашего медицинского обслуживания. Чтобы помочь вам вместе с врачами принять

решение о том, какое лечение лучше всего подходит для вас, ваши права включают следующее:

- **Знать все варианты.** Вы имеете право на информацию обо всех вариантах лечения, рекомендованных для вашего состояния, независимо от их стоимости и покрытия их нашим планом. Сюда также входит информация о всех программах, предлагаемых нашим планом, чтобы помочь участникам управлять своими лекарствами и принимать их безопасно.
- **Знать о рисках.** Вы имеете право знать обо всех рисках, связанных с вашим лечением. Вам должны заранее сообщить, если какая-либо предлагаемая медицинская помощь или лечение являются частью исследовательского эксперимента. Вы всегда должны иметь выбор отказаться от любого экспериментального лечения.
- **Право сказать «нет»**. Вы имеете право отказаться от рекомендуемого лечения. Это включает в себя право покинуть больницу или другое медицинское учреждение, даже если ваш врач советует вам не покидать его. Вы также имеете право прекратить прием своих препаратов. Конечно же, если вы отказываетесь от лечения или прекращаете прием

препаратов, вы берете на себя полную ответственность за то, что в результате произойдет с вашим телом.

Вы имеете право давать указания о том, что делать, если вы не в состоянии самостоятельно принимать медицинские решения

Иногда люди теряют способность самостоятельно принимать решения о лечении по причине несчастного случая или серьезной болезни. Вы имеете право сказать, что делать, если вы окажетесь в такой ситуации. Это означает, что *если вы хотите*, то вы можете:

- Заполнить в письменном виде форму, чтобы дать **кому-либо законное право принимать решения вместо вас,** если вы когда-либо станете неспособны принимать решения самостоятельно.
- **Дать своему врачу письменные инструкции** о том, как вы хотите вести лечение, если вы станете неспособны принимать решения самостоятельно.

Юридические документы, которые вы можете использовать, чтобы заранее дать указания в таких ситуациях, называются **предварительными распоряжениями**. Существуют разные виды и разные названия предварительных распоряжений. Документы под названием **медицинское завещание** и **доверенность на**

медицинский уход являются примерами предварительных распоряжений.

Если вы хотите использовать предварительное распоряжение для передачи инструкций, вот что нужно сделать:

- **Получите форму.** Вы можете получить форму предварительного распоряжения у своего адвоката, социального работника или в некоторых магазинах канцелярских товаров. Иногда вы можете получить формы предварительных распоряжений от организаций, которые предоставляют людям информацию о Medicare. Вы также можете обратиться в Отдел клиентского обслуживания и попросить формы (номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета.)
- **Заполните ее и подпишите.** Независимо от того, где вы взяли эту форму, помните, что это — юридический документ. Вам стоит обратиться к юристу, чтобы он помог вам его подготовить.

- **Дайте копии соответствующим людям.** Вы должны передать копию формы своему врачу и лицу, указанному в форме, которое сможет принимать решения за вас, если вы не можете. Возможно, вы захотите раздать копии близким друзьям или членам семьи. Оставьте копию дома.

Если вы заранее знаете, что вас собираются госпитализировать, и подписали предварительное распоряжение, **возьмите его копию с собой в больницу**.

- В больнице вас спросят, подписали ли вы форму предварительного распоряжения и есть ли она у вас с собой.
- Если вы не подписали форму предварительного распоряжения, в больнице имеются такие формы, и вас спросят, хотите ли вы ее подписать.

Помните, что вы сами решаете, хотите ли вы заполнить предварительное распоряжение (в том числе хотите ли вы подписать его, если вы находитесь в больнице). Согласно закону, никто не может отказать вам в уходе или дискриминировать вас на основании того, подписали ли вы предварительное распоряжение или нет.

Что делать, если ваши инструкции не выполняются?

Если вы подписали предварительное распоряжение и считаете, что врач или больница не следовали

содержащимся в нем инструкциям, вы можете подать жалобу в Oregon Board of Medical Examiners, позвонив по номеру 971-673-2700 в Портленде ИЛИ по бесплатному номеру 877-254-6263, или написав по адресу:

Oregon Board of Medical Examiners

1500 SW First Avenue, Suite 260

Portland, OR 97201

Раздел 1.6 Вы имеете право подавать жалобы и просить нас пересмотреть принятое решение

Если у вас возникли какие-либо проблемы, опасения или жалобы и вам необходимо запросить покрытие или подать апелляцию, в Главе 9 данного документа описано, что вы можете сделать. Что бы вы ни делали — запросили решение о покрытии, подали апелляцию или жалобу — **мы обязаны относиться к вам справедливо**.

Раздел 1.7 Что делать, если вы считаете, что к вам отнеслись несправедливо или ваши права не уважают?

Если это касается дискриминации, позвоните в Офис по защите гражданских прав

Если вы считаете, что с вами обошлись несправедливо или ваши права не были соблюдены из-за вашей расы,

ограниченных возможностей, религии, пола, здоровья, этнической принадлежности, вероисповедания (убеждения), возраста, сексуальной ориентации или национального происхождения, вам следует позвонить в Department of Health and Human Services (Департамента здравоохранения и социальных служб), **Офис по защите гражданских прав**, по номеру 1-800-368-1019 или для пользователей TTY 1-800-537-7697, или в местный Офис по защите гражданских прав.

Это касается чего-то другого?

Если вы считаете, что с вами обошлись несправедливо или ваши права не были соблюдены *и* речь *не* идет о дискриминации, вы можете получить помощь в решении вашей проблемы:

- Вы можете **позвонить в Отдел клиентского обслуживания**.
- Вы можете **позвонить в SHIP**. Подробную информацию о том, как это сделать см. в Главе 2, разделе 3.
- Или **вы можете позвонить в Medicare** по телефону 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227), работает круглосуточно 7 дней в неделю (для пользователей TTY 877-486-2048).

Раздел 1.8 Как получить больше информации о ваших правах

Есть несколько мест, где вы можете получить дополнительную информацию о своих правах:

- Вы можете **позвонить в Отдел клиентского обслуживания**.
- Вы можете **позвонить в SHIP**. Подробную информацию о том, как это сделать см. в Главе 2, разделе 3.
- Вы можете обратиться в **Medicare**.
  - Вы можете зайти на веб-сайт Medicare, чтобы прочесть или загрузить публикацию *Medicare Rights & Protections*. (Публикация доступна по ссылке: ***medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf***.)
  - Или вы можете позвонить по телефону 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227), работает круглосуточно 7 дней в неделю (для пользователей TTY 1-877-486-2048).

РАЗДЕЛ 2 Ваши обязанности в качестве участника плана

Все, что вам нужно знать в качестве участника плана, указано ниже. Если у вас есть вопросы, звоните в Отдел клиентского обслуживания.

- **Ознакомьтесь с покрываемыми услугами и правилами, которые вы должны соблюдать, чтобы получить эти покрываемые услуги**. Используйте этот Справочник участника плана, чтобы узнать, что покрывается для вас, а также правила, которые вам необходимо соблюдать, чтобы получить покрываемые услуги.
    - В Главе 3 и 4 приведена подробная информация о вашем медицинском обслуживании.
    - В Главах 5 и 6 приведена подробная информация о покрытии рецептурных препаратов Части D.
- **Если у вас есть какое-либо другое медицинское страхование или покрытие рецептурных препаратов помимо нашего плана, вы должны сообщить нам об этом.** В Главе 1 рассказано о том, как координировать эти льготы.
- **Сообщите своему врачу и другим поставщикам медицинских услуг, что вы зарегистрированы в**

нашем плане. Предъявляйте свою карту участника плана и карту Oregon Health Plan (Medicaid) всякий раз, когда вы получаете медицинскую помощь или рецептурные препараты Части D.

- **Помогите своим врачам и другим поставщикам медицинских услуг помочь вам, предоставляя им информацию, задавая вопросы и соблюдая лечение.**
  - Чтобы получить лучшее лечение, расскажите своим врачам и другим медицинским работникам о своих проблемах со здоровьем. Следуйте планам лечения и инструкциям, согласованным вами и вашими врачами.
  - Убедитесь, что ваши врачи знают обо всех лекарствах, которые вы принимаете, включая безрецептурные препараты, витамины и добавки.
  - Если у вас есть какие-либо вопросы, обязательно задайте их и получите внятный ответ.
- **Будьте внимательны.** Мы ожидаем, что все наши участники будут уважать право других пациентов. Мы также ожидаем, что вы будете действовать таким образом, чтобы способствовать бесперебойной работе кабинета вашего врача, больниц и других офисов.

- **Заплатите то, что должны**. В качестве участника плана вы несете ответственность за такие платежи:
    - Чтобы оставаться участником плана, вы должны продолжать платить страховые взносы Medicare.

      За большинство ваших препаратов, покрываемых планом, вы должны оплатить свою часть стоимости при получении препарата.
    - Если вам необходимо платить дополнительную сумму по Части D из-за вашего более высокого дохода (как указано в вашей последней налоговой декларации), вы должны продолжать платить дополнительную сумму непосредственно правительству, чтобы оставаться участником плана.
- **Если вы переезжаете *в пределах* зоны обслуживания нашего плана, нам необходимо знать** об этом, чтобы мы могли поддерживать актуальность информации о вашем участии и знать, как с вами связаться.
- **Если *вы планируете выехать из зоны обслуживания*, то не сможете оставаться участником этого плана.**
- Если вы переезжаете, важно также сообщить об этом в Социальное обеспечение (или в Railroad Retirement Board).

ГЛАВА 9:

Что делать, если у вас возникла проблема или жалоба

(решения о покрытии, апелляции, жалобы)

Раздел 1 Введение

Раздел 1.1 Что делать, если у вас возникла проблема

В этой главе поясняется процесс решения проблем. Процесс, который вы используете, чтобы решить проблему, зависит от двух моментов:

1. Ваша проблема касается льготы, покрываемой **Medicare** или **Medicaid**. Если вам нужна помощь, чтобы решить какой процесс использовать, Medicare или Medicaid, или оба, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания.
2. Вид проблемы, которая у вас возникла:
   - При некоторых проблемах вам нужно использовать **процесс решений и апелляций по покрытию**.
   - При некоторых проблемах вам нужно использовать **процесс подачи жалоб**.

Эти процессы были одобрены Medicare. Каждый процесс имеет набор правил, процедур и сроков, которые должны соблюдать и мы, и вы.

Руководство в Разделе 3 поможет вам правильно определить, какой процесс использовать и что делать.

Раздел 1.2 Как насчет юридических терминов?

Для некоторых правил, процедур и видов сроков существуют юридические термины, которые поясняет эта глава. Многие из этих терминов незнакомы большинству людей и их сложно понять. Для простоты эта глава:

- Использует простые слова вместо некоторых юридических терминов. Например, эта глава, как правило, говорит «подавать жалобу» вместо «заполнять претензию», «решение о покрытии» вместо «определение организации» или «определение покрытия» или «определение группы риска», а также «независимая проверяющая организация» вместо «независимое проверяющее юридическое лицо».
- Так же как можно меньше используются аббревиатуры.

Однако, знание правильных юридических терминов может оказаться полезным, а иногда и весьма важным. Знание того, какие термины использовать, поможет вам более точно общаться и получать правильную помощь или информацию для вашей ситуации. Чтобы помочь вам понять, какие термины следует использовать, мы включаем юридические термины, когда подробно описываем действия в конкретных видах ситуаций.

РАЗДЕЛ 2 Где получить дополнительную информацию и персональную помощь

Мы всегда готовы вам помочь. Даже если у вас жалобы на наше лечение, мы обязаны уважать ваше право на жалобу. Таким образом, вы всегда можете обратиться в Отдел клиентского обслуживания за помощью. Но в некоторых ситуациях, вы также можете захотеть получить помощь или рекомендации от того, кто с нами не связан. Ниже приведены юридические лица, которые могут вам помочь.

State Health Insurance Assistance Program (SHIP).

Каждый штат имеет правительственную программу с обученными консультантами. Программа не связана с нами или любой другой страховой компанией или планом медицинского обслуживания. Консультанты в такой программе могут помочь вам понять, какой процесс стоит использовать для решения возникшей у вас проблемы. Они также могут ответить на ваши вопросы, предоставить вам больше информации и предложить рекомендации в том, что делать.

Услуги консультантов SHIP являются бесплатными. Вы найдете номера телефонов и адрес веб-сайта в Главе 2, разделе 3 настоящего документа.

Medicare

Вы также можете обратиться за помощью в Medicare. Чтобы обратиться в Medicare:

- Вы можете позвонить по телефону 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227), работает круглосуточно 7 дней в неделю. Пользователям TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048.
- Вы также можете зайти на сайт Medicare www.medicare.gov.

Вы можете получить помощь и информацию в Oregon Health Plan (Medicaid)

Вы также можете получить подробную информацию и помощь в решении проблемы, обратившись в Oregon Health Plan (Medicaid). Вот несколько способов, чтобы связаться с Oregon Health Plan:

- Вы можете позвонить в клиентскую службу OHP по бесплатному номеру 800-273–0557. TTY следует звонить по номеру 711.
- Вы можете отправить им письмо по электронной почте на адрес: ***oregonhealthplan.changes@dhsoha.state.or.us***
- Вы можете загрузить и заполнить форму жалобы по ссылке: ***apps.state.or.us/Forms/Served/he3001.pdf***.

РАЗДЕЛ 3 Какой процесс использовать, чтобы решить вашу проблему?

Поскольку у вас есть Medicare и вы получаете помощь от Medicaid, у вас есть два разных процесса, которые вы можете использовать для решения проблемы или жалобы. Какой процесс вы выберете, зависит от того, касается ли проблема льгот Medicare или льгот Medicaid. Если ваша проблема касается льготы, покрываемой Medicare, тогда стоит использовать процесс Medicare. Если ваша проблема касается льготы, покрываемой Medicaid, тогда стоит использовать процесс Medicaid. Если вам нужна помощь, чтобы решить какой процесс использовать, Medicare или Medicaid, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания.

Процесс Medicare и процесс Medicaid описаны в разных частях этой главы. Чтобы узнать, какую часть читать, воспользуйтесь ниже приведенной таблицей.

Ваша проблема касается льгот Medicare или льгот Medicaid?

Если вам нужна помощь, чтобы решить каких льгот касается проблема, Medicare или Medicaid, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания.

Моя проблема касается льгот **Medicare**.

Перейдите в следующий раздел этой главы, **Раздел 4, Решение проблем, которые касаются льгот Medicare.**

Моя проблема касается покрытия **Medicaid**.

Перейдите в **Раздел 12** этой главы, **Решение проблем, которые касаются льгот Medicaid.**

ПРОБЛЕМЫ, КОТОРЫЕ КАСАЮТСЯ ВАШИХ ЛЬГОТ MEDICARE

РАЗДЕЛ 4 Решение проблем, которые касаются льгот Medicare

Раздел 4.1 Стоит ли использовать процесс решений и апелляций по покрытию? Или стоит использовать процесс подачи жалобы?

Если у вас есть проблема, вам нужно прочитать только те части этой главы, которые применимы к вашей ситуации. Таблица ниже поможет вам найти нужный раздел этой главы относительно проблем и жалоб о **льготах, покрываемых Medicare**.

Чтобы понять, какая часть этой главы поможет вам в вашей проблеме со льготами **Medicare**, используйте эту таблицу:

Ваша проблема связана со льготами или покрытием?

Сюда входят проблемы, связанные с тем, покрывается ли медицинское обслуживание (медицинские изделия, услуги и/или рецептурные препараты Части B), способ их

покрытия, а также проблемы, связанные с оплатой медицинского обслуживания.

Да.

Перейдите в следующий раздел этой главы, **Раздел 5, Руководство по основам принятия решений о покрытии и апелляций.**

Нет.

Перейдите в **Раздел 11** в конце этой главы: **Как подать жалобу на качество обслуживания, время ожидания, Отдел клиентского обслуживания или другие проблемы.**

РАЗДЕЛ 5 Руководство по основам принятия решений о покрытии и апелляций

Раздел 5.1 Обращение за решениями о покрытии и подача апелляций: общая картина

Решения о покрытии и апелляции касаются проблем, связанных с вашими льготами и покрытием вашего медицинского обслуживания (услуги, изделия и рецептурные препараты Части B, включая оплату). Для простоты мы обычно называем медицинские изделия, услуги и рецептурные препараты Части B Medicare **медицинской помощью**. Вы используете процесс

принятия решений о покрытии и апелляций по таким вопросам: покрывается что-то или нет и как именно это покрывается.

Обращение за решениями о покрытии до получения льгот

Решение о покрытии — это решение, которое мы принимаем о ваших льготах и покрытии или о сумме, которую мы будем платить за ваше медицинское обслуживание. Например, если врач сети вашего плана направляет вас к несетевому медицинскому специалисту, это направление считается благоприятным решением о покрытии, если только ваш сетевой врач не сможет доказать, что вы получили стандартное уведомление об отказе от этого медицинского специалиста, или в Справочнике участника плана четко сказано, что указанная услуга не покрывается страховкой ни при каких условиях. Вы или ваш врач также можете связаться с нами и запросить решение о покрытии, если ваш врач не уверен, покроем ли мы конкретную медицинскую услугу, или отказывается предоставить медицинскую помощь, которая, по вашему мнению, вам необходима. Другими словами, если вы хотите знать, будем ли мы покрывать медицинское обслуживание до того, как вы его получите, вы можете попросить нас принять решение о вашем покрытии. В ограниченных обстоятельствах запрос на решение о

покрытии будет отклонен, что означает, что мы не будем его рассматривать. Примеры случаев отклонения запроса: если запрос неполный, если кто-то делает запрос от вашего имени, но не имеет на это юридических полномочий, или если вы просите отозвать свой запрос. Если мы отклоним запрос на решение о покрытии, мы отправим вам уведомление с объяснением причины, по которой мы отклонили запрос, и того, как попросить о пересмотре отклонения.

Мы принимаем решение о вашем покрытии каждый раз, когда решаем, что для вас покрывается и сколько мы платим. В некоторых случаях мы можем решить, что Medicare не покрывает или больше не покрывает вашу медицинскую помощь. Если вы не согласны с этим решением о покрытии, вы можете подать апелляцию.

Подача апелляции

Если мы примем решение о покрытии, которое вас не удовлетворит, до или после получения льготы, вы можете **подать апелляцию** на решение. Апелляция — это официальный способ попросить нас пересмотреть решение о покрытии, которое уже принято. При определенных условиях, которые мы оговорим дальше, вы можете запросить ускоренную или **срочную апелляцию** на решение о покрытии. Ваша апелляция рассматривается не теми

специалистами, которые приняли первоначальное решение.

Когда вы подаете апелляцию в первый раз, это называется апелляция уровня 1. В этой апелляции мы пересматриваем принятое нами решение о покрытии, чтобы проверить, правильно ли мы соблюдаем правила. После завершения пересмотра, мы представим вам наше решение.

В ограниченных обстоятельствах запрос на апелляцию уровня 1 будет отклонен, что означает, что мы не будем его рассматривать. Примеры случаев отклонения запроса: если запрос неполный, если кто-то делает запрос от вашего имени, но не имеет на это юридических полномочий, или если вы просите отозвать свой запрос. Если мы отклоним запрос на апелляцию уровня 1, мы отправим вам уведомление с объяснением причины, по которой мы отклонили запрос, и того, как попросить о пересмотре отклонения.

Если мы скажем «нет» всей или части вашей апелляции уровня 1 на получение медицинской помощи, ваша апелляция автоматически перейдет на апелляцию уровня 2, проводимую независимой проверяющей организацией, не связанной с нами.

- Вам ничего не нужно делать, чтобы запустить апелляцию уровня 2. Правила Medicare требуют, чтобы мы автоматически пересылали вашу апелляцию на получение медицинской помощи на уровень 2, если мы не полностью согласны с вашей апелляцией уровня 1.
- Подробную информацию об апелляции уровня 2 см. в **разделе 6.4** этой главы.
- Апелляции по части D рассматриваются далее в разделе 7 этой главы.

Если вы не удовлетворены решением по апелляции уровня 2, вы можете продолжить апелляцию на дополнительных уровнях (в разделе 10 этой главы описаны процессы апелляций уровня 3, 4 и 5).

Раздел 5.2 Как получить помощь, если вы обращаетесь за решением о покрытии или подаете апелляцию

Если вы решите запросить какое-либо решение о покрытии или подать апелляцию на это решение, можно использовать такие ресурсы:

- Вы **можете позвонить в Отдел клиентского обслуживания**.

- Вы **можете получить бесплатную помощь** от программы State Health Insurance Assistance.
- **Ваш врач может сделать запрос вместо вас.** Если ваш врач помогает с апелляцией выше уровня 2, то его необходимо будет назначить вашим представителем. Позвоните в Отдел клиентского обслуживания и запросите форму *Назначения представителя*. (Эта форма также доступна на веб-сайте Medicare по адресу ***cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf*** или на нашем веб-сайте ***careoregonadvantage.org/medicareFAQ***.)
  - Что касается медицинского обслуживания, ваш врач может запросить решение о покрытии или подать апелляцию уровня 1 от вашего имени. Если ваша апелляция отклонена на уровне 1, она будет автоматически перенаправлена на уровень 2.
  - Что касается рецептурных препаратов Части D, ваш врач или другое лицо, назначающее лекарство, может запросить решение о покрытии или подать апелляцию уровня 1 от вашего имени. Если ваша апелляция уровня 1 отклонена, ваш врач или лицо, назначающее лекарство, может подать апелляцию уровня 2.

- **Вы можете попросить кого-то действовать от вашего имени.** Если вы хотите, вы можете назначить другое лицо, которое будет действовать от вашего имени в качестве вашего **представителя**, чтобы запросить решение о покрытии или подать апелляцию.
  - Если вы хотите, чтобы вашим представителем был друг, родственник или другое лицо, позвоните в Отдел клиентского обслуживания и попросите форму *Назначения представителя*. (Эта форма также доступна на веб-сайте Medicare по адресу ***cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf*** или на нашем веб-сайте ***careoregonadvantage.org/medicareFAQ***.) Эта форма дает лицу разрешение действовать от вашего имени. Ее должны подписать вы и лицо, которое по вашему желанию будет действовать от вашего имени. Вы должны предоставить нам копию подписанной формы.
  - Хотя мы можем принять запрос на апелляцию без формы, мы не можем начать или завершить рассмотрение, пока не получим ее. Если мы не получим форму в течение 44 календарных дней после получения вашего запроса на апелляцию (наш крайний срок для принятия решения по вашей

апелляции), ваш запрос на апелляцию будет отклонен. Если это произойдет, мы вышлем вам письменное уведомление, объясняющее ваше право обратиться в независимую проверяющую организацию по рассмотрению жалоб с просьбой пересмотреть наше решение об отклонении вашей апелляции.

- **Вы также имеете право нанять адвоката.** Вы можете обратиться к своему адвокату или взять контакт адвоката в местной коллегии адвокатов или другой справочной службе. Также существуют группы, которые предоставят вам бесплатные юридические услуги, если вы имеете на них право. Однако, **вы не обязаны нанимать адвоката**, чтобы запросить какое-либо решение о покрытии или подать апелляцию на это решение.

Раздел 5.3 В каком разделе этой главы указаны подробности по вашей ситуации?

Существует четыре разные ситуации, которые включают решения о покрытии и апелляции. Поскольку в каждой ситуации действуют разные правила и сроки, мы приведем подробное описание каждой ситуации в отдельном разделе:

- **Раздел 6** этой главы: Ваша медицинская помощь: Как обратиться за решением о покрытии или подать апелляцию.
- **Раздел 7** этой главы: Ваши рецептурные препараты Части D: Как обратиться за решением о покрытии или подать апелляцию.
- **Раздел 8** этой главы: Как попросить нас о покрытии пребывания в учреждении долгосрочного ухода, если вы считаете, что врач выписывает вас слишком рано.
- **Раздел 9** этой главы: Как попросить нас продолжать покрывать определенные медицинские услуги, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается слишком рано (*применимо только к таким услугам*: медицинское обслуживание на дому, медицинское обслуживание в центре сестринского ухода и услуги Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF).

Если вы не уверены, какой раздел стоит использовать, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания. Вы также можете получить помощь или информацию от государственных организаций, таких как Health Insurance Assistance Program.

РАЗДЕЛ 6 Ваша медицинская помощь Как обратиться за решением о покрытии

или подать апелляцию на решение о покрытии

Раздел 6.1	**В этом разделе рассказано, что делать, если у вас возникли проблемы с получением покрытия за медицинскую помощь или если вы хотите, чтобы мы вернули вам деньги за помощь**

В этом разделе рассказывается про льготы на медицинскую помощь. Эти льготы описаны в Главе 4 этого документа: *Таблица медицинских льгот (что входит в покрытие)*. В некоторых случаях к запросу на рецептурные препараты Части B применяются разные правила. В таких случаях мы поясняем, как именно отличаются правила для рецептурных препаратов Части B от правил, применяемым к медицинским изделиям и услугам.

В этом разделе рассказано, что вы можете сделать, если вы попали в одну из таких ситуаций:

1. Вы не получили определенную медицинскую помощь, которую хотели, и считаете, что такая помощь покрывается нашим планом. **Обратитесь за решением о покрытии. Раздел 6.2.**
2. Наш план не одобрил медицинскую помощь, которую ваш врач или другой поставщик медицинских услуг вам

предоставил, а вы считаете, что такая помощь покрывается планом. **Обратитесь за решением о покрытии. Раздел 6.2.**

3. Вы получили медицинскую помощь, которая, по вашему мнению, покрывается планом, но мы сказали, что не будем ее оплачивать. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**
4. Вы получили и оплатили медицинскую помощь, которая, по вашему мнению, должны покрываться планом, и вы хотите попросить наш план возместить деньги за эту помощь. **Пришлите нам счет. Раздел 6.5.**
5. Вам сказали, что покрытие определенной медицинской помощи, которую вы получили и мы предварительно одобрили, будет уменьшено или прекращено, а вы считаете, что уменьшение или прекращение такой помощи может причинить вред вашему здоровью. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**

   Примечание: **Если покрытие, которое будет прекращено, касается стационарного лечения, медицинского ухода на дому, медицинского обслуживания в центре сестринского ухода или услуг комплексного амбулаторного реабилитационного учреждения (CORF)**, вам необходимо прочитать

разделы 7 и 8 настоящей главы. К таким видам лечения применяются специальные правила.

Раздел 6.2 Пошаговая инструкция : Как обратиться за решением о покрытии

Юридические термины
Если решение о покрытии включает вашу медицинскую помощь, то это называется **определение организации**. Срочное решение о покрытии называется **ускоренное определение.**

<u>Шаг 1:</u> Определитесь, нужно ли вам стандартное решение о покрытии или срочное решение о покрытии.

Стандартное решение о покрытии, как правило, принимается в течение 14 дней или 72 часов по препаратам Части B. Срочное решение о покрытии, как правило, принимается в течение 72 часов или 24 часов по препаратам Части B. Чтобы получить срочное **решение о покрытии, вы должны выполнить два требования:**

- Вы можете попросить *только* о покрытии медицинских изделий и (или) услуг (не просить

оплату за изделия и (или) услуги, которые уже получены

- Вы можете получить срочное решение о покрытии *только*, если использование стандартных сроков может *нанести серьезный вред вашему здоровью или повредить ваши способности или функции.*
- **Если ваш врач говорит нам, что состояние вашего здоровья требует срочного решения о покрытии , мы автоматически согласимся предоставить вам такое решение.**
- **Если вы просите о срочном решении о покрытии самостоятельно, без поддержки вашего врача, мы будем принимать решение, требует ли состояние вашего здоровья срочного решения о покрытии.** Если мы не одобрим срочное решение о покрытии, мы отправим вам письмо, в котором:
  - Объясним, что будем использовать стандартные сроки
  - Объясним, что если ваш врач попросит о срочном решении о покрытии, мы автоматически его предоставим
  - Объясним, что вы можете подать срочную жалобу на наше решение предоставить вам решение о

покрытии в стандартные сроки вместо срочного решения о покрытии, которое вы запрашивали

<u>Шаг 2:</u> Попросите наш план принять решение о покрытии или срочное решение о покрытии.

- Позвоните, напишите или отправьте факс в наш план, чтобы запросить у нас разрешение или покрытие медицинской помощи, которая вам нужна. Это можете сделать вы, ваш врач или ваш представитель. В главе 2 указана контактная информация.

<u>Шаг 3:</u> Мы рассмотрим ваш запрос на покрытие медицинской помощи и предоставим ответ.

Для стандартных решений о покрытии мы используем стандартные сроки.

Это означает, что мы дадим вам ответ в течение 14 календарных дней после того, как получим ваш запрос **на медицинское изделие или услугу**. Если ваш запрос касается рецептурных препаратов по **Части B Medicare**, мы дадим вам ответ **в течение 72 часов** после получения вашего запроса.

- **Однако,** если ваш запрос касается медицинского изделия или услуги и если вы попросите больше

времени или если нам понадобится дополнительная информации, которая может быть вам полезной, **нам может понадобиться еще 14 дней**. Если нам понадобится дополнительное время, мы уведомим вас об этом в письменном виде. Мы не сможем потратить дополнительное время на принятие решения, если вы запрашиваете рецептурный препарат по Части B Medicare.

- Если вы считаете, что нам *не* нужно тратить дополнительное время, вы можете подать срочную жалобу. Мы ответим на вашу жалобу, как только примем решение. (Процесс подачи жалоб отличается от процесса принятия решения о покрытии и подачи апелляций. Информацию о подаче жалоб см. в разделе 11 этой главы.)

Для срочных решений о покрытии мы используем ускоренные сроки.

Срочное решение о покрытии означает, что мы ответим в течение 72 часов, если вы подадите запрос на медицинское изделие или услугу. Если ваш запрос касается рецептурных препаратов по Части B Medicare, мы дадим вам ответ в течение 24 часов.

- **Однако,** если нам понадобится дополнительная информации, которая может быть вам полезной, **нам может понадобиться еще 14 дней**. Если нам понадобится дополнительное время, мы уведомим вас об этом в письменном виде. Мы не сможем потратить дополнительное время на принятие решения, если вы запрашиваете рецептурный препарат по Части B Medicare.
- Если вы считаете, что нам не нужно тратить дополнительное время, вы можете подать срочную жалобу. (Информацию о подаче жалоб см. в разделе 11 этой главы.) Мы позвоним вам, как только примем решение.
- **Если наш ответ «нет» на весь ваш запрос или его часть**, мы отправим вам письменное уведомление, в котором разъясним почему говорим «нет».

<u>Шаг 4:</u> Если мы говорим «нет» на ваш запрос о покрытие медицинской помощи, вы можете подать апелляцию.

Если мы говорим «нет», вы имеете право попросить нас пересмотреть это решение, подав апелляцию. Это означает, что вам нужно заново попросить о покрытии желаемой вами медицинской помощи. Если вы подаете апелляцию, это означает, что вы переходите на уровень 1 процесса подачи апелляции.

Раздел 6.3 Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию 1-го уровня

Юридические термины
Апелляция в план на решение о покрытии медицинской помощи называется **пересмотр**. Срочная апелляция также называется **ускоренный пересмотр**.

<u>Шаг 1:</u> Определитесь, нужна ли вам стандартная или срочная апелляция.

Стандартная апелляция, как правило, подается в течение 30 дней или 7 дней по препаратам Части B. Срочная апелляция подается, как правило, в течение 72 часов.

- Если вы подаете апелляцию на решение, которое мы приняли о покрытии помощи, которую вы еще не получили, вы и (или) ваш врач должны решить, нужна ли вам срочная апелляция. Если ваш врач говорит нам, что состояние вашего здоровья требует срочной апелляции, мы предоставим вам такую апелляцию.
- Требования для подачи срочной апелляции такие же, как и для получения срочного решения о покрытии в разделе 6.2 этой главы.

<u>Шаг 2: Подайте в наш план апелляцию или срочную апелляцию</u>

- **Если вы подаете стандартную апелляцию, то подайте ее в письменном виде.** Вы можете подать апелляцию, позвонив нам. В главе 2 указана контактная информация.

- **Если вы подаете срочную апелляцию, то подайте ее в письменном виде или позвоните нам.** В главе 2 указана контактная информация.
- **Вы должны подать запрос на апелляцию в течение 60 календарных дней** с даты письменного уведомления, которое мы вам отправили, чтобы сообщить ответ о решении о покрытии. Если вы пропустили срок по уважительной причине, поясните причину задержки при подаче апелляции. Мы можем дать вам больше времени на подачу апелляции. Примеры уважительных причин могут включать серьезную болезнь, которая не позволила вам к нам обратиться или если мы предоставили вам неправильную либо неполную информацию о сроках запроса апелляции.
- **Вы можете запросить копию информации, касающейся вашего медицинского решения. Вы и ваш врач можете добавить дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.** Мы

имеем право взимать плату за копирование и отправку этой информации.

<u>Шаг 3:</u> Мы рассмотрим вашу апелляцию и дадим вам ответ.

- При рассмотрении вашей апелляции мы тщательно изучим всю информацию. Мы проверим, соблюдали ли мы все правила, когда отказали вам в удовлетворении вашего запроса.
- При необходимости мы соберем дополнительную информацию, связавшись с вами или с вашим врачом.

Сроки рассмотрения срочной апелляции

- При срочной апелляции мы должны дать наш ответ **в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции**. Мы предоставим ответ быстрее, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - Если ваш запрос касается медицинского изделия или услуги и если вы попросите больше времени или если нам понадобится дополнительная информация, которая может быть вам полезной, нам **может понадобиться еще 14 календарных дней**. Если нам понадобится дополнительное время, мы уведомим вас об этом в письменном виде. Мы не сможем

потратить дополнительное время, если вы запрашиваете рецептурный препарат по Части B Medicare.

  - Если мы не дадим вам ответ в течение 72 часов (или до конца продленного периода времени, если мы взяли дополнительные дни), мы будем обязаны автоматически отправить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции, где она будет рассмотрена независимой проверяющей организацией. В разделе 6.4 поясняется процесс апелляции 2-го уровня.

- **Если наш ответ «да» на весь ваш запрос или его часть,** мы должны разрешить или предоставить покрытие, которое согласовали, в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции.
- **Если наш ответ «нет» на весь ваш запрос или его часть**, мы отправим вам наше решение в письменном виде и автоматически передадим вашу апелляцию в независимую проверяющую организацию на 2-й уровень. Независимая проверяющая организация уведомит вас в письменном виде, когда получит вашу апелляцию.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции

- При стандартной апелляции мы должны дать наш ответ в **течение 30 календарных** дней с момента

получения вашей апелляции. Если ваш запрос касается рецептурных препаратов по Части B Medicare, мы дадим вам ответ в **течение**
7 календарных дней после получения вашей апелляции. Мы дадим вам решение раньше, если того требует состояние вашего здоровья.

- Однако, если ваш запрос касается медицинского изделия или услуги и если вы попросите больше времени или если нам понадобится дополнительная информации, которая может быть вам полезной, **нам может понадобиться еще 14 календарных дней.** Если нам понадобится дополнительное время, мы уведомим вас об этом в письменном виде. Мы не сможем потратить дополнительное время на принятие решения, если вы запрашиваете рецептурный препарат по Части B Medicare.
- Если вы считаете, что нам *не* нужно тратить дополнительное время, вы можете подать срочную жалобу. Когда вы подаете срочную апелляцию, мы даем ответ на вашу жалобу в течение 24 часов. (Информацию о подаче жалоб см. в разделе 11 этой главы.)
- Если мы не дадим вам ответ к установленному сроку (или к концу продленного периода времени), мы направим ваш запрос на апелляцию 2-го уровня, где

апелляцию рассмотрит независимая проверяющая организация. В разделе 6.4 поясняется процесс апелляции 2-го уровня.

- **Если наш ответ «да» на весь ваш запрос или его часть,** мы должны разрешить или предоставить покрытие в течение 30 календарных дней, если вы запрашивали медицинскую услугу или изделие, или **в течение 7 календарных дней,** если вы запрашивали рецептурный препарат по Части B Medicare.

Если наш план ответил «нет» на всю вашу апелляцию или ее часть, мы автоматически передадим вашу апелляцию в независимую проверяющую организацию на 2-й уровень.

Раздел 6.4 Пошаговая инструкция: Как подается апелляция 2-го уровня

Юридический термин
Официальное название организации по проведению независимой экспертизы — **Независимая экспертная организация**. Иногда сокращенно называется **IRE** (Independent Review Entity).

Независимая **проверяющая организация — это организация, которую нанимает Medicare**. Она не связана с нами и не является государственным агентством. Эта

организация решает, было ли принятое решение правильным или его нужно изменить. Medicare контролирует ее работу.

<u>Шаг 1:</u> Независимая проверяющая организация пересмотрит вашу апелляцию.

- Мы отправим информацию о вашей апелляции в эту организацию. Такая информация называется **материалы дела**. **Вы имеете право запросить у нас копию материалов дела**. Мы имеем право взимать с вас плату за копирование и отправку вам такой информации.
- Вы имеете право передавать независимой проверяющей организации дополнительную информацию для поддержки вашей апелляции.
- Специалисты независимой проверяющей организации тщательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией.

Если у вас срочная апелляция на 1-м уровне, то на 2-м уровне апелляция тоже будет срочной

- По срочной апелляции проверяющая организация должна дать вам ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента получения вашей апелляции.

- Если вы запрашивали медицинскую услугу или изделие и независимой проверяющей организации нужно собрать больше информации, которая будет для вас полезной, **то может потребоваться дополнительные 14 календарных дней**. Независимая проверяющая организация не сможет потратить дополнительное время на принятие решения, если вы запрашиваете рецептурный препарат по Части B Medicare.

Если у вас стандартная апелляция на 1-м уровне, то на 2-м уровне апелляция тоже будет стандартной

- По стандартной апелляции если вы запрашивали медицинскую услугу или изделие, проверяющая организация должна дать вам ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 30 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.
- Если вы запрашиваете рецептурный препарат по Части B Medicare, проверяющая организация должна дать вам ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.
- Если вы запрашивали медицинскую услугу или изделие и независимой проверяющей организации

нужно собрать больше информации, которая будет для вас полезной, **то могут потребоваться дополнительные 14 календарных дней**. Независимая проверяющая организация не сможет потратить дополнительное время на принятие решения, если вы запрашиваете рецептурный препарат по Части B Medicare.

<u>Шаг 2:</u> Независимая проверяющая организация даст вам ответ.

Независимая проверяющая организация уведомит вас о своем решении в письменном виде и пояснит причины его принятия.

- **Если независимая проверяющая организация говорит «да» на часть или весь запрос о медицинском изделии или услуге,** мы должны разрешить покрытие медицинской помощи **в течение 72 часов** или предоставить услугу в течение **14 календарных дней** после получения нами решения независимой проверяющей организации **по стандартным запросам** или предоставить услугу **в течение 72 часов** с даты получения планом решения независимой проверяющей организации **по ускоренным запросам**.

- **Если независимая проверяющая организация говорит «да» на часть или весь запрос о рецептурном препарате по Части B Medicare,** мы должны разрешить или предоставить рецептурный препарат по Части B Medicare **в течение 72 часов** после получения нами решения независимой проверяющей организации по **стандартным запросам** или **в течение 24 часов** с даты получения нами решения независимой проверяющей организации **по ускоренным запросам.**
- **Если эта организация говорит «нет» на всю или часть вашей апелляции**, это значит, что они согласились с нашим планом в том, что ваш запрос (или его часть) на покрытие медицинской помощи не должен быть одобрен. (Это называется **одобрить решение** или **отклонить апелляцию**). В этом случае независимая проверяющая организация отправит вам письмо, в котором:
  - Объяснит свое решение.
  - Уведомит вас о праве на апелляцию 3-го уровня, если стоимость в долларах запрашиваемого вами медицинского страхования соответствует определенному минимуму. В письменном уведомлении, которое вы получите от независимой

проверяющей организации, будет указана сумма в долларах, которую вы должны выплатить для продолжения процесса апелляции.

- Объяснит, как подать апелляцию 3-го уровня.

<u>Шаг 3:</u> Если ваше дело соответствует требованиям, вы решаете, хотите ли вы подавать апелляцию дальше.

- После 2-го уровня в процессе апелляции предусмотрены еще три уровня (всего пять уровней апелляции). Если вы хотите подать апелляцию 3-го уровня, подробная информация о том, как это сделать, содержится в письменном уведомлении, которое вы получите после подачи апелляции 2-м уровне.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или судьей-адвокатом. В разделе 10 этой главы поясняются процессы подачи апелляции уровня 3,4 и 5.

Раздел 6.5. Что делать, если вы просите нас вернуть вам деньги за полученный вами счет за медицинское обслуживание?

Мы не можем возмещать вам средства напрямую за услугу или изделие Medicaid. Если вы получаете счет за покрываемые Medicaid- услуги и изделия, пришлите этот

счет нам. **Вы не должны оплачивать счет самостоятельно.** Мы свяжемся с поставщиком напрямую и решим проблему со счетом. Но если вы оплатите счет, вы можете получить возмещение от этого поставщика медицинских услуг, если вы соблюдали правила получения услуги или изделия.

Обращение за возмещением — это обращение к нам за решением о покрытии

Если вы отправили нам бумажное обращение на возмещение, вы просите нас о решении о покрытии. Чтобы принять такое решение, мы проверим, является ли оплаченная вами медицинская помощь покрываемой. Мы также проверим, соблюдали ли вы правила использования своего покрытия медицинской помощи.

- **Если мы отвечаем «да» на ваш запрос:** Если медицинская помощь покрывается и вы выполнили все правила, мы отправим вам оплату ее стоимости в течение
  60 календарных дней после получения вашего запроса. Если вы еще не оплатили медицинскую помощь, мы отправим оплату непосредственно поставщику услуг.
- **Если мы отвечаем «нет» на ваш запрос:** Если медицинское обслуживание *не* покрывается или вы *не* выполнили все правила, мы не отправим платеж. Вместо этого, мы отправим вам письмо, в котором

указано, что мы не оплатим медицинскую помощь и по каким причинам.

Если вы не согласны с нашим решением отказать, **вы можете подать апелляцию**. Если вы подаете апелляцию, это означает, что вы просите нас изменить решение о покрытии, которое мы приняли, когда отклонили ваш запрос на оплату.

Чтобы подать апелляцию, придерживайтесь процесса подачи апелляции, который описан в разделе 5.3. Что касается апелляций о возмещении, обратите внимание:

- Мы должны дать наш ответ в течение 60 календарных дней с момента получения вашей апелляции. Если вы просите нас вернуть вам деньги за медицинскую помощь, которую вы уже получили и оплатили, вы не имеете права подавать срочную апелляцию.
- Если независимая проверяющая организация решит, что мы должны заплатить, мы должны отправить вам или поставщику услуг платеж в течение 30 календарных дней. Если на вашу апелляцию будет получен утвердительный ответ на любом этапе апелляционного процесса после уровня 2, мы должны отправить запрошенный вами платеж вам или поставщику услуг в течение 60 календарных дней.

РАЗДЕЛ 7 Ваши рецептурные препараты Части D: Как подать запрос на решение о покрытии или апелляцию

Раздел 7.1 В этом разделе вы узнаете, что делать, если у вас возникли проблемы с получением препарата Части D или вы хотите, чтобы мы вернули вам деньги за препарат Части D.

Ваши страховые льготы включают покрытие многих рецептурных препаратов. Чтобы получить покрытие, препарат должен использоваться по медицинским показаниям. (Для получения дополнительной информации о медицинских показаниях см. главу 5). Для получения подробной информации о препаратах, правилах, ограничениях и расходах Части D см. главы 5 и 6. **В этом разделе речь идет только о препаратах Части D.** Для простоты изложения мы обычно говорим *«препарат»* в остальных частях этого раздела, вместо того чтобы каждый раз повторять *«рецептурный препарат, покрываемый медицинской страховкой, для амбулаторного лечения»* или *«препарат Части D»*. Мы также используем термин «Перечень препаратов» вместо *«Перечень покрываемых препаратов»* или *«Фармакологический справочник».*

- Если вы не знаете, покрывается ли препарат медицинской страховкой или подпадаете ли вы под правила, вы можете спросить нас. Для покрытия некоторых препаратов необходимо получить от нас разрешение.
- Если в аптеке вам скажут, что ваше лекарство не может быть получено по выписанному рецепту, аптека предоставит вам письменное уведомление с объяснением того, как связаться с нами, чтобы запросить решение о покрытии.

Решения о покрытии по Части D и апелляции

Юридический термин
Первоначальное решение о покрытии ваших препаратов Части D называется **определением о покрытии.**

Решение о покрытии — это решение, которое мы принимаем в отношении ваших страховых выплат и покрытия или в отношении суммы, которую мы будем платить за ваши препараты. В этом разделе описано, что вы можете сделать, если оказались в одной из следующих ситуаций:

- Вам необходимо попросить покрыть препарат Части D, которого нет в *Перечне покрываемых препаратов* данного плана. **Попросить об исключении. Раздел 7.2**
- Вам необходимо попросить отменить ограничения на покрытие препарата (например, ограничения на количество препарата, которое вы можете получить) **Попросить об исключении. Раздел 7.2**
- Вам необходимо попросить предварительное разрешение на препарат. **Попросить решение о покрытии. Раздел 7.4**
- Оплатить уже купленный вами рецептурный препарат. **Попросить нас вернуть вам деньги. Раздел 7.4**

Если вы не согласны с принятым нами решением о покрытии, вы можете подать апелляцию.

В этом разделе вы узнаете, как подать запрос на решение о покрытии и как подать апелляцию.

Раздел 7.2 Что такое исключение?

Юридические термины
Запрос на покрытие препарата, которого нет в «Перечне препаратов», иногда называют запросом на исключение по **фармакологическому справочнику.** Запрос о снятии ограничения на покрытие препарата иногда называют запросом на исключение по **фармакологическому справочнику.** Запрос о снижении цены на неприоритетный покрываемый препарат иногда называют запросом на исключение по уровню **долевого участия.**

Если препарат не покрывается так, как вы хотели бы, вы можете попросить нас сделать **исключение**. Исключение — это тип решения о покрытии.

Чтобы мы рассмотрели ваш запрос на исключение, ваш врач или другое лицо, назначившее препарат, должны объяснить медицинские причины, по которым вы нуждаетесь в одобрении исключения. Ниже приведены два примера исключений, которые вы, ваш врач или другое лицо, назначившее препарат, можете попросить нас сделать:

1. **Покрытие препарата Части D, который не входит в наш «Перечень препаратов».**
2. **Снятие ограничения на покрываемый препарат**. В главе 5 описаны дополнительные правила или ограничения, которые применяются к определенным препаратам из нашего «Перечня препаратов».

Раздел 7.3 Важные вещи, которые нужно знать о запросе на исключения

Ваш врач должен сообщить нам о медицинских показаниях

Ваш врач или другое лицо, назначившее препарат, должен предоставить нам заключение, которое объясняет медицинские показания для запроса на исключение. Для ускорения принятия решения добавьте эту медицинскую информацию от вашего врача или другого лица, назначившего препарат, когда вы просите об исключении.

Обычно наш «Перечень препаратов» включает более одного препарата для лечения определенного заболевания. Эти различные возможности называются **альтернативными** препаратами. Если альтернативный препарат будет столь же эффективным, как и препарат, который вы запрашиваете, и не будет вызывать больше побочных

эффектов или других проблем со здоровьем, мы, как правило, *не* удовлетворим ваш запрос на исключение.

Мы можем ответить «да» или «нет» на ваш запрос

- Если мы одобряем ваш запрос на исключение, наше разрешение, как правило, действует до конца планового года. Оно действует до тех пор, пока ваш врач продолжает выписывать вам препарат и этот препарат остается безопасным и эффективным для лечения вашего заболевания.
- Если мы откажем вам в удовлетворении вашего запроса, вы можете подать апелляцию на пересмотр нашего решения.

Раздел 7.4 Пошаговая инструкция: Как подать запрос на решение о покрытии, в том числе на исключение

Юридический термин
Срочное решение о покрытии называется **ускоренным определением о покрытии.**

<u>Шаг 1:</u> Определитесь, нужно ли вам стандартное решение о покрытии или срочное решение о покрытии.

Стандартное решение о покрытии принимается в течение **72 часов** после того, как мы получим заключение от вашего врача. **Срочное решение о покрытии** принимается в течение **24 часов** после того, как мы получим заключение от вашего врача.

Если этого требует состояние вашего здоровья, попросите нас предоставить вам срочное решение о покрытии. **Чтобы получить срочное решение о покрытии, вы должны соответствовать двум требованиям:**

- Вы должны подать запрос на препарат, который вы еще не получили. (Вы не можете просить о срочном решении о покрытии, чтобы вернуть деньги за препарат, который вы уже приобрели).
- Применение стандартных сроков может нанести серьезный вред вашему здоровью или нарушить вашу работоспособность.
- **Если ваш врач или другое лицо, назначившее препарат, сообщит нам, что состояние вашего здоровья требует принятия срочного решения о покрытии, мы автоматически выдадим вам срочное решение о покрытии.**

- **Если вы попросите о срочном решении о покрытии самостоятельно, без поддержки вашего врача или лица, назначившего препарат, мы решим, требует ли ваше состояние здоровья принятия срочного решения о покрытии.** Если мы не одобрим срочное решение о покрытии, мы отправим вам письмо, в котором:
  - Объясним, что будем использовать стандартные сроки.
  - Объясним, что если ваш врач или другое лицо, назначившее препарат, обратится с просьбой о срочном принятии решения о покрытии, мы автоматически выдадим вам такое решение.
  - Расскажем, как вы можете подать срочную жалобу на наше решение о предоставлении вам стандартного решения о покрытии вместо запрашиваемого вами срочного решения о покрытии. Мы ответим на вашу жалобу в течение 24 часов с момента ее получения.

<u>Шаг 2:</u> Попросите предоставить стандартное или срочное решение о покрытии.

Позвоните, напишите или отправьте факс в наш план, чтобы запросить у нас разрешение или покрытие медицинской помощи, которая вам нужна. Вы также можете получить

доступ к процессу принятия решения о покрытии на нашем веб-сайте. Мы обязаны принять любой письменный запрос, в том числе запрос, поданный на бланке CMS Model Coverage Determination Request Form (CMS, Типовая форма запроса на определение о покрытии) или на бланке нашего плана, который доступен на нашем веб-сайте **careoregonadvantage.org/members/rx-and-drug-information/pharmacy-appeal-form**

Контактная информация приведена в главе 2. Чтобы помочь нам в обработке вашего запроса, обязательно укажите свое имя, контактную информацию и информацию о том, какую отклоненную претензию вы оспариваете.

Это можете сделать вы, ваш врач (или другое лицо, назначившее препарат) или ваш представитель. Вы также можете поручить адвокату действовать от вашего имени. В разделе 4 этой главы описано, как вы можете предоставить письменное разрешение другому лицу действовать в качестве вашего представителя.

- **Если вы подаете запрос об исключении, предоставьте подтверждающее заключение,** в котором изложите медицинские показания для такого исключения. Ваш врач или другое лицо, назначившее препарат, может отправить нам это заключение по факсу или по почте. Кроме того, ваш врач или другое лицо, назначившее

препарат, может сообщить нам об этом по телефону, а затем при необходимости отправить письменное заключение по факсу или по почте.

<u>Шаг 3:</u> Мы рассмотрим ваш запрос и предоставим ответ.

Сроки принятия срочного решения о покрытии

- Обычно мы должны предоставить вам ответ в **течение 24 часов после** получения запроса.
  - В исключительных случаях мы предоставим ответ в течение 24 часов после того, как получим подтверждающее заключение от вашего врача. Мы предоставим ответ быстрее, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - Если мы не уложимся в этот срок, мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции, где он будет рассмотрен организацией по проведению независимой экспертизы.
- **Если наш ответ «да» на весь ваш запрос или его часть,** мы обязаны предоставить покрытие, которое мы согласились предоставить, в течение 24 часов после получения вашего запроса или заключения врача, подтверждающего ваш запрос.

- **Если наш ответ «нет» на весь ваш запрос или его часть,** мы направим вам письменное заявление с объяснением причин отказа. Мы также сообщим вам, как вы можете подать апелляцию.

Сроки принятия стандартного решения о покрытии препарата, который вы еще не получили

- Обычно мы должны предоставить вам ответ **в течение 72 часов** после получения запроса.
  - В исключительных случаях мы предоставим ответ в течение 72 часов после того, как получим подтверждающее заключение от вашего врача. Мы предоставим ответ быстрее, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - Если мы не уложимся в этот срок, мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции, где он будет рассмотрен организацией по проведению независимой экспертизы.
- **Если наш ответ «да» на весь ваш запрос или его часть,** мы обязаны **предоставить покрытие**, которое мы согласились предоставить, **в течение 72 часов** после получения вашего запроса или заключения врача, подтверждающего ваш запрос.
- **Если наш ответ «нет» на весь ваш запрос или его часть**, мы направим вам письменное заявление с

объяснением причин отказа. Мы также сообщим вам, как вы можете подать апелляцию.

Сроки принятия стандартного решения о покрытии по оплате уже приобретенного вами препарата

- Мы должны предоставить вам ответ **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.
  - Если мы не уложимся в этот срок, мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции, где он будет рассмотрен организацией по проведению независимой экспертизы.
- **Если наш ответ «да» на весь ваш запрос или его часть,** мы также обязаны произвести вам выплату в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- **Если наш ответ «нет» на весь ваш запрос или его часть**, мы направим вам письменное заявление с объяснением причин отказа. Мы также сообщим вам, как вы можете подать апелляцию.

<u>Шаг 4:</u> Если мы откажем вам в запросе о покрытии, вы можете подать апелляцию.

- Если мы откажем, вы имеете право попросить нас пересмотреть это решение, подав апелляцию. Это означает повторный запрос на получение желаемого

покрытия препарата. Если вы подаете апелляцию, это означает, что вы переходите на 1-й уровень апелляционного процесса.

Раздел 7.5 Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию 1-го уровня

Юридические термины
Апелляция к плану в отношении решения о покрытии препарата Части D называется **переопределением плана.** Срочная апелляция также называется **ускоренным переопределением.**

<u>Шаг 1:</u> Определитесь, нужна ли вам стандартная или срочная апелляция.

Стандартная апелляция обычно подается в течение 7 дней. Срочная апелляция обычно подается в течение 72 часов. Если этого требует состояние вашего здоровья, попросите о срочной апелляции.

- Если вы подаете апелляцию на решение, которое мы приняли в отношении препарата, который вы еще не получили, вам и вашему врачу или другому лицу,

назначившему препарат, нужно будет решить, нужна ли вам срочная апелляция.

- Требования для получения срочной апелляции такие же, как и для получения срочного решения о покрытии, описанные в разделе 6.4 этой главы.

Шаг 2: Вы, ваш представитель, врач или другое лицо, назначившее препарат, должны связаться с нами и подать апелляцию 1-го уровня. Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, вы должны подать запрос на **срочную апелляцию.**

- **Для стандартной апелляции подайте запрос в письменной форме или позвоните нам.** Контактная информация приведена в главе 2.
- **Для срочной апелляции подайте запрос в письменной форме или позвоните нам по номеру** 503-416-4279 или по бесплатному номеру 888-712–3258. График работы: с 1 октября по 31 марта, с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю, с 1 апреля по 30 сентября, с 8:00 до 20:00, с понедельника по пятницу. Контактная информация приведена в главе 2.
- **Мы обязаны принять любой письменный запрос,** в том числе запрос, поданный на *бланке CMS*

Model Coverage Determination Request Form (Типовая форма запроса на определение о покрытии CMS), который доступен на нашем веб-сайте. Не забудьте указать свое имя, контактную информацию и информацию о вашей претензии, чтобы помочь нам в обработке вашего запроса.

- **Вы должны подать запрос на апелляцию в течение 65 календарных дней** с даты письменного уведомления, которое мы вам отправили, чтобы сообщить ответ о решении о покрытии. Если вы пропустили срок по уважительной причине, поясните причину задержки при подаче апелляции. Мы можем дать вам больше времени на подачу апелляции. Примеры уважительных причин могут включать серьезную болезнь, которая не позволила вам к нам обратиться или если мы предоставили вам неправильную либо неполную информацию о сроках запроса апелляции.
- **Вы можете попросить предоставить вам копию информации, содержащейся в вашей апелляции, и добавить дополнительную информацию.** Вы и ваш врач можете добавить дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции. Мы

имеем право взимать плату за копирование и отправку этой информации.

<u>Шаг 3:</u> Мы рассмотрим вашу апелляцию и дадим вам ответ.

- Рассматривая вашу апелляцию, мы еще раз внимательно изучаем всю информацию о вашем запросе на покрытие. Мы проверим, соблюдали ли мы все правила, когда отказали вам в удовлетворении вашего запроса. Мы можем связаться с вами, вашим врачом или другим лицом, назначившим препарат, чтобы получить дополнительную информацию.

Сроки рассмотрения срочной апелляции

- При срочной апелляции мы должны дать наш ответ **в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции**. Мы предоставим ответ быстрее, если этого требует состояние вашего здоровья.
    - Если мы не предоставим вам ответ в течение 72 часов, мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции, где он будет рассмотрен организацией по проведению независимой экспертизы. Раздел 6.6 объясняет процесс апелляции 2-го уровня.

- **Если наш ответ «да» на весь ваш запрос или его часть,** мы обязаны предоставить покрытие, которое мы согласились предоставить, в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- **Если наш ответ «нет» на весь ваш запрос или его часть,** мы направим вам письменное заявление, в котором объясним причины отказа и порядок обжалования нашего решения.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции по препарату, который вы еще не получили

- По стандартной апелляции мы должны предоставить вам ответ **в течение 7 календарных дней** после получения вашей апелляции. Мы предоставим вам решение быстрее, если вы еще не получили препарат, но состояние вашего здоровья требует этого.
    - Если мы не предоставим вам решение в течение 7 календарных дней, мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции, где он будет рассмотрен организацией по проведению независимой экспертизы. Раздел 6.6 объясняет процесс апелляции 2-го уровня.

- **Если наш ответ «да» на весь ваш запрос или его часть,** мы обязаны предоставить покрытие так быстро, как того требует состояние вашего здоровья, но не позднее чем через **7 календарных дней** после получения вашей апелляции. **Если наш ответ «нет» на весь ваш запрос или его часть**, мы направим вам письменное заявление, в котором объясним причины отказа и порядок обжалования нашего решения.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции по оплате уже приобретенного препарата

- Мы должны предоставить вам ответ **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.
  - Если мы не уложимся в этот срок, мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции, где он будет рассмотрен организацией по проведению независимой экспертизы.
- **Если наш ответ «да» на весь ваш запрос или его часть,** мы также обязаны произвести вам выплату в течение 30 календарных дней после получения вашего запроса.

- **Если наш ответ «нет» на весь ваш запрос или его часть**, мы направим вам письменное заявление с объяснением причин отказа. Мы также сообщим вам, как вы можете подать апелляцию.

Шаг 4: Если мы отклоним вашу апелляцию, вы решите, хотите ли вы продолжить процесс апелляции и подать *еще одну* апелляцию.

- Если вы решите подать еще одну апелляцию, это будет означать, что ваша апелляция переходит на 2-й уровень апелляционного процесса.

Раздел 7.6 Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию 2-го уровня

Юридический термин
Официальное название организации по проведению независимой экспертизы — **Независимая экспертная организация**. Иногда сокращенно называется **IRE** (Independent Review Entity).

Независимая проверяющая организация — это организация, которую нанимает Medicare. Она не связана с нами и не является государственным агентством. Эта организация решает, было ли принятое решение

правильным или его нужно изменить. Medicare контролирует ее работу.

<u>Шаг 1:</u> Вы (или ваш представитель, или ваш врач или другое лицо, назначившее препарат) должны обратиться в независимую экспертную организацию и попросить пересмотреть ваш случай.

- Если мы отклоним вашу апелляцию 1-го уровня, в направленном вам письменном уведомлении будут содержаться **инструкции о том, как подать апелляцию 2-го уровня** в организацию по проведению независимой экспертизы. В этих инструкциях будет указано, кто может подать апелляцию
  2-го уровня, какие сроки вы должны соблюдать и как связаться с организацией по проведению экспертизы. Если мы не завершили пересмотр в установленные сроки или приняли неблагоприятное решение по определению **группы риска** в рамках нашей программы управления препаратами, мы автоматически направим вашу претензию в IRE.
- Мы отправим информацию о вашей апелляции в эту организацию. Такая информация называется **материалы дела**. **Вы имеете право запросить у нас копию материалов дела**. Мы имеем право взимать с

вас плату за копирование и отправку вам такой информации.

- Вы имеете право передавать независимой проверяющей организации дополнительную информацию для поддержки вашей апелляции.

<u>Шаг 2:</u> Независимая проверяющая организация пересмотрит вашу апелляцию.

Специалисты независимой проверяющей организации тщательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией.

Сроки рассмотрения срочной апелляции

- Если этого требует состояние вашего здоровья, обратитесь в независимую экспертную организацию с просьбой провести срочную апелляцию.
- Если организация согласится рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке, она должна предоставить вам ответ на апелляцию 2-го уровня **в течение 72 часов** после получения запроса на апелляцию.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции

- В случае стандартной апелляции экспертная организация должна предоставить вам ответ на

апелляцию 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** после получения апелляции, если она касается препарата, который вы еще не получили. Если вы просите вернуть вам деньги за препарат, который вы уже приобрели, экспертная организация должна предоставить вам ответ на апелляцию 2-го уровня **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.

Шаг 3: Независимая проверяющая организация даст вам ответ.

- ***Для срочных апелляций:***
  - **Если независимая экспертная организация полностью или частично удовлетворит ваш запрос,** мы обязаны предоставить покрытие препарата, одобренное экспертной организацией, **в течение 24 часов** после получения решения от организации, проводящей экспертизу.
- ***Для стандартных апелляций:***
  - **Если независимая экспертная организация полностью или частично удовлетворит ваш запрос на покрытие,** мы обязаны **предоставить покрытие препарата**, одобренное экспертной организацией, **в течение 72**

часов после получения решения от организации, проводящей экспертизу.

- **Если независимая экспертная организация полностью или частично удовлетворит ваш запрос на возмещение стоимости** уже приобретенного вами препарата, мы обязаны **прислать вам платеж в течение 30 календарных дней** после получения решения от организации, проводящей экспертизу.

Что делать, если организация, которая проводит экспертизу, откажет в удовлетворении моей апелляции?

Если эта организация отклоняет вашу апелляцию полностью или частично, это означает, что она соглашается с нашим решением не удовлетворить ваш запрос (или его часть). (Это называется **поддержкой решения**. Это также называется **отклонением вашей апелляции**.). В этом случае независимая проверяющая организация отправит вам письмо, в котором:

- Объяснит свое решение.
- Она уведомит вас о праве на апелляцию 3-го уровня, если стоимость запрашиваемого вами покрытия препарата в долларах соответствует определенному минимуму. Если стоимость запрашиваемого вами покрытия препарата в долларах слишком мала, вы не

можете подать еще одну апелляцию, и решение на 2-м уровне является окончательным.

- Она сообщит вам стоимость в долларах, необходимую, чтобы продолжить процесс апелляции.

<u>Шаг 4:</u> Если ваше дело соответствует требованиям, вы решаете, хотите ли вы подавать апелляцию дальше.

- После 2-го уровня в процессе апелляции предусмотрены еще три уровня (всего пять уровней апелляции).
- Если вы хотите перейти к 3-му уровню апелляции, подробная информация о том, как это сделать, содержится в письменном уведомлении, которое вы получите после решения по апелляции 2-го уровня.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или судьей-адвокатом. Раздел 10 этой главы рассказывает больше о 3, 4 и 5 уровнях апелляционного процесса.

РАЗДЕЛ 8 Как запросить у нас покрытие более длительного пребывания в стационаре,

если вы считаете, что вас выписывают слишком рано

Когда вы попадаете в больницу, вы имеете право на получение всех покрываемых больничных услуг, необходимых для диагностики и лечения вашей болезни или травмы.

Во время вашего покрываемого пребывания в стационаре ваш врач и персонал больницы будут работать с вами над подготовкой к тому дню, когда вы покинете больницу. Они помогут организовать уход, который вам может понадобиться после выписки.

- День, когда вы покидаете больницу, называется **датой выписки**.
- Когда будет определена дата вашей выписки, ваш врач или персонал больницы сообщит вам об этом.
- Если вы считаете, что вас просят покинуть больницу слишком рано, вы можете попросить о более длительном пребывании в больнице, и ваша просьба будет рассмотрена.

Раздел 8.1 Во время пребывания в стационаре вы получите письменное уведомление от Medicare о ваших правах

В течение двух дней после госпитализации вы получите письменное уведомление под названием *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Важное сообщение от Medicare о ваших правах). Копию этого уведомления получает каждый участник плана Medicare. Если вы не получили сообщения от кого-то в больнице (например, от социального работника или медсестры), попросите его у любого работника больницы. Если вам нужна помощь, позвоните в Отдел клиентского обслуживания или по номеру 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно и без выходных. (Для пользователей TTY 1-877-486-2048).

1. **Внимательно ознакомьтесь с этим уведомлением и задавайте вопросы, если вам что-то непонятно.** В нем говорится о следующем:
   - Ваше право на получение услуг, покрываемых Medicare, во время и после пребывания в больнице, в соответствии с распоряжением вашего врача. Это включает право знать, что это за услуги, кто за них будет платить и где их можно получить.

- Ваше право на участие в принятии любых решений относительно вашего пребывания в больнице.
- Куда сообщать о любых беспокойствах относительно качества лечения в больнице.
- Ваше право **требовать немедленного пересмотра** решения о выписке, если вы считаете, что вас выписывают из больницы слишком рано. Это официальный, законный способ попросить об отсрочке даты выписки, чтобы мы могли покрыть ваше пребывание в больнице в течение более длительного времени.

2. **Вас попросят подписать письменное уведомление, чтобы показать, что вы его получили и понимаете свои права.**
   - Вас или лицо, действующее от вашего имени, попросят подписать уведомление.
   - Подписание уведомления свидетельствует *лишь* о том, что вы получили информацию о своих правах. В уведомлении не указывается дата вашей выписки. Подписание уведомления ***не означает***, что вы соглашаетесь на дату выписки.
3. **Храните свою копию** уведомления под рукой, чтобы иметь информацию о том, как подать апелляцию

(или сообщить о беспокойстве относительно качества медицинского обслуживания), если она вам понадобится.

- Если вы подписываете уведомление более чем за два дня до даты выписки, вы получите еще одну копию перед запланированной выпиской.
- Чтобы заранее ознакомиться с копией этого уведомления, вы можете позвонить в Отдел обслуживания клиентов или по телефону 1–800 MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно и без выходных. Для пользователей TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Вы также можете ознакомиться с уведомлением на сайте www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Раздел 8.2 Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию 1-го уровня по изменению даты выписки из больницы

Если вы хотите попросить, чтобы мы продлили покрытие ваших услуг в стационаре на более длительный срок, вам нужно воспользоваться процедурой подачи апелляции,

чтобы подать этот запрос. Прежде чем начать, поймите, что вам нужно сделать и каковы сроки.

- **Следуйте процедуре.**
- **Соблюдайте сроки.**
- **Попросите о помощи, если она вам нужна**. Если у вас возникли вопросы или вам нужна помощь в любое время, позвоните в Отдел клиентского обслуживания. Или позвоните в State Health Insurance Assistance Program (Государственную программу помощи по медицинскому страхованию), правительственную организацию, которая предоставляет персонализированную помощь.

При рассмотрении апелляции 1-го уровня вашу апелляцию рассматривает Quality Improvement Organization. Она проверяет, является ли запланированная дата выписки приемлемой для вас по медицинским показаниям.

Quality Improvement Organization — группа врачей и других медицинских работников, которые получают зарплату от федерального правительства за проверку и помощь в улучшении качества обслуживания участников программы Medicare. Это включает в себя пересмотр дат выписки из

больницы для участников программы Medicare. Эти специалисты не являются частью нашего плана.

<u>Шаг 1:</u> Обратитесь в Quality Improvement Organization вашего штата и попросите немедленно пересмотреть дату вашей выписки из больницы. Вы должны действовать быстро.

Как связаться с этой организацией?

- В полученном вами письменном уведомлении (*Важное сообщение от Medicare о ваших правах*) указано, как связаться с этой организацией. Или найдите название, адрес и номер телефона Quality Improvement Organization в вашем штате в главе 2.

Действуйте быстро:

- Чтобы подать апелляцию, вы должны связаться с Quality Improvement Organization *до того*, как покинете больницу, и **не позднее полуночи в день выписки.**
    - **Если вы уложитесь в этот срок,** вы можете остаться в больнице *после* выписки, *не оплачивая ее*, пока будете ждать решения от Quality Improvement Organization.
    - **Если вы *не* уложитесь в этот срок** и решите остаться в больнице после запланированной

даты выписки, *возможно, вам придется оплатить все расходы* на больничное обслуживание, полученное после запланированной даты выписки.

После того как вы подадите запрос на немедленный пересмотр вашей выписки из больницы, Quality Improvement Organization свяжется с нами. До полудня следующего дня после того, как с нами свяжутся, мы вышлем вам **Detailed Notice of Discharge** (Подробное уведомление о выписке). В этом уведомлении указывается запланированная дата выписки и подробно объясняются причины, почему ваш врач, больница и мы считаем, что вас правильно (по медицинским показаниям) выписать именно в эту дату.

Вы можете получить образец уведомления Detailed Notice of Discharge, позвонив в Отдел клиентского обслуживания или по телефону 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно и без выходных. (Для пользователей TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.) Или вы можете посмотреть образец уведомления на сайте www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

<u>Шаг 2:</u> Quality Improvement Organization проводит независимое рассмотрение вашего дела.

- Медицинские работники Quality Improvement Organization (эксперты) спросят вас (или вашего представителя), почему вы считаете, что покрытие услуг должно быть продлено. Вам не нужно ничего готовить в письменной форме, но вы можете сделать это по желанию.
- Эксперты также ознакомятся с вашей медицинской информацией, поговорят с вашим врачом и изучат информацию, предоставленную им больницей и нами.
- До полудня следующего дня после того, как эксперты сообщили нам о вашей апелляции, вы получите от нас письменное уведомление с указанием запланированной даты выписки. В этом уведомлении также подробно объясняются причины, почему ваш врач, больница и мы считаем, что вас правильно (по медицинским показаниям) выписать именно в эту дату.

<u>Шаг 3:</u> В течение одного полного дня после получения всей необходимой информации Quality Improvement Organization предоставит вам ответ на вашу апелляцию.

Что произойдет, если ответ будет положительным?

- Если экспертная организация даст *положительный ответ*, **мы должны продолжать предоставлять вам покрываемые услуги стационарного лечения в больнице до тех пор, пока они будут необходимы по медицинским показаниям.**
- Вам придется продолжать оплачивать свою долю расходов (например, франшизу или доплаты, если они применяются). Кроме того, могут существовать ограничения на больничные услуги, покрываемые планом.

Что произойдет, если ответ будет отрицательным?

- Если экспертная организация дает *отрицательный ответ*, это означает, что запланированная дата выписки является приемлемой по медицинским показаниям. В таком случае **наше покрытие услуг стационарного лечения в больнице прекращается** в полдень следующего дня *после* того, как Quality Improvement Organization предоставит вам ответ на вашу апелляцию.

- Если экспертная организация *отклонит* вашу апелляцию, а вы решите остаться в больнице, **возможно, вам придется оплатить полную стоимость** стационарного лечения, которое вы получите после полудня следующего дня после того, как Quality Improvement Organization предоставит вам ответ на вашу апелляцию.

<u>Шаг 4:</u> Если ответ на вашу апелляцию 1-го уровня отрицательный, вы решаете, хотите ли вы подать еще одну апелляцию.

- Если Quality Improvement Organization *отказала* вам в удовлетворении апелляции, а вы *остаетесь* в больнице после запланированной даты выписки, вы можете подать еще одну апелляцию. Подача повторной апелляции означает, что вы переходите на **2-й уровень** апелляционного процесса.

Раздел 8.3 Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию 2-го уровня по изменению даты выписки из больницы

Во время апелляции 2-го уровня вы просите Quality Improvement Organization еще раз пересмотреть свое решение, принятое по вашей первой апелляции. Если Quality Improvement Organization отклонит вашу апелляцию

2-го уровня, возможно, вам придется оплатить полную стоимость пребывания в больнице после запланированной даты выписки.

<u>Шаг 1:</u> Снова обратитесь в Quality Improvement Organization и попросите об еще одном рассмотрении.

- Вы должны обратиться за этим рассмотрением **в течение 60 календарных дней** после того, как Quality Improvement Organization *отказала* вам в удовлетворении апелляции 1-го уровня. Вы можете подать запрос на это рассмотрение только в том случае, если вы остаетесь в больнице после даты прекращения действия вашего покрытия на медицинское обслуживание.

<u>Шаг 2:</u> Quality Improvement Organization проводит повторное рассмотрение вашей ситуации.

- Эксперты Quality Improvement Organization еще раз тщательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией.

<u>Шаг 3:</u> В течение 14 календарных дней после получения вашего запроса на апелляцию 2-го уровня эксперты примут решение по вашей апелляции и сообщат вам о своем решении.

Если экспертная организация примет положительное решение:

- **Мы должны возместить вам** нашу долю расходов на стационарное лечение, которое вы получили, начиная с полудня следующего дня после даты, когда Quality Improvement Organization отклонила вашу первую апелляцию. **Мы должны продолжать покрывать ваше стационарное лечение в больнице до тех пор, пока оно является необходимым по медицинским показаниям**.
- Вы должны продолжать оплачивать свою долю расходов, при этом могут действовать ограничения по покрытию.

Если экспертная организация примет отрицательное решение:

- Это означает, что она соглашается с решением, принятым по вашей апелляции 1-го уровня.
- В письменном уведомлении, которое вы получите, будет указано, что вы можете сделать, если хотите продолжить процесс рассмотрения.

<u>Шаг 4:</u> Если ответ отрицательный, вам нужно будет решить, хотите ли вы продолжить рассмотрение апелляции на 3-м уровне.

- После 2-го уровня в процессе апелляции предусмотрены еще три уровня (всего пять уровней апелляции). Если вы хотите подать апелляцию 3-го уровня, подробная информация о том, как это сделать, содержится в письменном уведомлении, которое вы получите после решения по апелляции 2-го уровня.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или судьей-адвокатом. Раздел 10 этой главы рассказывает больше о 3, 4 и 5 уровнях апелляционного процесса.

РАЗДЕЛ 9 Как попросить нас продлить покрытие определенных медицинских услуг, если

вы считаете, что ваше покрытие заканчивается слишком рано

Раздел 9.1	***В этом разделе говорится только о трех услугах:*** **услугах медицинского обслуживания на дому, в центре сестринского ухода и в комплексном амбулаторном реабилитационном учреждении (CORF)**

Если вы получаете покрываемые услуги **медицинского обслуживания на дому, квалифицированный сестринский уход или реабилитационную помощь (комплексное амбулаторное реабилитационное учреждение)**, вы имеете право продолжать получать услуги по данному виду медицинской помощи до тех пор, пока они необходимы для диагностики и лечения вашего заболевания или травмы.

Когда мы решим, что пришло время прекратить покрытие любого из трех видов медицинской помощи, мы обязаны сообщить вам об этом заранее. Когда покрытие этого медицинского обслуживания закончится, *мы прекратим его оплачивать*.

Если вы считаете, что мы прекращаем покрытие вашего медицинского обслуживания слишком рано, **вы можете**

подать апелляцию на наше решение. В этом разделе вы узнаете, как подать апелляцию.

Раздел 9.2 Мы заранее уведомим вас о прекращении покрытия

Юридический термин
Уведомление о прекращении покрытия по программе Medicare. В нем вы узнаете, как подать запрос на **ускоренную апелляцию.** Запрос на ускоренную апелляцию — это официальный, законный способ подать запрос на изменение нашего решения о покрытии в отношении прекращения вашего медицинского обслуживания.

1. **Вы получаете письменное уведомление** не менее чем за два дня до того, как наш план собирается прекратить покрытие вашего медицинского обслуживания. Из уведомления вы узнаете:
   - Дату, по состоянию на которую мы прекратим покрытие вашего медицинского обслуживания.
   - Как подать ускоренную апелляцию, чтобы попросить нас продлить покрытие вашего медицинского

обслуживания на более длительный период времени.

2. **Вас или лицо, действующее от вашего имени, попросят подписать письменное уведомление, чтобы показать, что вы его получили.** Подписание уведомления свидетельствует *только* о том, что вы получили информацию о том, когда ваше покрытие будет прекращено. **Подписание уведомления <u>не</u> означает, что вы согласны** с решением плана о прекращении медицинского обслуживания.

Раздел 9.3 Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию 1-го уровня, чтобы наш план покрывал ваше медицинское обслуживание на более длительный период

Если вы хотите попросить нас покрыть ваше медицинское обслуживание на более длительный период, вам нужно воспользоваться процедурой подачи апелляции, чтобы подать этот запрос. Прежде чем начать, поймите, что вам нужно сделать и каковы сроки.

- **Следуйте процедуре.**
- **Соблюдайте сроки.**

- **Попросите о помощи, если она вам нужна**. Если у вас возникли вопросы или вам нужна помощь в любое время, позвоните в Отдел клиентского обслуживания. Или позвоните в State Health Insurance Assistance Program (Государственную программу помощи по медицинскому страхованию), правительственную организацию, которая предоставляет персонализированную помощь.

При рассмотрении апелляции 1-го уровня вашу апелляцию рассматривает Quality Improvement Organization. Она решает, является ли дата прекращения вашего медицинского обслуживания обоснованной по медицинским показаниям.

Шаг 1: Подайте апелляцию 1-го уровня: свяжитесь с Quality Improvement Organization и попросите об ускоренном рассмотрении апелляции. Вы должны действовать быстро.

Как связаться с этой организацией?

- В полученном вами письменном уведомлении *Notice of Medicare Non-Coverage (Уведомлении о прекращении покрытия по программе Medicare)* указано, как связаться с этой организацией. (Или

найдите название, адрес и номер телефона Quality Improvement Organization в вашем штате в главе 2.)

Действуйте быстро:

- Вы должны обратиться в Quality Improvement Organization для подачи апелляции **до полудня дня, предшествующего дате вступления в силу** *Notice of Medicare Non-Coverage (Уведомлении о прекращении покрытия по программе Medicare)*.
- Если вы пропустили срок обращения в Quality Improvement Organization, у вас все еще может быть право на подачу апелляции. Обратитесь в организацию по повышению качества.

<u>Шаг 2:</u> Quality Improvement Organization проводит независимое рассмотрение вашего дела.

Юридический термин
Подробное разъяснение о прекращении покрытия. Уведомление, содержащее подробную информацию о причинах прекращения покрытия.

Что происходит во время этого рассмотрения?

- Медицинские работники Quality Improvement Organization (эксперты) спросят вас или вашего представителя, почему вы считаете, что покрытие

услуг должно быть продлено. Вам не нужно ничего готовить в письменной форме, но вы можете сделать это по желанию.

- Экспертная организация также ознакомится с вашей медицинской информацией, поговорит с вашим врачом и изучит информацию, которую им предоставил наш план.
- До конца дня, когда эксперты сообщат нам о вашей апелляции, вы получите от нас **Detailed Explanation of Non-Coverage (Подробное разъяснение о прекращении покрытия)**, в котором подробно объясняются наши причины прекращения покрытия ваших услуг.

Шаг 3: В течение одного полного дня после того, как эксперты получат всю необходимую информацию, они сообщат вам о своем решении.

Что произойдет, если эксперты примут положительное решение?

- Если эксперты примут *положительное решение* по вашей апелляции, **мы обязаны продолжать предоставлять вам покрываемые услуги до тех пор, пока это будет необходимо по медицинским показаниям.**

- Вам придется продолжать оплачивать свою долю расходов (например, франшизу или доплаты, если они применяются). Могут существовать ограничения на ваши покрываемые услуги.

Что произойдет, если эксперты примут отрицательное решение?

- Если эксперты примут *отрицательное решение*, то **ваше покрытие оканчивается в указанную нами дату.**
- Если вы решите продолжать получать услуги медицинского обслуживания на дому, в центре сестринского ухода или в комплексном амбулаторном реабилитационном учреждении (CORF) *после* этой даты окончания покрытия, **вам придется оплатить полную стоимость** этого медицинского обслуживания самостоятельно.

<u>Шаг 4:</u> Если ответ на вашу апелляцию 1-го уровня отрицательный, вы решаете, хотите ли вы подать еще одну апелляцию.

- Если эксперты *откажут* вам в удовлетворении апелляции 1-го уровня, а вы <u>решите продолжать</u> получать медицинское обслуживание после окончания срока действия покрытия, вы можете подать апелляцию 2-го уровня.

Раздел 9.4 Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию 2-го уровня, чтобы наш план покрывал ваше медицинское обслуживание на более длительный период

Во время апелляции 2-го уровня вы просите Организацию по повышению качества еще раз пересмотреть решение, принятое по вашей первой апелляции. Если Quality Improvement Organization отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость услуг медицинского обслуживания на дому, в центре сестринского ухода или в комплексном амбулаторном реабилитационном учреждении (CORF) *после* заявленной нами даты окончания вашего покрытия.

<u>Шаг 1:</u> Снова обратитесь в Организацию по повышению качества и попросите об еще одном рассмотрении.

- Вы должны обратиться за этим рассмотрением **в течение 60 дней** после того, как Quality Improvement Organization *отказала* вам в удовлетворении апелляции 1-го уровня. Вы можете подать запрос на это рассмотрение, только если вы продолжали получать медицинское обслуживание после даты прекращения действия вашего покрытия на медицинское обслуживание.

<u>Шаг 2:</u> Quality Improvement Organization проводит повторное рассмотрение вашей ситуации.

- Эксперты Quality Improvement Organization еще раз тщательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией.

<u>Шаг 3:</u> В течение 14 дней после получения вашего запроса на апелляцию эксперты примут решение по вашей апелляции и сообщат вам о своем решении.

Что произойдет, если экспертная организация примет положительное решение?

- **Мы должны возместить вам** нашу долю расходов на медицинское обслуживание, которое вы получили с заявленной нами даты о прекращении покрытия. **Мы должны продолжать предоставлять покрытие** на медицинское обслуживание до тех пор, пока оно будет необходимым по медицинским показаниям.
- Вы должны продолжать оплачивать свою долю расходов, и к вам могут применяться определенные ограничения на покрытие.

Что произойдет, если экспертная организация примет отрицательное решение?

- Это означает, что она соглашается с решением, принятым по вашей апелляции 1-го уровня.

- В письменном уведомлении, которое вы получите, будет указано, что вы можете сделать, если хотите продолжить процесс рассмотрения. В нем вы получите подробную информацию о том, как перейти к следующему уровню апелляции, который рассматривается судьей по административным делам или судьей-адвокатом.

Шаг 4: Если ответ отрицательный, вам нужно будет решить, хотите ли вы подавать апелляцию дальше.

- После 2-го уровня предусмотрены еще три уровня апелляции, всего пять уровней апелляции. Если вы хотите перейти к апелляции 3-го уровня, подробная информация о том, как это сделать, содержится в письменном уведомлении, которое вы получите после решения по апелляции 2-го уровня.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или судьей-адвокатом. Раздел 10 этой главы рассказывает больше о 3, 4 и 5 уровнях апелляционного процесса.

ГЛАВА 10 Передача апелляции на 3-й и последующие уровни

Раздел 10.1 Апелляции 3, 4 и 5 уровней для запросов на медицинские услуги

Этот раздел может быть полезным для вас, если вы подали апелляцию 1-го и 2-го уровней, и обе ваши апелляции были отклонены.

Если стоимость обжалованного вами предмета или медицинской услуги в долларах США соответствует определенному минимальному уровню, вы можете перейти на следующие уровни апелляции. Если стоимость в долларах США меньше минимального уровня, вы не можете подавать апелляцию дальше. В письменном ответе, который вы получите на апелляцию 2-го уровня, будет разъяснено, как подать апелляцию 3-го уровня.

Для большинства ситуаций, связанных с апелляциями, последние три уровня апелляции работают почти одинаково. Ниже приведена информация о том, кто рассматривает вашу апелляцию на каждом из этих уровней.

Апелляция 3-го уровня	**Судья по административным делам или судья-адвокат, работающий на федеральное правительство,** рассмотрит вашу апелляцию и даст вам ответ.

- **Если судья по административным делам или судья-адвокат примет положительное решение по вашей апелляции, процесс апелляции может быть *завершен*, а может и *не* завершиться**. В отличие от решения по апелляции 2-го уровня, мы имеем право обжаловать положительное для вас решение 3-го уровня. Если мы решим подать апелляцию, она перейдет на 4-й уровень.
  - Если мы решим *не* подавать апелляцию, мы должны разрешить или предоставить вам медицинское обслуживание в течение 60 календарных дней после получения решения судьи по административным делам или судьи-адвоката.
  - Если мы решим подать апелляцию на решение, мы отправим вам копию запроса на апелляцию 4-го уровня со всеми сопроводительными документами. Мы можем дождаться решения по апелляции 4-го уровня, прежде чем дать разрешение или предоставить спорное медицинское обслуживание.

- **Если судья по административным делам или судья-адвокат примет отрицательное решение по вашей апелляции, процесс апелляции может быть *завершен*, а может и *не* завершиться**.
  - Если вы решите согласиться с решением об отклонении вашей апелляции, процесс апелляции завершится.
  - Если вы не желаете соглашаться с решением, вы можете перейти на следующий уровень процесса рассмотрения. В уведомлении, которое вы получите, будет указано, что делать для апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня:	**Medicare Appeals Council** (Council) рассмотрит вашу апелляцию и даст вам ответ. Совет является частью федерального правительства.

- **Если ответ будет положительным или если Совет отклонит наш запрос на пересмотр положительного решения по апелляции 3-го уровня, процесс апелляции может быть *завершен*, а может и *не* завершиться.** В отличие от решения 2-го уровня, мы имеем право обжаловать положительное для вас

решение 4-го уровня. Мы решим, подавать ли по этому решению апелляцию на 5-й уровень.

- Если мы решим *не* подавать апелляцию по решению, мы должны разрешить или предоставить вам медицинское обслуживание в течение 60 календарных дней после получения решения Совета.
- Если мы решим подать апелляцию по решению, мы сообщим вам об этом в письменной форме.

- **Если ответ будет отрицательным или если Совет отклонит запрос на пересмотр, процесс апелляции может быть *завершен*, а может и *не* завершиться**.
  - Если вы решите согласиться с решением об отклонении вашей апелляции, процесс апелляции завершится.
  - Если вы не желаете соглашаться с решением, вы можете продолжить процесс пересмотра на следующем уровне. Если Совет откажет в удовлетворении вашей апелляции, в полученном вами уведомлении будет сказано, позволяют ли вам правила перейти к апелляции 5-го уровня и как продолжить апелляцию 5-го уровня.

Апелляция 5-го уровня	Ваша апелляция будет рассматриваться судьей **Federal District Court (Федерального окружного суда)**.

- Судья рассмотрит всю информацию и решит, *удовлетворить* ваш запрос или *нет*. Это окончательный ответ. После Federal District Court больше нет уровней апелляции.

Раздел 10.2 Апелляции 3, 4 и 5-го уровней для запросов на препараты части D

Этот раздел может быть полезным для вас, если вы подали апелляцию 1-го и 2-го уровней, и обе ваши апелляции были отклонены.

Если стоимость обжалованного вами препарата достигает определенной суммы в долларах США, вы можете перейти к следующим уровням апелляции. Если стоимость в долларах США меньше, вы не можете подавать апелляцию дальше. В письменном ответе, который вы получите на апелляцию 2-го уровня, будет указано, к кому обращаться и что делать, чтобы подать апелляцию 3-го уровня.

Для большинства ситуаций, связанных с апелляциями, последние три уровня апелляции работают почти одинаково. Ниже приведена информация о том, кто рассматривает вашу апелляцию на каждом из этих уровней.

Апелляция 3-го уровня	**Судья по административным делам или судья-адвокат, работающий на федеральное** правительство, рассмотрит вашу апелляцию и даст вам ответ.

- **Если ответ будет положительным, процесс апелляции завершится**. Мы должны предоставить **разрешение или обеспечить покрытие** препарата, которое было одобрено судьей по административным делам или судьей-адвокатом, **в течение 72 часов (24 часа для ускоренных апелляций) или произвести оплату не позднее чем через 30 календарных дней** после получения нами решения.
- **Если ответ будет отрицательным, процесс апелляции *может* быть завершен, а *может и не* завершиться**.
  - Если вы решите согласиться с решением об отклонении вашей апелляции, процесс апелляции завершится.
  - Если вы не желаете соглашаться с решением, вы можете перейти на следующий уровень процесса рассмотрения. В уведомлении, которое вы получите, будет указано, что делать для апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня	**Medicare Appeals Council** (Council) рассмотрит вашу апелляцию и даст вам ответ. Совет является частью федерального правительства.

- **Если ответ будет положительным, процесс апелляции завершится**. Мы должны предоставить **разрешение или обеспечить покрытие** препарата, которое было одобрено Советом**, в течение 72 часов (24 часа для ускоренных апелляций) или произвести оплату не позднее чем через 30 календарных дней** после получения нами решения.
- **Если ответ будет отрицательным, процесс апелляции *может* быть завершен, а *может и не* завершиться**.
  - Если вы решите согласиться с решением об отклонении вашей апелляции, процесс апелляции завершится.
  - Если вы не желаете соглашаться с решением, вы можете продолжить процесс пересмотра на следующем уровне. Если Совет откажет в удовлетворении вашей апелляции или отклонит ваш запрос на пересмотр апелляции, в уведомлении будет указано, позволяют ли правила переходить к апелляции 5-го уровня. В нем также

будет указано, к кому обращаться и что делать дальше, если вы решите продолжить подачу апелляции.

Апелляция 5-го уровня	Ваша апелляция будет рассматриваться судьей **Federal District Court**.

- Судья рассмотрит всю информацию и решит, *удовлетворить* ваш запрос или *нет*. Это окончательный ответ. После Federal District Court больше нет уровней апелляции.

РАЗДЕЛ 11 Как подать жалобу относительно качества медицинской помощи, времени ожидания, обслуживания или других проблем

Раздел 11.1 Какие проблемы решаются в процессе подачи жалоб?

Процесс подачи жалоб используется *только* для определенных типов проблем. К ним относятся проблемы, связанные с качеством медицинской помощи, временем ожидания и клиентским обслуживанием. Ниже приведены примеры типов проблем, которые решаются с помощью процесса подачи жалоб.

Жалоба	Пример
Качество медицинской помощи	• Вы недовольны качеством полученной медицинской помощи (в том числе в больнице)?
Уважение вашего права на неприкосновенность частной жизни	• Кто-то не проявлял уважения к вашему праву на неприкосновенность частной жизни или поделился конфиденциальной информацией о вас?
Неуважение, плохое клиентское обслуживание или другое негативное поведение	• Вам кто-то нагрубил или проявил неуважение? • Вы недовольны нашим Отделом клиентского обслуживания? • Считаете ли вы, что вас подталкивают выйти из плана?

Жалоба	Пример
Время ожидания	• У Вас проблемы с тем, чтобы попасть на прием, или слишком долго ждете его? • Заставляли ли вас слишком долго ждать врачи, фармацевты или другие медицинские работники? Или наш Отдел клиентского обслуживания или другой персонал плана? ○ Примеры включают слишком долгое ожидание по телефону, в приемном покое или смотровой, или при получении препарата по рецепту.
Чистота	• Вы недовольны чистотой или состоянием клиники, больницы или кабинета врача?
Информация, которую вы получаете от нас	• Мы не направили вам нужное уведомление? • Трудно понять нашу письменную информацию?

Своевременность (Все эти типы жалоб касаются *своевременности* наших действий, связанных с решениями о покрытии и апелляциями)	Если вы обратились за решением о покрытии или подали апелляцию и считаете, что мы реагируем недостаточно быстро, вы можете подать жалобу на нашу медлительность. Вот примеры: • Вы попросили нас о срочном решении о покрытии или срочной апелляции, а мы ответили отказом; вы можете подать жалобу. • Вы считаете, что мы не соблюдаем сроки принятия решения о покрытии или подачи апелляции; вы можете подать жалобу. • Вы считаете, что мы не соблюдаем сроки покрытия или возмещения расходов на определенные медицинские изделия, услуги или препараты, которые были одобрены; вы можете подать жалобу.

Жалоба	Пример
	• Вы считаете, что мы не соблюли необходимые сроки для направления вашего дела в независимую экспертную организацию; вы можете подать жалобу.

Раздел 11.2 Как подать жалобу

Юридические термины
• **Жалоба** также называется **претензией.** • **Подача жалобы** также называется **подачей претензии.** • **Использование процесса подачи жалоб** также называется **использованием процесса подачи претензии.** • **Срочная жалоба** также называется **ускоренной жалобой.**

Раздел 11.3 Пошаговая инструкция: Подача жалобы

<u>Шаг 1:</u> Немедленно свяжитесь с нами — по телефону или письменно.

- **Обычно первым шагом является звонок в Отдел клиентского обслуживания.** Если вам нужно сделать что-то еще, Отдел клиентского обслуживания сообщит вам об этом.
- **Если вы не хотите звонить (или вы позвонили и остались недовольны), вы можете изложить свою жалобу в письменной форме и отправить ее нам.** Если вы подадите жалобу в письменной форме, мы ответим на вашу жалобу письменно. Вот как это работает:
    - Жалоба (претензия) может быть подана в устной или письменной форме в Отдел клиентского обслуживания.
    - Жалоба рассматривается Координатором по рассмотрению претензий (Grievance Coordinator), который пришлет письмо-подтверждение в течение пяти рабочих дней.
    - Мы должны рассмотреть вашу жалобу настолько быстро, насколько этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее чем через 30 дней после получения жалобы.

  - Если вы подаете жалобу из-за того, что мы отклонили ваш запрос на «быстрое решение о покрытии» или «быструю апелляцию», вы имеете право подать «быструю жалобу». Когда вы подаете «быструю жалобу», это означает, что мы предоставим вам ответ в течение 24 часов.
  - Мы можем продлить этот срок до 14 дней, если вы попросите об этом, или если мы обоснуем необходимость получения дополнительной информации, а задержка будет в ваших интересах.

- **Конечный срок подачи жалобы** составляет 60 календарных дней с момента возникновения проблемы, на которую вы хотите пожаловаться.

<u>Шаг 2:</u> Мы рассматриваем вашу жалобу и предоставляем вам ответ.

- **Если это возможно, мы ответим вам сразу.** Если вы позвоните нам с жалобой, возможно, мы сможем предоставить вам ответ во время того же телефонного разговора.
- **На большинство жалоб мы отвечаем в течение 30 календарных дней.** Если нам нужна дополнительная

информация и задержка в ваших интересах или если вы попросите больше времени, мы можем продлить срок ответа на вашу жалобу до
14 календарных дней (всего 44 календарных дня). Если мы решим взять дополнительные дни, мы сообщим вам об этом в письменной форме.

- **Если вы подаете жалобу из-за того, что мы отклонили ваш запрос на срочное решение о покрытии или срочную апелляцию, мы автоматически предоставим вам срочную жалобу.** Если вы подаете срочную жалобу, это означает, что мы предоставим вам **ответ в течение 24 часов**.
- **Если мы не согласны** с некоторыми или всеми пунктами вашей жалобы или не несем ответственности за проблему, на которую вы жалуетесь, мы укажем наши причины в ответе.

Раздел 11.4 Вы также можете подать жалобу на качество обслуживания в Организацию по повышению качества

Если ваша жалоба касается *качества медицинского обслуживания*, у вас также есть две дополнительные возможности:

- **Вы можете подать жалобу непосредственно в Организацию по повышению качества**. Quality Improvement Organization — это группа практикующих врачей и других медицинских специалистов, которые получают зарплату от федерального правительства за проверку и улучшение медицинского обслуживания пациентов Medicare. Контактная информация приведена в главе 2.

Или

- **Вы можете подать жалобу одновременно в Организацию по повышению качества и к нам**.

Раздел 11.5 Вы также можете сообщить Medicare о своей жалобе

Вы можете подать жалобу на план CareOregon Advantage Plus непосредственно в Medicare. Чтобы подать жалобу в Medicare, перейдите на страницу www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Вы также можете позвонить по телефону 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY/TDD следует звонить по телефону 1-877-486-2048.

ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВАШИМИ ВЫПЛАТАМИ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAID

РАЗДЕЛ 12 Решение проблем, связанных с вашими выплатами Medicaid

Как подать апелляцию на решение

При подаче апелляции ваш план Medicaid Managed Care Plan попросит медицинского работника пересмотреть ваше дело. Чтобы подать запрос на апелляцию:

- Позвоните или напишите в отдел клиентского обслуживания вашего плана Medicaid Managed Care Plan
- Позвоните или напишите в OHP, если вы пользуетесь Fee-For-Service OHP.

Вы можете подать запрос на апелляцию и слушание, заполнив форму «Appeal and Hearing Request Form» («Форма запроса на апелляцию и слушание») (OHP 3302 или MSC 443). Ваш план Medicaid Managed Care Plan приложит эту форму к письму с уведомлением «Notice of Adverse Benefit Determination» (NOABD, Уведомление об определении побочных выплат). Вы также можете получить эту форму на желаемом языке, позвонив в свой план Medicaid Managed Care Plan, в отдел обслуживания

клиентов OHP или в Интернете по адресу: ***oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Forms.aspx***

Если вам нужна помощь в подаче апелляции, позвоните в Medicaid Managed Care Plan. В течение 16 дней вы получите от них «Notice of Appeal Resolution» («Уведомление о решении по апелляции»). В нем вы узнаете, согласен или не согласен ли эксперт с решением OHP или вашего плана Medicaid Managed Care Plan. Тем временем, возможно, вы сможете продолжать получать услугу, предоставление которой было приостановлено:

- Попросите свой план Medicaid Managed Care Plan продолжить предоставление услуги;
- Попросите в течение 10 дней с даты вступления в силу письма с NOABD.
- Если вы получили письмо после даты вступления в силу, позвоните для получения инструкций.
- Если эксперт согласится с первоначальным решением, возможно, вам придется заплатить за услуги, полученные после даты вступления в силу, указанной в письме с NOABD.

Если вам нужна срочная (ускоренная) апелляция

Вы и ваш врач можете считать, что у вас возникла срочная медицинская, стоматологическая или психиатрическая проблема, которая не может ждать обычной апелляции. В

этом случае сообщите своему плану Medicaid Managed Care Plan, что вы нуждаетесь в срочной (ускоренной) апелляции. Отправьте свой запрос по факсу. Приложите заключение от вашего врача или попросите его позвонить и объяснить, почему апелляция является срочной. Если ваш план Medicaid Managed Care Plan согласен с тем, что апелляция является срочной, вам позвонят и сообщат о своем решении в течение 72 часов.

Апелляции поставщика услуг

Ваш поставщик услуг имеет право подать апелляцию от вашего имени, если план Medicaid Managed Care Plan отклоняет его распоряжение. Вы должны дать согласие на это в письменной форме.

Как добиться административного слушания

Участники плана Medicaid Managed Care Plan и лица, участвующие в программе Fee-For-Service OHP, могут подать заявление на слушание к судье по административным делам штата Oregon. У вас есть 120 дней с даты получения отказа в услуге «Notice of Adverse Benefit Determination» (NOABD) или «Notice of Appeal Resolution» («Уведомления о решении по апелляции»), чтобы обратиться к OHP с просьбой о проведении слушания.

Вы можете подать запрос на проведение слушания, заполнив форму «Appeal and Hearing Request Form»

(«Форму запроса на апелляцию и слушание») (OHP 3302 или MSC 443). Ваш план Medicaid Managed Care Plan приложит эту форму к письму с уведомлением NOABD. Вы также можете получить эту форму на желаемом языке, позвонив в свой план Medicaid Managed Care Plan или в отдел обслуживания клиентов OHP. Вы также можете найти ее в Интернете по адресу ***oregon.gov/ohs/HSD/OHP/Pages/Forms.aspx***

Если вы являетесь участником плана Medicaid Managed Care Plan, вы можете подать запрос на апелляцию и слушание одновременно.

Во время слушания вы можете объяснить судье, почему вы не согласны с решением и почему услуги должны быть покрыты. Вам не нужен адвокат, но вы можете пригласить его или попросить кого-то другого, например, своего врача, быть с вами. Если вы нанимаете адвоката, вы должны оплатить его услуги. Вы также можете позвонить на горячую линию по вопросам государственных пособий (программа Legal Aid Services of Oregon and the Oregon Law Center (Службы правовой помощи штата Oregon и Юридического центра штата Oregon)) по телефону 800-520-5292, TTY 711, чтобы получить консультацию и возможное представительство. Информацию о бесплатной правовой помощи также можно найти по адресу: ***oregonlawhelp.org***

Ускоренное слушание в случае неотложных медицинских проблем

Вы и ваш врач можете считать, что у вас возникла неотложная медицинская проблема, которая не может ждать обычного слушания. Отправьте форму запроса на проведение слушания по факсу в отдел слушаний OHP на номер 503-945-6035. Приложите бланк заявления (форму OHP 3302 или MSC 443) от вашего врача с объяснением причины срочности. Если медицинский директор OHP согласится с тем, что запрос является срочным, отдел слушаний позвонит вам в течение трех рабочих дней.

Важно знать

Представители Отдела клиентского обслуживания плана CareOregon Advantage Plus могут помочь вам подать жалобу. Если вам нужна помощь, позвоните по телефону 503-416-4279 или по бесплатному номеру 888-712-3258 и попросите соединить вас с представителем Отдела клиентского обслуживания. TTY следует звонить по номеру 711.

Обжалование решения не повлияет на продолжение обслуживания в плане CareOregon Advantage Plus. Однако, если решение об отказе или ограничении услуг будет оставлено в силе, на вас может быть возложена ответственность за оплату услуг, предоставленных во время процесса апелляции.

ГЛАВА 10: Прекращение вашего участия в плане

РАЗДЕЛ 1 Вступление к прекращению участия в нашем плане

Прекращение участия в CareOregon Advantage Plus может быть **добровольным** (по вашему собственному выбору) или **принудительным** (не по вашему собственному выбору):

- Вы можете выйти из нашего плана, потому что вы решили, что *хотите* выйти из него. Разделы 2 и 3 содержат информацию о добровольном прекращении участия в плане.
- Существуют также ограниченные ситуации, когда вы не решаете выйти из плана, но мы обязаны прекратить ваше членство. Раздел 5 рассказывает о ситуациях, когда мы обязаны прекратить ваше членство в плане.

Если вы выходите из нашего плана, наш план должен продолжать предоставлять вам медицинское обслуживание и рецептурные препараты, и вы будете продолжать оплачивать свою долю расходов до окончания вашего членства.

РАЗДЕЛ 2 Когда вы можете прекратить участие в нашем плане?

Раздел 2.1 Вы можете прекратить участие в плане, если у вас есть Medicare и Medicaid

- Большинство участников программы Medicare могут прекратить свое участие в программе только в определенное время года. Поскольку вы являетесь участником программы Medicaid, вы можете прекратить свое участие в нашем плане в любой месяц года. У вас также есть возможность записаться для участия в другом плане Medicare в любой месяц, включая:
  - Программа Original Medicare *с* отдельным планом программы Medicare по отпуску лекарств по рецепту,
  - Программа Original Medicare *без* отдельного плана программы Medicare по отпуску лекарств по рецепту (если вы выберете этот вариант, программа Medicare может включить вас в план программы Medicare по отпуску лекарств, если только вы не отказались от автоматической регистрации), или
  - Если вы имеете на это право, получите интегрированный план D-SNP, который предоставляет ваша программа программы Medicare и большинство всех её льгот или все её льготы и услуги в рамках одного плана.

Примечание. Если вы отказываетесь от участия в программе Medicare по страхованию отпускаемых по рецепту лекарств и остаетесь без страхового обеспечения отпускаемых по рецепту лекарств в течение 63 дней или более, вам, возможно, придется заплатить штраф за несвоевременную регистрацию для участия в части D программы, если вы станете участником программы Medicare позже.

Свяжитесь со своим местным офисом программы Medicaid, чтобы узнать о возможностях своего плана в рамках программы Medicaid (номера телефонов указаны в главе 2, разделе 6 этого документа).

- В течение периода ежегодной регистрации доступны другие варианты медицинского страхования Medicare. В разделе 2.2 подробнее рассказывается о годовом периоде регистрации.
- **Когда закончится мое членство в плане?** Обычно ваше членство в плане заканчивается в первый день месяца после того, как мы получим ваш запрос на изменение плана. В этот же день начнется ваша регистрация в новом плане.

Раздел 2.2 Вы можете прекратить свое членство в течение ежегодного периода регистрации

Вы можете прекратить свое членство в течение **ежегодного периода регистрации** (также известного как ежегодный период открытой регистрации). За это время вы можете пересмотреть свое покрытие на медицинское обслуживание и лекарственные препараты и принять решение о покрытии на следующий год.

- **Ежегодный период регистрации** длится **с 15 октября по 7 декабря**.
- **Вы можете сохранить свое текущее покрытие или внести в него изменения на следующий год.** Если вы решите перейти на новый план, вы можете выбрать любой из следующих типов планов:
  - Другой план медицинского страхования Medicare, с покрытием или без покрытия рецептурных препаратов.
  - Original Medicare *с* отдельным планом покрытия рецептурных препаратов Medicare

    ИЛИ

  - Original Medicare *без* отдельного плана покрытия рецептурных препаратов Medicare.

- **Ваше членство в нашем плане** закончится, когда 1 января начнет действовать покрытие вашего нового плана.

Если вы получаете «дополнительную помощь» от Medicare для оплаты рецептурных препаратов: Если вы перейдете на Original Medicare и не зарегистрируетесь в отдельном плане покрытия рецептурных препаратов Medicare, Medicare может зарегистрировать вас в плане, если вы не отказались от автоматической регистрации.

Примечание: Если вы прекращаете участие в плане покрытия рецептурных препаратов Medicare и не имеете засчитываемого покрытия рецептурных препаратов в течение
63 дней или более подряд, вам может потребоваться заплатить штраф за позднюю регистрацию в Части D, если вы присоединитесь к плану покрытия рецептурных препаратов Medicare позже.

Раздел 2.3 Вы можете прекратить свое членство в течение периода открытой регистрации в программе Medicare Advantage

У вас есть возможность внести *одно* изменение в ваше **медицинское покрытие в течение периода открытой регистрации в программе Medicare Advantage**.

- **Ежегодный период открытой регистрации в программе Medicare Advantage** длится с 1 января по 31 марта, а также для новых бенефициаров программы Medicare, которые являются членами плана MA с момента получения права на участие в частях программы A и B до последнего дня 3-го месяца действия программы.
- **В течение ежегодного периода открытой регистрации в программе Medicare Advantage** вы можете:
  - Перейти в другой план Medicare Advantage Plan с покрытием или без покрытия рецептурных препаратов.
  - Выйти из нашего плана и получить покрытие по программе Original Medicare. Если вы решите перейти на Original Medicare в течение этого периода, вы также можете присоединиться к отдельному плану покрытия рецептурных препаратов Medicare.

- **Ваше членство закончится** в первый день месяца после того, как вы зарегистрируетесь в другом плане Medicare Advantage или мы получим ваш запрос на переход в Original Medicare. Если вы также решите присоединиться к плану покрытия рецептурных препаратов Medicare,

ваше членство в нем начнется в первый день месяца после того, как план получит ваш запрос на присоединение.

Раздел 2.4 В определенных ситуациях вы можете прекратить членство в специальный период регистрации

В определенных ситуациях вы можете иметь право прекратить членство в другое время года. Это называется **специальным периодом регистрации**.

Вы можете иметь право прекратить членство в специальный период регистрации, если к вам применима любая из следующих ситуаций. Это только примеры, за полным списком вы можете обратиться к плану, позвонить в Medicare или посетить веб-сайт Medicare (***medicare.gov***):

- Обычно, когда вы переехали.
- Если у вас есть Oregon Health Plan (Medicaid).
- Если вы имеете право на «дополнительную помощь» в оплате рецептов по программе Medicare.
- Если мы нарушаем наш договор с вами.
- Если вы находитесь в учреждении, таком как дом престарелых или больница длительного ухода (LTC).

- Если вы являетесь участником программы Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, Программа всестороннего ухода для пожилых).
- **Примечание:** Если вы участвуете в программе управления препаратами, возможно, вы не сможете изменить план. В разделе 10 главы 5 вы узнаете больше о программах управления препаратами.
- **Примечание:** В разделе 2.1 вы узнаете больше о специальном периоде регистрации для участников программы Medicaid.

Периоды регистрации зависят от вашей ситуации.

Чтобы узнать, имеете ли вы право на специальный период регистрации, позвоните в Medicare по телефону 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно и без выходных. Для пользователей TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Если вы имеете право прекратить участие в плане из-за особой ситуации, вы можете изменить как медицинское покрытие Medicare, так и покрытие рецептурных препаратов. Вы можете выбрать:

- Другой план медицинского страхования Medicare, с покрытием или без покрытия рецептурных препаратов.
- Original Medicare *с* отдельным планом покрытия рецептурных препаратов Medicare

- -или- Original Medicare *без* отдельного плана покрытия рецептурных препаратов Medicare.

  Примечание: Если вы прекращаете участие в плане покрытия рецептурных препаратов Medicare и не имеете засчитываемого покрытия рецептурных препаратов в течение 63 дней или более подряд, вам может потребоваться заплатить штраф за позднюю регистрацию в Части D, если вы присоединитесь к плану покрытия рецептурных препаратов Medicare позже.

Если вы получаете «дополнительную помощь» от Medicare для оплаты рецептурных препаратов: Если вы перейдете на Original Medicare и не зарегистрируетесь в отдельном плане покрытия рецептурных препаратов Medicare, Medicare может зарегистрировать вас в плане, если вы не отказались от автоматической регистрации.

Обычно ваше членство заканчивается в первый день месяца после получения вашего запроса на изменение плана.

Примечание: В разделах 2.1 и 2.2 вы узнаете больше о специальном периоде регистрации для участников программ Medicaid и дополнительную помощь.

Раздел 2.5 Где можно получить дополнительную информацию о том, когда можно прекратить участие в плане?

Если у вас есть вопросы о прекращении участия в плане, вы можете:

- **Позвонить в Отдел клиентского обслуживания.**
- Найти информацию в справочнике ***Medicare & You 2025***
- Позвонить в **Medicare** по номеру 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно и без выходных. (Для пользователей TTY 1-877-486-2048).

РАЗДЕЛ 3 Как прекратить участие в нашем плане?

В приведенной ниже таблице объясняется, как вы можете прекратить участие в нашем плане.

Если вы хотите перейти из нашего плана в:	Вот что вам следует сделать:
• Другой план медицинского страхования Medicare	• Зарегистрируйтесь в новом плане медицинского страхования Medicare. Ваше новое покрытие начнет действовать с первого дня следующего месяца. • Вы будете автоматически исключены из CareOregon Advantage Plus, когда начнет действовать покрытие вашего нового плана.

Если вы хотите перейти из нашего плана в:	Вот что вам следует сделать:
• Original Medicare *с* отдельным планом покрытия рецептурных препаратов Medicare	• Зарегистрируйтесь в новом плане покрытия рецептурных препаратов Medicare. Ваше новое покрытие начнет действовать с первого дня следующего месяца. • Вы будете автоматически исключены из CareOregon Advantage Plus, когда начнет действовать покрытие вашего нового плана.

- Original Medicare *без* отдельного плана покрытия рецептурных препаратов Medicare
  - Если вы перейдете на Original Medicare и не зарегистрируетесь в отдельном плане покрытия рецептурных препаратов Medicare, Medicare может зарегистрировать вас в плане, если вы не отказались от автоматической регистрации.
  - Если вы прекращаете участие в плане покрытия рецептурных препаратов Medicare и в течение 63 дней
- **Отправьте нам письменный запрос на исключение из плана**. Обратитесь в Отдел клиентского обслуживания, если вам нужна дополнительная информация о том, как это сделать (номера телефонов указаны на обратной стороне данного буклета).
- Вы также можете обратиться в **Medicare** по номеру 1–800-MEDICARE (1-800-633-4227), который работает круглосуточно, без выходных, и попросить об исключении из плана. Пользователям TTY следует звонить по телефону 1-877-486–2048.
- Вы будете исключены из плана CareOregon

Если вы хотите перейти из нашего плана в:	Вот что вам следует сделать:
или более подряд не имеете засчитываемого покрытия рецептурных препаратов, вам, возможно, придется заплатить штраф за позднюю регистрацию, если вы присоединитесь к плану покрытия рецептурных препаратов Medicare позже.	Advantage Plus, когда начнется ваше покрытие по программе Original Medicare.

Примечание: Если вы прекращаете участие в плане покрытия рецептурных препаратов Medicare и не имеете засчитываемого покрытия рецептурных препаратов в течение
63 дней или более подряд, вам может потребоваться заплатить штраф за позднюю регистрацию в Части D, если

вы присоединитесь к плану покрытия рецептурных препаратов Medicare позже.

Если у вас возникли вопросы о выплатах, которые вы получаете по программе
Oregon Health Plan (Medicaid), обращайтесь в Отдел клиентского обслуживания Oregon Health Plan по бесплатному номеру 800-699-9075 (TTY 711), с 7:00 до 18:00 с понедельника по пятницу. Узнайте, как присоединение к другому плану или возврат к Original Medicare влияет на получение вами покрытия Oregon Health Plan (Medicaid).

РАЗДЕЛ 4 До окончания вашего членства вы должны продолжать получать медицинские изделия, услуги и препараты через наш план

До окончания вашего членства в CareOregon Advantage Plus и начала действия нового страхового покрытия Medicare вы должны продолжать получать медицинские изделия, услуги и рецептурные препараты через наш план.

- **Продолжайте пользоваться услугами наших сетевых поставщиков для получения медицинской помощи.**
- **Продолжайте пользоваться нашими сетевыми аптеками или заказывать лекарства по почте для получения рецептурных препаратов.**

- **Если вас госпитализируют в день окончания вашего членства, ваше пребывание в больнице будет покрываться нашим планом до момента выписки** (даже если вас выпишут после того, как начнет действовать ваше новое медицинское покрытие).

РАЗДЕЛ 5 CareOregon Advantage Plus должен прекратить ваше членство в плане в определенных ситуациях

Раздел 5.1 Когда мы должны прекратить ваше членство в плане?

CareOregon Advantage Plus **должен прекратить ваше членство в плане, если произойдет любое из следующих событий:**

- Если вы больше не являетесь участником Medicare Часть A и Часть B
- Если вы больше не имеете права на участие в программе Medicaid. Как указано в разделе 2.1 главы 1, наш план предназначен для людей, которые имеют право на участие в программах Medicare и Medicaid. После того как план будет проинформирован о том, что вы больше не соответствуете этим специальным требованиям, у вас будет 90 дней, чтобы обеспечить соответствие специальным требованиям, установленным планом. Если

по истечении 90-дневного периода вы все еще не будете соответствовать специальным требованиям нашего плана, ваше членство в этом плане будет прекращено. Вы получите от нас уведомление о завершении вашего членства в плане и о возможных вариантах.

- Если вы переезжаете за пределы нашей зоны обслуживания
- Если вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания более шести месяцев
  - Если вы переезжаете или отправляетесь в длительное путешествие, позвоните в Отдел клиентского обслуживания, чтобы узнать, входит ли место, куда вы переезжаете или куда вы едете, в зону действия нашего плана.
- Если вас посадили (или вы попали в тюрьму)
- Если вы больше не являетесь гражданином США или не находитесь в США на законных основаниях
- Если вы солгали или скрыли информацию о другой страховке, которая покрывает рецептурные препараты
- Если вы намеренно предоставили нам неверную информацию при регистрации в нашем плане, и эта информация повлияла на ваше право на участие в нашем плане. (Мы не можем заставить вас выйти из нашего

плана по этой причине, если предварительно не получим разрешения от Medicare).

- Если вы постоянно ведете себя так, что это мешает нам оказывать медицинскую помощь вам и другим участникам нашего плана. (Мы не можем заставить вас выйти из нашего плана по этой причине, если предварительно не получим разрешения от Medicare).
- Если вы позволяете кому-то другому использовать вашу карту участника для получения медицинской помощи. (Мы не можем заставить вас выйти из нашего плана по этой причине, если предварительно не получим разрешения от Medicare).
    - Если мы прекратим ваше членство по этой причине, Medicare может поручить генеральному инспектору расследовать ваше дело.
- Если вы обязаны платить дополнительную сумму по Части D из-за вашего дохода, и вы ее не платите, Medicare исключит вас из нашего плана.

Где можно получить дополнительную информацию?

Если у вас есть вопросы или вы хотите получить дополнительную информацию о том, когда мы можем

прекратить ваше членство, позвоните в Отдел клиентского обслуживания.

Раздел 5.2 Мы не можем просить вас выйти из нашего плана по любым причинам, связанным со здоровьем

CareOregon Advantage Plus не имеет права просить вас выйти из нашего плана по любой причине, связанной со здоровьем.

Что делать, если это произойдет?

Если вы считаете, что вас просят выйти из нашего плана по причине, связанной со здоровьем, звоните в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно и без выходных (Для пользователей TTY 1-877-486-2048).

Раздел 5.3 Вы имеете право подать жалобу, если мы прекращаем ваше членство в нашем плане

Если мы прекращаем ваше членство в нашем плане, мы должны сообщить вам в письменной форме причины прекращения вашего членства. Мы также должны объяснить, как вы можете подать претензию или жалобу на наше решение о прекращении вашего членства.

ГЛАВА 11: Юридические уведомления

РАЗДЕЛ 1 Уведомление о применимом праве

Основным законом, который применяется к этому *Справочнику участника плана*, является Раздел XVIII Social Security Act (Закона о социальном обеспечении) и правила, разработанные в соответствии с Social Security Act центрами обслуживания Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Кроме того, могут применяться другие федеральные законы и, при определенных обстоятельствах, законы штата, в котором вы проживаете. Это может повлиять на ваши права и обязанности, даже если эти законы не упоминаются или не объясняются в этом документе.

РАЗДЕЛ 2 Уведомление о недискриминации

Наш план **должен соблюдать законы, которые защищают вас от дискриминации или несправедливого отношения. Мы не допускаем дискриминации по признакам расы, этнической принадлежности, национального** происхождения, цвета кожи, религии, пола, гендера, возраста, сексуальной ориентации, психической или физической неполноценности, состояния здоровья, практики выплаты страховых возмещений, истории болезни, генетической информации, наличия страхового полиса или географического расположения в пределах зоны обслуживания. Все организации, предоставляющие услуги

по планам Medicare Advantage, как и наш план, должны соблюдать федеральные законы против дискриминации, включая Раздел VI Civil Rights Act (Закона о гражданских правах) 1964 года, Rehabilitation Act (Закон о реабилитации инвалидов) 1973 года, Age Discrimination Act (Закон о возрастной дискриминации)
1975 года, Americans with Disabilities Act (Закон об американцах-инвалидах), Раздел 1557 Affordable Care Act (Закона о доступном медицинском обслуживании), все другие законы, применимые к организациям, получающим федеральное финансирование, а также любые другие законы и правила, применяемые по любой другой причине.

Если вы хотите получить дополнительную информацию или обеспокоены дискриминацией или несправедливым обращением, позвоните в Department of Health and Human Services' **Office for Civil Rights (Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб)** по телефону 1-800-368-1019
(Для пользователей TTY 1-800-537-7697) или в местное управление Office for Civil Rights. Вы также можете ознакомиться с информацией Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights по адресу www.hhs.gov/ocr/index.html

Если у вас есть инвалидность и вам нужна помощь с доступом к медицинскому обслуживанию, позвоните в наш Отдел клиентского обслуживания. Если у вас есть жалоба, например, на проблемы с доступом для инвалидной коляски, Отдел клиентского обслуживания может вам помочь.

РАЗДЕЛ 3 Уведомление о правах вторичного плательщика Medicare на суброгацию

Мы имеем право и несем ответственность за получение оплаты услуг, покрываемые Medicare, для которых Medicare не является первичным плательщиком. Согласно положениям CMS в разделах 42 CFR 422.108 и 423.462, CareOregon Advantage Plus, как организация Medicare Advantage, будет пользоваться теми же правами на взыскание средств, что и министр согласно положениям CMS в подчастях B–D части 411 42 CFR, а правила, установленные в этом разделе, имеют преимущественную силу над любыми законами штата.

ГЛАВА 12: Определения важных слов

Разрешенная сумма — это сумма, выплачиваемая программой Medicare при условии применения франшизы, сострахования или других ограничений на оплату. Это сумма, выплачиваемая поставщику услуг, который принимает назначение.

Амбулаторный хирургический центр — это учреждение, которое работает исключительно для предоставления амбулаторных хирургических услуг пациентам, которые не нуждаются в госпитализации и ожидаемое пребывание которых в центре не превышает 24 часов.

Апелляция — вы можете подать апелляцию, если вы не согласны с нашим решением об отказе в покрытии медицинских услуг или рецептурных препаратов или в оплате уже полученных вами услуг или препаратов. Вы также можете подать апелляцию, если вы не согласны с нашим решением прекратить предоставление услуг, которые вы получаете.

Период страховых выплат — это способ, с помощью которого наш план и программа Original Medicare оценивают ваше пользование услугами больниц и центров сестринского ухода (SNF). Период страховых выплат начинается в день, когда вы попадаете в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода. Период страховых выплат заканчивается, если вы не

получали стационарное больничное лечение (или квалифицированный уход в SNF) в течение 60 дней подряд. Если вы поступаете в больницу или в центр сестринского ухода, после окончания одного периода страховых выплат начинается новый период. Количество периодов страховых выплат не ограничено.

Биологический препарат — это рецептурный препарат, изготовляемый из природных и живых источников, таких как клетки животных, клетки растений, бактерии или дрожжи. Биологические препараты являются более сложными, чем другие лекарства, и их невозможно точно скопировать, поэтому альтернативные формы называются биоподобными препаратами. Биоподобные препараты, как правило, работают так же хорошо и безопасны, как и оригинальные биологические препараты.

Биоподобный препарат — это рецептурный препарат, который считается очень подобным, но не идентичным оригинальному биологическому препарату. Биоподобные препараты, как правило, действуют так же хорошо и являются такими же безопасными, как и оригинальные биологические препараты; однако, чтобы заменить оригинальный биологический препарат, биоподобные препараты, как правило, требуют нового рецепта. Взаимозаменяемые биологические препараты отвечают

дополнительным требованиям, что позволяет им заменять оригинальный биологический препарат в аптеке без нового рецепта в соответствии с законодательством штата.

Оригинальный лекарственный препарат — это рецептурный препарат, который производится и продается фармацевтической компанией, которая первоначально исследовала и разработала этот препарат. Оригинальные препараты имеют ту же формулу действующего вещества, что и воспроизведенная версия препарата. Однако дженерики производятся и продаются другими производителями и, как правило, недоступны до окончания срока действия патента на оригинальный препарат.

Этап критического покрытия — этап страховой выплаты по Части D, который начинается тогда, когда вы (или другие квалифицированные лица от вашего имени) потратили $8000 на препараты, покрываемые Частью D, в течение года покрытия. На этом этапе оплаты план оплачивает полную стоимость ваших покрываемых препаратов Части D. Вы ничего не платите.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) — федеральное агентство, которое управляет программой Medicare.

Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP, План для лиц с особыми потребностями при лечении хронических заболеваний) — это планы для лиц с особыми

потребностями (SNP), ограничивающие регистрацию лиц, имеющих право на участие в программе MA, которые имеют одно или несколько тяжелых или инвалидизирующих хронических заболеваний, как определено в 42 CFR 422.2, в том числе ограничивающие регистрацию на основе нескольких групп часто сопутствующих и клинически связанных заболеваний, указанных в 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Сострахование — сумма, которую вы должны заплатить, выраженная в процентах (например, 20%), как ваша доля стоимости услуг или рецептурных препаратов.

Жалоба — официальное название для подачи жалобы — **подача претензии**. Процесс подачи жалобы используется *только* для определенных типов проблем. К ним относятся проблемы, связанные с качеством медицинской помощи, временем ожидания и клиентским обслуживанием, которое вы получаете. Сюда же относятся жалобы, если план не соблюдает сроки рассмотрения апелляции.

Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) — учреждение, которое в основном предоставляет услуги по реабилитации после болезни или травмы, включая физическую терапию, социальные и психологические услуги, респираторную терапию, эрготерапию и логопедические услуги, а также услуги по оценке домашней среды.

Coordinated Care Organization (CCO) — CCO это компании, которые заключают контракты со штатом Oregon на управление вашим медицинским обслуживанием. Они созданы для того, чтобы все ваши поставщики услуг — врачи, медсестры, консультанты, стоматологи — работали вместе, чтобы предотвращать болезни и улучшать ваше здоровье, а также здоровье всех участников OHP в вашем сообществе. Вместо того чтобы просто лечить вас, когда вы заболели, CCO сотрудничают с вами, чтобы сохранить ваше здоровье, помогая вам контролировать состояние вашего здоровья.

Доплата — сумма, которую от вас могут потребовать как долю стоимости медицинской услуги или медицинского товара, например, за визит к врачу, амбулаторное посещение больницы или рецептурные препараты. Доплата — это фиксированная сумма (например, $10), а не процент.

Долевое участие — это суммы, которые участник должен оплатить при получении услуг или препаратов. Долевое участие включает любую комбинацию следующих трех видов платежей: (1) любой суммы франшизы, которую план может установить до покрытия услуг или препаратов; (2) любой фиксированной суммы доплаты, которую план требует внести при получении конкретной услуги или препарата; или (3) любой суммы сострахования — процента от общей суммы, уплаченной за услугу или препарат,

который план требует при получении конкретной услуги или препарата.

Уровень долевого участия — каждый препарат в перечне покрываемых препаратов относится к одному из пяти уровней долевого участия. Как правило, чем выше уровень долевого участия, тем выше ваши расходы на препарат.

Определение покрытия – решение о том, покрывает ли план выписанный вам препарат и какую сумму, если таковая имеется, вы должны заплатить за рецепт. Как правило, если вы приносите рецепт в аптеку, а там вам говорят, что ваш план не покрывает этот рецепт, это не является определением покрытия. Вам нужно позвонить или написать в свой план, чтобы попросить официальное решение о покрытии. В этом документе определение покрытия называется решением о покрытии.

Покрываемые препараты — это термин, который мы используем для обозначения всех препаратов, отпускаемых по рецепту и покрываемых нашим планом.

Покрываемые услуги — термин, который мы используем для обозначения всех медицинских услуг и товаров, которые покрываются нашим планом.

Засчитываемое покрытие рецептурных препаратов — покрытие рецептурных препаратов (например, от работодателя или профсоюза), которое, как ожидается, в

среднем оплачивается не меньше, чем стандартное покрытие рецептурных препаратов по программе Medicare. Люди, которые имеют такое покрытие на момент получения права на участие в программе Medicare, обычно могут сохранить его без уплаты штрафа, если они решат позже присоединиться к программе Medicare для получения рецептурных препаратов.

Опекунский уход — это персональный уход, предоставляемый в доме престарелых, хосписе или другом учреждении, когда вам не требуется квалифицированная медицинская помощь или квалифицированный сестринский уход. Опекунский уход, предоставляемый работниками, не имеющими профессиональных навыков или подготовки, включает помощь в повседневной жизни, например, в принятии ванны, одевании, приеме пищи, вставании с кровати или кресла, передвижении и пользовании туалетом. Он также может включать медицинскую помощь, которую большинство людей оказывают самостоятельно, например, использование глазных капель. Medicare не оплачивает опекунский уход.

Отдел клиентского обслуживания — это отдел нашего плана, ответственный за ответы на ваши вопросы о вашем членстве, страховых выплатах, претензиях и апелляциях. Номера телефонов Отдела клиентского обслуживания напечатаны на обороте этого буклета.

Ежедневная часть долевого участия — ежедневная часть долевого участия может применяться, когда врач выписывает вам менее полного месячного запаса определенных препаратов, и вы должны внести доплату. Ежедневная часть долевого участия — это доплата, разделенная на количество дней в месячном запасе. Вот пример: Если ваша доплата за месячный запас препарата составляет $30, а месячный запас в вашем плане — 30 дней, то ваша «ежедневная часть долевого участия» составляет $1 в день.

Франшиза — сумма, которую вы должны оплатить медицинское обслуживание или рецептурные препараты, прежде чем наш план оплатит их.

Исключение из **плана** — процесс прекращения вашего членства в нашем плане.

Плата за отпуск препарата — плата, взимаемая при отпуске покрываемого препарата для оплаты расходов на отпуск по рецепту, например, времени фармацевта на подготовку и упаковку рецепта.

Dual Eligible Individual — лицо, имеющее право на покрытие по программам Medicare и Medicaid.

Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP, Планы для лиц с особыми потребностями для участников двух программ) — в D-SNP регистрируются лица, имеющие право как на Medicare (раздел XVIII Social Security Act (Закона о

социальном обеспечении)), так и на медицинскую помощь от плана штата по программе Medicaid (раздел XIX). Штаты покрывают некоторые расходы на Medicare в зависимости от штата и права человека на участие в программе.

Dual Eligible Individual — лицо, имеющее право на покрытие по программам Medicare и Medicaid.

Durable Medical Equipment (DME) — определенное медицинское оборудование, назначенное врачом по медицинским показаниям. Примеры включают ходунки, инвалидные коляски, костыли, матрасы с приводом, средства для диабетиков, инфузионные помпы, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование, небулайзеры или больничные кровати, назначенные врачом для использования в домашних условиях.

Экстренное состояние — экстренное медицинское состояние, когда вы или любой другой здравомыслящий человек со средними знаниями о здоровье и медицине считаете, что у вас есть медицинские симптомы, которые требуют немедленной медицинской помощи, чтобы предотвратить потерю жизни (а если вы беременная женщина — потерю нерожденного ребенка), потерю конечности или функции конечности, или потерю или серьезное нарушение функции организма. Медицинскими симптомами могут быть болезнь, травма, сильная боль или состояние здоровья, которое быстро ухудшается.

Экстренная помощь — покрываемые услуги, которые: (1) предоставляются поставщиком услуг, имеющим квалификацию для оказания экстренной помощи; и (2) необходимы для лечения, оценки или стабилизации экстренного медицинского состояния.

Evidence of Coverage (EOC, Справочник участника плана) и информация о раскрытии — этот документ, вместе с вашей формой регистрации и любыми другими приложениями, дополнениями или другим выбранным дополнительным покрытием, в котором объясняется ваше покрытие, наши обязанности, ваши права и обязанности, которые вы должны выполнять как участник нашего плана.

Исключение — тип решения о покрытии, которое, в случае одобрения, позволяет вам получить препарат, которого нет в нашем фармакологическом справочнике (исключение по фармакологическому справочнику), или получить неприоритетный препарат с более низким уровнем долевого участия (исключение по уровню долевого участия). Вы также можете подать запрос на исключение, если наш план требует, чтобы вы попробовали другой препарат, прежде чем получить препарат, который вы запрашиваете, или если наш план ограничивает количество или дозировку препарата, который вы запрашиваете (исключение по фармакологическому справочнику).

дополнительную помощь — программа Medicare или программа штата, которая помогает людям с ограниченными доходами и средствами оплачивать расходы программы Medicare на рецептурные препараты, такие как страховые взносы, франшизы и сострахование.

Воспроизведенный препарат (дженерик) — рецептурный препарат, одобренный
Food and Drug Administration (FDA) как имеющий то же действующее вещество (вещества), что и оригинальный лекарственный препарат. Как правило, дженерик действует так же, как и оригинальный препарат, но обычно стоит дешевле.

Претензия — тип жалобы, которую вы подаете на наш план, поставщиков услуг или аптеки, включая жалобы на качество вашего лечения. Это не относится к спорам о покрытии или оплате.

Помощник по уходу на дому — лицо, предоставляющее услуги, не требующие навыков лицензированной медсестры или терапевта, например, помощь в личном уходе (например, купание, посещение туалета, одевание или выполнение назначенных упражнений).

Хоспис — льгота, которая обеспечивает специальное лечение для участника, который по медицинскому заключению признан неизлечимо больным, то есть с

ожидаемой продолжительностью жизни 6 месяцев или менее. Мы, ваш план, должны предоставить вам список хосписов в вашей географической зоне. Если вы выбираете хоспис и продолжаете платить страховые взносы, вы остаетесь участником нашего плана. Вы сможете получать все необходимые медицинские услуги, а также дополнительные льготы, которые мы предлагаем.

Стационарное пребывание в больнице — пребывание в больнице, когда вы официально поступили в больницу для получения квалифицированных медицинских услуг. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом.

Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA) –Если ваш скорректированный валовой доход, указанный в налоговой декларации IRS за 2 года, превышает определенную сумму, вы платите стандартную сумму страхового взноса и ежемесячную сумму корректировки на основе дохода, также известную как IRMAA. IRMAA — это надбавка, добавляемая к вашему страховому взносу. Это касается менее 5% участников программы Medicare, поэтому большинство людей не будут платить большую сумму страхового взноса.

Начальный лимит покрытия — максимальный лимит покрытия на начальном этапе покрытия.

Начальный этап покрытия — это этап до того, как ваши собственные расходы за год достигнут $8000.

Период первичной регистрации — это период времени, когда вы впервые получаете право на участие в программе Medicare и можете зарегистрироваться в программах Medicare Часть A и Часть B. Если вы получаете право на участие в программе Medicare, когда вам исполняется 65 лет, ваш период первичной регистрации — это 7-месячный период, который начинается за 3 месяца до месяца, когда вам исполняется 65 лет, включает месяц, когда вам исполняется 65 лет, и заканчивается через 3 месяца после месяца, когда вам исполняется 65 лет.

Интегрированный план D-SNP – план, который обеспечивает страхованием расходы по программе Medicare и большинство или все услуги программы Medicaid в рамках единого медицинского плана для определенных групп лиц, имеющих право как на участие в программе Medicare, так и на участие в программе Medicaid. Эти лица также известны как лица, имеющие двойное право на получение полной выплаты.

Institutional Special Needs Plan (SNP, Институциональный план для лиц с особыми потребностями) — план, в который включаются лица, имеющие право на участие в программе, которые постоянно проживают или, как

ожидается, будут постоянно проживать в течение 90 дней или дольше в учреждении долгосрочного ухода (LTC). К таким учреждениям могут относиться центры сестринского ухода (SNF), дома престарелых (NF), (SNF/NF), учреждения промежуточного ухода для лиц с интеллектуальными нарушениями (ICF/IID), стационарные психиатрические учреждения и/или учреждения, утвержденные CMS, которые предоставляют аналогичные долгосрочные медицинские услуги, покрываемые Medicare Часть A, Medicare Часть B или Medicaid, и жители которых имеют подобные потребности и состояние здоровья, как и жители других указанных типов учреждений. Институциональный План для лиц с особыми потребностями должен иметь договорные отношения с конкретным учреждением (учреждениями) LTC (или владеть и управлять ими).

Institutional Equivalent Special Needs Plan (SNP) — план, в который включаются лица, имеющие право на участие в программе, проживающие в обществе, но нуждающиеся в институциональном уровне медицинского обслуживания на основании оценки штата. Оценка должна проводиться с использованием того же инструмента оценки уровня медицинского обслуживания соответствующего штата и осуществляться юридическим лицом, не являющимся организацией, предлагающей план. Этот тип плана для лиц с особыми потребностями может ограничивать

регистрацию лиц, проживающих в контрактном интернате для лиц с особыми потребностями (ALF), если это необходимо для обеспечения равномерного предоставления специализированной помощи.

Взаимозаменяемый биоаналог – биоаналог, который может быть использован в качестве заменителя оригинального биоаналога в аптеке без необходимости получения нового рецепта, поскольку он отвечает дополнительным требованиям, связанным с возможностью автоматической замены. Автоматическая замена в аптеке регулируется законодательством штата.

Перечень покрываемых препаратов (Фармакологический справочник или «Перечень препаратов») — перечень рецептурных препаратов, покрываемых планом.

Субсидия для малообеспеченных (LIS) — см. «дополнительную помощь» («Дополнительная помощь»).

Максимальная плата — в Original Medicare максимальная сумма, которую может взимать с вас за покрытую услугу поставщик, не являющийся участником плана. Эта сумма на 15% превышает утвержденную сумму Medicare. Однако, максимальная плата применяется только к определенным услугам и может не распространяться на медицинское оборудование и расходные материалы.

Максимальная сумма собственных расходов — максимальная сумма, которую вы платите из собственных средств в течение календарного года за услуги, покрываемые по программе ЧастьA и ЧастьD. Суммы, уплаченные вами за страховые взносы по плану, взносы по программам Часть A и Часть B Medicare и рецептурные препараты, не учитываются при определении максимальной суммы собственных расходов. (**Примечание**: Поскольку наши участники также получают помощь от Medicaid, очень немногие из них когда-либо достигают этой максимальной суммы собственных расходов).

Medicaid (или Medical Assistance) — совместная федеральная программа и программа штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с низкими доходами и ограниченными средствами. Программы Medicaid в разных штатах отличаются друг от друга, но большинство расходов на медицинское обслуживание покрывается, если вы удовлетворяете требованиям как Medicare, так и Medicaid.

Медикаментозное показание — использование препарата, который либо одобрен
Food and Drug Administration, либо подтвержден определенными справочниками.

По медицинским показаниям — услуги, расходники или препараты, которые необходимы для профилактики, диагностики или лечения вашего заболевания и соответствуют принятым стандартам медицинской практики.

Medicare — федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет и старше, некоторых лиц в возрасте до 65 лет с определенными видами инвалидности и лиц с терминальной стадией почечной недостаточности (как правило, с постоянной почечной недостаточностью, нуждающихся в диализе или трансплантации почки).

Период открытой регистрации в программе Medicare Advantage — период с 1 января по 31 марта, когда участники плана Medicare Advantage могут отменить свою регистрацию в программе и перейти в другую программу Medicare Advantage или получить страховое покрытие в рамках программы Original Medicare. Если вы решите перейти на
Original Medicare в течение этого периода, вы также можете присоединиться к отдельному плану покрытия рецептурных препаратов Medicare. Период открытой регистрации в программе Medicare Advantage также длится в течение 3

месяцев после того, как человек впервые получил право на участие в программе Medicare.

План Medicare Advantage (MA) — иногда называется Medicare Часть C. План, предлагаемый частной компанией, которая заключает контракт с Medicare для предоставления вам всех выплат по программе Medicare Часть A и Часть B. План
Medicare Advantage может быть i) HMO, ii) PPO, iii) планом Private Fee-for-Service (PFFS) или iv) планом Medicare Medical Savings Account (MSA). Помимо выбора из этих типов планов, план Medicare Advantage HMO или PPO также может быть планом для лиц с особыми потребностями (SNP, Special Needs Plan). В большинстве случаев планы Medicare Advantage также предлагают Medicare Часть D (покрытие рецептурных препаратов). Эти планы называются планами **Medicare Advantage с покрытием рецептурных препаратов**.

План Medicare Cost Plan — это план, которым управляет организация Health Maintenance Organization (HMO), или Competitive Medical Plan (CMP) в соответствии с контрактом на возмещение расходов согласно разделу 1876(h) Закона.

Услуги, покрываемые Medicare — услуги, покрываемые Medicare Часть A и Часть B. Все планы медицинского страхования Medicare должны покрывать все услуги,

покрываемые Medicare Часть A и B. Термин «услуги, покрываемые Medicare» не включает в себя дополнительные выплаты, например, на зрение, зубы или слух, которые может предложить план Medicare Advantage.

План медицинского страхования Medicare — план медицинского страхования Medicare предлагается частной компанией, которая заключает контракт с Medicare на предоставление выплат по программе Часть A и Часть B людям, которые имеют Medicare и регистрируются в плане. Этот термин включает в себя все планы Medicare Advantage Plan, Medicare Cost Plan, Special Needs Plan, демонстрационные/пилотные программы и программы Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

Покрытие рецептурных препаратов по программе Medicare (Medicare Часть D) — страхование, которое помогает оплачивать амбулаторные рецептурные препараты, вакцины, биологические препараты и некоторые расходные материалы, которые не покрываются Medicare Часть A или Часть B.

Полис Medigap (дополнительное страхование Medicare) — дополнительное страхование Medicare, продаваемое частными страховыми компаниями для заполнения «пробелов» в программе Original Medicare. Полисы Medigap

работают только с программой Original Medicare. (План Medicare Advantage не является полисом Medigap).

Участник (участник нашего плана или член плана) — лицо, имеющее право на получение услуг, покрываемых программой Medicare, которое зарегистрировалось в нашем плане и чья регистрация была подтверждена Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Сетевая аптека — это аптека, которая заключила контракт с нашим планом и в которой участники нашего плана могут получать свои рецептурные препараты. В большинстве случаев ваши рецепты покрываются, только если они получены в одной из наших сетевых аптек.

Сетевой поставщик услуг — Поставщик услуг — это общий термин для врачей, других медицинских работников, больниц и других медицинских учреждений, которые имеют лицензию или сертификат Medicare и штата на оказание медицинских услуг. **Сетевые поставщики услуг** имеют соглашение с нашим планом о том, что они принимают наши платежи в полном объеме, а в некоторых случаях координируют и предоставляют покрываемые услуги участникам нашего плана. Сетевые поставщики услуг также называются «поставщиками плана».

Определение организации — это решение, которое принимает наш план о том, покрываются ли изделия или

услуги, а также о том, сколько вы должны заплатить за покрываемые изделия или услуги. В этом документе определения организации называются решениями о покрытии.

Первоначальный биологический продукт – биологический продукт, который был одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) и служит эталоном для производителей, производящих биоаналоги. Его также называют эталонным продуктом.

Original Medicare (Традиционная Medicare или Medicare с оплатой услуг) —
Original Medicare предлагается правительством, а не частным медицинским планом, таким как планы Medicare Advantage или планы, покрывающие рецептурные препараты. В рамках программы Original Medicare услуги Medicare покрываются путем выплаты врачам, больницам и другим поставщикам медицинских услуг сумм, установленных Конгрессом. Вы можете обратиться к любому врачу, больнице или другому медицинскому учреждению, которое принимает Medicare. Вы должны оплатить франшизу. Medicare платит свою долю от утвержденной суммы Medicare, а вы платите свою долю. Original Medicare состоит из двух частей: Часть A

(больничное страхование) и Часть B (медицинское страхование) и действует на всей территории США.

Несетевая аптека — аптека, которая не имеет контракта с нашим планом на координацию или предоставление покрываемых препаратов участникам нашего плана. Большинство препаратов, которые вы получаете в аптеках, не входящих в нашу сеть, не покрываются нашим планом, за исключением случаев, когда применяются определенные условия.

Несетевой поставщик или несетевое учреждение — поставщик или учреждение, которое не имеет контракта с нашим планом на координацию или предоставление покрываемых услуг участникам нашего плана. Несетевые поставщики — это поставщики услуг, которые не работают, не принадлежат и не управляются нашим планом.

Собственные расходы — см. определение «долевое участие» выше. Требование к участнику о долевом участии на оплату части полученных услуг или препаратов также называется требованием к участнику о покрытии собственных расходов.

План **PACE** — план PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) сочетает в себе медицинские, социальные и долгосрочные услуги и поддержку (LTSS) для пожилых людей, чтобы помочь им оставаться независимыми и жить в своем сообществе (вместо того, чтобы переехать в дом

престарелых) как можно дольше. Люди, зарегистрированные в планах PACE, получают льготы по планам Medicare и Medicaid через этот план.

Часть C — см. план Medicare Advantage (MA).

Часть D — добровольная программа Medicare Prescription Drug Benefit Program.

Препараты Части D — препараты, которые могут быть покрыты по Части D. Мы можем предлагать или не предлагать все препараты по Части D. Определенные категории препаратов были исключены из покрытия Части D Конгрессом. Определенные категории препаратов Части D должны покрываться каждым планом.

Штраф за позднюю регистрацию в Части D — сумма, добавляемая к вашему ежемесячному страховому взносу за покрытие препаратов Medicare, если у вас нет засчитываемого страхового покрытия (покрытия, в рамках которого ожидается, что оплата в среднем будет не меньше, чем при стандартном покрытии рецептурных препаратов Medicare) в течение непрерывного периода в 63 дня или более после того, как вы впервые получили право на участие в Части D. Если вы потеряете дополнительную помощь (Дополнительную помощь), на вас может быть наложен штраф за позднюю регистрацию, если вы 63 дня или более подряд не пользуетесь покрытием Части D или

другим засчитываемым покрытием рецептурных препаратов.

Точка обслуживания — CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP) имеет льготу «Точка обслуживания» (POS, Point of Service), которая позволяет вам при определенных условиях получать медицинскую помощь от поставщиков первичных медицинских услуг (PCP) и специалистов, не входящих в нашу сеть. Для получения дополнительной информации см. «Льгота Точка обслуживания», глава 4, раздел 2.1.

План организации приоритетных поставщиков (PPO, Preferred Provider Organization) — это план Medicare Advantage, имеющий сеть контрактных поставщиков, которые согласились лечить участников плана за определенную сумму оплаты. План PPO должен покрывать все выплаты плана, независимо от того, получены ли они от сетевых или несетевых поставщиков. Уровень долевого участия участника, как правило, выше, если он получает выплаты на услуги от поставщиков, которые не входят в сеть плана. Планы PPO имеют годовой лимит на ваши расходы из собственных средств на услуги, полученные от сетевых (приоритетных) поставщиков, и более высокий лимит на ваши общие комбинированные расходы из собственных

средств на услуги как от сетевых (приоритетных), так и от несетевых (неприоритетных) поставщиков.

Страховой взнос — периодический платеж в программу Medicare, страховую компанию или план медицинского страхования за медицинское обслуживание или покрытие рецептурных препаратов.

Менеджер по предоставлению выплат на рецептурные препараты — часто упоминается как менеджер по предоставлению аптечных выплат (PBM), который является сторонним администратором программы по предоставлению рецептурных препаратов. PBM в первую очередь отвечает за обработку и оплату заявок на рецептурные препараты, но он также может отвечать за заключение контрактов с аптеками и ведение переговоров по скидкам и льготам с производителями лекарств.

Primary Care Provider (PCP) — врач или другой медицинский работник, к которому вы обращаетесь в первую очередь с большинством проблем со здоровьем. Во многих планах медицинского страхования Medicare вы должны обратиться к своему врачу поставщик первичной медицинской помощи, прежде чем обращаться к любому другому медицинскому специалисту.

Предварительное разрешение — заранее полученное разрешение на получение услуг или определенных препаратов. Покрываемые услуги, требующие предварительного разрешения, отмечены в Таблице медицинских льгот в Главе 4. Покрываемые услуги, требующие предварительного разрешения, отмечены в фармакологическом справочнике.

Протезирование и ортезирование — медицинские изделия, включая, в частности, ортезы для рук, спины и шеи; протезы конечностей; искусственные глаза; устройства, необходимые для замены внутренних частей тела или функций, включая принадлежности для остомизации, а также энтеральное и парентеральное питание.

Quality Improvement Organization (QIO) — это группа практикующих врачей и других медицинских специалистов, которые получают зарплату от федерального правительства за проверку и улучшение медицинского обслуживания пациентов Medicare.

Количественные лимиты — инструмент управления, предназначенный для ограничения использования определенных препаратов по соображениям качества, безопасности или утилизации. Лимиты могут касаться количества препарата, которое мы покрываем по одному рецепту или в течение определенного периода времени.

Инструмент расчета льгот в реальном времени — портал или компьютерная программа, с помощью которой участники могут искать полную, точную, своевременную, клинически подходящую для конкретного участника информацию о фармакологическом справочнике и выплатах. Сюда входят суммы долевого участия,

альтернативные препараты по фармакологическому справочнику, которые можно использовать для лечения тех же заболеваний, что и данный препарат, и ограничения покрытия (предварительное разрешение, ступенчатая терапия, количественные лимиты), которые применяются к альтернативным препаратам.

Реабилитационные услуги — эти услуги включают физическую терапию, логопедические услуги и эрготерапию.

Зона обслуживания — географическая территория, на которой вы должны проживать, чтобы присоединиться к определенному плану медицинского страхования. Для планов, ограничивающих выбор врачей и больниц, которыми вы можете пользоваться, это также территория, где вы можете получать плановые (неэкстренные) услуги. План должен исключить вас, если вы навсегда переедете за пределы зоны обслуживания плана.

Skilled Nursing Facility (SNF, Медицинское обслуживание в центре сестринского) ухода — квалифицированный сестринский уход и реабилитационные услуги, предоставляемые на постоянной, ежедневной основе в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Примерами такого ухода являются физическая терапия или

внутривенные инъекции, которые могут предоставляться только дипломированной медсестрой или врачом.

Special Needs Plan (SNP) — особый тип плана Medicare Advantage, который обеспечивает более специализированное медицинское обслуживание для определенных групп людей, например, тех, кто имеет и Medicare, и Medicaid, проживает в доме престарелых или страдает определенными хроническими заболеваниями.

Ступенчатая терапия — инструмент использования, который требует, чтобы вы сначала попробовали другой препарат для лечения вашего заболевания, прежде чем мы начнем покрывать препарат, который первоначально назначил ваш врач.

Supplemental Security Income (SSI, Дополнительный гарантированный доход) — это ежемесячное пособие, выплачиваемое службой социального обеспечения людям с ограниченными доходами и средствами, которые являются инвалидами, слепыми или в возрасте 65 лет и старше. Пособия SSI — это не то же самое, что пособия по социальному обеспечению.

Неотложные услуги — Услуги, обеспечиваемые планом, страхования требующие немедленной медицинской помощи, которая не является неотложной, является неотложно необходимой услугой, если вы либо временно

находитесь за пределами зоны обслуживания плана, либо, учитывая ваше время, место и обстоятельства, нецелесообразно получать эту услугу у сетевых провайдеров, с которыми заключен контракт плана. Примерами неотложно необходимых услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы или неожиданные обострения существующих заболеваний. Однако регулярные визиты к врачу, необходимые с медицинской точки зрения, такие как ежегодные осмотры, не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или сеть плана временно недоступна.

Отдел клиентского обслуживания CareOregon Advantage Plus

Способ	Отдел клиентского обслуживания — контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	503-416-4279 или бесплатно 888-712-3258 Звонки на этот номер бесплатные. С 1 октября по 31 марта, без выходных с 8:00 до 20:00 и с 1 апреля по 30 сентября, с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Отдел клиентского обслуживания также может предложить бесплатные услуги переводчика, доступные для не говорящих на английском языке.
TTY	711 Для этого номера требуется специальное телефонное оборудование, и он предназначен только для людей, у которых есть нарушения слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатные. С 1 октября по 31 марта, без выходных с 8:00 до 20:00 и с 1 апреля по 30 сентября, с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.
ПО ФАКСУ	711

Способ	Отдел клиентского обслуживания — контактная информация
ПО ПОЧТЕ	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 ***customerservice@careoregon.org***
ВЕБ-САЙТ	***careoregonadvantage.org***

Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) (SHIP штата Орегон)

SHIBA — это программа штата, которая получает деньги от федерального правительства для предоставления бесплатных местных консультаций по вопросам медицинского страхования людям, имеющим Medicare.

Способ	Контактная информация
ПО ТЕЛЕФОНУ	Бесплатный 800-722-4134
TTY	711 Для этого номера требуется специальное телефонное оборудование, и он предназначен только для людей, у которых есть нарушения слуха или речи.
ПО ПОЧТЕ	P.O. Box 14480 Salem, OR 97309-0405 Или воспользуйтесь их конфиденциальной онлайн формой ***shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx***
ВЕБ-САЙТ	***shiba.oregon.gov***

Программа CareOregon Advantage Plus — это организация координированного медицинского обслуживания, предлагающая выбор места обслуживания и программы обслуживания лиц с особыми потребностями (HMO-POS D-SNP), заключившая контракт с

программами Medicare и Medicaid. Регистрация новых участников для участия в программе организации CareOregon Advantage Plus зависит от того, будет ли возобновлён контракт на новый срок. Под лозунгом «Дополнительный выбор, более качественное обслуживание» подразумеваются дополнительные сети аптек и поставщиков услуг в 2025 году по сравнению с 2024 годом осуществления плана.

В соответствии с Законом о сокращении бумажной волокиты от 1995 года, никто не обязан отвечать на запрос о сборе информации, если в нем не указан действительный контрольный номер OMB. Действительный контрольный номер OMB для этого сбора информации - 0938–1051. Если у вас есть замечания или предложения по улучшению этой формы, пожалуйста, напишите по адресу: CMS, Бульвар безопасности, 7500, по адресу: Сотрудник по проверке отчетов PRA, почтовый отдел C4-26–05, Балтимор, Мэриленд, 21244–1850.

COA-24809358–0927-RU

Программа содействия в поиске льготного медицинского страхования для престарелых (SHIBA) (носит название SHIP в штате Орегон)

Программа SHIBA – это программа штата, которая получает финансирование от федерального правительства для предоставления бесплатных местных консультаций по медицинскому страхованию участникам программы Medicare.

Звоните: 503-378-2014 или 800-722-4134

TTY/TDD: 711

Пишите: P.O. Box 14480
Salem, OR 97309-0405

Или свяжитесь с нами с помощью безопасной онлайн-формы на веб-сайте
healthcare.oregon.gov/shiba/get-help/Pages/shiba-contact-form.aspx

ВЕБ-САЙТ: shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx

Отдел по работе с клиентами плана медицинского страхования CareOregon Advantage

Звоните: 503-416-4279 или бесплатный номер 888-712-3258, телетайп для слабослышащих 711

Часы работы:

с 8:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 октября по 31 марта

С 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу, с 1 апреля по 30 сентября.

CareOregon Advantage

careoregonadvantage.org

COA-24797150-RU-0920