Свидетельство страхового покрытия

Ваши медицинские льготы и услуги Medicare, а также покрытие отпускаемых по рецепту лекарств в качестве участника плана Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Округа Лос-Анджелес и Сан-Диего

1 января 2026 г. - 31 декабря 2026 г.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association
MA001-EOC-TD-RU-1025

Справочник участника плана Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), плана Medicare Medi-Cal Plan

H2819_26_364A_001_C_RU Approved 08262025

Утверждение OMB 0938-1444 (действует до 30 июня 2026 г.)

По всем вопросам обращайтесь в план Blue Shield TotalDual Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711), ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.

1 января 2026 г. — 31 декабря 2026 г.

Ваше медицинское и лекарственное обеспечение в рамках Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), плана Medicare Medi-Cal Plan

Справочник участника: введение

В этом *Справочнике участника,* иначе называемом *Свидетельством страхового покрытия*, содержится информация о вашем страховом покрытии по нашему плану на период до 31 декабря 2026 года. В данном документе разъяснены предоставляемые медицинские услуги, услуги по охране и восстановлению поведенческого здоровья (психическое здоровье, а также злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами), покрытие препаратов, а также долгосрочное обслуживание и поддержка. Основные термины и их определения приведены в алфавитном порядке в **Главе 12** этого *Справочника участника*.

Данный справочник является важным юридическим документом. Храните его в надежном месте.

В тех случаях, когда в настоящем *Справочнике участника* упоминается «мы», «нас», «наш» или «наш план», это означает, что речь идет о плане Blue Shield TotalDual Plan.

Вы можете бесплатно получить данный документ на арабском, армянском, камбоджийском, китайском традиционном, китайском упрощенном, фарси, корейском, русском, испанском или испанском креольском, тагальском и вьетнамском языках.

Вы можете бесплатно получить данный документ в другом формате, например, набранный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи, позвонив в отдел обслуживания клиентов по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711), ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Звонок бесплатный.

- Вы можете попросить прислать вам этот документ на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan. Мы сохраним ваши предпочтения, чтобы вы получали будущие сообщения на нужном языке и в нужном формате. Чтобы внести изменения в указанные предпочтения, обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan.

Уведомление о доступности услуг языковой поддержки, а также вспомогательных средств и услуг

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711) 。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711).ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) **นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข** 1-800-452-4413 (TTY: 711)
ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Другие языки

Вы можете бесплатно получить данный *Справочник участника* и другие материалы плана на других языках. План Blue Shield TotalDual Plan предоставляет услуги письменного перевода, выполняемого квалифицированными переводчиками. Звоните по телефону 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Звонок бесплатный. В этом *Справочнике участника* также приведена информация об услугах языковой

поддержки для участников, включая услуги устного и письменного перевода.

Другие форматы

Вы можете своевременно получить эту информацию в других форматах, таких как шрифт Брайля, крупный шрифт размером 20 пунктов, в виде аудиозаписи и в доступных электронных форматах (компакт-диск с данными). Звоните по телефону 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Звонок бесплатный.

Услуги устного перевода

План Blue Shield TotalDual Plan предоставляет услугу устного перевода, а также перевода на язык жестов, выполняемого квалифицированным переводчиком. Услуга предоставляется бесплатно и круглосуточно. Если вам требуются услуги устного перевода, не стоит обращаться к родственникам или знакомым. Мы не рекомендуем привлекать в качестве переводчиков несовершеннолетних, за исключением случаев крайней необходимости. Услуги переводчика, лингвистические и культурные услуги предоставляются вам бесплатно. Помощь доступна круглосуточно, без выходных. Чтобы получить языковую поддержку или получить этот справочник на другом языке, позвоните по телефону 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Звонок бесплатный.

Пояснения

- Льготы и (или) доплаты могут измениться 1 января 2027 г.
- Упомянутая льгота на продукты питания и продовольственные товары является специальной дополнительной льготой для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). Не все участники плана имеют право на ее получение. Право на получение льготы зависит от соответствия определению «участника с хроническим заболеванием». К хроническим заболеваниям, дающим право на получение льготы, относятся, помимо прочего: сердечно-сосудистые заболевания; хроническая сердечная недостаточность; сахарный диабет; избыточный вес, ожирение и метаболический синдром; хронические заболевания легких. Полный список хронических заболеваний, дающих право на получение льготы, и требования к участникам плана см. в *Справочнике участника* плана.
- Наши покрываемые препараты, сеть аптек и (или) сеть поставщиков услуг могут измениться в любое время. Вы получите уведомление обо всех изменениях, которые могут вас касаться, не менее чем за 30 дней до даты вступления таких изменений в силу.
- В обязанности нашего плана входит координация предоставления вам льгот по программе Medi-Cal (Medicaid).
- Blue Shield of California — это план HMO D-SNP, который работает по договору с программой Medicare и программой Medicaid штата Калифорния. Регистрация в плане Blue Shield of California зависит от продления контракта.
- Страхование в рамках плана Blue Shield TotalDual Plan является «минимальным необходимым страховым покрытием». Оно удовлетворяет требованию об индивидуальной совместной ответственности Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act, ACA). На веб-сайте Управления по налогам и сборам (Internal Revenue Service, IRS) по адресу www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families можно получить дополнительную информацию относительно требования об индивидуальной совместной ответственности.
- Аптека Amazon Pharmacy является независимой от Blue Shield of California организацией и заключила с Blue Shield контракт на доставку на дом рецептурных препаратов для участников плана Blue Shield.

Глава 1. Знакомство с планом: первые шаги

Введение

В этой главе содержится информация о плане Blue Shield TotalDual Plan — плане медицинского страхования, который покрывает все ваши услуги по программе Medicare и координирует все ваши услуги по программам Medicare и Medi-Cal, а также о вашем участии в нем. Кроме того, в ней сообщается, каких результатов следует ожидать и какую другую информацию вы будете получать от нас. Основные термины и определения приведены в алфавитном порядке в последней главе этого *Справочника участника*.

Содержание

A. Приветствуем вас в нашем плане 14

B. Информация о программах Medicare и Medi-Cal 14

B1. Программа Medicare 14

B2. Medi-Cal 14

C. Преимущества участия в нашем плане 15

D. Зона обслуживания нашего плана 16

E. Каким требованиям вы должны соответствовать, чтобы стать участником плана 16

F. Как выглядит процедура регистрации для тех, кто становится участником впервые 17

G. Ваша команда медицинских специалистов и план медицинского обслуживания 19

G1. Команда медицинских специалистов 19

G2. План медицинского обслуживания 19

H. Краткий обзор важных затрат 20

H1. Страховой взнос по плану 20

H2. Сумма оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare 20

I. *Справочник участника* 20

J. Другая важная информация, которую вы получите от нас 21

J1. Ваша идентификационная карта участника 21

J2. *Справочник поставщиков и аптек* 22

J3. *Перечень покрываемых препаратов* 24

J4. *Разъяснение льгот* 24

K. Поддержание ваших данных участника в актуальном состоянии 25

K1. Конфиденциальность личной медицинской информации (personal health information, PHI) 26

A. Приветствуем вас в нашем плане

Наш план предоставляет услуги по программам Medicare и Medi-Cal лицам, имеющим право на участие в обеих программах. Наш план — это организация, состоящая из врачей, больниц, аптек, поставщиков долгосрочных услуг и поддержки, поставщиков услуг по охране психического здоровья и прочих поставщиков. Также у плана есть координаторы медицинского обслуживания и группы медицинских специалистов, которые помогут вам организовать посещение поставщиков и получение услуг. Они сотрудничают между собой с целью предоставления необходимого вам обслуживания.

B. Информация о программах Medicare и Medi-Cal

B1. Программа Medicare

Программа Medicare является федеральной программой медицинского страхования для:

- лиц в возрасте 65 лет и старше,
- некоторых лиц моложе 65 лет с определенными ограниченными возможностями, **и**
- лиц с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (почечная недостаточность).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal — это название программы Medicaid в штате Калифорния. Программой Medi-Cal управляет штат, а ее стоимость оплачивает штат и федеральное правительство. Программа Medi-Cal помогает лицам с ограниченным доходом и ресурсами оплатить услуги долгосрочного обслуживания и поддержки (Long-Term Services and Supports, LTSS), а также оплатить затраты на медицинское обслуживание. Также, программа покрывает дополнительные услуги и препараты, не покрываемые в рамках программы Medicare.

В каждом штате решается:

- что следует учитывать в качестве дохода и ресурсов,
- кто имеет на это право,
- какие услуги покрываются, **и**
- стоимость услуг.

Каждый штат может самостоятельно принимать решение о порядке проведения своих программ при условии соблюдения федеральных правил.

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

- мы предоставляем данный план, **и**
- программа Medicare и штат Калифорния позволяют нам продолжать предоставлять данный план.

Даже если в будущем наш план прекратит свою работу, это не повлияет на ваше право получать услуги в рамках программ Medicare и Medi-Cal.

C. Преимущества участия в нашем плане

Теперь вы будете получать все услуги, покрываемые в рамках программ Medicare и Medi-Cal, через наш план, в том числе препараты. **Вам не нужно вносить дополнительную плату, чтобы присоединиться к данному плану медицинского страхования.**

Мы поможем вам лучше организовать получение своих льгот по программам Medicare и Medi-Cal. Ниже приведены некоторые из преимуществ:

- Вы можете сотрудничать с нами для удовлетворения **большинства** ваших медицинских потребностей.
- У вас будет команда медицинских специалистов, в формировании которой вы принимаете участие. В вашу команду медицинских специалистов могут входить вы, лицо, осуществляющее за вами уход, медсестры, консультанты и другие медицинские специалисты.
- У вас есть доступ к координатору медицинского обслуживания. Координатор медицинского обслуживания — это лицо, сотрудничающее с вами, нашим планом и вашей командой медицинских специалистов с целью составления плана вашего обслуживания.
- Вы можете руководить своим обслуживанием при помощи своей команды медицинских специалистов и координатора медицинского обслуживания.
- Команда медицинских специалистов и координатор медицинского обслуживания вместе с вами составят план обслуживания, призванный удовлетворять **ваши** медицинские потребности. Команда медицинских

специалистов поможет скоординировать необходимые вам услуги. Например, это означает, что ваша команда по медицинскому обслуживанию следит за тем, чтобы:

- Вашим врачам было известно обо всех препаратах, которые вы принимаете, чтобы убедиться в том, что вы принимаете правильные лекарственные средства, и уменьшить возможные побочные действия принимаемых лекарств.
- Результаты ваших анализов были сообщены всем вашим врачам и прочим поставщикам в случае необходимости.

Для новых участников плана Blue Shield TotalDual Plan. В большинстве случаев вы будете зачислены в план Blue Shield TotalDual Plan для получения льгот по программе Medicare в 1-й день месяца после подачи заявления о регистрации в плане Blue Shield TotalDual Plan. Вы можете продолжать получать услуги Medi-Cal по предыдущему плану медицинского страхования Medi-Cal в течение еще одного месяца. После этого вы будете получать услуги по программе Medi-Cal в рамках плана Blue Shield TotalDual Plan. Перерыва в вашем страховом покрытии Medi-Cal не будет. По всем вопросам звоните нам по номеру, указанному внизу страницы.

D. Зона обслуживания нашего плана

Зона обслуживания нашего плана включает следующие округи штата Калифорния: Лос-Анджелес и Сан-Диего.

Участниками нашего плана могут быть только лица, проживающие в нашей зоне обслуживания.

Если вы переедете за пределы нашей зоны обслуживания, вы не сможете продолжить участие в этом плане. Более подробную информацию о последствиях переезда за пределы нашей зоны обслуживания см. в **Главе 8** этого *Справочника участника*.

E. Каким требованиям вы должны соответствовать, чтобы стать участником плана

Вы имеете право на участие в плане при условии, что:

- вы проживаете в нашей зоне обслуживания (лица, находящиеся в заключении, не считаются проживающими в зоне обслуживания, даже если они физически находятся в ней), **и**

- на момент регистрации вам исполнится 21 год, **и**
- у вас есть покрытие как по части A программы Medicare, так и по части B программы Medicare, **и**
- вы являетесь гражданами США или законно находитесь на территории США, **и**
- на данный момент вы имеете право на участие в программе Medi-Cal.

Если вы утратили право на участие в программе Medi-Cal, но предполагается, что оно будет восстановлено в течение шести месяцев, вы по-прежнему имеете право на участие в нашем плане.

Для получения более подробной информации обратитесь в отдел обслуживания клиентов.

F. Как выглядит процедура регистрации для тех, кто становится участником впервые

При первичной регистрации в нашем плане вам будет проведена оценка риска для здоровья (health risk assessment, HRA) в течение 90 дней до или после даты регистрации в плане.

Проведение оценки является обязательным. На основании данной HRA будет составлен ваш план медицинского обслуживания. HRA включает вопросы для определения ваших потребностей в области медицины, охраны психического здоровья и функциональных возможностей.

Мы свяжемся с вами, чтобы организовать проведение HRA. HRA можно провести во время личного посещения, по телефону или по почте.

Мы отправим вам более подробную информацию о HRA.

Если вы впервые участвуете в нашем плане, в течение определенного времени вы можете продолжать обращаться к врачам, услугами которых вы пользуетесь сейчас, даже если они не входят в нашу сеть. Мы называем это непрерывностью медицинского обслуживания. Вы можете продолжать обращаться к своим поставщикам услуг, не входящим в нашу сеть, и пользоваться разрешениями на услуги таких поставщиков в течение максимум 12 месяцев, если будут выполнены нижеследующие условия.

- Вы, ваш представитель или ваш поставщик услуг отправите нам запрос на получение разрешения на продолжение использования вашего текущего поставщика.
- Мы подтвердим факт существующих отношений с поставщиком первичного или специализированного обслуживания (за некоторыми исключениями). Понятие «существующие отношения» означает, что вы хотя бы раз обращались к поставщику, не входящему в сеть, в неэкстренном порядке в течение 12 месяцев, предшествующих дате вашего первоначального зачисления в наш план.
    - Для подтверждения факта существующих отношений мы проверим имеющуюся в нашем распоряжении вашу медицинскую информацию или информацию, которую вы предоставите нам самостоятельно.
    - Мы ответим на ваш запрос в течение 30 дней. Вы можете попросить нас принять решение по ускоренной процедуре, в таком случае мы будем обязаны ответить вам в течение 15 дней. Этот запрос можно сделать, позвонив по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Если вам угрожает опасность, мы обязаны ответить в течение 3 дней.
    - При подаче запроса вы или ваш поставщик услуг должны предъявить документы, подтверждающие факт существующих отношений, и согласиться на определенные условия.

Примечание. Вы можете направить такой запрос для поставщиков медицинского оборудования длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME) как минимум на 90 дней, пока мы не дадим поставщику DME новое разрешение на арендуемый товар и не поручим входящему в сеть поставщику доставить его. Хотя вы не можете обратиться с таким запросом для поставщиков транспортных или других вспомогательных услуг, вы можете обратиться с таким запросом для транспортных или других вспомогательных услуг, не включенных в наш план.

После окончания периода непрерывности медицинского обслуживания вы должны пользоваться услугами врачей и других поставщиков услуг, входящих в сеть плана Blue Shield TotalDual Plan, которые связаны с медицинской группой вашего поставщика первичных медицинских услуг, за исключением случаев, когда мы заключим соглашение с вашим врачом, не входящим в сеть. Поставщик, входящий в сеть, — это поставщик, сотрудничающий с планом медицинского страхования. Медицинская группа или ассоциация независимых врачей (Independent Physician Association, IPA) — это организация, которая создана в соответствии с законодательством штата Калифорния и которая заключает договор с планом медицинского страхования на предоставление или организацию предоставления услуг здравоохранения участникам плана медицинского страхования. Медицинская группа или IPA — это объединение врачей первичного

обслуживания и специалистов, созданное для предоставления вам скоординированных медицинских услуг. Дополнительную информацию о получении медицинского обслуживания см. в **Главе 3** этого *Справочника участника.*

G. Ваша команда медицинских специалистов и план медицинского обслуживания

G1. Команда медицинских специалистов

Команда медицинских специалистов будет оказывать вам помощь в получении необходимого ухода. В эту команду могут входить ваш врач, координатор медицинского обслуживания или другой выбранный вами медицинский работник.

Координатор медицинского обслуживания — это лицо, специально подготовленное для оказания помощи в управлении необходимым вам обслуживанием. Вы получаете координатора по медицинскому обслуживанию при регистрации в нашем плане. Это лицо также направит вас к другим общественным ресурсам, которые наш план может не предоставлять, и будет взаимодействовать с вашей командой медицинских специалистов, оказывая помощь в координации вашего лечения. Позвоните нам по телефонам, указанным внизу страницы, чтобы получить дополнительную информацию о вашем координаторе медицинского обслуживания и команде медицинских специалистов.

G2. План медицинского обслуживания

Команда медицинских специалистов вместе с вами составят план вашего медицинского обслуживания. В плане медицинского обслуживания вам и вашим врачам сообщается о перечне необходимых вам услуг и порядке их получения. В плане содержится информация о медицинских услугах, услугах по охране психического здоровья, а также услугах LTSS и других услугах.

Ваш план медицинского обслуживания устанавливает:

- цели вашего медицинского обслуживания **и**
- график получения необходимых вам услуг.

Ваша команда медицинских специалистов проведет с вами консультацию после завершения HRA. Медицинские специалисты расспросят вас о том, какие услуги вам нужны. Они также расскажут вам об услугах, получение которых вы, возможно, захотите рассмотреть. На основе ваших потребностей и целей составляется план медицинского обслуживания. Ваша команда медицинских специалистов совместно с вами будет вносить изменения в план медицинского обслуживания не реже одного раза в год.

H. Краткий обзор важных затрат

Примеры расходов:

- Страховой взнос по плану (**Раздел H1**)
- Сумма по плану оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare (**раздел H2**)

В некоторых ситуациях страховой взнос по плану может составлять меньшую сумму.

H1. Страховой взнос по плану

Участники плана ежемесячно оплачивают страховой взнос по плану. В 2026 году ежемесячный страховой взнос по плану Blue Shield TotalDual Plan составляет $7.00. Однако вы платите $0 в месяц, если у вас есть субсидия для малоимущих по части D, также известная как Extra Help, и полное покрытие Medi-Cal.

H2. Сумма оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare

Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare, вы получите от своего плана счет за ваши препараты (а не будете оплачивать стоимость препаратов аптеке). Ваш ежемесячный счет включает в себя сумму, которую вы должны заплатить за все рецептурные препараты, которые вы получаете, и остаток суммы за предыдущий месяц, поделенные на количество месяцев, оставшихся в году.

В Разделе M3 **Главы 2** приведена более подробная информация о плане оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare. Если вы не согласны с суммой, выставленной в счете в рамках этого варианта оплаты, вы можете выполнить действия, описанные в **Главе 9**, чтобы подать жалобу или апелляцию.

I. *Справочник участника*

Данный *Справочник* участника является частью нашего контракта с вами. Это означает, что мы обязаны соблюдать все правила, установленные в данном документе. Если вы считаете, что действия нашей организации противоречат этим правилам, вы можете обжаловать наше решение. Информацию об апелляциях см. в **Главе 9** этого *Справочника участника*. Также информацию об апелляциях можно получить, позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Вы можете запросить *Справочник участника*, позвонив в отдел обслуживания клиентов по телефонам, указанным в нижней части страницы. Вы также можете воспользоваться *Справочником участника*, размещенным на нашем веб-сайте по веб-адресу, указанному внизу страницы.

Контракт имеет юридическую силу в течение периода вашего участия в нашем плане в промежуток с 1 января 2026 года по 31 декабря 2026 года.

J. Другая важная информация, которую вы получите от нас

Другая важная информация, которую мы предоставляем вам, включает вашу идентификационную карту участника и информацию о том, как получить доступ к *справочнику поставщиков и аптек* и *перечню покрываемых препаратов*, который также называется *перечень препаратов* или *фармакологический справочник*.

J1. Ваша идентификационная карта участника

В рамках нашего плана у вас будет одна карта для получения услуг по программам Medicare и Medi-Cal, включая услуги LTSS, определенные услуги по охране психического здоровья, а также рецептурные препараты. Данную карту следует предъявлять при получении любых услуг или рецептурных препаратов. Ниже приведен образец идентификационной карты участника:

Если ваша идентификационная карта участника повреждена, утеряна или украдена, немедленно позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному в нижней части страницы. Мы отправим вам новую карту.

Пока вы являетесь участником нашего плана, вам не нужно использовать свою красно-бело-синюю карту Medicare или карту Medi-Cal для получения большинства услуг. Храните эти карты в надежном месте на случай, если они понадобятся вам в будущем.

Если вы предъявите свою карту Medicare вместо идентификационной карты участника нашего плана, поставщик может выставить счет не нашему плану, а Medicare, и вы можете получить счет на оплату. Вас могут попросить предъявить свою карту Medicare, если вам нужны услуги больницы, услуги хосписа или если вы принимаете участие в клинических научных исследованиях, одобренных Medicare (которые также называются клиническими исследованиями). О том, что делать в случае получения счета от поставщика услуг, см. в **Главе 7** этого *Справочника участника*.

Напоминаем, что карта Medi-Cal или идентификационная карта получателя льгот (Benefits Identification Card, BIC) необходима для получения следующих услуг:

- Рецептурные препараты, покрываемые только в рамках программы Medi-Cal Rx
- Стоматологические услуги, покрываемые только в рамках программы Medi-Cal Dental Program
- Программа предоставления услуг поддержки на дому (In-Home Supportive Service, IHSS)
- Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)
- Услуги охраны психического здоровья в рамках округа

J2. *Справочник поставщиков и аптек*

В *справочнике поставщиков и аптек* приведен список поставщиков и аптек, входящих в сеть нашего плана. В течение срока вашего участия в нашем плане вы обязаны посещать поставщиков, входящих в сеть плана, чтобы получать покрываемые услуги.

Вы можете запросить *справочник поставщиков и аптек* (в электронной форме или на бумажном носителе), позвонив в отдел обслуживания клиентов по телефонам, указанным в нижней части страницы. В случае запроса на получение *справочника поставщиков и аптек* на бумажном носителе, справочник будет отправлен вам по почте в течение трех рабочих дней.

Вы также можете воспользоваться *справочником поставщиков и аптек*, размещенным по веб-адресу, указанному в нижней части страницы.

В *справочнике поставщиков и аптек* перечислены медицинские работники (такие как врачи, практикующие медицинские сестры и психологи), учреждения (такие как больницы или клиники) и поставщики, предоставляющие программы поддержки (такие как «Услуги ухода за взрослыми в дневное время» и «Медицинское обслуживание на дому»),

к которым вы можете обращаться как участник плана Blue Shield TotalDual Plan. В справочнике перечислены аптеки, в которых вы можете получать рецептурные препараты. В справочнике также представлена следующая информация:

- когда необходимы направления для посещения других поставщиков услуг, специалистов или учреждений;
- как выбрать врача;
- как сменить врача;
- как найти врачей, специалистов, аптеки или учреждения в вашем районе и (или) медицинскую группу/IPA;
- как получить доступ к услугам LTSS, к программе IHSS и к программе MSSP; а также
- информация о том, как получить доступ к услуге доставки препаратов на дом, инфузионной терапии на дому или аптекам, поставляющие препараты для пациентов учреждений долгосрочного ухода.

Определение входящих в сеть поставщиков услуг

- К поставщикам услуг нашей сети относятся:
  - врачи, медсестры и другие медицинские работники, которых вы можете посещать в рамках нашего плана;
  - клиники, больницы, учреждения сестринского ухода и прочие учреждения, оказывающие медицинские услуги в рамках нашего плана; **и**
  - услуги LTSS, услуги по охране психического здоровья, агентства по предоставлению медицинских услуг на дому, поставщики DME и прочие лица, предоставляющие товары и услуги, которые вы получаете по программе Medicare или Medi-Cal.

Поставщики, входящие в сеть плана, согласились принимать оплату от нашего плана за покрываемые услуги в качестве полной оплаты.

Определение входящих в сеть аптек

- Аптеки, входящие в сеть плана, — это аптеки, согласившиеся выдавать рецептурные препараты участникам нашего плана. Воспользуйтесь *справочником поставщиков и аптек*, чтобы найти аптеку, входящую в сеть плана, услугами которой вы бы хотели воспользоваться.

- За исключением экстренных случаев, вы обязаны покупать рецептурные препараты в одной из аптек, входящих в сеть нашего плана, если вы хотите, чтобы наш план помог вам их оплатить.

Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефонам, указанным внизу страницы. Наиболее актуальную информацию об изменениях в списке аптек и поставщиков, входящих в сеть нашего плана, можно получить в отделе обслуживания клиентов и на нашем веб-сайте.

J3. *Перечень покрываемых препаратов*

У нашего плана существует *перечень покрываемых препаратов.* Для краткости мы называем его *«Перечнем препаратов»*. В нем указано, какие препараты покрывает наш план. Наш план выбирает препараты в этом перечне совместно с врачами и фармацевтами. *Перечень препаратов* должен соответствовать требованиям программы Medicare. Препараты, цены на которые были согласованы в рамках программы переговоров о ценах на препараты по программе Medicare, будут включены в ваш *перечень препаратов,* если они не были удалены и заменены, как описано в **Разделе E Главы 5.** Программа Medicare одобрила *перечень препаратов* в рамках плана Blue Shield TotalDual Plan.

Также, в *перечне препаратов* содержится информация о действии каких-либо правил или ограничений на определенный препарат, например ограничение на доступное количество препарата. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с **Главой 5** этого *Справочника участника.*

Мы ежегодно будем отправлять вам информацию о порядке доступа к *перечню препаратов*, но некоторые изменения могут быть внесены в течение года. Чтобы получить наиболее актуальную информацию о том, какие препараты покрываются страховкой, позвоните в отдел обслуживания клиентов или посетите наш веб-сайт по адресу, указанному в нижней части данной страницы.

J4. *Разъяснение льгот*

Если вы воспользуетесь своими льготами для покупки препаратов по части D в рамках программы Medicare, мы отправим вам сводный отчет для того, чтобы помочь вам понять и отследить свои выплаты за препараты по части D в рамках программы Medicare. Этот сводный отчет называется «*Разъяснением льгот»* (Explanation of Benefits, EOB).

В EOB указывается общая сумма, затрачиваемая вами или другими лицами от вашего имени, на препараты по части D в рамках программы Medicare, а также общая сумма, оплачиваемая нами за каждый ваш препарат за месяц. EOB не является счетом. В EOB содержится дополнительная информация о принимаемых вами лекарствах. **Глава 6** этого

Справочника участника содержит более подробную информацию об EOB и о том, как с его помощью можно отслеживать покрытие лекарств.

Вы также можете запросить получение EOB. Чтобы получить экземпляр, обратитесь в отдел обслуживания клиентов по телефонам, указанным в нижней части страницы.

K. Поддержание ваших данных участника в актуальном состоянии

Вы можете поддерживать свои данные участника в актуальном состоянии, сообщая нам об изменениях в своей информации.

Это необходимо для того, чтобы убедиться в том, что в наших документах содержится правильная информация о вас. Врачи, больницы, фармацевты и другие поставщики в сети нашего плана используют ваши данные участника, чтобы узнать, какие услуги и препараты покрываются, и какую долю распределения затрат вы оплачиваете. Таким образом, крайне важно, чтобы вы помогли нам содержать свою информацию в актуальном состоянии.

Незамедлительно сообщайте нам о следующем:

- если вы изменили имя или фамилию, адрес проживания или номер телефона;
- если у вас есть изменения в медицинском страховом покрытии, например, страховом покрытии от вашего работодателя, работодателя вашего(ей) супруга(и)/партнера по проживанию или компенсации работникам, получившим травмы на работе;
- претензии по страхованию гражданской ответственности, например претензии после автомобильной аварии;
- госпитализация в учреждение сестринского ухода или больницу;
- получение обслуживания в больнице или отделении экстренной медицинской помощи;
- если изменится лицо, осуществляющее за вами уход (или другое ответственное за вас лицо); **и**
- если вы принимаете участие в клиническом научном исследовании. (**Примечание.** Информирование нас о клинических научных исследованиях, в которых вы собираетесь участвовать, не является обязательным, но мы рекомендуем это делать).

Если какая-либо информация изменилась, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефонам, указанным в нижней части страницы.

K1. Конфиденциальность личной медицинской информации (personal health information, PHI)

Информация, содержащаяся в вашей учетной записи, может включать PHI. Федеральные законы и законы штата требуют, чтобы мы сохраняли конфиденциальность вашей PHI. Мы обеспечиваем защиту вашей PHI. Более подробную информацию о мерах по обеспечению защиты вашей PHI см. в **Главе 8** этого *Справочника участника.*

Глава 2. Важные номера телефонов и ресурсы

Введение

В этой главе приведена контактная информация о важных ресурсах, которые помогут вам получить ответы на вопросы о нашем плане и ваших медицинских льготах. В этой главе вы также можете получить информацию о том, как связаться со своим координатором по медицинскому обслуживанию и другими лицами, которые могут защищать ваши интересы. Основные термины и определения приведены в алфавитном порядке в последней главе этого *Справочника участника*.

Содержание

A. Отдел обслуживания клиентов 29

B. Ваш координатор медицинского обслуживания 33

C. Программа консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 36

D. Справочная служба медсестер 38

E. Горячая линия по вопросам охраны психического здоровья 39

F. Организация QIO 40

G. Программа Medicare 41

H. Medi-Cal 43

I. Омбудсмен программы управляемого медицинского обслуживания и психического здоровья Medi-Cal 44

J. Социальное обеспечение округа 45

K. Агентство по оказанию услуг в области охраны психического здоровья округа 47

L. Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния 48

M. Программы помощи в оплате препаратов 49

M1. Программа Extra Help от Medicare 49

M2. Программа помощи покупки препаратов для лечения СПИДа (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 50

M3. План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare 50

N. Социальное обеспечение 52

O. Совет по вопросам социального обеспечения железнодорожников (Railroad Retirement Board, RRB) 53

P. Другие ресурсы 54

Q. Программа Medi-Cal Dental 55

A. Отдел обслуживания клиентов

ТЕЛЕФОН	1-800-452-4413. Звонок бесплатный. Режим работы: с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT), без выходных. Мы предоставляем бесплатные услуги перевода для лиц, не владеющих английским языком.
ЛИНИЯ TTY	711. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование. Режим работы: с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT), без выходных.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
ВЕБ-САЙТ	blueshieldca.com/medicare

Обратитесь в отдел обслуживания клиентов, чтобы получить информацию по нижеследующим вопросам:

- Вопросы о плане.
- Вопросы о страховых требованиях или выставлении счетов.
- Решения о предоставлении страхового покрытия вашего медицинского обслуживания.
    - Решение о покрытии вашего медицинского обслуживания — это решение о:
        - ваших льготах и покрываемых услугах **или**
        - сумме, которую оплатит план за ваши медицинские услуги.
    - Если у вас возникли вопросы относительно решения о покрытии вашего медицинского обслуживания, позвоните сотрудникам плана.

- Более подробную информацию в отношении решений о предоставлении страхового покрытия см. в **Главе 9** этого *Справочника участника*.

- Апелляции в отношении вашего медицинского обслуживания.
  - Апелляция — это формальный способ потребовать, чтобы план пересмотрел свое решение относительно покрытия и изменил его, если участник полагает, что оно ошибочно, или не согласен с принятым решением.
  - Более подробную информацию о порядке подачи апелляции см. в **Главе 9** этого *Справочника участника* или свяжитесь с отделом обслуживания клиентов.

- Жалобы в отношении вашего медицинского обслуживания.
  - Вы можете подать жалобу на наш план или на любого поставщика (в том числе на поставщика, входящего или не входящего в сеть плана). Поставщик, входящий в сеть плана, — это поставщик, который сотрудничает с планом. Вы также можете подать жалобу относительно качества полученного вами обслуживания либо в наш план, либо в организацию по повышению качества (Quality Improvement Organization, QIO) (см**. Раздел F** ниже).
  - Вы можете позвонить нам и пояснить суть вашей жалобы по телефону 1-800-452-4413 (линия TTY: 711).
  - Если ваша жалоба касается решения о предоставлении страхового покрытии вашего медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию (см. раздел выше).
  - Вы можете подать жалобу на наш план в программу Medicare. Вы можете воспользоваться интерактивной формой на веб-сайте www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Если вам нужна помощь, вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
  - Вы можете подать жалобу на наш план в программу омбудсмена Medicare Medi-Cal, позвонив по номеру 1-855-501-3077.
  - Более подробную информацию о подаче жалобы на медицинское обслуживание см. в **Главе 9** этого *Справочника участника*.

- Решения о предоставлении страхового покрытия стоимости ваших препаратов.

- Решение о покрытии стоимости ваших медицинских препаратов — это решение о:
  - ваших льготах и покрываемых препаратах **или**
  - сумме, которую оплатит план за ваши лекарственные препараты.
- Лекарственные препараты, не покрываемые программой Medicare, такие как безрецептурные препараты (over-the-counter, OTC) и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Дополнительная информация приведена на сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в центр клиентской поддержки Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273.
- Более подробная информация в отношении решений о предоставлении страхового покрытия по препаратам содержится в **Главе 9** этого *Справочника участника.*

- Апелляции в отношении ваших препаратов.
  - Апелляция — это способ попросить план изменить решение о предоставлении страхового покрытия.
  - Более подробная информация о порядке подачи апелляции по препаратам содержится в **Главе 9** этого *Справочника участника.*
- Жалобы в отношении ваших препаратов.
  - Вы можете подать жалобу на наш план или на любую из аптек. В том числе жалобу в отношении ваших препаратов.
  - Если ваша жалоба касается решения о покрытии в отношении ваших препаратов, вы можете подать апелляцию. (См. раздел выше.)
  - Вы можете подать жалобу на наш план в программу Medicare. Вы можете воспользоваться интерактивной формой на веб-сайте www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Если вам нужна помощь, вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
  - Более подробная информация о том, как подать жалобу в отношении ваших препаратов, содержится в **Главе 9** этого *Справочника участника.*
- Оплата за медицинское обслуживание или препараты, стоимость которых вы уже оплатили.

- Более подробная информация о том, как подать запрос в план о возмещении оплаченной вами суммы или об оплате полученного вами счета, представлена в **Главе 7** этого *Справочника участника*.
- Если вы просите план оплатить счет, и мы отклоняем любую часть вашего запроса, вы можете подать апелляцию на наше решение. Ознакомьтесь с **Главой 9** этого *Справочника участника*.

B. Ваш координатор медицинского обслуживания

Координатор медицинского обслуживания — это специально обученный сотрудник, который помогает вам получать доступ к вашим льготам по программам Medicare и Medi-Cal и услугам. Ваш координатор медицинского обслуживания будет членом вашей команды медицинских специалистов. Кроме того, он будет являться именно тем сотрудником, к которому вы должны обращаться в первую очередь. После регистрации координатор медицинского обслуживания свяжется с вами, чтобы провести оценку риска для здоровья и составить индивидуальный план медицинского обслуживания. С помощью этих инструментов ваш координатор поможет определить и персонализировать необходимые вам медицинские услуги в соответствии с вашими потребностями. Вы можете связаться со своим координатором медицинского обслуживания, позвонив по указанному ниже номеру.

ТЕЛЕФОН	1-888-548-5765. Звонок бесплатный. С 8:00 a.m. до 6:00 p.m. с понедельника по пятницу. Мы предоставляем бесплатные услуги перевода для лиц, не владеющих английским языком.
ЛИНИЯ TTY	711. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование. С 8:00 a.m. до 6:00 p.m. с понедельника по пятницу.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Blue Shield of California ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

Свяжитесь с вашим координатором медицинского обслуживания, чтобы получить информацию по следующим вопросам:

- вопросы о вашем медицинском обслуживании;
- вопросы по получению услуг по охране психического здоровья (психическое здоровье и злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами);

- вопросы о стоматологических льготах;
- вопросы по услугам транспортировки на прием к врачу;
- вопросы по услугам LTSS, включая вопросы по услугам для взрослых, предоставляемые по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS), и по услугам учреждений сестринского ухода (Nursing Facilities, NF).

Возможно, вы имеете право на следующие услуги:

- услуги CBAS;
- квалифицированный сестринский уход;
- физическая реабилитация;
- трудовая терапия;
- лечение дефектов речи;
- медико-социальные услуги;
- уход на дому;
- услуги IHSS через агентство социального обеспечения в вашем округе;
- иногда вы можете получить помощь в решении повседневных вопросов, связанных с медицинским обслуживанием и бытом.

В зависимости от округа, в котором вы проживаете, и вашего права на участие в программе, вы можете получать дополнительные услуги по оказанию поддержки населению в рамках плана Blue Shield TotalDual Plan. Ваш поставщик услуг может направить вас, если считает, что вы имеете право на получение услуг по оказанию поддержки населению, или вы можете обратиться в отдел обслуживания клиентов или к своему координатору медицинского обслуживания, чтобы узнать больше. Возможно, вы имеете право на следующие услуги:

- адаптация окружающей среды (модификация жилого помещения);
- услуги по организации перехода на новое жилье;
- жилищные депозиты;
- услуги по аренде и содержанию жилья;
- поддерживающее питание или диетическое питание;

- услуги по уходу за собой и помощь по дому;
- восстановительный уход (медицинская помощь);
- временный уход в период отдыха лиц, осуществляющих уход в обычное время;
- краткосрочное жилье после госпитализации или
- вытрезвители.

C. Программа консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

Программа штата по оказанию помощи в предоставлении медицинского страхования (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) — это государственная программа, в которой работают квалифицированные консультанты во всех штатах и которая предлагает бесплатную помощь, консультации и ответы на ваши вопросы по программе Medicare. В Калифорнии программа SHIP известна под названием Программа HICAP. Консультанты HICAP ответят на ваши вопросы и помогут вам понять, что нужно сделать для того, чтобы решить вашу проблему. HICAP предоставляет услуги своих консультантов во всех округах, при чем полностью бесплатно.

HICAP — это независимая программа штата (не связанная с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования), которая получает деньги от федерального правительства на предоставление бесплатных консультаций по местному медицинскому страхованию людям, зарегистрированным в программе Medicare.

ТЕЛЕФОН	(800) 434-0222 С понедельника по пятницу с 9:00 a.m. до 4:00 p.m.
ЛИНИЯ TTY	711 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
ВЕБ-САЙТ	https://www.aging.ca.gov//Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Обратитесь в HICAP, чтобы получить помощь по следующим вопросам:

- вопросы о программе Medicare;
- консультанты HICAP ответят на ваши вопросы о переходе в новый план, а также:

- помогут вам понять ваши права;
- помогут вам понять варианты планов, из которых вы можете выбирать;
- ответят на вопросы о смене планов,
- помогут вам подать жалобы в отношении вашего медицинского обслуживания или лечения, **и**
- помогут решить проблемы, связанные с выставлением счетов и предъявлением страховых требований.

D. Справочная служба медсестер

Справочная служба медсестер плана Blue Shield of California предоставляет поддержку в лице зарегистрированных медсестер, готовых ответить на вопросы ежедневно и круглосуточно. Nurses are available via phone to respond to general health questions and provide directions to additional resources for more information. Обращаясь в Справочную службу медсестер, участники могут получить по электронной почте краткое изложение беседы, содержащее всю информацию и ссылки для удобства пользования. Обращайтесь в Справочную службу медсестер в случае возникновения вопросов о вашем здоровье или медицинском обслуживании.

ТЕЛЕФОН	(877) 304-0504. Звонок бесплатный. Круглосуточно и без выходных. Мы предоставляем бесплатные услуги перевода для лиц, не владеющих английским языком.
ЛИНИЯ TTY	711. Звонки по этому номеру являются бесплатными. Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование. Круглосуточно и без выходных.

E. Горячая линия по вопросам охраны психического здоровья

ТЕЛЕФОН	**Телефон доверия и горячая линия в округе Лос-Анджелес** 1-800-854-7771. Звонок бесплатный. Круглосуточно и без выходных. Мы предоставляем бесплатные услуги перевода для лиц, не владеющих английским языком. **Телефон доверия и горячая линия в Сан-Диего** 1-888-724-7240. Звонки по этому номеру являются бесплатными. Круглосуточно и без выходных. Мы предоставляем бесплатные услуги перевода для лиц, не владеющих английским языком.
ЛИНИЯ TTY	711. Звонки по этому номеру являются бесплатными. Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование. Круглосуточно и без выходных.

Звоните на горячую линию по вопросам, связанным с охраной психического здоровья, если у вас:

- возникли вопросы об охране психического здоровья и услугах, касающихся злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами.

Если у вас возникли вопросы о специализированных услугах по охране психического здоровья в вашем округе, ознакомьтесь с **Разделом K**.

F. Организация QIO

В нашем штате есть организация, которая называется Commence Health. Это группа, состоящая из врачей и других медицинских работников, которые помогают улучшать качество обслуживания лиц, зарегистрированных в программе Medicare. Commence Health — независимая организация. Она не связана с нашим планом.

ТЕЛЕФОН	1-877-588-1123 С понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m., с 11:00 a.m. до 3:00 p.m. в субботу и воскресенье и с 7:00 a.m. до 3:30 p.m. в праздничные дни.
ЛИНИЯ TTY	1-855-887-6668 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
ВЕБ-САЙТ	https://livantaqio.com/en/states/california

Commence Health предоставляет помощь по следующим вопросам:

- вопросы о ваших правах на медицинское обслуживание;
- подача жалобы на полученное обслуживание, если:
    - у вас возникли проблемы с качеством обслуживания, например, вам выдали неподходящий лекарственный препарат, вам провели анализы или процедуры, которые не нужно было проводить, или вам поставили неправильный диагноз,
    - вы считаете, что вас выписали из больницы слишком рано, **или**
    - вы считаете, что ваше обслуживание на дому, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или учреждении, предоставляющем комплексные услуги по реабилитации (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF), прекращается слишком рано.

G. Программа Medicare

Программа Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет или старше, некоторых лиц с ограниченными возможностями в возрасте до 65 лет и лиц с терминальной стадией почечной недостаточности (необратимая почечная недостаточность, требующая проведения диализа или пересадки почки).

Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) являются федеральным органом, отвечающим за программу Medicare. Это агентство заключает договоры с организациями Medicare Advantage, в том числе с нашим планом.

ТЕЛЕФОН	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звонки по этому номеру являются бесплатными, 24 часа в сутки, без выходных.
ЛИНИЯ TTY	1-877-486-2048. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование.
ЧАТ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ	Воспользуйтесь чатом в режиме реального времени по адресу: www.Medicare.gov/talk-to-someone
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Напишите в Medicare и отправьте письмо по адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

ВЕБ-САЙТ	www.medicare.gov • Ознакомьтесь с информацией о планах медицинского страхования и планах страхового покрытия рецептурных препаратов Medicare в вашем районе, в том числе о том, сколько они стоят и какие услуги они предоставляют. • Найдите врачей, участвующих в программе Medicare, или других поставщиков медицинских услуг и поставщиков медицинского оборудования. • Узнайте, что покрывает программа Medicare, в том числе, какие профилактические услуги она покрывает (например, скрининги, прививки или вакцины, а также ежегодное профилактическое обследование). • Ознакомьтесь с информацией об апелляциях по программе Medicare и получите формы для подачи таких апелляций. • Ознакомьтесь с информацией о качестве обслуживания, предоставляемого планами, центрами сестринского ухода, больницами, врачами, агентствами по предоставлению медицинских услуг на дому, учреждениями, проводящими диализ, хосписами, стационарными реабилитационными учреждениями и больницами долгосрочного ухода. • Найдите веб-сайты и номера телефонов, которые могут вам пригодиться. Чтобы подать жалобу в программу Medicare, перейдите на страницу www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Программа Medicare серьезно относится к вашим жалобам. Кроме того, мы используем данную информацию, чтобы помочь улучшить качество обслуживания в рамках программы Medicare

H. Medi-Cal

Medi-Cal — это название программы Medicaid в штате Калифорния. Это программа государственного медицинского страхования, которая обеспечивает необходимые услуги здравоохранения для лиц с низким доходом, включая семьи с детьми, пожилых людей, лиц с ограниченными возможностями, детей и подростков в приемных семьях, а также беременных женщин. Medi-Cal финансируется за счет средств правительства штата и федерального правительства.

Льготы по программе Medi-Cal включают медицинские и стоматологические услуги, услуги по охране психического здоровья, а также услуги долгосрочного обслуживания и поддержки.

Вы зарегистрированы в программах Medicare и Medi-Cal. Если у вас есть вопросы касательно ваших льгот по программе Medi-Cal, свяжитесь с координатором медицинского обслуживания вашего плана. Если у вас есть вопросы касательно регистрации в программе Medi-Cal, позвоните в программу выбора медицинского обслуживания.

ТЕЛЕФОН	1-800-430-4263 С понедельника по пятницу, с 8 a.m. до 6 p.m.
ЛИНИЯ TTY	1-800-430-7077 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ВЕБ-САЙТ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Омбудсмен программы управляемого медицинского обслуживания и психического здоровья Medi-Cal

Офис омбудсмена помогает решить проблемы, занимая нейтральную позицию, чтобы гарантировать, что наши участники получают все необходимые по медицинским показаниям покрываемые услуги. Омбудсмен выслушает вас, ответит на ваши вопросы, проанализирует вашу ситуацию, объяснит правила и порядок действий, предоставит информацию, даст рекомендации и сообщит о возможных вариантах действий, а также предложит соответствующие направления к требуемым вам лицам. Задача омбудсмена состоит в том, чтобы помочь найти справедливые решения проблем, связанных с доступом к медицинскому обслуживанию. Эта программа не имеет отношения ни к нашему плану, ни к любому другому плану медицинского страхования или страховой компании. Услуги предоставляются бесплатно.

ТЕЛЕФОН	1-888-452-8609 С понедельника по пятницу, с 8 a.m. до 5 p.m.
ЛИНИЯ TTY	1-800-430-7077 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ЭЛ. ПОЧТА	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
ВЕБ-САЙТ	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. Социальное обеспечение округа

Если вам нужна помощь по Программе предоставления услуг IHSS, внесению изменений в вашу информацию в программе Medi-Cal или подтверждению права на участие в программе Medi-Cal и продлению получения льгот, обратитесь в местное агентство социального обеспечения округа Лос-Анджелес или округа Сан-Диего.

Обратитесь в агентство социального обеспечения вашего округа, чтобы подать заявление на получение услуг по программе предоставления медицинского обслуживания на дому. Программа IHSS поможет оплатить предоставленные вам услуги, чтобы вы могли безопасно оставаться у себя дома. Виды услуг могут включать помощь в приготовлении пищи, купании, одевании, стирке, покупках или транспортировке.

По всем вопросам, связанным с правом на участие в программе Medi-Cal, обращайтесь в агентство социального обеспечения вашего округа.

ТЕЛЕФОН	1-866-613-3777. Звонок бесплатный. **Департамент социального обслуживания населения округа Лос-Анджелес** имеет единый Центр обслуживания клиентов (Customer Service Center, CSC), обслуживающий 33 районных отделения. График работы: с понедельника по пятницу (за исключением праздничных дней) с 7:30 a.m. до 6:30 p.m.
ЛИНИЯ TTY	1-877-735-2929 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
ВЕБ-САЙТ	https://dpss.lacounty.gov

ТЕЛЕФОН	1-866-262-9881. Звонок бесплатный. Представители **службы здравоохранения и социального обеспечения округа Сан-Диего** работают с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Доступ к линии самообслуживания можно получить круглосуточно и без выходных. Для использования системы необходимо ввести свой номер социального страхования (Social Security Number, SSN).
ЛИНИЯ TTY	1-619-589-4459 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186
ВЕБ-САЙТ	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

K. Агентство по оказанию услуг в области охраны психического здоровья округа

Вы можете получить специальные услуги в рамках программы Medi-Cal по охране психического здоровья и лечению злоупотребления психоактивными веществами в округе при условии соответствия критериям для получения таких услуг.

ТЕЛЕФОН	**Округ Лос-Анджелес** 1-800-854-7771. Звонок бесплатный. Круглосуточно, без выходных. Мы предоставляем бесплатные услуги перевода для лиц, не владеющих английским языком. **Округ Сан-Диего** 1-888-724-7240. Звонки по этому номеру являются бесплатными. Круглосуточно, без выходных. Мы предоставляем бесплатные услуги перевода для лиц, не владеющих английским языком.
ЛИНИЯ TTY	711. Звонки по этому номеру являются бесплатными. Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование. Круглосуточно, без выходных.

Обращайтесь в агентство округа по оказанию услуг в области охраны психического здоровья, если у вас возникли вопросы о:

- специальных услугах по охране психического здоровья, которые предоставляет округ;
- услугах по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, предоставляемых округом;
- специальных услугах по охране психического здоровья, включая следующее:

- амбулаторные услуги по охране и восстановлению психического здоровья;
- лечение в дневное время;
- кризисное вмешательство и стабилизация;
- индивидуальное ведение пациентов;
- услуги реабилитации взрослых в учреждении интернатного типа;
- услуги реабилитации в кризисных ситуациях в учреждении интернатного типа.

L. Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (Department of Managed Health Care, DMHC) регулирует планы медицинского страхования. Сотрудники справочного центра департамента DMHC могут помочь вам с апелляциями и жалобами касательно услуг в рамках программы Medi-Cal.

ТЕЛЕФОН	1-888-466-2219 С сотрудниками DMHC можно связаться с 8:00 a.m. до 6:00 p.m. с понедельника по пятницу.
ЛИНИЯ TDD	1-877-688-9891 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ФАКС	1-916-255-5241
ВЕБ-САЙТ	www.dmhc.ca.gov

M. Программы помощи в оплате препаратов

На веб-сайте Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) содержится информация о том, как снизить затраты на препараты. Для лиц с ограниченными доходами предусмотрены и другие программы помощи, описанные ниже.

M1. Программа Extra Help от Medicare

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medi-Cal, вы также имеете право и получаете помощь в оплате ваших препаратов по программе Extra Help от программы Medicare. Вам не нужно предпринимать какие-либо действия для получения помощи по программе Extra Help.

ТЕЛЕФОН	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звонки по этому номеру являются бесплатными, 24 часа в сутки, без выходных.
ЛИНИЯ TTY	1-877-486-2048. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.medicare.gov

Если вы считаете, что платите несоответствующую сумму за рецептурный препарат в аптеке, наш план предусматривает процедуру, которая поможет получить доказательства правильного расчета доли в совместной оплате. Если у вас уже есть доказательства расчета надлежащей суммы, мы можем помочь вам предоставить эти доказательства нам.

- Вы можете позвонить в отдел обслуживания клиентов, сообщить его специалистам о том, что, по вашему мнению, вы платите слишком большую сумму за рецептурные препараты, и предоставить им информацию о своем участии в программе Medi-Cal. Ваше право на участие в программе Medi-Cal будет считаться лучшим доступным доказательством, которое позволит внести изменения в ваши данные в рамках программы предоставления дополнительной помощи, и снизить размер доли в совместной оплате за рецептурные препараты при наличии такой возможности. Снижение доли в совместной оплате за рецептурные препараты не гарантируется.

- Когда мы получим доказательство, подтверждающее надлежащий уровень доли в совместной оплате, мы внесем изменения в нашу систему, чтобы вы могли платить надлежащую сумму доли в совместной оплате при получении следующего рецептурного препарата. Если вы заплатите лишнюю сумму в рамках доли в совместной оплате, мы вернем вам деньги чеком или в виде кредита при оплате доли в совместной оплате впоследствии. Если аптека не получила от вас доплату и учитывает ее в качестве вашей задолженности, мы можем произвести оплату непосредственно аптеке. Если за вас платил государственный орган, мы можем произвести оплату непосредственно ему. По всем вопросам звоните в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному внизу страницы.

M2. Программа помощи покупки препаратов для лечения СПИДа (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

ADAP помогает живущим с ВИЧ/СПИДом лицам, имеющим право на участие в программе ADAP, получить доступ к жизненно важным лекарствам от ВИЧ. Препараты части D по программе Medicare, которые также входят в фармакологический справочник ADAP, дают право на получение помощи в покрытии доли затрат на рецептурные препараты через программу ADAP в штате Калифорния. Для получения дополнительной информации обратитесь к сотрудникам ADAP в штате Калифорния по телефону (844) 421-7050 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. или посетите их веб-сайт по адресу https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.
Примечание. Для получения права на участие в программе ADAP в вашем штате, необходимо соответствовать определенным критериям, включая подтверждение проживания в штате и наличия ВИЧ-статуса, низкого дохода согласно определению в штате и статуса незастрахованного/недостаточно застрахованного лица. Если вы сменили план, уведомьте об этом сотрудника местного филиала программы ADAP, чтобы продолжать получать помощь. Информацию о критериях соответствия, покрываемых препаратах или о том, как зарегистрироваться в программе, можно получить по телефону (844) 421-7050 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. или на веб-сайте программы ADAP в штате Калифорния по адресу: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

M3. План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare

План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare — это вариант оплаты, который взаимодействует с вашим текущим планом страхового покрытия рецептурных препаратов, и позволяет управлять своими затратами из собственных средств на лекарства, покрываемые нашим планом, путем их распределения в течение

календарного года (с января по декабрь). Этот вариант оплаты может использовать любой, у кого есть план страхового покрытия рецептурных препаратов Medicare или план медицинского страхования Medicare с покрытием препаратов (например, план Medicare Advantage с покрытием препаратов). **Этот вариант оплаты может помочь вам управлять своими расходами, но он не экономит вам деньги и не снижает ваши расходы на препараты. Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare и не меняете свой план медицинского страхования, вам не нужно ничего делать, чтобы продолжать пользоваться этим вариантом оплаты.** Участие в программе предоставления дополнительной помощи от Medicare и получение помощи от SPAP и ADAP для лиц, соответствующих требованиям, являются более выгодными вариантами, чем участие в этом варианте оплаты, независимо от вашего уровня дохода, и планы страхового покрытия рецептурных препаратов должны предлагать этот вариант оплаты. Чтобы узнать больше об этом варианте оплаты, позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру телефона, указанному внизу страницы, или посетите веб-сайт www.medicare.gov.

N. Социальное обеспечение

Служба социального обеспечения определяет право на участие в программе Medicare и осуществляет вашу регистрацию в программе Medicare.

Если вы переедете или измените свой почтовый адрес, обязательно уведомьте от этом Службу социального обеспечения.

ТЕЛЕФОН	1-800-772-1213 Звонки по этому номеру являются бесплатными. График работы: с 8:00 a.m. до 7:00 p.m. с понедельника по пятницу. Вы можете воспользоваться автоматизированной телефонной службой, чтобы прослушать записанную информацию и выполнить некоторые действия в любое время суток.
ЛИНИЯ TTY	1-800-325-0778 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.ssa.gov

O. Совет по вопросам социального обеспечения железнодорожников (Railroad Retirement Board, RRB)

RRB — независимое федеральное агентство, которое управляет комплексными программами льгот для железнодорожников страны и членов их семей. Если вы получаете льготы по программе Medicare через RRB, обязательно сообщайте о переезде или смене своего почтового адреса. Если у вас есть вопросы относительно ваших льгот от RRB, свяжитесь с агентством.

ТЕЛЕФОН	1-877-772-5772 Звонки по этому номеру являются бесплатными. Нажав «0», вы сможете поговорить с представителем RRB с 9 a.m. до 3:30 p.m. в понедельник, вторник, четверг и пятницу и с 9 a.m. до 12 p.m. в среду. Нажав «1», вы получите доступ к автоматизированной линии помощи RRB и записанной информации, доступной круглосуточно, включая выходные и праздничные дни.
ЛИНИЯ TTY	1-312-751-4701 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование. Звонки по этому номеру не являются бесплатными.
ВЕБ-САЙТ	www.rrb.gov

P. Другие ресурсы

Программа омбудсмена Medicare Medi-Cal Ombuds Program предлагает БЕСПЛАТНУЮ помощь лицам, испытывающим трудности с получением или сохранением медицинского страхового покрытия, а также с разрешением проблем с медицинскими планами.

Обращайтесь в случае возникновения проблем с нижеследующим:

- Medi-Cal;
- Medicare;
- ваш план медицинского страхования;
- доступ к медицинским услугам;
- обжалование отказа в предоставлении услуг, лекарств, DME, услуг по охране психического здоровья и т.д.;
- медицинские счета;
- программа предоставления услуг IHSS.

Программа омбудсмена Medicare Medi-Cal Ombuds Program оказывает помощь в рассмотрении жалоб, апелляций и слушаний в суде. В программу омбудсмена можно позвонить по номеру 1-855-501-3077.

Q. Программа Medi-Cal Dental

Определенные стоматологические услуги доступны в рамках стоматологической программы Medi-Cal Dental Program. Примеры таких услуг:

- первоначальные осмотры, рентген, чистка и фторирование зубов;
- реставрация и коронки;
- лечение корневых каналов;
- частичные и полные протезы, корректировка, восстановление и перебазирование протеза.

Стоматологические льготы доступны в рамках программ Medi-Cal Dental с оплатой услуг по факту (Fee-for-Service, FFS) и управляемого стоматологического обслуживания (Dental Managed Care, DMC).

ТЕЛЕФОН	1-800-322-6384 Звонок бесплатный. Представители стоматологической программы Medi-Cal Dental FFS готовы помочь вам с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. с понедельника по пятницу.
ЛИНИЯ TTY	1-800-735-2922 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы позвонить по этому номеру, вам необходимо специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Взамен стоматологических услуг с оплатой по факту по программе Medi-Cal Dental Fee-For-Service Program вы можете получать стоматологические льготы в рамках плана управляемого стоматологического обслуживания. Планы управляемого стоматологического обслуживания доступны в округе Лос-Анджелес. Если вам нужна дополнительная информация о планах стоматологического обслуживания или вы хотите

сменить план стоматологического обслуживания, обратитесь в Программу выбора медицинских услуг по телефону 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077) с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 6:00 p.m. Звонок бесплатный. Данные контактных лиц в рамках плана управляемого стоматологического обслуживания также приведены на следующей странице: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

Глава 3. Использование покрытия нашего плана для получения медицинского обслуживания и прочих покрываемых услуг

Введение

В этой главе приводятся конкретные условия и правила, которые вам необходимо знать, чтобы получать медицинское обслуживание и другие покрываемые услуги в рамках нашего плана. Здесь также содержится информация о вашем координаторе медицинского обслуживания; о том, как получать медицинскую помощь от различных поставщиков услуг и при определенных особых обстоятельствах (в том числе от поставщиков услуг или аптек, не входящих в сеть); о том, что делать в случае получения счета за покрываемые нами услуги; а также информация о правилах владения DME. Основные термины и определения приведены в алфавитном порядке в последней главе этого *Справочника участника*.

Содержание

A. Информация об услугах и поставщиках услуг 60

B. Правила получения услуг, покрываемых нашим планом..... 60

C. Ваш координатор медицинского обслуживания 63

C1. Какую роль выполняет координатор медицинского обслуживания..... 63

C2. Как вы можете связаться с вашим координатором медицинского обслуживания ... 63

C3. Как вы можете сменить вашего координатора медицинского обслуживания..... 63

D. Медицинское обслуживание, оказываемое поставщиками услуг 63

D1. Медицинское обслуживание, оказываемое поставщиком первичных медицинских услуг (primary care provider, PCP) 63

D2. Медицинское обслуживание у специалистов и других поставщиков, входящих в сеть плана..... 67

D3. Действия в случае прекращения сотрудничества поставщика услуг с нашим планом..... 68

D4. Поставщики услуг, не входящие в сеть 69

E. Услуги LTSS 70

F. Услуги по охране психического здоровья (психическое здоровье и злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами) 71

F1. Услуги по охране психического здоровья по программе Medi-Cal, предоставляемые вне нашего плана 72

G. Услуги транспортировки 75

G1. Транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства 75

G2. Услуги по транспортировке, не связанные с медицинскими показаниями 77

H. Покрываемые услуги в условиях экстренной медицинской помощи, при острой необходимости или во время стихийного бедствия 79

H1. Медицинское обслуживание в условиях экстренной медицинской помощи 79

H2. Срочно необходимое обслуживание 81

H3. Медицинское обслуживание во время стихийного бедствия 82

I. Что, если вам напрямую выставляют счет за покрываемые услуги 83

I1. Что делать, если наш план не покрывает услуги 83

J. Покрытие услуг здравоохранения при участии в клиническом научном исследовании 84

J1. Определение клинического научного исследования 84

J2. Оплата услуг при участии в клиническом научном исследовании 85

J3. Подробнее о клинических научных исследованиях 85

K. Каким образом покрываются ваши услуги здравоохранения во время вашего пребывания в религиозном учреждении, не предоставляющем услуги здравоохранения 85

K1. Определение религиозного учреждения, не предоставляющего услуги здравоохранения 85

K2. Обслуживание со стороны религиозного учреждения, не предоставляющего услуги здравоохранения 86

L. Медицинское оборудование длительного пользования (Durable medical equipment, DME) 87

L1. DME для участников нашего плана 87

L2. Право собственности на DME при переходе на Original Medicare 87

L3. Льготы на кислородное оборудование для участников нашего плана 89

L4. Кислородное оборудование при переходе на Original Medicare или другой план программы Medicare Advantage (MA) 89

A. Информация об услугах и поставщиках услуг

Услуги включают медицинское обслуживание, а также услуги LTSS, товары медицинского назначения, услуги по охране психического здоровья, рецептурные препараты и препараты, отпускаемые без рецепта, оборудование и другие услуги. **Покрываемые услуги** — это любые из вышеперечисленных услуг, которые оплачивает план. О покрываемом медицинском обслуживании, услугах по охране психического здоровья и услугах LTSS читайте в **Главе 4** этого *Справочника участника*. Покрываемые услуги по отпуску рецептурных и безрецептурных лекарств приведены в **Главе 5** этого *Справочника участника*.

Поставщики услуг — это врачи, медсестры и прочие лица, предоставляющие услуги и медицинское обслуживание и имеющие лицензию штата на осуществление такой деятельности. Понятие «поставщики услуг» также включает больницы, агентства по предоставлению медицинских услуг на дому, клиники и другие учреждения, в которых предоставляются услуги здравоохранения, услуги по охране психического здоровья, медицинское оборудование, а также определенные услуги LTSS.

Поставщики услуг, входящие в сеть плана, — это поставщики, которые сотрудничают с нашим планом. Такие поставщики согласились принимать оплату от нашего плана в качестве полной оплаты. Поставщики, входящие в сеть плана, напрямую отправляют нам счета за оказанные вам услуги. При обращении ко входящему в сеть плана поставщику, вы, как правило, не оплачиваете покрываемые услуги.

B. Правила получения услуг, покрываемых нашим планом

Наш план покрывает все услуги, покрываемые по программе Medicare, и большинство услуг по программе Medi-Cal. Это включает в себя определенные услуги по охране психического здоровья и услуги LTSS.

В большинстве случаев план оплатит услуги здравоохранения, услуги по охране психического здоровья и многие услуги LTSS при условии соблюдения вами правил плана. Для получения страхового покрытия по плану:

- Обслуживание, которое вы получаете, должно быть включено в нашу Таблицу медицинских льгот в **Главе 4** этого *Справочника участника*.
- Обслуживание должно быть признано **необходимым по медицинским показаниям.** Под «необходимыми по медицинским показаниям» мы имеем в виду услуги, которые являются обоснованными и необходимыми для диагностики и лечения вашего заболевания. Необходимое по медицинским

показаниям обслуживание нужно для того, чтобы не допустить серьезного заболевания или инвалидности, а также для уменьшения сильной боли путем лечения заболевания, болезни или травмы.

- Для получения медицинских услуг у вас должен быть входящий в сеть плана **поставщик первичных медицинских услуг (PCP)**, предоставляющий и контролирующий ваше лечение. Участники плана должны выбрать поставщика услуг, входящего в сеть плана, который будет выполнять роль PCP (для ознакомления с дополнительной информацией см. **Раздел D1** этой главы).
    - В большинстве случаев наш план должен дать вам разрешение, прежде чем вы сможете воспользоваться услугами поставщика, не являющегося вашим PCP, или воспользоваться услугами других поставщиков, входящих в сеть нашего плана. Это называется **«направление»**. При отсутствии предварительного одобрения план может не покрыть услуги.
    - PCP нашего плана входят в состав медицинских групп. Когда вы выбираете PCP, вы также выбираете соответствующую медицинскую группу. Это значит, что ваш PCP будет направлять вас к специалистам и в организации, которые также входят в состав его медицинской группы. Медицинская группа — это объединение врачей первичного обслуживания и специалистов, созданное для предоставления вам скоординированных медицинских услуг.
    - Вам не требуется направление от вашего PCP для получения экстренной или срочно необходимой медицинской помощи, для обращения к поставщику услуг по охране женского здоровья или для получения других услуг, перечисленных в **Разделе D1** этой главы.
- **Вы должны получать обслуживание у входящих в сеть плана поставщиков услуг** (для ознакомления с дополнительной информацией см. **Раздел D** этой главы). Как правило, мы не покрываем услуги поставщика, который не сотрудничает с нашим планом медицинского страхования. Это означает, что вам придется оплатить поставщику полную стоимость предоставленных услуг. Далее приведены случаи, на которые данное правило не распространяется.
    - Мы покрываем экстренное или неотложное медицинское обслуживание от поставщика услуг, не входящего в сеть (дополнительную информацию см. в **Разделе H** этой главы).

- Если вам необходимы услуги, которые наш план покрывает, но поставщики, входящие в сеть плана, не могут вам их предоставить, вы можете получить услуги у поставщика, не входящего в сеть плана. Для этого требуется разрешение, которое необходимо получить до обращения за медицинской помощью. В таком случае мы покроем услуги в таком порядке, как если бы вы получили их у поставщика, входящего в сеть плана, **или** вам ничего не нужно будет платить за них. Информация о получении разрешения на использование поставщика услуг, не входящего в сеть, приведена в **Разделе D4** этой главы.

- Мы покрываем услуги по проведению диализа почек, если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана в течение короткого времени или если ваш поставщик услуг временно не работает или недоступен.

- Когда вы только присоединяетесь к нашему плану, вы можете попросить продолжить пользоваться услугами ваших текущих поставщиков. За некоторыми исключениями, мы обязаны одобрить этот запрос, если сможем подтвердить, что у вас были существующие отношения с поставщиками услуг. Ознакомьтесь с **Главой 1** этого *Справочника участника*. Если ваш запрос будет одобрен, вы сможете продолжать обращаться к своим поставщикам в течение максимум 12 месяцев. В течение этого срока наш координатор медицинского обслуживания свяжется с вами для того, чтобы помочь вам найти поставщиков услуг в нашей сети, которые входят в медицинскую группу вашего PCP. По истечении 12 месяцев мы прекратим покрытие вашего обслуживания, если вы продолжите пользоваться услугами поставщиков, не входящих в нашу сеть и не связанных с медицинской группой вашего PCP.

Другие программы медицинского страхового покрытия. Участники программы Medi-Cal должны использовать все другие программы медицинского страхового покрытия (OHC), прежде чем обращаться к программе Medi-Cal, если аналогичная услуга доступна в рамках вашей другой программы медицинского страхового покрытия, поскольку программа Medi-Cal является плательщиком последней инстанции. Это означает, что в большинстве случаев программа Medi-Cal будет вторым плательщиком после OHC в рамках программы Medicare, и она будет покрывать допустимые расходы, не оплачиваемые нашим планом или OHC, по ставке программы Medi-Cal.

Для новых участников плана Blue Shield TotalDual Plan. В большинстве случаев вы будете зачислены в план Blue Shield TotalDual Plan для получения льгот по программе Medicare в 1-й день месяца после подачи заявления о регистрации в плане Blue Shield TotalDual Plan. Вы можете продолжать получать услуги Medi-Cal по предыдущему плану медицинского страхования Medi-Cal в течение еще одного месяца. После этого вы будете получать услуги по программе Medi-Cal в рамках плана Blue Shield TotalDual Plan. Перерыва в вашем страховом покрытии Medi-Cal не будет. Позвоните нам по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711), если у вас возникнут какие-либо вопросы.

C. Ваш координатор медицинского обслуживания

C1. Какую роль выполняет координатор медицинского обслуживания

Координатор медицинского обслуживания — это специально обученный сотрудник, который помогает вам получать доступ к вашим льготам по программам Medicare и Medi-Cal и услугам. Ваш координатор медицинского обслуживания будет членом вашей команды медицинских специалистов, кроме того, он будет являться именно тем сотрудником, к которому вы должны обращаться в первую очередь. После регистрации координатор медицинского обслуживания свяжется с вами, чтобы представиться и провести оценку риска для здоровья с целью определения ваших потребностей в медицинском обслуживании.

C2. Как вы можете связаться с вашим координатором медицинского обслуживания

Вы можете связаться со своим координатором медицинского обслуживания, позвонив по номеру 1-888-548-5765 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 6:00 p.m. Как только вы начнете взаимодействовать с координатором медицинского обслуживания, вы также сможете связываться с ним по телефону напрямую.

C3. Как вы можете сменить вашего координатора медицинского обслуживания

Чтобы подать запрос о смене вашего координатора медицинского обслуживания, вы можете позвонить по телефону 1-888-548-5765 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 6:00 p.m.

D. Медицинское обслуживание, оказываемое поставщиками услуг

D1. Медицинское обслуживание, оказываемое поставщиком первичных медицинских услуг (primary care provider, PCP)

С целью предоставления и координирования вашего обслуживания вы должны выбрать PCP. PCP нашего плана входят в состав медицинских групп. Когда вы выбираете PCP, вы также выбираете соответствующую медицинскую группу.

Кто такой PCP и что PCP делает для вас

Ваш PCP — это врач, отвечающий требованиям штата, и обученный с целью предоставления вам основного медицинского обслуживания. PCP может быть семейный врач, врач общей практики, поставщик услуг в сфере медицины болезней внутренних органов, акушер-гинеколог, а также в случае необходимости — врач определенной специализации (специалист). Вы можете выбрать специалиста в качестве своего PCP, если специалист согласится оказывать вам услуги, обычно оказываемые PCP. Чтобы попросить специалиста стать вашим PCP, обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan (номера телефонов и график работы указаны в нижней части этой страницы). Клиники, например, Медицинские центры, прошедшие федеральную аттестацию (Federally Qualified Health Centers, FQHC), также могут выступать в качестве вашего PCP. PCP будет предоставлять вам плановое или основное обслуживание. Ваш PCP также может координировать остальные покрываемые услуги, в которых вы нуждаетесь. Покрываемые услуги включают:

- рентгенологические обследования;
- лабораторные анализы;
- терапию;
- услуги врачей-специалистов;
- госпитализации;
- обслуживание в ходе последующего наблюдения.

PCP нашего плана входят в состав определенных медицинских групп. Медицинская группа или ассоциация независимых врачей (Independent Physician Association, IPA) — это организация, которая создана в соответствии с законодательством штата Калифорния и которая заключает договор с планом медицинского страхования на предоставление или организацию предоставления услуг здравоохранения участникам плана медицинского страхования. Когда вы выбираете PCP, вы также выбираете соответствующую медицинскую группу. Это значит, что ваш PCP будет направлять вас к специалистам и в организации, которые также входят в состав его медицинской группы.

В большинстве случаев, прежде чем обращаться к другим поставщикам медицинских услуг или специалисту, вы должны связаться с вашим PCP, чтобы получить направление. Как только данное направление будет одобрено медицинской группой вашего PCP, вы можете записаться на прием к специалисту или другому поставщику, чтобы получить необходимое вам лечение. Специалист сообщит вашему PCP о завершении вашего лечения или получении вами услуг, чтобы PCP мог продолжить координировать ваше обслуживание.

Для получения некоторых услуг вашему PCP придется получить предварительное одобрение от плана или, в некоторых случаях, от медицинской группы вашего PCP. Данное предварительное одобрение называется «предварительное разрешение».

Выбор PCP

Когда вы становитесь участником нашего плана, вам необходимо выбрать поставщика услуг в рамках плана, который будет вашим PCP.

Вы можете выбрать PCP следующим образом:

- Воспользоваться вашим *Справочником поставщиков и аптек*. Чтобы найти желаемого врача, просмотрите указатель «Основные лечащие врачи», который находится на обратной стороне Справочника. (Указатель в алфавитном порядке по фамилиям врачей.); или
- Посетить наш веб-сайт по адресу blueshieldca.com/find-a-doctor и найти нужного вам PCP; или
- Позвонить в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan (номера телефонов и график работы указаны внизу этой страницы) для получения помощи.

Чтобы узнать, предоставляет ли свои услуги или принимает ли новых пациентов желаемый поставщик медицинских услуг, найдите его в вашем *Справочнике поставщиков и аптек*, который доступен на нашем веб-сайте, или позвоните в отдел обслуживания клиентов (номера телефонов и график работы указаны внизу этой страницы). Если есть определенный специалист или больница, услугами которых вы хотели бы пользоваться, узнайте, входят ли они в состав медицинской группы вашего PCP. Вы можете заглянуть в *Справочник поставщиков и аптек* или обратиться в отдел обслуживания клиентов, чтобы узнать, направляет ли нужный вам PCP к данному специалисту или пользуется ли услугами данной больницы.

Возможность сменить PCP

Вы можете сменить своего PCP по любой причине и в любое время. Также возможна ситуация, когда PCP выйдет из сети нашего плана. Если ваш PCP покинет сеть нашего плана, мы можем помочь вам найти нового PCP, который входит в сеть нашего плана.

Для смены PCP вы можете выполнить действия, описанные выше в разделе «Выбор PCP». Обязательно позвоните сотрудникам отдела обслуживания клиентов и сообщите им о том, что вы меняете PCP (номера телефонов и график работы указаны внизу этой страницы).

После подачи запроса об изменении назначение нового PCP и его соответствующей медицинской группы будет выполнено в первый день месяца, следующего после того, в котором был подан запрос о смене PCP.

Имя и телефон офиса вашего PCP указаны на вашей карте участника. Если вы смените своего PCP, вы получите новую карту участника.

PCP нашего плана входят в состав медицинских групп. Если вы смените своего PCP, вы также смените медицинскую группу. Подавая запрос об изменении, сообщите в отдел обслуживания клиентов, пользуетесь ли вы услугами специалиста и получаете ли другие покрываемые услуги, которые должны быть одобрены PCP. Сотрудники отдела обслуживания клиентов проследят за тем, чтобы вы могли продолжать получать специализированное обслуживание и прочие услуги при изменении вашего PCP.

Услуги, которые вы можете получить без предварительного одобрения вашего PCP

Перед обращением к другим поставщикам услуг в большинстве случаев вам необходимо одобрение вашего PCP. Данное одобрение называется **«направление».** Без получения одобрения вашего PCP вы можете получить услуги, подобные тем, что перечислены ниже.

- Услуги экстренного характера у поставщиков, как входящих, так и не входящих в сеть плана.
- Неотложные покрываемые услуги, которые должны быть предоставлены немедленно (но не экстренно), если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или если получение этих услуг у поставщиков, входящих в сеть плана, нецелесообразно с учетом времени, места и обстоятельств. Примерами неотложных услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы или непредвиденные обострения существующих заболеваний. Необходимые по медицинским показателям плановые посещения поставщиков услуг (например, ежегодные медицинские осмотры) не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или если наша сеть временно недоступна.
- Услуги диализа почек, которые вы получаете в учреждении, сертифицированном программой Medicare для проведения диализа, в случаях, когда вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана. Если вы позвоните в отдел обслуживания клиентов до того, как покинете

зону обслуживания, мы можем помочь вам пройти диализ во время вашего нахождения за пределами зоны обслуживания.

- Вакцинация от гриппа, COVID-19, а также гепатита B и пневмонии, если вакцина предоставляется поставщиком, входящим в сеть плана.
- Профилактическое обслуживание специалистами по женскому здоровью и услуги по планированию семьи. Такие услуги включают обследования молочных желез, маммографию (рентгенография молочной железы), обследования со взятием мазка Папаниколау и вагинальные исследования, если они предоставляются поставщиком, входящим в сеть плана.

Кроме того, если вы являетесь участником программы American Indian, вы можете получить покрываемые услуги у выбранного вами индейского поставщика медицинских услуг без необходимости получения направления от входящего в сеть плана PCP или предварительного разрешения.

D2. Медицинское обслуживание у специалистов и других поставщиков, входящих в сеть плана

Специалист — это врач, предоставляющий медицинские услуги в лечении определенного заболевания или части тела. Существуют разные специалисты, например:

- онкологи, лечащие пациентов, у которых диагностирован рак;
- кардиологи, лечащие пациентов с заболеваниями сердца;
- ортопеды, лечащие пациентов с определенными заболеваниями костей, суставов и мышц.

В случае если вам потребуются специальное обслуживание или дополнительные услуги, которые не может предоставить ваш PCP, он выдаст вам направление. Как только данное направление будет одобрено медицинской группой вашего PCP, вы можете записаться на прием к специалисту или другому поставщику, чтобы получить необходимое вам лечение. Специалист сообщит вашему PCP о завершении вашего лечения или получении вами услуг, чтобы PCP мог продолжить координировать ваше обслуживание.

Для предоставления вам некоторых услуг вашему PCP потребуется предварительное одобрение плана. Данное предварительное одобрение называется «предварительное разрешение». Например, предварительное разрешение требуется для любого пребывания в стационарном отделении больницы для получения медицинских услуг неэкстренного характера. В некоторых случаях медицинская группа вашего PCP может одобрить получение вами услуги вместо нашего плана.

Если у вас возникли вопросы о том, кто ответственный за подачу и утверждение предварительных разрешений на получение услуг, обратитесь в медицинскую группу вашего PCP. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания клиентов. Более подробная информация о том, какие услуги требуют предварительного разрешения, представлена в Таблице льгот в Главе 4 Раздела D.

Письменное направление может быть выдано на одно посещение, а может быть и многоразовым направлением к специалисту, если вам требуются постоянное предоставление услуг. Мы обязаны дать вам многоразовое направление к квалифицированному специалисту при любом из этих состояний:

- хроническое (продолжающееся) состояние;
- опасное для жизни психическое или физическое заболевание;
- дегенеративное заболевание или инвалидность;
- любое другое достаточно серьезное или сложное состояние или заболевание, требующее лечения у специалиста.

Если вы не получите письменное направление в случаях, когда направление является обязательным, счет может быть не оплачен. Для получения дополнительной информации, позвоните в отдел обслуживания клиентов по номерам, указанным внизу страницы.

D3. Действия в случае прекращения сотрудничества поставщика услуг с нашим планом

Поставщик, услугами которого вы пользуетесь, может прекратить сотрудничество с нашим планом. Если один из ваших поставщиков услуг выходит из нашего плана, у вас есть права и средства защиты, которые кратко описаны ниже.

- Даже если наша сеть поставщиков услуг меняется в течение года, мы обязаны предоставить вам непрерывный доступ к квалифицированным поставщикам услуг.
- Мы заблаговременно уведомим вас о том, что ваш поставщик выходит из нашего плана, чтобы у вас было время выбрать нового поставщика услуг.
    - Если ваш поставщик первичного медицинского обслуживания или поставщик услуг по охране психического здоровья покинет наш план, мы уведомим вас об этом, если вы обращались к этому поставщику в течение последних трех лет.

- Если кто-либо из других ваших поставщиков услуг покинет наш план, мы уведомим вас, если вы закреплены за этим поставщиком, получаете от него обслуживание в настоящее время или посещали его в течение последних трех месяцев.

- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного поставщика услуг, входящего в сеть плана, который будет продолжать удовлетворять ваши потребности в медицинском обслуживании.

- Если в настоящее время вы проходите лечение или терапию у своего нынешнего поставщика, вы имеете право обратиться с просьбой о продолжении необходимого по медицинским показателям лечения или терапии. Мы будем взаимодействовать с вами, чтобы вы могли продолжать получать медицинское обслуживание.

- Мы предоставим вам информацию о доступных периодах регистрации и вариантах изменения планов.

- Если мы не можем найти доступного вам квалифицированного специалиста, входящего в сеть, мы должны найти специалиста за пределами сети для оказания вам медицинской помощи, когда входящий в сеть поставщик или льгота недоступны или недостаточны для удовлетворения ваших медицинских потребностей.

- Если вам станет известно о том, что один из ваших поставщиков услуг выходит из нашего плана, свяжитесь с нами. Мы можем помочь вам выбрать нового поставщика услуг, который будет управлять вашим обслуживанием.

- Если вы считаете, что предыдущий поставщик услуг не был заменен квалифицированным поставщиком или что мы не справляемся с управлением вашим обслуживанием, вы имеете право подать жалобу на качество обслуживания в организацию QIO, претензию на качество обслуживания или и то, и другое. (См. **Главу 9** для получения более подробной информации.)

D4. Поставщики услуг, не входящие в сеть

Если вам необходимо медицинское обслуживание, которое в соответствии с требованиями программы Medicare и (или) программы Medi-Cal должен покрывать наш план, и поставщики нашей сети не могут предоставить данное обслуживание, вы можете получить его у поставщика, не входящего в сеть плана. Ваш PCP отвечает за подачу запроса на получение предварительного разрешения на услуги поставщиков,

не входящих в сеть плана. Прежде чем получать обслуживание у поставщика, не входящего в сеть плана, вы должны получить разрешение плана или медицинской группы вашего PCP, кроме случаев получения неотложной или срочно необходимой медицинской помощи. Кроме того, планы должны покрывать услуги диализа для участников с ESRD, которые осуществляют поездки за пределы зоны обслуживания плана, или когда поставщик временно недоступен, или когда участник не может получить доступ к поставщикам ESRD. В такой ситуации вы оплатите ту же сумму, как если бы вы получали обслуживание у входящего в сеть поставщика.

Если вы обращаетесь к поставщику, не входящему в сеть плана, у него должно быть право на участие в программе Medicare и (или) Medi-Cal.

- Мы не можем производить оплату поставщику, который не имеет права на участие в программе Medicare и (или) Medi-Cal.
- Если вы обращаетесь к поставщику, который не имеет права на участие в программе Medicare, вы должны оплатить полную стоимость получаемых вами услуг.
- Поставщики должны сообщить вам о том, имеют ли они право на участие в программе Medicare.

E. Услуги LTSS

Услуги LTSS могут помочь вам оставаться дома и избежать пребывания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода. У вас есть доступ к определенным услугам LTSS через наш план, включая медицинское обслуживание в учреждениях квалифицированного сестринского ухода, услуги CBAS, и услуги по оказанию поддержки населению. Еще один вид услуг LTSS — программа предоставления услуг поддержки на дому через агентство социального обеспечения в вашем округе. Услуги LTSS предназначены для участников, которым нужна помощь в выполнении повседневных дел, таких как купание, одевание, приготовление еды и прием лекарств. Если вам необходима помощь для продолжения самостоятельной жизни, позвоните своему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов, чтобы получить направление.

В услуги LTSS входит программа IHSS, услуги CBAS, программа MSSP и услуги по долгосрочному/патронажному уходу.

Иногда вам могут помочь в удовлетворении ваших насущных потребностей и осуществлении ежедневного медицинского ухода.

Возможно, вы имеете право на следующие услуги:

- услуги CBAS;
- квалифицированный сестринский уход;
- физическая реабилитация;
- трудовая терапия;
- лечение дефектов речи;
- медико-социальные услуги;
- медицинское обслуживание на дому.

В зависимости от округа, в котором вы проживаете, и вашего права на участие в программе, вы можете получать дополнительные услуги по оказанию поддержки населению в рамках плана Blue Shield TotalDual Plan. Ваш поставщик услуг может направить вас, если считает, что вы имеете право на получение услуг по оказанию поддержки населению, или вы можете обратиться в отдел обслуживания клиентов или к своему координатору медицинского обслуживания, чтобы узнать больше. Возможно, вы имеете право на следующие услуги:

- адаптация окружающей среды (модификация жилого помещения);
- услуги по организации перехода на новое жилье;
- жилищные депозиты;
- услуги по аренде и содержанию жилья;
- поддерживающее питание или диетическое питание;
- услуги по уходу за собой и помощь по дому;
- восстановительный уход (медицинская помощь);
- временный уход в период отдыха лиц, осуществляющих уход в обычное время;
- краткосрочное жилье после госпитализации;
- вытрезвители.

F. Услуги по охране психического здоровья (психическое здоровье и злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами)

Вы имеете право на доступ к необходимым с медицинской точки зрения услугам по охране психического здоровья, покрываемым по программам Medicare и Medi-Cal. Мы предоставляем доступ к услугам по охране психического здоровья, которые покрываются по программе управляемого медицинского обслуживания Medicare и Medi-Cal. Наш план не предоставляет специализированные услуги в области охраны психического здоровья в рамках программы Medi-Cal или услуги округа по лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, но эти услуги доступны вам через Департамент охраны психического здоровья округа Лос-Анджелес (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH), Департамент общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH), а также через Службу охраны психического здоровья округа Сан-Диего.

F1. Услуги по охране психического здоровья по программе Medi-Cal, предоставляемые вне нашего плана

Вы можете получать специализированные услуги по охране и восстановлению психического здоровья по программе Medi-Cal через план округа, который предоставляет специализированные услуги по охране и восстановлению психического здоровья (mental health plan, MHP), если вы соответствуете критериям, установленным в отношении специализированных услуг по охране и восстановлению психического здоровья. Специализированные услуги в области охраны психического здоровья в рамках программы Medi-Cal, предоставляемые LACDMH, LACDPH и Службой охраны психического здоровья округа Сан-Диего, включают:

- услуги по охране и восстановлению психического здоровья;
- медикаментозную поддержку;
- дневную интенсивную терапию;
- дневную реабилитацию;
- кризисное вмешательство;
- стабилизацию критических состояний;
- услуги реабилитации взрослых в учреждении интернатного типа;
- услуги реабилитации в кризисных ситуациях в учреждении интернатного типа;
- услуги психиатрических учреждений;
- услуги психиатрического стационара;
- индивидуальное ведение пациентов;

- повторный прием участников после их возвращения из мест лишения свободы или исправительных учреждений;
- интенсивное лечение в сообществе (assertive community treatment, ACT);
- интенсивное лечение в сообществе для лиц, привлекавшихся к уголовной ответственности (forensic assertive community treatment, FACT);
- координированное специализированное обслуживание (coordinated specialty care, CSC) при первом приступе психоза (first episode psychosis, FEP);
- предоставление реабилитационных услуг на основе подхода «Клубный дом»;
- расширенные услуги медицинских работников местного уровня (community health worker, CHW);
- трудоустройство лиц, которым требуется помощь;
- поведенческую терапию;
- координирование услуг интенсивной терапии;
- услуги интенсивной терапии на дому.

Услуги доставки лекарств по программе Drug Medi-Cal, предоставляемые LACDMH, LACDPH и Службой охраны психического здоровья округа Сан-Диего, включают:

- услуги интенсивного амбулаторного лечения;
- перинатальное лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, в стационаре;
- услуги амбулаторного лечения;
- программу лечения наркотической зависимости;
- медикаментозное лечение зависимости (также называется заместительной терапией);
- службы взаимопомощи.

Услуги организованной системы доставки лекарств по программе Drug Medi-Cal (DMC-ODS) предоставляются вам LACDMH, LACDPH и Службой охраны психического здоровья округа Сан-Диего, если вы соответствуете критериям для получения этих услуг. Услуги DMC-ODS включают в себя:

- услуги амбулаторного лечения;
- услуги интенсивного амбулаторного лечения;
- медикаментозное лечение зависимости (также называется заместительной терапией);
- услуги лечения в стационаре;
- услуги управления синдромом отмены;
- программу лечения наркотической зависимости;
- услуги по восстановлению здоровья;
- услуги координации медицинского обслуживания.
- услуги стационарного лечения.

Помимо указанных выше услуг вы можете получать услуги по добровольной детоксикации в стационаре, если соответствуете критериям для получения этих услуг.

Доступность услуг по охране психического здоровья

Вам доступен полный спектр услуг. Вы можете самостоятельно обратиться к поставщику, с которым заключен договор, а также воспользоваться направлением от вашего PCP, члена семьи и т. д. При обращении за услугами действует принцип «нет ошибочной двери» (No Wrong Door). За помощью в получении услуг можно обратиться в указанные ниже органы:

- Справочная служба и телефон доверия округа (номер телефона и график работы см. в Разделе K Главы 2 настоящего Справочника);
- Департамент общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес, отдел профилактики и контроля злоупотребления психоактивными веществами (звоните по телефону 888-742-7900 (линия TTY: 711, круглосуточно и без выходных).
- Служба по охране психического здоровья округа Сан-Диего, предоставляющая услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (звоните по телефону 888-724-7240 (линия TTY: 711, круглосуточно и без выходных).
- Линия по вопросам, связанным с охраной психического здоровья, плана Blue Shield TotalDual Plan (номер телефона и график работы см. в Разделе D Главы 2 настоящего Справочника).

- Отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan (номер телефона и график работы указаны в нижней части этой страницы).

Процедура признания медицинской необходимости услуг
Медицинскую необходимость устанавливают соответствующие лицензированные поставщики. Критерии медицинской необходимости используются как планом Blue Shield TotalDual Plan, так и округом, разработаны специалистами в области охраны психического здоровья и другими заинтересованными сторонами и соответствуют нормативным требованиям.

Оформление направления между планом Blue Shield TotalDual Plan и округом
Если вы получаете услуги от плана Blue Shield TotalDual Plan или округа, вам могут выдать направление в другое учреждение, соответствующее вашим потребностям. План Blue Shield TotalDual Plan или округ могут выдать вам направление, позвонив в учреждение, в которое оформляется направление. Кроме того, направляющий поставщик заполнит форму направления и отправит ее в соответствующую организацию.

Процедура разрешения проблем
В случае возникновения разногласий между вами и округом или планом Blue Shield TotalDual Plan вы продолжите получать необходимые вам с медицинской точки зрения услуги по охране психического здоровья, включая рецептурные препараты, до тех пор, пока разногласия не будут решены План Blue Shield TotalDual Plan совместно с округом разработал процедуру урегулирования разногласий, которая является своевременной и не влияет отрицательным образом на получение необходимых вам услуг. Кроме того, вы можете воспользоваться процедурой подачи апелляций плана Blue Shield TotalDual Plan или округа в зависимости от того, с кем у вас возникли разногласия. Информацию о процессе подачи апелляции см. в **Главе 9** вашего *Справочника участника.*

G. Услуги транспортировки

G1. Транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства

Вы имеете право на получение услуг по транспортировке по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, если у вас есть медицинские показания, не позволяющие вам пользоваться автомобилем, автобусом или такси для поездки на прием к врачу. Услуги по транспортировке по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, могут быть предоставлены для получения покрываемых услуг, таких как посещение врача, стоматолога, психиатра, нарколога и фармацевта. Если вам по-прежнему необходимы услуги транспортировки по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, после того, как вы воспользовались 48 поездками в одну сторону, которые мы вам предоставляем, вы можете поговорить со своим поставщиком услуг и попросить о дополнительных поездках. Ваш поставщик

или наш поставщик транспортных услуг Call The Car помогут вам выбрать оптимальный вид транспорта, соответствующий вашим потребностям. Если вам требуется транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, ваш поставщик услуг назначит ее, заполнив форму и отправив ее на утверждение в план Blue Shield TotalDual Plan. В зависимости от ваших медицинских потребностей такое разрешение может быть действительно в течение одного года. Ваш поставщик каждые 12 месяцев будет повторно оценивать и одобрять вашу потребность в транспортировке по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства.

Услуги по транспортировке по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, оказываются с помощью машины скорой помощи, машины для перевозки лежачих больных, машины, оборудованной для перевозок инвалидного кресла, или авиатранспорта. Для удовлетворения ваших медицинских потребностей, когда вам необходимо добраться до места приема, план Blue Shield TotalDual Plan позволяет выбрать самый недорогой из покрываемых видов транспорта и наиболее подходящий вид транспортировки по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства. Другими словами, если ваше физическое или медицинское состояние позволяет осуществить транспортировку на машине для перевозки пациентов в инвалидном кресле, план Blue Shield TotalDual Plan не будет оплачивать услуги машины скорой помощи. Вы вправе воспользоваться воздушным транспортом только в том случае, если в силу вашего медицинского состояния наземная транспортировка невозможна.

Транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, должна использоваться в следующих случаях:

- Ваш поставщик услуг указал в письменной форме о такой необходимости в связи с тем, что ваше физическое или медицинское состояние не позволяет добраться на прием к врачу на автобусе, такси, автомобиле или микроавтобусе.
- По причине инвалидности в связи с физическим или психическим заболеванием вам нужна помощь водителя, который доставит вас до дома, транспортного средства или места лечения и обратно.

Чтобы заказать услуги по транспортировке по медицинским показаниям для несрочных **плановых приемов у врача**, звоните в компанию Call The Car по номеру 1-877-433-2178 (линия TTY: 711) круглосуточно и без выходных. Мобильное приложение CTC Go позволяет запланировать, изменять, отслеживать и отменять бронирования. С помощью мобильного приложения CTC Go невозможно заказать транспортировку на каталке, для этого необходимо позвонить по телефону. Для несрочных плановых

приемов бронирование должно осуществляться за 24 часа до начала приема.
Для **срочных приемов** необходимо позвонить при первой же возможности.
Во время звонка вам понадобится указать данные вашей идентификационной карты участника. Дополнительную информацию также можно получить по телефону.

Ограничения в отношении услуг по транспортировке по медицинским показаниям

План Blue Shield TotalDual Plan покрывает наименьшую стоимость услуг по транспортировке по медицинским показаниям от вашего дома до ближайшего медицинского учреждения, где можно записаться на прием. Услуги по транспортировке по медицинским показаниям не предоставляются, если программа Medicare или Medi-Cal не покрывает эту услугу. Если прием покрывается программой Medi-Cal, но не покрывается планом медицинского страхования, план Blue Shield TotalDual Plan поможет организовать услугу транспортировке. Перечень покрываемых услуг приведен в **Главе 4** настоящего Справочника. Услуги по транспортировке не покрываются за пределами сети или зоны обслуживания плана Blue Shield TotalDual Plan без получения предварительного разрешения.

G2. Услуги по транспортировке, не связанные с медицинскими показаниями

Льготы на услуги по транспортировке, не связанные с медицинскими показаниями, включают поездки на прием и обратно для получения услуг, разрешенных поставщиком. Поездка может быть осуществлена бесплатно в следующих случаях:

- при поездке на прием и обратно для получения услуги, разрешенной поставщиком, **или**
- при поездке за получением рецептурных препаратов и медицинских принадлежностей.

План Blue Shield TotalDual Plan позволяет использовать автомобиль, такси, автобус или другой общественный/частный транспорт, чтобы добраться на прием для получения услуг, разрешенных поставщиком. Для организации поездок, не связанных с медицинскими показаниями, план Blue Shield TotalDual Plan пользуется услугами компании Call The Car. Мы покрываем самый недорогой вид транспортировки, не связанный с медицинскими показаниями, который соответствует вашим потребностям.

Иногда вы можете получить компенсацию за организованный вами проезд на частном автомобиле. Для этого вы должны получить одобрение от плана Blue Shield TotalDual Plan **до** того, как вы совершите поездку, и вы должны сообщить нам, почему вы не можете воспользоваться другим видом транспорта, например, автобусом. Вы можете сообщить об этом по телефону, по электронной почте или лично. **Возмещение расходов на самостоятельное управление автомобилем не производится.**

Для возмещения расходов по километражу необходимо предоставить все нижеперечисленные документы:

- водительское удостоверение водителя;
- подтверждение регистрации транспортного средства водителя;
- подтверждение страхования автомобиля водителя.

Чтобы заказать услугу по транспортировке для получения разрешенных услуг, позвоните в компанию Call The Car по телефону 1-877-433-2178 (линия TTY: 711) не менее чем за двадцать четыре (24) часа до приема у врача. Мобильное приложение CTC Go позволяет запланировать, изменять, отслеживать и отменять бронирования. Для **срочных приемов** необходимо позвонить при первой же возможности. Во время звонка вам понадобится указать данные вашей идентификационной карты участника. Дополнительную информацию также можно получить по телефону.

Примечание. Американские индейцы могут обратиться за получением услуг по транспортировке, не связанных с медицинскими показаниями, в местную клинику Indian Health Clinic.

Ограничения в отношении услуг по транспортировке, не связанных с медицинскими показаниями

План Blue Shield TotalDual Plan покрывает наименьшую стоимость услуг по транспортировке, не связанных с медицинскими показаниями, от вашего дома до ближайшего медицинского учреждения, где можно записаться на прием. **Вы не можете пользоваться собственным транспортом. Компенсация транспортных расходов вам лично также не предусмотрена.**

Услуги по транспортировке, не связанной с медицинскими показаниями, **не** применяются в следующих случаях.

- Для получения услуги требуется услуга по транспортировке по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, посредством машины скорой помощи, машины для перевозки лежачих больных или машины для перевозки пациентов в инвалидном кресле;
- По причине инвалидности в связи с физическим или психическим заболеванием вам нужна помощь водителя, который доставит вас до дома, транспортного средства или места лечения и обратно;

- Если вы пользуетесь инвалидным креслом и не можете воспользоваться транспортным средством без помощи водителя.
- Услуга не покрывается программой Medicare или Medi-Cal.

H. Покрываемые услуги в условиях экстренной медицинской помощи, при острой необходимости или во время стихийного бедствия

H1. Медицинское обслуживание в условиях экстренной медицинской помощи

Экстренная медицинская помощь оказывается при медицинском состоянии с такими симптомами, как болезнь, сильная боль, серьезная травма или быстро ухудшающееся состояние. Состояние является настолько серьезным, что вы или любой человек со средними знаниями в области здоровья и медицины могут полагать, что если медицинская помощь не будет оказана немедленно, то это состояние:

- нанесет непоправимый вред вашей жизни или жизни вашего будущего ребенка; **или**
- приведет к остановке или существенному нарушению функционирования всего организма; **или**
- приведет к тяжелому нарушению функций органов или систем организма; **или**
- при беременности приведет к активной фазе родов и возникновению одной из следующих чрезвычайных ситуаций:
    - недостаточно времени, чтобы безопасно доставить роженицу в специализированную больницу до родоразрешения;
    - транспортировка в другую больницу может представлять угрозу для здоровья и безопасности беременной или ребенка в утробе матери.

Если вам требуется экстренная медицинская помощь:

- **Как можно скорее получите помощь.** Позвоните в службу «911» или обратитесь в ближайшее отделение экстренной медицинской помощи или больницу. В случае необходимости вызовите машину скорой помощи. Вам **не** нужно получать предварительное разрешение или направление от вашего PCP. При этом не требуется пользоваться услугами поставщика услуг, входящего в сеть. Вы можете получить покрываемую экстренную

медицинскую помощь в любое время, когда она вам понадобится, в любой точке США или их территорий, а также по всему миру, у любого поставщика, имеющего соответствующую лицензию штата, даже если он не входит в нашу сеть.

- **При первой возможности сообщите нашему плану о вашем экстренном случае.** Мы проследим за оказанием вам экстренной медицинской помощи. Вы или кто-либо другой должны сообщить нам о получении вами экстренной медицинской помощи, как правило, в течение 48 часов. Однако вы не будете платить за услуги экстренной помощи, если не успеете сообщить нам об этом. Позвоните в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711), ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Номер телефона нашего отдела обслуживания клиентов указан на вашей идентификационной карте участника.

Покрываемые услуги в условиях экстренной медицинской помощи

План Blue Shield TotalDual Plan покрывает услуги экстренного и срочно необходимого обслуживания по всему миру за пределами США и их территорий при указанных ниже обстоятельствах без учета совокупного годового лимита. Для получения более подробной информации ознакомьтесь с Таблицей медицинских льгот в Разделе D Главы 4 данного документа.

Наш план покрывает услуги скорой помощи в ситуациях, когда ваша доставка в пункт оказания экстренной медицинской помощи другим образом может поставить под угрозу ваше здоровье. Мы также покрываем медицинские услуги во время чрезвычайной ситуации. Более подробная информация приведена в Таблице льгот в **Главе 4** этого *Справочника участника*.

Поставщики услуг, оказывающие вам экстренную медицинскую помощь, принимают решение о том, стабилизировалось ли ваше состояние и требуется ли вам дальнейшая экстренная медицинская помощь. Они продолжат лечение и свяжутся с нами для составления планов, если вам потребуется последующее лечение для улучшения состояния здоровья.

План покроет медицинское обслуживание в ходе последующего наблюдения. Если услуги экстренной медицинской помощи вам оказывают поставщики, не входящие в сеть плана, мы постараемся сделать так, чтобы перенаправить вас к поставщикам, входящим в сеть плана, как только это позволят ваше медицинское состояние и обстоятельства.

Получение экстренной медицинской помощи при отсутствии экстренной необходимости

Иногда бывает трудно понять, является ли возникшая у вас медицинская или психиатрическая ситуация экстренной. Вы можете обратиться за экстренной медицинской помощью, а ваш врач скажет вам, что данный случай на самом деле не был экстренным. При условии, что вы обоснованно полагали, что ваше здоровье было в серьезной опасности, мы покроем ваше обслуживание.

Однако, если врач говорит, что случай не требовал экстренной медицинской помощи, мы покроем дополнительное обслуживание только в тех случаях, если:

- вы пользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть, **или**
- дополнительное обслуживание, которое вы получаете, считается «срочно необходимым обслуживанием», и вы соблюдаете правила для его получения. Дополнительная информация приведена в следующем разделе.

H2. Срочно необходимое обслуживание

Срочно необходимое обслуживание вы получаете в случае, при котором вам не требуется экстренная медицинская помощь, но требуется немедленное оказание медицинской помощи. Например, у вас может произойти обострение уже имеющегося заболевания или непредвиденная болезнь или травма.

Срочно необходимое обслуживание в зоне обслуживания нашего плана

Мы покрываем получение срочно необходимого обслуживания, только если:

- вы получите такое обслуживание у поставщика, входящего в сеть плана, **и**
- вы будете соблюдать правила, установленные в данной главе.

Если добраться до поставщика услуг, входящего в сеть плана, невозможно или нецелесообразно, с учетом вашего времени, места или обстоятельств, мы покроем вам получение срочно необходимого обслуживания у поставщика, не входящего в сеть плана.

Актуальный перечень центров по оказанию неотложной медицинской помощи, относящихся к вашей врачебной группе, можно получить у своего PCP. Вы также можете найти центры по оказанию неотложной медицинской помощи, находящиеся в вашем районе, перейдя на сайт blueshieldca.com/find-a-doctor.

Срочно необходимое обслуживание за пределами зоны обслуживания нашего плана

Когда вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана, вы, возможно, не сможете получить обслуживание у поставщика, входящего в сеть плана. В таком случае наш план покроет получение срочно необходимого обслуживания у любого поставщика. Однако, необходимые по медицинским показателям плановые посещения поставщиков услуг (например, ежегодные медицинские осмотры) не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или если наша сеть временно недоступна.

Наш план покрывает услуги экстренного и срочно необходимого обслуживания по всему миру за пределами США и их территорий при указанных ниже обстоятельствах без учета совокупного годового лимита. Для получения дополнительной информации см. раздел *Экстренная медицинская помощь* и *Срочно необходимое обслуживание* в Таблице медицинских льгот в Разделе D Главы 4.

Если вам необходима неотложная медицинская помощь за пределами США и их территорий, звоните в отдел обслуживания клиентов Blue Shield Global Core по бесплатному телефону (800) 810-2583 или по телефону (804) 673-1177 с оплатой звонка вызываемым абонентом круглосуточно, без выходных. Для получения экстренной медицинской помощи обращайтесь в ближайшую больницу. Вы также можете звонить в отдел обслуживания клиентов по телефону, указанному на обороте вашей идентификационной карты участника. В рамках этой услуги при стационарном лечении в больнице вы можете обратиться в отдел обслуживания клиентов Blue Shield Global Core для организации доступа к безналичному расчету. Если вы оформите безналичный расчет, вы будете нести ответственность за обычные расходы из собственных средств, такие как непокрываемые расходы и доплаты. Если вы не оформите безналичный расчет, вам придется оплатить весь счет за медицинское обслуживание и подать запрос на возмещение затрат.

H3. Медицинское обслуживание во время стихийного бедствия

Если губернатор Калифорнии, министр здравоохранения и социальных служб США или президент США объявят в вашем регионе чрезвычайное положение или стихийное бедствие, вы по-прежнему имеете право на получение медицинского обслуживания в рамках нашего плана.

Информацию о том, как получить необходимое вам медицинское обслуживание во время объявленного стихийного бедствия, можно найти на нашем сайте: blueshieldca.com/emergencypolicy.

Во время объявленного стихийного бедствия, если вы не можете воспользоваться услугами входящих в сеть поставщиков, вы можете получить обслуживание у поставщиков, не входящих в сеть, на условиях доли распределения затрат внутри сети. Если во время стихийного бедствия вы не можете воспользоваться услугами входящей в сеть аптеки, вы можете приобрести лекарства в аптеке, не входящей в сеть. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с **Главой 5** этого *Справочника участника.*

I. Что, если вам напрямую выставляют счет за покрываемые услуги

Если вы заплатили больше, чем составляет ваша доля распределения затрат по плану на покрываемые услуги, или если вы получили счет с полной стоимостью услуг, для получения информации о ваших дальнейших действиях ознакомьтесь с **Главой 7** этого *Справочника участника*.

Вы не должны оплачивать счет сами. Если вы оплатите счет, мы, возможно, не сможем возместить вам оплаченную сумму.

I1. Что делать, если наш план не покрывает услуги

Наш план покрывает все услуги:

- признанные необходимыми по медицинским показаниям, **и**
- перечисленные в Таблице льгот нашего плана (см. **Главу 4** этого *Справочника участника*), **и**
- полученные с соблюдением правил.

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

Если вы хотите узнать, оплатим ли мы какую-либо медицинскую услугу, вы имеете право спросить нас об этом. Вы также имеете право запросить информацию в письменном виде. Если мы скажем, что не оплатим получение услуг, вы имеете право обжаловать наше решение.

В **Главе 9** этого *Справочника участника* разъясняется, что следует делать, если вы хотите, чтобы мы покрыли какой-либо медицинский товар или услугу. Также там рассказывается о том, как обжаловать наше решение о покрытии. Позвоните в отдел обслуживания клиентов, чтобы узнать больше о ваших правах на апелляцию.

Мы оплачиваем некоторые услуги в пределах определенного лимита. Если вы превысите данный лимит, вы должны будете оплатить полную стоимость, чтобы получить данные услуги в большем объеме. См. **Главу 4,** где указаны конкретные лимиты по льготе. Обратитесь в отдел обслуживания клиентов, чтобы узнать, каковы лимиты по льготам и какую часть льгот вы уже использовали.

J. Покрытие услуг здравоохранения при участии в клиническом научном исследовании

J1. Определение клинического научного исследования

Клиническое научное исследование (также называется клиническим испытанием) — это способ, с помощью которого врачи тестируют новые виды медицинского обслуживания или препараты. Клиническое научное исследование, одобренное Medicare, обычно требует участия добровольцев. Когда вы принимаете участие в клиническом научном исследовании, вы можете оставаться участником нашего плана и продолжать получать оставшуюся часть вашего обслуживания (услуги, не связанные с исследованием) через наш план.

Если вы хотите принять участие в любом клиническом научном исследовании, одобренном программой Medicare, вам **не** нужно сообщать нам или получать наше разрешение или разрешение вашего поставщика первичных медицинских услуг. Поставщики, которые предоставляют вам обслуживание в рамках исследования, **не** обязаны быть поставщиками, входящими в сеть плана. Это положение не относится к покрываемым льготам в отношении медицинских изделий, услуг или процедур, которые должны быть оценены в ходе клинических исследований или которые должны быть приведены в соответствующем реестре, в том числе к определенным льготам, которые могут быть покрыты при наличии доказательств (coverage with evidence development, NCDs-CED) и которые предусматривают проведение исследований с разрешением на освобождение от соблюдения требований для медицинских изделий (investigational device exemption, IDE). На эти льготы также может распространяться требование о необходимости получения предварительного разрешения и другие правила плана.

Мы рекомендуем вам сообщить нам об участии в клиническом научном исследовании до того, как вы начнете принимать участие.

Если вы планируете принять участие в клиническом научном исследовании, покрываемом программой Original Medicare, мы рекомендуем вам или вашему координатору медицинского обслуживания связаться с отделом обслуживания клиентов и сообщить нам о том, что вы будете участвовать в клиническом испытании.

J2. Оплата услуг при участии в клиническом научном исследовании

Если вы добровольно принимаете участие в клиническом научном исследовании, одобренном Medicare, вы ничего не платите за услуги, покрываемые в рамках этого исследования. Medicare оплачивает услуги, покрываемые в рамках исследования, а также обычные расходы, связанные с вашим медицинским обслуживанием. После того как вы присоединитесь к клиническому научному исследованию, одобренному Medicare, вам будет оплачено большинство услуг и материалов, которые вы получите в рамках исследования. А именно:

- палата и питание во время пребывания в больнице, которые программа Medicare оплатила бы, даже если бы вы не участвовали в исследовании;
- операция или другая медицинская процедура, которая проводится в рамках клинического исследования;
- лечение любых побочных действий и осложнений, вызванных новым видом лечения.

Если вы принимаете участие в исследовании, **не** одобренном программой Medicare, вы должны будете оплатить любые затраты, связанные с участием в исследовании.

J3. Подробнее о клинических научных исследованиях

Чтобы получить более подробную информацию об участии в клиническом научном исследовании, вы можете прочитать раздел «Программа Medicare и клинические научные исследования» (Medicare & Clinical Research Studies) на веб-сайте программы Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). Вы можете также позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователей линии TTY просим обращаться по номеру 1-877-486-2048.

K. Каким образом покрываются ваши услуги здравоохранения во время вашего пребывания в религиозном учреждении, не предоставляющем услуги здравоохранения

K1. Определение религиозного учреждения, не предоставляющего услуги здравоохранения

Религиозное учреждение, не предоставляющее услуги здравоохранения, — это учреждение, которое предоставляет обслуживание, которое вы, как правило, получили бы в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода. Если получение обслуживания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода

противоречит вашим религиозным убеждениям, мы покроем обслуживание, которое вам предоставят в религиозном учреждении, не предоставляющем услуги здравоохранения.

Данная льгота доступна только для получения стационарного обслуживания по части A программы Medicare (услуги не медицинского характера).

K2. Обслуживание со стороны религиозного учреждения, не предоставляющего услуги здравоохранения

Для того чтобы получить обслуживание в религиозном учреждении, не предоставляющем медицинские услуги, вы должны подписать юридический документ, в котором говорится о том, что вы не согласны получать медицинское обслуживание, которое является «необязательным».

- «Необязательным» медицинским обслуживанием является любое обслуживание или лечение, за которым **обращаются добровольно и которое не требуется** в соответствии с федеральным законодательством, законодательством штата или местным законодательством.
- «Обязательным» медицинским обслуживанием является любое обслуживание или лечение, за которым обращаются **не добровольно и которое требуется** во исполнение федерального законодательства, законодательства штата или местного законодательства.

Чтобы наш план покрыл обслуживание, которое вы получите в религиозном учреждении, не предоставляющем медицинские услуги, оно должно соответствовать нижеследующим критериям.

- Учреждение, предоставляющее обслуживание, должно быть сертифицировано программой Medicare.
- Наш план покрывает только не связанные с религией аспекты обслуживания.
- Если вы получаете услуги, предоставляемые данным учреждением, применяются следующие правила.
    - У вас должно быть медицинское состояние, которое позволило бы вам получать покрываемые услуги в стационаре больницы или учреждении квалифицированного сестринского ухода.
    - Вы должны получить наше разрешение, прежде чем поступить в данное учреждение, иначе ваше пребывание в нем **не** будет покрыто.

Количество покрываемых дней для каждого пребывания в больнице не ограничено. Для получения более подробной информации ознакомьтесь с Таблицей льгот в Разделе D Главы 4.

L. Медицинское оборудование длительного пользования (Durable medical equipment, DME)

L1. DME для участников нашего плана

К DME относятся некоторые необходимые по медицинским показаниям предметы, заказанные поставщиком, такие как инвалидные кресла, костыли, матрасы с электроприводом, принадлежности для диабетиков, больничные кровати, заказанные поставщиком для использования в домашних условиях, помпы для внутривенных инфузий, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и принадлежности, небулайзеры и ходунки.

Программа Medi-Cal покрывает использование такого оборудования дома и вне дома (например, персональные средства передвижения для лиц с ограниченной подвижностью, покрываемые программой Medi-Cal для использования дома и вне дома). Программа Medicare, основной плательщик для лиц, имеющих право на участие в двух программах страхования, ограничивает покрытие DME, и покрывает только оборудование, которое требуется для использования на дому. Программа Medi-Cal покрывает некоторые виды DME, которые требуются для использования как дома, так и вне дома. Участники, являющиеся участниками этого плана DSNP, имеют право на полный спектр покрытия DME в соответствии с критериями программ Medicare и Medi-Cal.

Вы являетесь владельцем некоторых изделий, относящихся к DME, таких как протезы.

Другие изделия, относящиеся к DME, вы должны арендовать. Как правило, будучи участником нашего плана, вы **не** станете владельцем арендованных изделий, относящихся к DME, независимо от того, как долго вы их арендовали.

В некоторых ограниченных ситуациях мы можем передавать вам право собственности на изделия, относящиеся к DME. Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефонам, указанным внизу страницы.

Даже если вы пользовались DME в течение 12 месяцев подряд по программе Medicare до того, как присоединились к нашему плану, вы **не** будете владеть этим оборудованием.

L2. Право собственности на DME при переходе на Original Medicare

В рамках программы Original Medicare лица, арендующие определенные виды медицинского оборудования длительного пользования, станут их владельцами

через 13 месяцев. В рамках плана Medicare Advantage (MA) план может установить количество месяцев, в течение которых лица должны арендовать определенные виды DME, прежде чем они станут их владельцами.

Будучи участником плана Blue Shield TotalDual Plan, вы ничего не оплачиваете за покрываемое DME, если оно является необходимым по медицинским показаниям и утверждено вашем врачом. Как правило, вы не получаете права собственности на арендуемое оборудование DME, вне зависимости от того, сколько доплат вы осуществили за DME по программе Original Medicare, прежде чем зарегистрироваться в нашем плане. В некоторых ограниченных случаях мы можем предоставить вам права собстенности на DME. Для получения подробной информации позвоните в отдел обслуживания участников.

Примечание. Определения программы Original Medicare и плана MA см. в Главе 12. Дополнительную информацию о них можно также найти в справочнике *«Medicare и вы» на 2026 год.* Если у вас нет экземпляра этого справочника, вы можете получить его на веб-сайте Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) или позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), который доступен ежедневно и круглосуточно. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если вы перестанете быть участником программы Medi-Cal, вы должны будете сделать 13 платежей подряд по программе Original Medicare или сделать определенное планом MA количество платежей подряд, чтобы стать владельцем изделия, относящегося к DME, если:

- вы не стали владельцем медицинского оборудования длительного пользования за время участия в нашем плане, **и**
- вы прекращаете участие в нашем плане и получаете льготы по программе Medicare, не принимая участие в любом другом плане медицинского страхования по программе Original Medicare или плану MA.

Если вы производили оплаты за медицинское оборудование длительного пользования по программе Original Medicare или плану MA до того, как вы зарегистрировались в нашем плане, **то такие выплаты по программе Original Medicare или плану MA не учитываются при расчете платежей, которые вы должны внести после выхода из нашего плана.**

- Для того чтобы стать владельцем медицинского оборудования длительного пользования, необходимо произвести 13 новых платежей подряд по программе Original Medicare или определенное количество новых платежей подряд, установленное планом MA.
- Если вы возвращаетесь к участию в программе Original Medicare или плане MA, исключения не применяются.

L3. Льготы на кислородное оборудование для участников нашего плана

Если вы имеете право на кислородное оборудование, покрываемое по программе Medicare, мы покрываем следующие виды затрат:

- аренда кислородного оборудования;
- доставка кислорода и кислородного содержимого;
- трубки и сопутствующие принадлежности для подачи кислорода и кислородного содержимого;
- обслуживание и ремонт кислородного оборудования.

Кислородное оборудование необходимо вернуть, если оно больше не является для вас необходимым по медицинским показаниям или если вы прекратите участие в нашем плане.

L4. Кислородное оборудование при переходе на Original Medicare или другой план программы Medicare Advantage (MA)

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям, и **вы покидаете наш план и переходите на Original Medicare**, вы арендуете его у поставщика на 36 месяцев. Ваши ежемесячные арендные платежи покрывают стоимость кислородного оборудования, а также расходных материалов и услуг, перечисленных выше. Такие платежи покрываются программами Medicare и Medi-Cal, если вы зарегистрированы в программах Medicare и Medi-Cal.

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям **после того, как вы арендовали его на 36 месяцев**, ваш поставщик должен предоставить:

- кислородное оборудование, расходные материалы и услуги еще на 24 месяца;
- кислородное оборудование и расходные материалы на срок до 5 лет, если это необходимо по медицинским показаниям.

Если кислородное оборудование по-прежнему необходимо по медицинским показаниям **по истечении 5-летнего периода**:

- ваш поставщик больше не обязан его предоставлять, и вы можете заменить оборудование у любого поставщика;
- начинается новый пятилетний период;
- вы арендуете оборудование у поставщика на 36 месяцев;

- затем ваш поставщик предоставляет кислородное оборудование, расходные материалы и услуги еще на 24 месяца;
- новый срок начинается каждые 5 лет, пока кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям.

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям, и **вы покидаете наш план и переходите на Original Medicare**, этот план будет покрывать по крайней мере то, что покрывает Original Medicare. Вы можете узнать у своего нового плана МА, какое кислородное оборудование и расходные материалы он покрывает, и каковы будут ваши расходы.

Глава 4. Таблица льгот

Введение

В данной главе содержится информация об услугах, которые покрывает наш план, а также о любых ограничениях или лимитах на эти услуги и о размере вашей оплаты за каждую услугу. Кроме того, здесь описаны льготы, не покрываемые нашим планом. Основные термины и определения приведены в алфавитном порядке в последней главе этого *Справочника участника*.

Для новых участников плана Blue Shield TotalDual Plan. В большинстве случаев вы будете зачислены в план Blue Shield TotalDual Plan для получения льгот по программе Medicare в 1-й день месяца после подачи заявления о регистрации в плане Blue Shield TotalDual Plan. Вы можете продолжать получать услуги Medi-Cal по предыдущему плану медицинского страхования Medi-Cal в течение еще одного месяца. После этого вы будете получать услуги по программе Medi-Cal в рамках плана Blue Shield TotalDual Plan. Перерыва в вашем страховом покрытии Medi-Cal не будет. Позвоните нам по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711), если у вас возникнут какие-либо вопросы.

Содержание

A. Ваши покрываемые услуги и ваши затраты из собственных средств 93

B. Правила в отношении поставщиков, взимающих с вас плату за услуги..... 93

C. О Таблице льгот нашего плана 93

D. Таблица льгот нашего плана..... 100

E. Таблица льгот на покрываемые стоматологические процедуры 179

F. Услуги по оказанию поддержки населению 190

G. Льготы, покрываемые вне плана..... 193

G1. Программа возвращения к самостоятельной жизни штата Калифорния (California Community Transitions, CCT)..... 193

G2. Программа Medi-Cal Dental..... 194

G3. Программа IHSS 194

G4. Альтернативные программы по предоставлению услуг на дому и по месту проживания (Home and Community Based Services, HCBS) согласно разделу 1915(c) Закона о социальном обеспечении..... 195

G5. Окружные услуги по охране психического здоровья округа, предоставляемые вне нашего плана (услуги по охране психического здоровья и лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ)..... 200

H. Льготы, не покрываемые нашим планом, программами Medicare или Medi-Cal..... 203

A. Ваши покрываемые услуги и ваши затраты из собственных средств

В данной главе содержится информация об услугах, которые покрывает наш план, и о размере вашей оплаты за каждую услугу. Также вы можете узнать об услугах, на которые покрытие не распространяется. В **Главе 5** этого *Справочника участника* предоставлена информация о льготах на препараты. В данной главе разъясняются ограничения на получение определенных услуг.

За некоторые услуги взимается дополнительная плата, которую вы платите из собственных средств, называемая долей в совместной оплате. Это фиксированная сумма (например, $5), которую вы должны будете оплатить каждый раз при получении услуги. Вы оплачиваете долю в совместной оплате при получении медицинской услуги.

Поскольку вы получаете помощь от программы Medi-Cal, вы ничего не платите за покрываемые услуги при условии соблюдения правил нашего плана. См. **Главу 3** этого *Справочника участника,* чтобы ознакомиться с информацией о правилах нашего плана.

Если вам нужна помощь в понимании того, какие услуги покрываются, позвоните своему координатору медицинского обслуживания и (или) в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711).

B. Правила в отношении поставщиков, взимающих с вас плату за услуги

Мы не разрешаем нашим поставщикам выставлять счета за услуги, покрываемые в рамках сети. Мы платим нашим поставщикам напрямую и защищаем вас от любых издержек. Это правило действует даже в случаях, когда мы выплачиваем поставщику меньшую сумму, чем он требует за оказание услуги.

Вы никогда не должны получать от поставщика счет за покрываемые услуги. Если вы все же получили счет, ознакомьтесь с **Главой 7** этого *Справочника участника* или позвоните в отдел обслуживания клиентов.

C. О Таблице льгот нашего плана

В Таблице льгот указано, какие услуги оплачивает наш план. В ней в алфавитном порядке перечислены покрываемые услуги и даны пояснения.

Мы оплатим услуги, перечисленные в Таблице льгот, при соблюдении нижеследующих правил. Вы **ничего** не платите за услуги, перечисленные в Таблице льгот, при условии соответствия описанным ниже требованиям.

- Мы предоставляем услуги, покрываемые программами Medicare и Medi-Cal, в соответствии с правилами, установленными программами Medicare и Medi-Cal.
- Услуги (в том числе медицинское обслуживание, услуги по охране психического здоровья и лечению алкогольной и наркотической зависимости, долгосрочное обслуживание и поддержка, товары, оборудование и лекарственные препараты) должны быть «необходимы по медицинским показаниям». Необходимость по медицинским показаниям подразумевает, что услуги, товары или препараты необходимы вам для профилактики, диагностики или лечения медицинского состояния или поддержания вашего текущего состояния здоровья. Сюда также входит медицинское обслуживание, которое позволяет вам не пребывать в больнице или учреждении сестринского ухода. Также это означает, что услуги, товары и препараты соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики. Услуга является необходимой по медицинским показаниям, когда она разумна и необходима для сохранения жизни, предотвращения серьезного заболевания или наступления значительной инвалидности или облегчения сильной боли.
- Для новых участников в течение первых 90 дней мы можем не требовать предварительного разрешения на любой активный курс лечения, даже если этот курс лечения был связан с услугами, которые были предоставлены поставщиком, не входящим в сеть.
- Вы обязаны получать обслуживание у поставщиков, входящих в сеть плана. Поставщик, входящий в сеть плана, — это поставщик, который сотрудничает с планом. В большинстве случаев медицинское обслуживание, которое вы получаете от поставщика, не входящего в сеть, не будет покрываться, за исключением случаев, когда это экстренное или срочно необходимое обслуживание, или если ваш план или входящий в сеть поставщик услуг дали вам направление. В **Главе 3** этого *Справочника участника* представлена более подробная информация об обращении к поставщикам, входящим и не входящим в сеть плана.

- У вас есть PCP или команда медицинских специалистов, которая предоставляет и организовывает ваше медицинское обслуживание. В большинстве случаев ваш PCP должен дать вам разрешение, прежде чем вы сможете воспользоваться услугами поставщика, не являющегося вашим PCP, или воспользоваться услугами других поставщиков, входящих в сеть нашего плана. Это называется «направление». В **Главе 3** этого *Справочника участника* содержится дополнительная информация о том, как получить направление и когда оно вам **не** нужно.

- Некоторые услуги, указанные в Таблице льгот, покрываются только в тех случаях, если ваш врач или другой поставщик, входящий в сеть плана, сначала получит на них разрешение. Это называется «предварительное разрешение» (prior authorization, PA). В Таблице льгот покрываемые услуги, для получения которых необходимо получить предварительное разрешение, отмечены курсивом.

- Если ваш план одобряет запрос на предварительное разрешение для прохождения курса лечения, то срок действия такого разрешения определяется медицинскими показателями и необходимостью предотвратить прерывание лечения, исходя из критериев страхового покрытия, вашей истории болезни и рекомендаций лечащего врача.

- Если вы утратите право на получение льгот по программе Medi-Cal в течение 6-месячного периода, в течение которого вы считаетесь имеющим право на получение льгот, ваше право на получение льгот по программе Medicare в рамках этого плана будет сохранено. Однако услуги по программе Medi-Cal могут быть не покрыты. Для получения информации о праве на участие в программе Medi-Cal обратитесь в окружной отдел обслуживания или в программу выбора медицинского обслуживания. Вы можете продолжать получать льготы по программе Medicare, но не льготы по программе Medi-Cal.

Важная информация о льготах для участников с определенными хроническими заболеваниями.

- Если вы болеете каким-либо из приведенных ниже хронических заболеваний и соответствуете определенным медицинским критериям, вы можете иметь право на льготу на продукты питания и продовольственные товары. Льгота на продукты питания и продовольственные товары является специальной дополнительной льготой SSBCI. Не все участники плана имеют право на ее получение.

Право на получение льготы зависит от соответствия определению «участника с хроническим заболеванием» и как минимум одному из следующих оговоренных хронических заболеваний, дающих право на получение льготы в рамках Плана.

- Хронический алкоголизм и другие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (substance use disorder, SUD)
- Аутоиммунные расстройства:
  - Узелковый периартериит
  - Ревматическая полимиалгия
  - Полимиозит
  - Дерматомиозит
  - Ревматоидный артрит
  - Системная красная волчанка
  - Псориатический артрит
  - Склеродермия
- Онкологическое заболевание
- Сердечно-сосудистые заболевания:
  - Сердечные аритмии
  - Коронарная недостаточность
  - Заболевание периферических артерий
  - Порок клапана сердца
- Хроническая сердечная недостаточность
- Деменция
- Сахарный диабет
- Избыточный вес, ожирение и метаболический синдром
- Хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта
  - Хроническое заболевание печени
  - Неалкогольная жировая болезнь печени (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD)
  - Гепатит B
  - Гепатит C

  - Панкреатит
  - Синдром раздраженного кишечника
  - Воспалительное заболевание кишечника
- Хроническое заболевание почек (chronic kidney disease, CKD):
  - CKD, требующее диализа или терминальная стадия хронической почечной недостаточности (end-stage renal disease, ESRD)
  - CKD, не требующее диализа
- Тяжелые гематологические расстройства:
  - Апластическая анемия
  - Гемофилия
    - Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
    - Миелодиспластический синдром
    - Серповидноклеточная анемия (за исключением признака серповидных клеток)
    - Хроническое венозное тромбоэмболическое расстройство
- ВИЧ/СПИД
- Хронические заболевания легких:
  - Астма, хронический бронхит
  - Муковисцидоз
  - Эмфизема
  - Легочный фиброз
  - Легочная гипертензия
  - Хроническое обструктивное заболевание легких (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)
- Хронические и инвалидизирующие психические расстройства:
  - Биполярное расстройство
  - Большие депрессивные расстройства
  - Параноидальное расстройство
  - Шизофрения
  - Шизоаффективное расстройство

  - Посттравматическое стрессовое расстройство (post-traumatic stress disorder, PTSD)
  - Расстройства пищевого поведения
  - Тревожные расстройства
- Неврологические расстройства:
  - Боковой амиотрофический склероз (fmyotrophic lateral sclerosis, ALS)
  - Эпилепсия
  - Обширный паралич (то есть гемоплегия, квадриплегия, параплегия, моноплегия)
  - Болезнь Гентингтона
  - Рассеянный склероз
  - Болезнь Паркинсона
  - Полинейропатия
  - Фибромиалгия
  - Синдром хронической усталости
  - Повреждения спинного мозга
  - Спинальный стеноз
  - Неврологический дефицит, связанный с инсультом
- Инсульт
- Обслуживание после трансплантации органов
- Расстройства, связанные с иммунодефицитом и иммуносупрессией
- Состояния, связанные с когнитивными расстройствами:
  - Болезнь Альцгеймера
  - Умственная отсталость и расстройство развития
  - Черепно-мозговые травмы
  - Инвалидизирующее психическое заболевание, связанное с когнитивными расстройствами
  - Легкое когнитивное нарушение
- Состояния, связанные с функциональными проблемами и требующие аналогичных услуг, включая следующие:
  - Повреждения спинного мозга

  - Паралич
  - Потеря конечности
  - Инсульт
  - Артрит
- Хронические заболевания, нарушающие зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние
- Состояния, требующие непрерывного лечения для поддержания или сохранения функциональности
  - Этот план определит, имеете ли вы право на льготу на продукты питания и продовольственные товары, на основании информации, полученной от вашего врача, или путем обращения к вашему врачу для получения подписанного заключения о вашем хроническом заболевании, соответствующем критериям.
  - Healthy Benefits+ — это карта расходов, на которую предварительно начисляются ваши пособия для оплаты покрываемых товаров и услуг. Как только вы будете признаны соответствующими требованиям, вы получите письмо от администратора по льготам с вашей персональной карточкой по льготам. Из этого письма вы узнаете, что на вашу карточку была начислена сумма пособия. В нем также содержится информация о том, как получить дополнительные сведения о льготе по телефону, через веб-сайт или мобильное приложение.
  - По вопросам, касающимся этой льготы, вы можете позвонить администратору по льготам по телефону (855) 572-6341 [линия TTY: 711] с 8 a.m. до 8 p.m. по тихоокеанскому времени (PT) с воскресенья по субботу с 1 октября по 31 марта, и с понедельника по пятницу с 1 апреля по 30 сентября. Более подробную информацию можно получить на сайте HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA.
- Дополнительная информация приведена в строке «Помощь при определенных хронических заболеваниях» таблицы льгот.
- Для получения дополнительной информации свяжитесь с нами.

Все профилактические услуги бесплатны. Это яблоко 🍎 обозначает услуги профилактики в Таблице льгот.

D. Таблица льгот нашего плана

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	DME и сопутствующие товары Определение понятия «медицинское оборудование длительного пользования (DME)» см. в **Главе 12** этого *Справочника участника*. Мы покрываем следующие товары: • инвалидныеколяски, включая электрические инвалидные коляски; • костыли; • матрасы с электроприводом; • надувной тонкий матрас; • диабетические товары; • больничные кровати, заказанные поставщиком услуг для использования на дому; • внутривенные (IV) инфузионные насосы и стойки; • голосообразующие аппараты; • оборудование и материалы для кислородной терапии; • небулайзеры; • ходунки; • стандартная трость с изогнутой ручкой или четырехопорная трость и запасные части; • оборудование для вытяжения шейного отдела (через дверь); • стимулятор костной ткани; • оборудование для диализа. Возможно покрытие других товаров. Мы платим за все необходимое по медицинским показаниям DME, которое обычно оплачивают программы Medicare и Medi-Cal. Если наш поставщик в вашем регионе не поставляет продукцию определенной марки или производителя, вы можете спросить у него, может ли он сделать для вас специальный заказ. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Агентства по предоставлению медицинского обслуживания на дому Прежде чем вы сможете получить медицинские услуги на дому, ваш врач должен сообщить нам о том, что они вам необходимы. Кроме того, такие услуги должны оказываться агентством по предоставлению медицинских услуг на дому. Вы должны быть ограничены в передвижении по дому, то есть выход из дома требует больших усилий. Мы оплатим указанные и, возможно, некоторые неуказанные далее услуги: • услуги квалифицированного медперсонала и помощника по уходу на дому с частичной или периодической занятостью (чтобы получить покрытие по программе медицинского обслуживания на дому, суммарное количество услуг квалифицированного медперсонала и помощника по уходу на дому должно составлять менее 8 часов в день и 35 часов в неделю); • физиотерапия, трудовая терапия и речевая терапия; • медицинские и социальные услуги; • медицинское оборудование и товары. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0 за каждое покрываемое посещение врача на дому

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Амбулаторное лечение по охране и восстановлению психического здоровья Мы оплатим услуги по охране и восстановлению психического здоровья, которые предоставляет: • психиатр или врач, имеющий лицензию штата; • клинический психолог; • клинический социальный работник; • практикующая медсестра-специалист; • лицензированный профессиональный консультант (licensed professional counselor, LPC); • лицензированный терапевт по вопросам брака и семьи (licensed marriage and family therapist, LMFT); • практикующая медсестра (nurse practitioner, NP); • помощник врача (physician assistant, PA); • любой другой специалист по охране и восстановлению психического здоровья, одобренный программой Medicare, в соответствии с применимым законодательством штата. Мы оплатим указанные и, возможно, некоторые не указанные далее услуги: • услуги клиники; • лечение в дневное время; • услуги психосоциальной реабилитации; • программы частичной госпитализации или интенсивного амбулаторного лечения; • индивидуальная и групповая оценка и лечение психического здоровья; • психологическое обследование в клинически показанных случаях с целью оценки результатов лечения психического здоровья; • амбулаторные услуги для контроля медикаментозного лечения; • амбулаторные лаборатории, лекарственные препараты, товары и добавки; • консультации психиатра. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Амбулаторные диагностические обследования, а также услуги терапевта и терапевтические товары Мы оплачиваем следующие услуги и другие не перечисленные ниже услуги, необходимые по медицинским показаниям: • рентгенологические обследования; • лучевая терапия (радиевая и изотопная терапия), в том числе материалы и услуги технического специалиста; • хирургические товары, например, перевязочный материал; • шины, гипсовые повязки и другие устройства, применяемые при переломах и вывихах; • лабораторные анализы; • кровь, включая хранение и переливание; • диагностические нелабораторные тесты, такие как компьютерные томографии, МРТ, ЭКГ и ПЭТ, если ваш врач или другой поставщик медицинских услуг назначает их для лечения заболевания; • другие амбулаторные диагностические тесты. *Может потребоваться предварительное разрешение и направление, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Амбулаторные операции Мы оплатим проведение амбулаторных операций, а также услуги, получаемые в амбулаторных отделениях больниц и центрах амбулаторной хирургии. **Примечание.** Если вам проводили операцию в больничном учреждении, вы должны уточнить у своего поставщика услуг, будете ли вы стационарным или амбулаторным пациентом. Если поставщик услуг не напишет распоряжение о вашем приеме в стационар больницы, вы будете амбулаторным пациентом. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы можете по-прежнему считаться пациентом амбулаторного отделения. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0 за каждое посещение амбулаторного хирургического центра или амбулаторного стационара
	Амбулаторные услуги по реабилитации Мы оплатим физиотерапию, трудовую терапию и лечение дефектов речи. Вы можете получить амбулаторные услуги по реабилитации в амбулаторных отделениях больниц, в офисах независимых психотерапевтов, учреждениях CORF и других учреждениях. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Безрецептурные товары (OTC)* Вы имеете право на ежеквартальное пособие в размере $120 на безрецептурные препараты и товары медицинского назначения, перечисленные в каталоге безрецептурных товаров. Это пособие покрывает такие товары, как аспирин, витамины, лекарства от простуды и кашля, а также перевязочные материалы. Эта льгота не покрывает такие товары, как косметика и пищевые добавки. Каталог товаров OTC, а также инструкции по оформлению заказа см. по адресу blueshieldca.com/medicareOTC. Вы можете заказать товары по номеру (888) 628-2770 (линия TTY: 711), с понедельника по пятницу с 9:00 a.m. до 8:00 p.m. по стандартному тихоокеанскому времени (PST) или онлайн по адресу blueshieldca.com/medicareOTC. Вы получите свои заказы без платы за доставку. Доставка займет около 7 рабочих дней. Данная льгота начинает действовать с первого дня каждого квартала. Каждый квартал вы можете сделать два заказа. Неиспользованная часть ежеквартального пособия не переносится на следующий квартал. Могут применяться некоторые ограничения. Дополнительную информацию см. в каталоге товаров OTC. *Услуги не подпадают под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Диагностика и консультирование по проблемам злоупотребления алкоголем Мы оплатим один скрининг на наличие злоупотребления алкоголем (SABIRT) для взрослых, которые злоупотребляют алкоголем, но у которых нет алкогольной зависимости. К этой категории относятся и беременные женщины. Если результаты скрининга на злоупотребление алкоголем будут положительными, вам будут предоставлены максимум четыре короткие индивидуальные консультации в год (если вы дееспособны и находитесь в ясном сознании во время консультаций) у квалифицированного PCP или специалиста в учреждении первичного медицинского обслуживания.	$0
	Дополнительные услуги в режиме телемедицины* Компания Teladoc Health предоставляет консультации врачей по телефону или видеосвязи круглосуточно и без выходных. Врачи компании Teladoc Health могут диагностировать и лечить основные медицинские заболевания, а также назначать некоторые лекарственные препараты. Компания Teladoc Health предоставляет дополнительные услуги, которые не заменяют обслуживание у поставщика первичных медицинских услуг. Для записи на прием зайдите на сайт blueshieldca.com/teladochealth или в приложение Blue Shield of California. Если у вас есть вопросы, вы можете связаться с Teladoc Health по телефону 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [линия TTY: 711]. Звонить можно ежедневно и круглосуточно. *Услуги не подпадают под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Ежегодное профилактическое обследование Вы можете проходить ежегодный профилактический осмотр. Он проводится с целью обновления вашего профилактического плана, исходя из ваших текущих факторов риска. Мы оплачиваем такой осмотр один раз в 12 месяцев. **Примечание.** Первый ежегодный профилактический прием можно пройти только через 12 месяцев после приема **«Добро пожаловать в Medicare».** Однако вам не обязательно посещать прием **«Добро пожаловать в Medicare»**, чтобы получать ежегодные профилактические приемы после 12 месяцев участия в программе по части B.	$0
	Ежегодный медосмотр В дополнение к ежегодному профилактическому приему раз в 12 месяцев оплачивается один плановый медосмотр. Этот осмотр включает в себя всесторонний анализ истории болезни и семейного анамнеза, подробную оценку состояния всего организма, а также другие услуги, направления и рекомендации, которые могут быть целесообразны.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Иглоукалывание Мы оплачиваем не более двух амбулаторных услуг иглоукалывания в течение одного календарного месяца или чаще, если они необходимы по медицинским показаниям. Мы также оплачиваем до 12 сеансов иглоукалывания в течение 90 дней, если у вас хроническая боль в пояснице, определяемая как: • длящаяся 12 недель и более; • неспецифическая (не имеющая системной причины, которую можно выявить, например, не связанная с метастатическим, воспалительным или инфекционным заболеванием); • не связанная с хирургическим вмешательством; **и** • не связанная с беременностью. Кроме того, мы оплачиваем еще восемь сеансов иглоукалывания при хронической боли в пояснице, если у вас наблюдаются улучшения. В год можно проводить не более 20 процедур иглоукалывания при хронической боли в пояснице. Лечение иглоукалыванием следует прекратить, если вам не становится лучше или если вам становится хуже. Требования к поставщику услуг: Врачи (как определено в пункте 1 статьи 1861(r)(1) Закона о социальном обеспечении (Закон)) могут проводить иглоукалывание в соответствии с применимыми требованиями штата. Фельдшеры (physician assistant, PA), практикующие медсестры (nurse practitioner, NP) или клинические медсестры (clinical nurse specialist, CNS) (как определено в пункте 1861(aa) (5) Закона) и вспомогательный персонал могут проводить иглоукалывание, если они соответствуют всем применимым требованиям штата и имеют: **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Иглоукалывание (продолжение) • степень магистра или доктора иглоукалывания или восточной медицины, полученную в учебном заведении, аккредитованном Аккредитационной комиссией по иглоукалыванию и восточной медицине (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); и • действующую, полную, активную и неограниченную лицензию на проведение иглоукалывания в штате, на территории или в Содружестве (т. е., Пуэрто-Рико) США или в округе Колумбия. Вспомогательный персонал, проводящий иглоукалывание, должен находиться под контролем врача, PA или NP/CNS соответствующего уровня в соответствии с нашими нормативно-правовыми требованиями, приведенными в §§ 410.26 и 410.27 раздела 42 Свода федеральных правил. Покрываемые услуги предоставляются через поставщиков услуг, участвующих в планах American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Чтобы получить дополнительную информацию или найти поставщика, входящего в сеть ASH Plans, вы можете позвонить в ASH Plans по номеру (800) 678-9133 или по линии TTY: 711. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 5 a.m. до 8 p.m. с 1 апреля по 30 сентября и с воскресенья по субботу с 8 a.m. до 8 p.m. с 1 октября по 31 марта. Чтобы найти поставщика, входящего в сеть ASH Plans, вы также можете позвонить в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan или посетить веб-страницу **blueshieldca.com/find-a-doctor**.	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Измерение костной массы Мы оплатим некоторые процедуры участникам, соответствующим требованиям (как правило, лица с риском потери костной массы или с риском остеопороза). В ходе данных процедур определяется костная масса, степень потери костной массы или качество костной ткани. Мы оплатим получение таких услуг один раз в 24 месяца или чаще, если это необходимо по медицинским показаниям. Также мы оплатим проверку и расшифровку результатов врачом.	$0
	Иммунизация Мы оплачиваем следующие услуги: • вакцинация от пневмонии; • прививки от гриппа — один раз в сезон гриппа осенью и зимой, а также дополнительные прививки от гриппа при наличии медицинских показаний; • вакцинация от гепатита B, если вы находитесь в группе с высоким или средним уровнем риска заражения гепатитом B; • вакцина от COVID-19; • вакцинация против HPV; • другие вакцинации, если вы находитесь в группе риска, и такие вакцинации соответствуют правилам покрытия по части B программы Medicare. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Иммунизация (продолжение) Мы оплачиваем другие вакцинации, соответствующие правилам покрытия по части D программы Medicare. Чтобы узнать больше, ознакомьтесь с **Главой 6** этого *Справочника участника*. Мы также оплачиваем все вакцины для взрослых в соответствии с рекомендациями Консультативного комитета по практике иммунизации (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).	
	Инфузионная терапия на дому Наш план оплачивает инфузионную терапию на дому, то есть введение в вену или под кожу лекарств или биологических субстанций в домашних условиях. Для проведения инфузионной терапии на дому необходимо следующее: • лекарственный препарат или биологическая субстанция, например, противовирусный препарат или иммуноглобулин; • оборудование, например помпа; **и** • расходные материалы, такие как трубки или катетер. **Продолжение см. на следующей странице.**	Доплата $0 за каждое покрываемое посещение для проведения инфузионной терапии на дому.

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Инфузионная терапия на дому (продолжение) Наш план покрывает услуги инфузионной терапии в домашних условиях, неполный перечень которых приводится ниже: • профессиональные услуги, включая услуги медсестры, предоставляемые в соответствии с вашим планом ухода; • обучение и информирование участников, еще не включенные в льготы по DME; • дистанционный мониторинг; **и** • услуги по мониторингу оказания инфузионной терапии на дому и препаратов для инфузии на дому, предоставляемые квалифицированным поставщиком средств для инфузии на дому. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	
	Лечебная физкультура под наблюдением (supervised exercise therapy, SET) Мы оплачиваем SET для участников с симптоматическим заболеванием периферических артерий (peripheral artery disease, PAD), имеющих направление на лечение PAD от врача, ответственного за лечение PAD. Наш план оплачивает: • до 36 сеансов в течение 12-недельного периода при соблюдении всех требований SET; • дополнительные 36 сеансов в течение определенного времени, если поставщик медицинских услуг сочтет это необходимым по медицинским показаниям. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Лечебная физкультура под наблюдением (продолжение) Требования к программе SET: • 30-60-минутные сеансы терапевтической тренировочной программы для пациентов с PAD, испытывающих судороги в ногах из-за нарушения кровотока (хромота); • предоставление услуг в амбулаторных условиях больницы или в кабинете врача; • проводится квалифицированным персоналом, который следит за тем, чтобы польза превышала вред, и обучен методам лечебной физкультуры при PAD; • под непосредственным наблюдением врача, помощника врача или практикующей медсестры/клинического медсестринского специалиста, обученного базовым и расширенным методам жизнеобеспечения. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Медицинская диетотерапия Данная льгота предназначена для лиц с диабетом или лиц заболеванием почек и не находящихся на диализе. Также данную льготу можно получить после пересадки почки в случае получения направления от вашего врача. Мы оплатим три часа услуг индивидуального консультирования в течение первого года получения вами медицинской диетотерапии в рамках программы Medicare. Мы можем одобрить дополнительные услуги, если это необходимо по медицинским показаниям. Мы оплатим два часа услуг индивидуального консультирования в течение каждого последующего года. В случае изменения вашего состояния, лечения или диагноза вы сможете получить больше часов лечения, при наличии направления от врача. Врач должен назначать получение данных услуг и обновлять направление каждый год, если в следующем календарном году вам потребуется лечение. Мы можем одобрить дополнительные услуги, если это необходимо по медицинским показаниям.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Наблюдение в амбулаторном отделении больницы Мы оплатим услуги наблюдения в амбулаторном отделении больницы, чтобы определить, нужно ли вас госпитализировать в стационар или можно ли вас выписать. Эти услуги должны соответствовать критериям программы Medicare и считаться обоснованными и необходимыми. Услуги наблюдения покрываются только в том случае, если они предоставляются по распоряжению врача или другого лица, уполномоченного законодательством штата и внутренними документами, регулирующими деятельность персонала больницы, принимать пациентов в больницу или назначать амбулаторные обследования. **Примечание.** Если поставщик услуг не выдал распоряжение о приеме вас в стационар больницы, вы являетесь амбулаторным пациентом. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы можете по-прежнему считаться пациентом амбулаторного отделения. Если вы не знаете, являетесь ли вы амбулаторным пациентом, спросите персонал больницы. Ознакомьтесь с дополнительной информацией в информационном бюллетене Medicare *Льготы в больнице Medicare*. Этот информационный бюллетень можно получить по адресу Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Обследование на рак легких с помощью компьютерной томографии с низкой долей облучения (LDCT) Наш план оплачивает обследование на рак легких каждые 12 месяцев, если вы: • в возрасте 50-77 лет, **и** • прошли консультацию у своего врача или другого квалифицированного поставщика услуг и приняли совместное решение, **и** • выкуривали не менее 1 пачки в день в течение 20 лет без признаков и симптомов рака легких или курите сейчас или бросили в течение последних 15 лет. После первого обследования наш план оплачивает еще одно обследование каждый год при наличии письменного предписания вашего врача или другого квалифицированного поставщика услуг. Если поставщик услуг решает предоставить консультации по обследованию на рак легких и организовать посещение врача для совместного принятия решения врачом и пациентом в отношении обследования на рак легких, это посещение должно соответствовать критериям Medicare по проведению таких посещений.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Обслуживание в учреждении SNF Определение понятия обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода см. в **Главе 12.** Мы оплатим указанные и, возможно, некоторые неуказанные далее услуги: • общая палата в больнице или отдельная палата в больнице, если это необходимо по медицинским показаниям; • питание, в том числе специальная диета; • услуги квалифицированного сестринского ухода • физиотерапия, трудовая терапия и речевая терапия; • препараты, выдаваемые вам в рамках вашего плана лечения, включая вещества, которые естественным образом присутствуют в организме, например, факторы свертывания крови; • кровь, включая хранение и переливание; • хирургические и медицинские товары, выдаваемые в учреждениях SNF; • лабораторные анализы, проводимые в учреждениях SNF; • Рентгенологические услуги, оказываемые учреждениями сестринского ухода; • электрические приспособления, например, инвалидные коляски, как правило, выдаваемые учреждениями сестринского ухода; • услуги терапевта/поставщика. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Обслуживание в учреждении SNF (продолжение) В большинстве случаев вы будете получать обслуживание в учреждениях SNF, входящих в сеть плана. При определенных условиях вы сможете получить обслуживание в учреждении, не входящем в сеть нашего плана. Вы можете получить обслуживание в следующих учреждениях, если они согласятся принять оплату в объеме, предлагаемом нашим планом: • учреждение сестринского ухода или центры совместного проживания с постоянным уходом за пенсионерами, в котором вы проживали до того, как были госпитализированы (если в таком учреждении предоставляется сестринский уход); • учреждение сестринского ухода, в котором проживает ваш(а) супруг(а) или партнер по проживанию на момент, когда вы покидаете больницу. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	
	Обслуживание в учреждении сестринского ухода Учреждение NF — это учреждение, где предоставляют услуги лицам, которые не могут получать обслуживание на дому, но которые не требуют нахождения в больнице. Услуги, получение которых мы оплатим, включают, помимо прочего следующее: • общая палата в больнице (или отдельная палата в больнице, если это необходимо по медицинским показаниям); • питание, в том числе специальная диета; **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Обслуживание в учреждении сестринского ухода (продолжение) • услуги сестринского ухода; • физиотерапия, трудовая терапия и речевая терапия; • дыхательная терапия; • препараты, выдаваемые вам в рамках вашего плана лечения (включая вещества, которые естественным образом присутствуют в организме, например, факторы свертывания крови); • кровь, включая хранение и переливание; • хирургические и медицинские товары, как правило, выдаваемые в учреждениях сестринского ухода; • лабораторные анализы, как правило, проводимые учреждениями сестринского ухода; • рентгенологические услуги, как правило, оказываемые учреждениями сестринского ухода; • использование электрических приборов, например, инвалидных колясок, как правило, выдаваемых учреждениями сестринского ухода; • услуги терапевта/врача-специалиста; • медицинское оборудование длительного пользования; • стоматологические услуги, включая зубные протезы; • льготы на офтальмологические услуги; • проверка слуха; • обслуживание у мануального терапевта; • подиатрические услуги. **Продолжение см. на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Обслуживание в учреждении сестринского ухода (продолжение) В большинстве случаев вы будете получать обслуживание у поставщиков, входящих в сеть плана. Тем не менее, возможно, вы сможете получить обслуживание в учреждении, не входящем в сеть нашего плана. Вы можете получить обслуживание в следующих учреждениях, если они согласятся принять оплату в объеме, предлагаемом нашим планом: • учреждение сестринского ухода или центры совместного проживания с постоянным уходом за пенсионерами, в котором вы проживали до того, как были госпитализированы (если в таком учреждении предоставляется сестринский уход); • учреждение сестринского ухода, в котором проживает ваш(а) супруг(а) или партнер по проживанию на момент, когда вы покидаете больницу.	
	Офтальмологические услуги (покрываются Medicare) Мы оплачиваем следующие услуги: Мы оплачиваем амбулаторные услуги врача, оказанные для диагностики и лечения заболеваний и травм глаза. Например, лечение возрастной макулярной дегенерации. Для лиц, находящихся в группе высокого риска развития глаукомы, мы оплачиваем один скрининг на наличие глаукомы в год. Лица, находящиеся в группе высокого риска развития глаукомы: • лица с глаукомой в семейном анамнезе; • лица диабетом; • афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше; • латиноамериканцы в возрасте 65 и старше. Для лиц с диабетом мы оплачиваем скрининг на диабетическую ретинопатию один раз в год. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Офтальмологические услуги (покрываются Medicare) (продолжение) Мы оплачиваем одну пару очков или контактных линз после каждой операции по удалению катаракты в случае установки врачом хрусталика. Если вам проводили две отдельных операции по удалению катаракты, вы должны получить одну пару очков после каждой операции. Вы не можете получить две пары очков после второй операции, даже если вы не получили пару очков после первой операции. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	
	Офтальмологические услуги, не покрываемые Medicare (полученные у поставщика, входящего в сеть плана)* Покрываемые услуги: • Стандартное офтальмологическое обследование, включая рефракцию, и рецепт на линзы для очков. Если поставщик услуг рекомендует дополнительные процедуры, дополнительные расходы вы оплачиваете самостоятельно. За проверку контактных линз взимается дополнительная оплата. Дополнительные расходы вы оплачиваете самостоятельно. • Оправы для очков. **Продолжение см. на следующей странице.**	Если вы пользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть плана, вы платите $0 за одно обследование каждый год. Если вы пользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть плана, вы платите $0 за оправы для очков (при обычной розничной стоимости до $365) каждый год. Если вы выбираете оправы для очков по цене выше $365, вы должны оплатить разницу в цене.

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Офтальмологические услуги, не покрываемые Medicare (полученные у поставщика, входящего в сеть плана)* (продолжение) • Линзы для очков или контактные линзы. Если вы выбираете линзы для очков, вы можете выбрать одинарные, бифокальные, трифокальные и лентикулярные линзы с покрытием. Если вы выберете другие линзы, не указанные в списке, или дополнительные процедуры, вы будете нести ответственность за оплату дополнительных расходов, даже если общая сумма расходов остается в пределах пособия. Предварительное разрешение (предварительное одобрение) НЕ требуется. Воспользуйтесь *Справочником услуг по уходу за зрением* или перейдите на страницу blueshieldca.com/find-a-doctor, чтобы найти поставщика, участвующего в сети плана Vision Service Plan (VSP) (администратор плана Blue Shield Vision). * Услуги не подпадают под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана.	$0 либо за одну пару линз для очков по рецепту (независимо от размера и оптической силы) ЛИБО за контактные линзы (стоимостью до $365 за услуги и материалы для контактных линз) каждый год, если вы пользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть. Если цена услуг и материалов превышает $350, вы должны оплатить разницу в цене.
	Офтальмологические услуги, не покрываемые Medicare (полученные у поставщика, не входящего в сеть плана)* • Стандартное офтальмологическое обследование, рефракция и рецепт на линзы для очков. • Оправы и линзы для очков (включая одинарные, бифокальные, трифокальные и лентикулярные линзы с покрытием) или контактные линзы. **Продолжение см. на следующей странице.**	Вам возмещается до $30 за одно обследование каждый год. Вам возмещается до $35 за одну пару оправ для очков каждый год. Вам возмещается до $35 за одну пару рецептурных линз для очков (независимо от размера и оптической силы) **ИЛИ** за контактные линзы каждый год.

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Офтальмологические услуги, не покрываемые Medicare (полученные у поставщика, не входящего в сеть плана)* (продолжение) По вашему желанию, вы можете обратиться к оптометристу или оптику, не входящему в сеть плана Blue Shield TotalDual Plan. Однако вы не можете получать одни и те же услуги и от поставщика входящего в сеть плана, и от поставщика, не входящего в сеть плана. Если вы выберете поставщика услуг, не входящего в сеть плана, вы имеете право на частичное возмещение затрат на оказанные услуги только в том случае, если вы еще не достигли предела льгот по офтальмологической услуге, которую вы хотите получить. Позвоните в отдел обслуживания клиентов, чтобы запросить форму возмещения и получить дополнительную информацию о возмещении затрат. Предварительное разрешение НЕ требуется. * Услуги не подпадают под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана.	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Паллиативный уход Услуги паллиативного ухода покрываются нашим планом. Паллиативный уход предназначен для людей с серьезными заболеваниями. Паллиативный уход — это медицинская помощь, оказываемая в интересах пациента и его семьи, и предназначенная для улучшения качества жизни за счет предупреждения и облегчения страданий. Паллиативный уход — это **не** хоспис, и для получения услуг паллиативного ухода не требуется, чтобы продолжительность жизни участника составляла не более шести месяцев. Услуги паллиативного ухода предоставляются одновременно с медицинским обслуживанием/стандартным лечением. Паллиативный уход включает следующее: • предварительное планирование ухода; • оценку и консультацию паллиативного ухода; • план медицинского обслуживания, включающий все разрешенные виды паллиативного и лечебного ухода, в том числе психиатрические и медико-социальные услуги; • услуги специалистов по уходу, назначенных вами; • услуги координации медицинского обслуживания. • купирование боли и симптомов. Вы не можете одновременно получать хосписный и паллиативный уход, если вам больше 21 года. Если вы получаете паллиативный уход и соответствуете требованиям, предъявляемым к хосписному уходу, вы вправе в любое время попросить о переходе на хосписный уход.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Питание с доставкой на дом* После выписки из стационара или учреждения квалифицированного сестринского ухода вы можете получить следующее покрываемое питание: • 22 приема пищи и 10 перекусов на каждую выписку из больницы или учреждения. • Приемы пищи и закуски доставляются раздельно по мере необходимости (до двух доставок). • Объем покрытия — не более двух выписок из больницы в год. Вы также можете обратиться в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan (номера телефонов указаны на задней обложке этого документа). *Услуги не подпадают под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана.	$0 за каждую покрываемую доставку еды на дом
	Подиатрические услуги Мы оплачиваем следующие услуги: • диагностика и медицинское или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (например, молоткообразный палец стопы или шпоры на пятках); • профилактический уход за стопами для пациентов с состояниями, влияющими на ноги, например, диабет; • плановые услуги по уходу за ногами (не покрываемые программой Medicare)* включают: ○ срезание или удаление натоптышей и мозолей; ○ подстригание, подрезание, обрезание или спиливание ногтей. *Услуги не подпадают под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить

	Помощь при определенных хронических заболеваниях
	
	Продукты питания и продовольственные товары*:
	
	Этот план включает в себя льготы на продукты питания и продовольственные товары для участников с определенными хроническими заболеваниями. Это:
	• Ежемесячное пособие в размере $60 на приобретение полезных и питательных продуктов питания и продовольственных товаров. Одобренные продукты можно покупать в одобренных местных розничных магазинах. Пособие призвано помочь участникам соблюдать принципы здорового питания и удовлетворять потребности в потреблении питательных веществ.
	• Неиспользованная часть ежемесячного пособия не переносится на следующий месяц.
	
	Чтобы иметь право на эту льготу (не все участники будут иметь право на ее получение), у вас должно быть как минимум одно из следующих хронических заболеваний:
	• Хронический алкоголизм и другие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (substance use disorder, SUD)
	• Аутоиммунные расстройства:
	  ○ Узелковый периартериит
	  ○ Ревматическая полимиалгия
	  ○ Полимиозит
	  ○ Дерматомиозит
	  ○ Ревматоидный артрит
	  ○ Системная красная волчанка
	  ○ Псориатический артрит
	  ○ Склеродермия
	• Онкологическое заболевание
	
	Продолжение см. на следующей странице.
		\$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить

	Помощь при определенных хронических заболеваниях (продолжение)
	• Сердечно-сосудистые заболевания:
	  ○ Сердечные аритмии
	  ○ Коронарная недостаточность
	  ○ Заболевание периферических артерий
	  ○ Порок клапана сердца
	• Хроническая сердечная недостаточность
	• Деменция
	• Сахарный диабет
	• Избыточный вес, ожирение и метаболический синдром
	• Хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта
	  ○ Хроническое заболевание печени
	  ○ Неалкогольная жировая болезнь печени (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD)
	  ○ Гепатит B
	  ○ Гепатит C
	  ○ Панкреатит
	  ○ Синдром раздраженного кишечника
	  ○ Воспалительное заболевание кишечника
	• Хроническое заболевание почек (chronic kidney disease, CKD):
	  ○ CKD, требующее диализа или терминальная стадия хронической почечной недостаточности (end-stage renal disease, ESRD)
	  ○ CKD, не требующее диализа
	• Тяжелые гематологические расстройства:
	  ○ Апластическая анемия
	  ○ Гемофилия
	Продолжение см. на следующей странице.	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Помощь при определенных хронических заболеваниях (продолжение) ○ Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура ○ Миелодиспластический синдром ○ Серповидноклеточная анемия (за исключением признака серповидных клеток) ○ Хроническое венозное тромбоэмболическое расстройство • ВИЧ/СПИД • Хронические заболевания легких: ○ Астма, хронический бронхит ○ Муковисцидоз ○ Эмфизема ○ Легочный фиброз ○ Легочная гипертензия ○ Хроническое обструктивное заболевание легких (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) • Хронические и инвалидизирующие психические расстройства: ○ Биполярное расстройство ○ Большие депрессивные расстройства ○ Параноидальное расстройство ○ Шизофрения ○ Шизоаффективное расстройство ○ Посттравматическое стрессовое расстройство (post-traumatic stress disorder, PTSD) ○ Расстройства пищевого поведения **Продолжение см. на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Помощь при определенных хронических заболеваниях (продолжение) o Тревожные расстройства • Неврологические расстройства: o Боковой амиотрофический склероз (fmyotrophic lateral sclerosis, ALS) o Эпилепсия o Обширный паралич (то есть гемоплегия, квадриплегия, параплегия, моноплегия) o Болезнь Гентингтона o Рассеянный склероз o Болезнь Паркинсона o Полинейропатия o Фибромиалгия o Синдром хронической усталости o Повреждения спинного мозга o Спинальный стеноз o Неврологический дефицит, связанный с инсультом • Инсульт • Обслуживание после трансплантации органов • Расстройства, связанные с иммунодефицитом и иммуносупрессией • Состояния, связанные с когнитивными расстройствами: **Продолжение см. на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Помощь при определенных хронических заболеваниях (продолжение) ○ Болезнь Альцгеймера ○ Умственная отсталость и расстройство развития ○ Черепно-мозговые травмы ○ Инвалидизирующее психическое заболевание, связанное с когнитивными расстройствами ○ Легкое когнитивное нарушение • Состояния, связанные с функциональными проблемами и требующие аналогичных услуг, включая следующие: ○ Повреждения спинного мозга ○ Паралич ○ Потеря конечности ○ Инсульт ○ Артрит • Хронические заболевания, нарушающие зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние • Состояния, требующие непрерывного лечения для поддержания или сохранения функциональности План определит, имеете ли вы право на льготу на продукты питания и продовольственные товары, на основании информации, полученной от вашего врача, или путем обращения к вашему врачу для получения подписанного заключения о вашем хроническом заболевании. **Продолжение см. на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Помощь при определенных хронических заболеваниях (продолжение) Пособия на услуги по охране слуха, не покрываемые программой Medicare, и на продукты питания и продовольственные товары не могут быть объединены. Для каждой льготы предусмотрено отдельное пособие. Healthy Benefits+ — это карта расходов, на которую предварительно начисляются ваши пособия для оплаты покрываемых товаров и услуг. Как только вы будете признаны соответствующими требованиям, вы получите письмо от администратора по льготам с вашей персональной карточкой по льготам. Из этого письма вы узнаете, что на вашу карточку была начислена сумма пособия. В нем также содержится информация о том, как получить дополнительные сведения о льготе по телефону, через веб-сайт или мобильное приложение. По вопросам, касающимся этой льготы, вы можете позвонить администратору по льготам по телефону (855) 572-6341 [линия TTY: 711] с 8 a.m. до 8 p.m. по местному времени, с воскресенья по субботу с 1 октября по 31 марта, и с понедельника по пятницу с 1 апреля по 30 сентября. Более подробную информацию можно получить на сайте HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA. * Услуги не подпадают под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана.	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Посещение с целью снижения риска (лечение) сердечно-сосудистых (сердечных) заболеваний Мы оплачиваем одно посещение в год или чаще, если это необходимо по медицинским показаниям, вашего PCP, проводимое с целью снижения риска заболеваний сердца. Во время этого посещения ваш врач может: • обсудить применение аспирина; • проверить ваше кровяное давление; **и (или)** • дать вам советы по правильному питанию.	$0
	Пребывание в стационаре: покрываемые услуги в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility, SNF) во время пребывания в стационаре, не покрываемого страховкой Мы не оплачиваем пребывание в стационаре, если вы использовали все свои льготы по стационарному лечению или если пребывание в стационаре не является обоснованным и необходимым по медицинским показаниям. Однако в некоторых ситуациях, когда стационарное лечение не покрывается, мы можем оплатить услуги, которые вы получаете, находясь в больнице или учреждении сестринского ухода. Более детальную информацию вы можете получить, обратившись в отдел обслуживания клиентов. Мы оплатим указанные и, возможно, некоторые неуказанные далее услуги: • услуги врача; • диагностические обследования, например, лабораторные анализы; • рентгенографию, радиевую и изотопную терапию, в том числе материалы и услуги технического специалиста; • перевязочный материал; • шины, гипсовые повязки и другие устройства, применяемые при переломах и вывихах; **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Пребывание в стационаре: покрываемые услуги в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility, SNF) во время пребывания в стационаре, не покрываемого страховкой (продолжение) • протезы и ортопедические устройства, кроме стоматологических протезов, включая замену и ремонт устройств данного типа; это устройства, полностью или частично заменяющие: ○ внутренний орган тела (включая прилегающие ткани), **или** ○ функцию неработающего или неправильно функционирующего внутреннего органа; • шины на ногу, руку, спину или шею, бандажи и искусственные ноги, руки и глаза. кроме того они включают регулировку, ремонт и замену, необходимую вследствие поломки, износа, утери или изменения вашего состояния; • физиотерапия, лечение дефектов речи и трудовая терапия. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Предынфекционная профилактика (pre-exposure prophylaxis, PrEP) для предотвращения ВИЧ Если у вас нет ВИЧ, но ваш врач или другой медицинский работник определит, что вы находитесь в группе повышенного риска заражения ВИЧ, мы покрываем лекарства для PrEP и сопутствующие услуги. Если вы соответствуете критериям, покрываемые услуги включают в себя: • Одобренные FDA пероральные или инъекционные препараты PrEP. Если вы получаете инъекционный препарат, мы также покрываем плату за инъекционный препарат. • До 8 индивидуальных консультаций (включая оценку риска заражения ВИЧ, снижение риска заражения ВИЧ и соблюдение режима приема лекарств) каждые 12 месяцев. • До 8 скринингов на наличие ВИЧ каждые 12 месяцев. • Однократный скрининг на вирус гепатита B.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Препараты по части B программы Medicare Данные препараты покрываются в рамках части B программы Medicare. Наш план оплачивает следующие препараты: • препараты, которые, как правило, вы не принимаете самостоятельно, а которые вводятся посредством инъекций или инфузий во время предоставления услуг врачом, в амбулатории больницы или в центре амбулаторной хирургии; • инсулин, вводимый с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, необходимой по медицинским показаниям инсулиновой помпы); • другие лекарства, которые вы принимаете с использованием медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзеров), и на прием которых план дал разрешение; • препарат для лечения болезни Альцгеймера Leqembi® (непатентованный препарат lecanemab), который вводится внутривенно (IV); • факторы свертывания крови, которые вы вводите себе при помощи инъекции, если вы страдаете гемофилией; • при трансплантации/иммуносупрессивные препараты: Программа Medicare покрывает лекарственную терапию при трансплантации органов при условии, что трансплантация была оплачена программой Medicare. У вас должна быть страховка по части A на момент трансплантации, а также страховка по части B на момент получения иммуносупрессивных препаратов. Страховка по части D программы Medicare покрывает иммуносупрессивные препараты, если часть B их не покрывает. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Препараты по части B программы Medicare (продолжение) ● инъецируемые препараты от остеопороза; мы оплачиваем данные препараты, если вы не можете покидать ваш дом, у вас есть перелом кости, связь которого с остеопорозом в период постменопаузы подтверждена врачом, и не можете самостоятельно сделать себе инъекцию препарата; ● некоторые антигены: программа Medicare покрывает антигены при условии их приготовления врачом, а также при условии, что их вводит надлежащим образом проинструктированный человек (которым можете быть вы, пациент) под соответствующим наблюдением; ● некоторые пероральные противораковые препараты: программа Medicare покрывает некоторые пероральные противораковые препараты, принимаемые внутрь, если тот же препарат доступен в инъекционной форме или является пролекарством (пероральная форма препарата, которая при приеме внутрь распадается на тот же активный ингредиент, что и в инъекционном препарате); по мере появления новых пероральных лекарств от рака их покрытие может быть включено в часть B; если страховка по части B не покрывает такие лекарства, их покрывает часть D; ● пероральные препараты против тошноты: программа Medicare покрывает пероральные препараты против тошноты, применяемые в рамках противораковой химиотерапии, если они назначаются до, во время или в течение 48 часов после химиотерапии или используются в качестве полной терапевтической замены внутривенного препарата против тошноты; ● некоторые пероральные препараты при терминальной стадии хронической почечной недостаточности (End-Stage Renal Disease, ESRD), покрываемые по части B по программе Medicare; **Продолжение см. на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Препараты по части B программы Medicare (продолжение) • кальцимиметические и фосфат-связывающие препараты в рамках системы оплаты для ESRD, включая внутривенный препарат Parsabiv® и пероральный препарат Sensipar; • некоторые препараты для домашнего диализа, включая heparin, антидот для heparin (когда это необходимо по медицинским показаниям) и анестетики местного действия; • средства, стимулирующие эритропоэз: программа Medicare покрывает инъекционный erythropoietin, если у вас ESRD или вы нуждаетесь в этом препарате для лечения анемии, связанной с некоторыми другими заболеваниями (например, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® или Methoxy polyethylene glycol-epotin beta); • иммуноглобулин для внутривенного введения для лечения на дому заболеваний первичного иммунодефицита; • парентеральное и энтеральное питание (внутривенное и зондовое питание). Мы также покрываем некоторые вакцины в рамках части B по программе Medicare и большинство вакцин для совершеннолетних в рамках лекарственного страхования по части D по программе Medicare. В **Главе 5** этого *Справочника участника* содержится описание нашей льготы на лекарственные препараты. В ней объясняются правила, которым необходимо следовать, чтобы рецептурные препараты были покрыты. В **Главе 6** этого *Справочника участника* содержится информация о том, сколько вы платите за препараты через наш план. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Программа профилактики диабета Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Наш план оплачивает услуги по программе MDPP для лиц, соответствующих критериям. Программа MDPP предназначена для того, чтобы помочь вам придерживаться здорового образа жизни. Она обеспечивает практическое обучение: • долгосрочному изменению рациона питания, **и** • увеличению физической активности, **а также** • способам удержания сниженного веса и поддержания здорового образа жизни.	$0
	Программы по лечению никотиновой и табачной зависимости Консультирование по прекращению курения и употребления табака покрывается для амбулаторных и госпитализированных пациентов, которые соответствуют следующим критериям: • употребляют табак независимо от того, есть ли у них признаки или симптомы заболеваний, связанных с употреблением табака; • понимают требования и проявляют внимание во время консультирования; • консультирование проводит квалифицированный врач или другой практикующий специалист, признанный программой Medicare. Мы покрываем две попытки бросить курить в течение года (каждая попытка может включать максимум четыре промежуточных или интенсивных сеанса, что составляет до восьми сеансов в год).	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Программы по медико-санитарному просвещению и поддержанию здоровья* Мы предлагаем множество программ, фокус которых сосредоточен на определенных состояниях здоровья. В частности: • занятия по просвещению в вопросах здоровья; • занятия по просвещению в вопросах питания; • программы по лечению никотиновой и табачной зависимости; **и** • услуги горячей линий медсестер. Программы, основная цель которых — сохранить и поддержать ваше здоровье. Покрываемые услуги: • письменные материалы по медико-санитарному просвещению, включая информационные бюллетени; • образовательные программы. Образовательные программы, ориентированные на такие аспекты, как: • высокое артериальное давление; • холестерин; • астма; • специальная диета. Образовательные программы, направленные на укрепление вашего здоровья и поддержание здорового образа жизни, в том числе: • контроль веса; • фитнес; • контроль стресса. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Программы по медико-санитарному просвещению и поддержанию здоровья* (продолжение) **Круглосуточная дежурная служба медсестер** Вы можете в любое время суток конфиденциально обратиться к зарегистрированной медсестре, чтобы получить персональную онлайн-консультацию. Если у вас возникнет проблема со здоровьем, вы можете позвонить на бесплатную горячую линию и обратиться к зарегистрированной медсестре, которая выслушает вас и поможет найти решение проблемы. Звоните по номеру 1-877-304-0504 (линия TTY: 711) круглосуточно и без выходных. **Фитнес-программа SilverSneakers®** Вы получаете льготу на занятия фитнесом по программе SilverSneakers, которая включает в себя: • Общенациональную сеть участвующих в программе тренажерных залов и общественных мест с групповыми фитнес-занятиями и объектами в определенных местах — можно зарегистрироваться в любом количестве мест. • Онлайн-занятия и семинары в режиме реального времени через SilverSneakers LIVE™ 7 дней в неделю утром, днем и вечером. • По запросу онлайн-тренировки и видеоролики с оздоровительными программами и программами физических упражнений через SilverSneakers On-Demand™ круглосуточно и без выходных. • Доступ через мобильное приложение к фитнес-программам, контролю за своей активностью и своему идентификационному номеру участника через SilverSneakers GO™ круглосуточно и без выходных **Продолжение см. на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Программы по медико-санитарному просвещению и поддержанию здоровья* (продолжение) • Поддержка связи с сообществом и помощь в обеспечении благополучия сообщества лично и виртуально через SilverSneakers Community и Burnalong®. Чтобы начать пользоваться льготой, найдите свой идентификационный номер SilverSneakers, места для фитнеса и занятия на сайте silversneakers.com. Если у вас есть дополнительные вопросы о вашей льготе, звоните по телефону 1-888-423-4632 (линия TTY: 711) С понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. по восточному времени. Когда вы придете в выбранное вами место для занятий фитнесом, сотрудники зарегистрируют вас в своей системе, используя ваш идентификационный номер SilverSneakers. Вы также можете запросить экскурсию по месту проведения занятий, чтобы увидеть все объекты и расположение классов. Наборы для занятий на дому предлагаются участникам, которые хотят начать тренироваться дома или которые не могут добраться до фитнес-центра из-за травмы, болезни или ограничений в передвижении. **Перед началом выполнения программы физических упражнений обязательно проконсультируйтесь с врачом.** *Услуги не подпадают под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана.	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Протезы, ортопедические аппараты и сопутствующие товары Протезы частично или полностью заменяют собой определенную часть тела или функцию. К ним относятся, помимо прочего: • тестирование, подгонка или обучение использованию протезов и ортопедических аппаратов; • калоприемники и принадлежности, связанные с уходом за колостомой; • энтеральное и парентеральное питание, включая наборы для подачи питания, инфузионную помпу, трубки и адаптеры, растворы и расходные материалы для самостоятельных инъекций; • кардиостимуляторы; • бандажи; • обувь на протезы; • искусственные руки и ноги; • протезы молочной железы (в том числе хирургические бюстгальтеры после мастэктомии); • протезы для замены всей или части наружной части лица, которая была удалена или нарушена в результате заболевания, травмы или врожденного дефекта; • кремы для лиц, страдающих недержанием, и подгузники. Мы оплатим некоторые товары, связанные с протезами и ортопедическими аппаратами. Мы также оплатим ремонт или замену протезов и ортопедических аппаратов. Мы предлагаем определенный объем страхового покрытия после удаления катаракты или после операции по удалению катаракты. Подробную информацию см. в разделе «Уход за зрением» далее в этой главе. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Профилактический визит «Добро пожаловать в программу Medicare» Мы однократно покрываем профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare». Визит включает: • проверку состояния вашего здоровья, • обучение и консультирование в отношении профилактических услуг, которые вам требуются (включая скрининги и прививки), а **также** • направления на получение других услуг, если вы в них нуждаетесь. **Примечание.** Мы покрываем профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» только в течение первых 12 месяцев с момента вашей регистрации в части B программы Medicare. Записываясь на прием к врачу, сообщите ему, что вы хотите запланировать профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare».	$0
	Скрининг на заражение вирусом гепатита C Мы покрываем один скрининг на гепатит C, если ваш врач первичного обслуживания или другой квалифицированный поставщик медицинских услуг прописывает такой скрининг, и вы соответствуете одному из следующих условий: • Вы находитесь в группе высокого риска, поскольку используете или использовали запрещенные инъекционные препараты. • Вы перенесли переливание крови до 1992 года. • Вы родились между 1945 и 1965 годами. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Скрининг на заражение вирусом гепатита C (продолжение) Если вы родились в период с 1945 по 1965 год и не находитесь в группе высокого риска, мы оплатим скрининг один раз. Если вы находитесь в группе высокого риска (например, вы продолжили использовать запрещенные инъекционные препараты после проведения предыдущего скрининга на наличие гепатита C, который дал отрицательный результат), мы покрываем ежегодные скрининги.	
	Скрининг на наличие STIs и консультирование Мы оплачиваем обследования на хламидиоз, гонорею, сифилис и гепатит B. Данные обследования покрываются для беременных женщин и некоторых лиц, находящихся в группе повышенного риска заражения STI. Поставщик первичных медицинских услуг должен заказать проведение данных анализов. Мы покрываем проведение данных анализов один раз в 12 месяцев или в определенные периоды беременности. Кроме того, мы оплатим максимум два индивидуальных сеанса консультаций повышенной интенсивности раз в год для взрослых, ведущих половую жизнь и находящихся в группе повышенного риска заражения STI. Каждый сеанс может длиться от 20 до 30 минут. Мы оплатим данные консультационные сеансы в качестве профилактической услуги, только если они будут предоставлены поставщиком первичных медицинских услуг. Данные сеансы должны проводиться в условиях оказания первичных медицинских услуг, например, в офисе врача.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Скрининг на наличие аневризмы брюшной аорты Мы оплачиваем однократное ультразвуковое обследование для лиц, входящих в группу риска. Наш план покрывает это обследование только в том случае, если у вас есть определенные факторы риска и если вы получили направление на него от своего врача, помощника врача, практикующей медсестры или клинического медсестры.	$0
	Скрининг на наличие ВИЧ-инфекции Мы оплатим один скрининг на наличие ВИЧ-инфекции раз в 12 месяцев для участников, которые: • попросят провести скрининг на наличие ВИЧ-инфекции; **или** • находятся в группе риска заражения ВИЧ-инфекцией. Для беременных женщин мы оплатим максимум три скрининга на наличие ВИЧ-инфекции в течение всего срока беременности. Мы также оплачиваем дополнительные обследования на наличие ВИЧ-инфекции, если это рекомендовано вашим поставщиком услуг.	$0
	Скрининг на наличие депрессии Мы оплатим один скрининг на наличие депрессии в год. Скрининг должен проводиться в условиях учреждения первичного медицинского обслуживания, где могут предоставить последующее лечение и (или) направления.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Скрининг на наличие диабета Мы оплатим проведение такого скрининга (в том числе анализ уровня глюкозы в крови натощак), если у вас есть следующие факторы риска: • высокое артериальное давление (гипертензия); • отклонения от нормального уровня холестерина и триглицеридов в анамнезе (дислипидемия); • ожирение; • высокий уровень сахара (глюкозы) крови в анамнезе. Проведение данных анализов может быть покрыто и в некоторых других случаях, например, если у вас избыточная масса тела и у вас в семье были случаи заболевания диабетом. Вы можете иметь право максимум на два скрининга на наличие диабета раз в 12 месяцев после даты последнего скринингового теста на диабет.	$0
	Скрининг на наличие колоректального рака Мы оплачиваем следующие услуги: • Колоноскопия не имеет возрастных ограничений и оплачивается один раз в 120 месяцев (10 лет) для пациентов, не входящих в группу высокого риска, или через 48 месяцев после предыдущей процедуры гибкой сигмоидоскопии для пациентов, не входящих в группу высокого риска развития рака толстой и прямой кишки, и один раз в 24 месяца для пациентов из группы высокого риска после предыдущей скрининговой колоноскопии. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	• Компьютерная томографическая колонография для пациентов в возрасте от 45 лет, не находящихся в группе высокого риска развития рака толстой и прямой кишки, покрывается в тех случаях, когда прошло не менее 59 месяцев после месяца, в течение которого была проведена последняя скрининговая компьютерная томографическая колонография, или когда прошло 47 месяцев после месяца, в течение которого была проведена последняя скрининговая гибкая сигмоидоскопия или скрининговая колоноскопия. Для пациентов с высоким риском развития рака толстой и прямой кишки оплата может быть произведена за скрининговую компьютерную томографическую колонографию, проведенную по истечении не менее 23 месяцев после месяца, в течение которого была проведена последняя скрининговая компьютерная томографическая колонография или последняя скрининговая колоноскопия. • Гибкая сигмоидоскопия для пациентов в возрасте 45 лет и старше. Один раз в 120 месяцев для пациентов, не относящихся к группе высокого риска, после прохождения пациентом скрининговой колоноскопии. Один раз в 48 месяцев для пациентов с высоким риском развития заболевания после проведения последней гибкой сигмоидоскопии или компьютерной томографической колонографии. • Скрининговые исследования кала на скрытую кровь у пациентов в возрасте 45 лет и старше. Один раз в 12 месяцев. • Многоцелевая ДНК кала для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Один раз в 3 года. **Продолжение см. на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Скрининг на наличие колоректального рака (продолжение) • Анализ биомаркеров в крови для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Один раз в 3 года. • Скрининговые исследования на выявление рака толстой и прямой кишки включают последующую скрининговую колоноскопию после того, как покрываемый по программе Medicare неинвазивный анализ кала на выявление рака толстой и прямой кишки дал положительный результат. • Скрининговые тесты на выявление рака толстой и прямой кишки включают в себя запланированную скрининговую гибкую сигмоидоскопию или скрининговую колоноскопию, которая включает в себя удаление ткани или другого вещества или другую процедуру, выполняемую в связи со скрининговым тестом или в результате проведения скринингового теста и посредством такого же клинического приема, с помощью которого выполняется скрининговый тест.	
🍎	**Скрининг на наличие ожирения и лечение, направленное на снижение веса** Если ваш индекс массы тела составляет 30 и более, мы оплатим консультирование, которое поможет вам сбросить вес. Вы должны пройти консультирование в условиях оказания первичных медицинских услуг. Таким образом, консультирование можно скоординировать с вашим полным профилактическим планом. Для получения более подробной информации обсудите это со своим поставщиком первичных медицинских услуг.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Скрининг на наличие рака молочной железы (маммография) Мы оплачиваем следующие услуги: • одну базовую маммограмму для женщин в возрасте от 35 до 39 лет; • один маммографический скрининг раз в 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше; • клинические обследования молочной железы раз в 24 месяца.	$0
	Скрининг на наличие рака шейки матки и рака влагалища Мы оплачиваем следующие услуги: • для всех женщин: обследование со взятием цитологического мазка и вагинальное исследование один раз в 24 месяца; • для женщин с высоким уровнем риска рака шейки матки или влагалища: один цитологический мазок раз в 12 месяцев; • для женщин детородного возраста, у которых в течение последних трех лет в результатах цитологического мазка наблюдались отклонения от нормы: один цитологический мазок раз в 12 месяцев; • для женщин в возрасте 30-65 лет: анализ на вирус папилломы человека (human papillomavirus, HPV) или мазок Папаниколау и анализ на HPV один раз в 5 лет.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Скрининговое обследование на наличие рака предстательной железы Для мужчин в возрасте 50 лет и старше раз в 12 месяцев мы оплатим следующие услуги: • пальцевое ректальное исследование; • анализ на определение уровня простатспецифического антигена (prostate specific antigen, PSA).	$0
	Скрининг-тесты на наличие сердечно-сосудистых заболеваний Мы оплачиваем анализы крови, проводимые с целью диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, один раз в пять лет (60 месяцев). Такие анализы крови также выявляют наличие отклонений, связанных с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.	$0
	Срочно необходимое обслуживание Срочно необходимое обслуживание — это услуги, предоставляемые в следующих случаях: • в ситуациях, не требующих экстренного вмешательства, при которых необходима неотложная медицинская помощь; **или** • в случае непредвиденного заболевания; **или** • в случае травмы; **или** • в состояниях, при которых требуется незамедлительное оказание медицинской помощи. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0 Доля в совместном страховании в размере 20% для покрытия экстренной медицинской помощи по всему миру (не требуется, если госпитализация с таким же состоянием осуществляется в течение одного дня).

	Покрываемая услуга	Сколько вы должны заплатить
	Срочно необходимое обслуживание (продолжение) Если вам требуется срочно необходимое обслуживание, постарайтесь сначала получить его у поставщика, входящего в сеть плана. Однако вы можете воспользоваться услугами поставщиков, не входящих в сеть плана, если вы не можете обратиться к поставщику, входящему в сеть, поскольку, с учетом вашего времени, местонахождения или обстоятельств, получить услуги от поставщиков, входящих в сеть, невозможно или нецелесообразно (например, когда вы находитесь за пределами зоны обслуживания сети, и вам требуется неотложная медицинская помощь в результате непредвиденного медицинского состояния, не требующего экстренного вмешательства). Покрытие по всему миру* Отсутствуют общие ежегодные ограничения по количеству страховых случаев, связанных с получением экстренной или неотложной медицинской помощи за пределами США и их территорий, которая не подпадает под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана. *Услуги не подпадают под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана.	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Стационарная помощь в психиатрической больнице Мы оплатим услуги по охране и восстановлению психического здоровья, требующих пребывания в больнице. • Если вам необходимы услуги в стационаре отдельной психиатрической больницы, мы оплатим первые 190 дней пребывания в ней. По истечению этого срока местное агентство округа по предоставлению услуг лечения психических заболеваний оплатит необходимые по медицинским показаниям услуги лечения психических заболеваний в стационаре. Разрешение на получение обслуживания по истечению 190 дней должно быть согласовано с местным агентством округа по предоставлению услуг лечения психических заболеваний. ○ Ограничение в 190 дней **не** распространяется на услуги лечения психических заболеваний в стационаре, предоставляемые в отделении психиатрии больницы общего типа. • Если вам 65 лет и больше, мы оплатим услуги, полученные в Институте психических заболеваний (Institute for Mental Diseases, IMD). *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Стационарное лечение в больнице Мы оплачиваем следующие услуги и другие не перечисленные ниже услуги, необходимые по медицинским показаниям: • общая палата в больнице (или отдельная палата в больнице, если это необходимо по медицинским показаниям); • питание, в том числе специальная диета; • стандартные услуги сестринского ухода; • стоимость лечения в отделениях специального ухода, например, отделение интенсивной терапии или отделение кардиореанимации; • лекарственные препараты; • лабораторные анализы; • рентгенологические услуги; • необходимые хирургические и медицинские товары; • электрические приспособления, например, инвалидные коляски; • услуги операционной и послеоперационной палаты; • физиотерапия, трудовая терапия и лечение дефектов речи; • услуги по лечению алкогольной и наркотической зависимости в стационаре; • в некоторых случаях следующие виды трансплантатов: роговица, почка, почка/поджелудочная железа, сердце, печень, легкое, сердце/легкое, костный мозг, стволовые клетки и органы желудочно-кишечного тракта/ внутренние органы; **Продолжение см. на следующей странице.**	$0 План должен дать вам разрешение, чтобы вы могли продолжать получать стационарное лечение в больнице, не входящей в сеть плана, после того, как ваше состояние, требующее экстренной медицинской помощи, стабилизируется.

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Стационарное лечение в больнице (продолжение) Если вам необходима пересадка, трансплантологический центр, утвержденный программой Medicare, рассмотрит ваш случай и вынесет решение касательно того, можете ли вы стать кандидатом для пересадки. Поставщики услуг трансплантации могут находиться в зоне и за пределами зоны обслуживания плана. Если местные поставщики услуг трансплантации согласны принять оплату по ставке программы Medicare, то вы можете получить услуги по пересадке органов в вашем районе или в учреждении, находящемся за пределами зоны обслуживания плана. Если наш план предоставляет услуги по пересадке органов за пределами зоны обслуживания, и вы решите пройти операцию по пересадке органов там, мы организуем или оплатим расходы на проживание и проезд для вас и еще одного человека. • кровь, включая хранение и переливание; • услуги терапевта. **Примечание.** Чтобы стать стационарным пациентом, ваш поставщик услуг должен написать распоряжение об официальном приеме вас в качестве стационарного пациента больницы. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы можете по-прежнему считаться пациентом амбулаторного отделения. Если вы не уверены в том, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом, вам следует обратиться к персоналу больницы. Ознакомьтесь с дополнительной информацией в информационном бюллетене Medicare *Льготы в больнице Medicare*. Этот информационный бюллетень можно получить по адресу Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf или позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователей TTY просим обращаться по номеру 1-877-486-2048. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Стоматологические услуги Мы платим за определенные стоматологические услуги, включая, помимо прочего, чистку зубов, установку пломб и зубных протезов. То, что мы не покрываем, доступно в рамках стоматологической программы Medi-Cal Dental, описанной в **Разделе G2** ниже. Мы платим за некоторые стоматологические услуги, если они являются неотъемлемой частью специального лечения основного заболевания пациента. В качестве примера можно привести восстановление челюсти после перелома или травмы, удаление зубов при подготовке к лучевой терапии рака челюсти, а также осмотр полости рта перед трансплантацией органа. Кроме того, мы покрываем некоторые комплексные стоматологические услуги*. В Таблице льгот на стоматологические услуги (представленной в этой главе после Таблицы льгот) перечислены конкретные стоматологические процедуры, покрываемые этой льготой. Перечисленные процедуры покрываются планом, если они предоставляются входящим в сеть лицензированным стоматологом, при наличии соответствующей необходимости и в соответствии со стандартами общепринятой стоматологической практики. Информация о том, как получить доступ к покрываемым услугам, представлена после Таблицы стоматологических льгот. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0 за стоматологические услуги, покрываемые программой Medicare

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Стоматологические услуги (продолжение) Покрываемые услуги приемлемы не для всех. Чтобы определить подходящее для вас лечение, обратитесь к своему входящему в сеть стоматологу. Для некоторых стоматологических услуг могут применяться ограничения по льготам, требоваться предварительное разрешение и (или) направление. * Услуги не подпадают под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана. Определенные стоматологические услуги доступны в рамках стоматологической программы Medi-Cal Dental. Более подробная информация представлена на сайте SmileCalifornia.org. Medi-Cal Dental включает, помимо прочего, такие услуги, как: • первоначальные осмотры, рентген, чистка и фторирование зубов; • реставрация и коронки; • лечение корневых каналов; • частичные и полные протезы, корректировка, восстановление и перебазирование протеза. Для получения дополнительной информации о стоматологических льготах, доступных в рамках программы Medi-Cal Dental, или если вам нужна помощь в поиске стоматолога, участвующего в Medi-Cal, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону 1-800-322-6384 (пользователей линии TTY просим звонить по номеру 1-800-735-2922). Звонок бесплатный. Представители стоматологической программы Medi-Cal Dental готовы помочь вам с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. с понедельника по пятницу. Дополнительная информация также представлена на сайте smilecalifornia.org/.	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Транспортировка: не связанная с медицинскими показаниями транспортировка* Льгота позволяет получать услуги транспортировки до места оказания медицинских услуг на легковом автомобиле, такси и других видах общественного/ частного транспорта. Транспортировка необходима для получения необходимой медицинской помощи, покрываемой программой Medi-Cal, включая поездку на прием к стоматологу и для получения рецептурных лекарств. Покрывается транспортировка для получения услуг, покрываемых одновременно программами Medi-Cal и Medicare. Вы можете совершить в сумме 48 поездок в одну сторону в год в утвержденные планом медицинские учреждения в случае транспортировок по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, и не связанных с медицинскими показаниями транспортировок. Каждая поездка не может превышать 70 миль. После использования 48 поездок в одну сторону поездки в одобренные учреждения в неограниченном количестве покрывает программа Medi-Cal. Организацией транспортировки занимается компания Call The Car. Чтобы заказать услугу транспортировки, участнику нужно позвонить в компанию Call The Car по телефону (855) 200-7544 [TTY: 711], круглосуточно, без выходных. Услугу транспортировки необходимо заказывать не менее чем за 24 часа. Call The Car предлагает мобильное приложение (CTC-Go), которое участники плана Blue Shield TotalDual могут использовать для координации медицинской транспортировки. CTC-Go позволяет вам просматривать предстоящие или прошлые бронирования, оценивать поездку, отслеживать водителя, отменять существующее бронирование и планировать новое бронирование. Приложение CTC-Go доступно на iOS и Android. Выполните поиск по названию «CTC'Go» в магазине приложений и загрузите приложение. *Услуги не подпадают под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Транспортировка: транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства* Данная льгота позволяет осуществлять медицинскую транспортировку для получения услуг, покрываемых вашим планом и программой Medicare. Такая транспортировка может включать в себя: услуги машины скорой помощи, машины для перевозки лежачих больных или машины, оснащенной креслом для перевозки больных, а также координирование социальной перевозки престарелых и инвалидов. Вы можете совершить в сумме 48 поездок в одну сторону в год в утвержденные планом медицинские учреждения в случае транспортировок по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, и не связанных с медицинскими показаниями транспортировок. Каждая поездка не может превышать 70 миль. После использования 48 поездок в одну сторону поездки в одобренные учреждения в неограниченном количестве покрывает программа Medi-Cal. Такие виды перевозки разрешаются, если: • Ваш поставщик медицинских услуг определяет, что ваше медицинское и (или) физическое состояние не позволяет вам ездить в автобусе, легковом автомобиле, такси или другом виде общественного или частного транспорта, **и при** • этом может потребоваться предварительное разрешение, в зависимости от получаемой услуги. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Транспортировка: транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства* (продолжение) Организацией транспортировки занимается компания Call The Car. Чтобы заказать услугу транспортировки, участнику нужно позвонить в компанию Call The Car по телефону (855) 200-7544 [TTY: 711], круглосуточно, без выходных. Мобильное приложение CTC Go позволяет запланировать, изменить, отслеживать и отменить бронирование поездок с уровнем обслуживания «от бордюра до бордюра», «от двери до двери» и в инвалидных колясках. С помощью мобильного приложения CTC Go невозможно заказать транспортировку на каталке, для этого необходимо позвонить по телефону. Услугу транспортировки необходимо заказывать не менее чем за 24 часа. *Услуги не подпадают под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	
🍎	**Тренинг по самоконтролю, услуги и товары для лиц с диабетом** Мы оплачиваем следующие услуги для лиц, страдающих диабетом (независимо от применения инсулина): • Товары для контроля уровня глюкозы в крови, включая: ○ прибор для контроля уровня содержания сахара в крови; ○ тест-полоски для определения уровня сахара в крови; **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Тренинг по самоконтролю, услуги и товары для лиц с диабетом (продолжение) ○ ланцеты и ланцетные устройства; ○ контрольные растворы глюкозы, предназначенные для проверки точности тест-полосок и приборов. • Для лиц с диабетом с диабетической стопой тяжелой степени, мы оплатим: ○ одну пару терапевтической обуви, изготовленной на заказ (в том числе стельки), включая примерку, и две пары стелек один раз в календарном году, **или** ○ одну пару обуви для лиц с диабетом, включая примерку, и три пары стелек в год (без учета стандартных съемных стелек, поставляемых вместе с такой обувью). • В некоторых случаях мы оплатим тренинг, который поможет вам контролировать диабет. Более детальную информацию вы можете получить, обратившись в отдел обслуживания клиентов. В отношении тест-полосок и глюкометров предпочтительным производителем является компания Abbott. Использование тест-полосок FreeStyle® (производства Abbott) и глюкометров не потребует от вашего врача получения предварительного одобрения (иногда называемого предварительным разрешением) от плана. Использование тест-полосок и глюкометров всех остальных производителей потребует от вашего врача получения предварительного одобрения (иногда называемого предварительным разрешением) от плана. В отношении использования датчиков или приемников непрерывного мониторинга уровня глюкозы требуется предварительное разрешение. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги CBAS CBAS — амбулаторная программа обслуживания в учреждениях, которые люди посещают по графику. Программа предоставляет квалифицированный сестринский уход, социальное обеспечение, терапию (физиотерапия, трудовая и речевая терапия), уход за собой, обучение и поддержку членов семьи/лиц, осуществляющих уход, услуги питания, услуги перевозки и другие услуги. Мы оплатим услуги CBAS, если вы имеете на них право. **Примечание. В случае отсутствия учреждения CBAS мы можем предоставить данные услуги отдельно.**	$0
	Услуги в амбулаторном отделении больницы Мы оплатим услуги, необходимые по медицинским показаниям, которые вы получите в амбулаторном отделении больницы с целью диагностики или лечения заболевания или травмы. Например: • Услуги, полученные в отделении экстренной медицинской помощи или в амбулаторном отделении, например, услуги наблюдения или амбулаторная операция. o Услуги наблюдения помогут вашему врачу определить, нужно ли вас госпитализировать в больницу как «стационарного пациента». o Иногда вы можете остаться в больнице на ночь, но по-прежнему считаться пациентом амбулаторного отделения. o Вы можете получить дополнительную информацию о стационарном или амбулаторном лечении в этом информационном бюллетене: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги в амбулаторном отделении больницы (продолжение) • Лабораторные и диагностические обследования, за которые больница выставляет счет. • Услуги лечения психических заболеваний, в том числе услуги по программе частичной госпитализации, если врач подтверждает, что в противном случае пациенту потребуется стационарное лечение. • Рентгенологические услуги, за которые больница выставляет счет. • Медицинские товары, например шины и гипсовые повязки. • Профилактические осмотры и услуги, перечисленные в Таблице льгот. • Некоторые препараты, которые вы не можете принимать самостоятельно. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	
	Услуги доулы Для беременных женщин мы оплачиваем девять посещений доулы в предродовой и послеродовой период, а также сопровождение во время родов. Также может быть предоставлено до девяти дополнительных послеродовых консультаций.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги и товары, связанные с заболеванием почек Мы оплачиваем следующие услуги: • Услуги по обучению в отношении заболевания почек, которые помогут научить уходу за почками, а также помогут вам принимать правильные решения в отношении своего обслуживания. У вас должна быть хроническая почечная недостаточность IV степени, а также врач должен выдать вам направление. Мы покроем максимум шесть сеансов услуг обучения в отношении заболевания почек. • Амбулаторный диализ, включая диализ во время временного пребывания за пределами зоны обслуживания в соответствии с разъяснением в **Главе 3** этого *Справочника участника*, или когда ваш поставщик этой услуги временно недоступен или не работает. • Стационарный диализ, если вы госпитализированы в стационар больницы для получения специального обслуживания. • Обучение самостоятельному проведению диализа, включая обучение вас и любого лица, помогающего вам проводить процедуру диализа на дому. • Оборудование и товары для проведения диализа на дому. • Определенные услуги поддержки на дому, например, необходимые посещения обученных работников, проводящих диализ, с целью проверки проведения диализа на дому, помощи в экстренных ситуациях, а также проверки вашего оборудования для проведения диализа и подачи воды. Некоторые препараты для проведения диализа оплачиваются по части B программы Medicare. Дополнительную информацию см. в разделе «Препараты по части B программы Medicare» в этой таблице. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги легочной реабилитации Мы оплатим программы легочной реабилитации для участников с COPD от средней до тяжелой степени тяжести. Для получения услуг легочной реабилитации у вас должно быть направление от врача или поставщика, лечащего вашу COPD. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0
	Услуги мануальной терапии (покрываемые по программе Medicare) Мы оплачиваем следующие услуги: • вправление позвоночника **Услуги мануальной терапии (не покрываемые по программе Medicare)*** Покрываемые услуги: • первичное и последующее обследование; • мануальная терапия; • вспомогательные методы лечения; • рентгенография (только для мануальной терапии). Услуги, которые покрываются не по программе Medicare, предоставляются через поставщиков услуг, участвующих в планах American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Покрываемые услуги должны быть признаны ASH Plans необходимыми по медицинским показаниям. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0 $0 (покрытие ограничено 12 посещениями в год для получения услуг, не покрываемых по программе Medicare)

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги мануальной терапии (покрываемые по программе Medicare) (продолжение) Чтобы получить дополнительную информацию или найти поставщика, входящего в сеть ASH Plans, вы можете позвонить в ASH Plans по номеру (800) 678-9133 или по линии TTY: 711]. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 5 a.m. до 8 p.m. с 1 апреля по 30 сентября и с воскресенья по субботу с 8 a.m. до 8 p.m. с 1 октября по 31 марта. Чтобы найти поставщика, входящего в сеть ASH Plans, вы также можете позвонить в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan или посетить веб-страницу blueshieldca.com/find-a-doctor. *Услуги не подпадают под максимальное ограничение затрат из собственных средств в рамках плана.	
	Услуги машины скорой помощи Покрываемые услуги скорой помощи, как в экстренных, так и неэкстренных случаях, включают наземные и воздушные перевозки (самолетом и вертолетом). Машина скорой помощи доставит вас до ближайшего места, где вам смогут оказать помощь. Ваше состояние должно быть настолько серьезным, что другие способы прибытия к месту оказания помощи могли бы поставить вашу жизнь и здоровье под угрозу. Услуги скорой помощи в других случаях (не экстренных) должны быть согласованы с нами. Возможно, мы оплатим услуги машины скорой помощи в случаях, не требующих экстренной медицинской помощи. Ваше состояние должно быть настолько серьезным, что другие способы прибытия к месту оказания помощи могли бы поставить вашу жизнь и здоровье под угрозу. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги по купированию и лечению хронической боли Покрываемые ежемесячные услуги для людей, живущих с хронической болью (постоянная или регулярно возникающая боль, длящаяся более 3 месяцев). Услуги могут включать в себя оценку боли, управление лекарственной терапией, а также координирование и планирование обслуживания.	Доля в распределении затрат в рамках этих услуг может варьироваться в зависимости от индивидуальных услуг, предоставляемых в ходе лечения. $0
	Услуги по лечению алкогольной и наркотической зависимости в амбулаторном отделении Мы оплатим указанные и, возможно, некоторые неуказанные далее услуги: • диагностика и консультирование по проблемам злоупотребления алкоголем; • лечение наркотической зависимости; • групповое или индивидуальное консультирование у квалифицированного практикующего врача; • подострая детоксикация в рамках стационарной наркологической программы; • услуги, связанные с лечением алкогольной и (или) наркотической зависимости, в центре интенсивного амбулаторного лечения; • лечение Naltrexone (vivitrol), препаратом с пролонгированным действием. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0 за каждое посещение индивидуальной или групповой терапии

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги по охране слуха Мы оплатим проверку слуха и тест на равновесие, проводимые поставщиком, входящим в сеть плана. Результаты данных тестов покажут, необходимо ли вам медицинское обслуживание. Данные тесты покрываются в качестве амбулаторного обслуживания, если вы проходите их у терапевта, аудиолога или другого квалифицированного поставщика. • Диагностические исследования слуха и равновесия, проведенные вашим PCP для определения необходимости медицинского лечения, покрываются как амбулаторное обслуживание, если они проводятся врачом, аудиологом или другим квалифицированным поставщиком • Услуги по охране слуха в дополнение к услугам, покрываемым программами Medicare и Medi-Cal (услуги, не покрываемые программой Medicare)* Вам предоставляется ежегодное пособие в размере $1,500 на следующие услуги: ○ одна плановая проверка слуха (не покрывается программой Medicare); ○ приобретение не более двух слуховых аппаратов, а также две процедуры настройки и оценки слуховых аппаратов (применимо к обоим ушам вместе). ○ Вы можете получить эти услуги у выбранного вами поставщика слуховых аппаратов. ○ Неиспользованная часть ежегодного пособия не переносится на следующий год. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги по охране слуха (продолжение) Пособия на услуги по охране слуха, не покрываемые программой Medicare, и на продукты питания и продовольственные товары не могут быть объединены. Для каждой льготы предусмотрено отдельное пособие. Вы получите письмо от администратора по льготам вместе с вашей персональной карточкой по льготам. Из этого письма вы узнаете, что на вашу карточку была начислена сумма пособия. В нем также содержится информация о том, как получить дополнительные сведения о льготе по телефону, через веб-сайт или мобильное приложение. Healthy Benefits+ — это карта расходов, на которую предварительно начисляются ваши пособия для оплаты покрываемых товаров и услуг. По вопросам, касающимся этой льготы, вы можете позвонить администратору по льготам по телефону (855) 572-6341 [линия TTY: 711] с 8 a.m. до 8 p.m. по местному времени, с воскресенья по субботу с 1 октября по 31 марта, и с понедельника по пятницу с 1 апреля по 30 сентября. Более подробную информацию можно получить на сайте HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA. *Услуги не подпадают под ограничение затрат из собственных средств в рамках плана. В дополнение к услугам по охране слуха, которые не покрываются программой Medicare и которые приведены в этом разделе, мы также оплачиваем слуховые аппараты, назначенные врачом или другим квалифицированным поставщиком услуг, включая: • ушные вкладыши, расходные материалы и вкладыши; • ремонт; • начальный набор батареек; • шесть посещений тренингов, регулировок и примерок у одного и того же продавца после покупки слухового аппарата; **Продолжение см. на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги по охране слуха (продолжение) • пробный срок аренды слуховых аппаратов; • вспомогательные слуховые аппараты, носимые на поверхности слуховые аппараты с костной проводимостью; • аудиологические и послеаудиторные услуги, связанные со слуховыми аппаратами.	
	Услуги по планированию семьи Закон позволяет вам выбирать любого поставщика, как входящего в сеть, так и не входящего, для предоставления определенных услуг по планированию семьи. Это означает, что вы можете выбрать любого врача, клинику, больницу, аптеку или центр планирования семьи. Мы оплачиваем следующие услуги: • обследование и медицинское лечение с целью планирования семьи; • лабораторные и диагностические анализы с целью планирования семьи; • способы регулирования рождаемости (внутриматочная спираль, имплантаты, инъекции, противозачаточные таблетки, пластырь или кольцо); • товары для регулирования рождаемости, отпускаемые по рецепту (презервативы, салфетки, пена, пленка, диафрагма, противозачаточный колпачок); **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги по планированию семьи (продолжение) • ограниченные услуги по лечению бесплодия, такие как консультирование и обучение методам повышения фертильности, и (или) консультирование по вопросам здоровья до зачатия, обследование и лечение инфекций, передающихся половым путем (sexually transmitted infections, STIs); • консультирование и анализ на ВИЧ и СПИД, а также другие состояния, связанные с ВИЧ-инфекцией; • постоянная контрацепция (для выбора этого метода планирования семьи необходимо достичь возраста 21 года и старше; вам необходимо подписать федеральную форму согласия на стерилизацию не менее чем за 30, но не более чем за 180 дней до даты операции); • консультация генетика. Мы также оплатим некоторые другие услуги по планированию семьи. Тем не менее, для получения следующих услуг вы должны посетить поставщика, входящего в сеть: • лечение бесплодия (данная услуга не включает искусственное оплодотворение); • лечение СПИДа и других состояний, связанных с ВИЧ-инфекцией; • генетические анализы.	
	Услуги по профилактике астмы Вы можете получать информацию об астме и оценку домашней обстановки на предмет выявления триггеров, часто встречающихся в доме у лиц с плохо контролируемой астмой.	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги программы лечения опиоидной зависимости (opioid treatment program, OTP) Наш план оплачивает следующие услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением опиоидов (opioid use disorder, OUD) посредством программы OTP, которая включает в себя следующие услуги: • мероприятия по введению в организм; • периодические обследования; • лекарства, одобренные Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA), и, если необходимо, контроль и выдача вам этих лекарств; • консультирование по вопросам употребления психоактивных веществ; • индивидуальная и групповая терапия; • анализ на наличие наркотических или химических веществ в организме (токсикологическое обследование).	$0
	Услуги реабилитации кардиологических больных Мы оплачиваем такие услуги реабилитации кардиологических больных, как лечебная физкультура, обучение и консультирование. Участники должны соответствовать определенным критериям и иметь направление врача. Кроме того, мы покрываем программы интенсивной реабилитации кардиологических больных, которые являются более усиленными, чем программы реабилитации кардиологических больных. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги терапевта/поставщика, включая посещение кабинета врача Мы оплачиваем следующие услуги: • необходимые с медицинской точки зрения медицинское обслуживание или хирургические услуги, предоставляемые в: • кабинете терапевта; • сертифицированном центре амбулаторной хирургии; • амбулаторном отделении больницы; • консультирование, диагностика и лечение у специалиста; • основные проверки слуха и тесты на равновесие, проводимые вашим поставщиком первичных медицинских услуг, если врач прописывает проведение таких проверок и тестов, чтобы определить, нуждаетесь ли вы в лечении; • некоторые услуги в режиме телемедицины, включая услуги врача по лечению неэкстренных состояний, таких как симптомы простуды и гриппа, аллергия, бронхит, респираторная инфекция, проблемы с носовыми пазухами, сыпь, глазная инфекция, мигрень и другие; ○ у вас есть возможность получить эти услуги при личном посещении или в режиме телемедицины; если вы решили получить одну из этих услуг в режиме телемедицины, вы должны воспользоваться услугами поставщика, входящего в сеть, который предлагает эту услугу в режиме телемедицины; ○ более подробную информацию см. в разделе «Дополнительные услуги телемедицины» в таблице льгот; **Продолжение см. на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги терапевта/поставщика, включая посещение кабинета врача (продолжение) • услуги телемедицины для проведения ежемесячных приемов, касающихся ESRD, для участников программы домашнего диализа в больничном центре почечного диализа или в больнице с неограниченным доступом, в учреждении почечного диализа или на дому; • услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения симптомов инсульта; • услуги телемедицины для участников программы с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, или сопутствующими расстройствами психического здоровья; • услуги телемедицины для диагностики, оценки и лечения расстройств психического здоровья, если: ○ вы посещали врача лично в течение 6 месяцев до первого приема по телемедицине; ○ параллельно с посещением этих услуг по телемедицине вы посещаете врача лично каждые 12 месяцев; ○ при определенных обстоятельствах могут быть сделаны исключения из вышеизложенного; • услуги телемедицины по охране психического здоровья предоставляются сельскими клиниками и медицинскими центрами, прошедшими федеральную аттестацию; • виртуальные регистрации (например, по телефону или видеочату) с вашим врачом в течение 5-10 минут; **если** ○ вы не являетесь новым пациентом **и** ○ регистрация не связана с посещением кабинета за последние 7 дней **и** ○ регистрация не приведет к посещению кабинета в течение 24 часов или к ближайшей доступной записи на прием; **Продолжение см. на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги терапевта/поставщика, включая посещение кабинета врача (продолжение) • оценка видеозаписей и (или) изображений, присланных вами врачу, интерпретация и последующее наблюдение у врача в течение 24 часов, **если:** ○ вы не являетесь новым пациентом и ○ оценка не связана с посещением кабинета в течение последних 7 дней **и** ○ оценка не приведет к посещению кабинета в течение 24 часов или к ближайшей доступной записи на прием; • консультация вашего врача с другими врачами по телефону, через Интернет или электронную медицинскую карту, если вы не являетесь новым пациентом; • получение заключения у другого поставщика, входящего в сеть плана, перед проведением операции; • не плановое стоматологическое обслуживание; Покрываемые услуги ограничиваются: ○ операциями на челюсти или смежных структурах; ○ вправлением переломов челюсти или лицевых костей черепа; ○ вырыванием зубов перед проведением лучевой терапии для лечения раковых опухолей; ○ услугами, которые подлежали бы покрытию, если бы предоставлялись терапевтом. *Может понадобится предварительное разрешение от вашего поставщика.*	

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Услуги частичной госпитализации и интенсивные амбулаторные услуги Частичная госпитализация — это структурированная программа активного психиатрического лечения. Данные услуги предлагают амбулаторные отделения больниц или психиатрические учреждения по месту жительства. Данные услуги более интенсивные, чем услуги, которые вы получаете в клинике врача, терапевта, LMFT или лицензированного профессионального консультанта. Данные услуги позволят вам не пребывать на лечении в больнице. Интенсивная амбулаторная помощь — это структурированная программа активной поведенческой (психической) терапии, которая предоставляется в виде амбулаторной помощи в больнице, общественном центре психического здоровья, медицинском центре, имеющем федеральную квалификацию, или сельской поликлинике и которая является более интенсивной, чем помощь, получаемая в кабинете вашего врача, терапевта, LMFT или лицензированного профессионального консультанта, но менее интенсивной, чем частичная госпитализация. **Примечание.** Поскольку в нашей сети нет психиатрических учреждений по месту жительства, мы покрываем частичную госпитализацию только как амбулаторную услугу. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	$0

	Хосписный уход Вы имеете право выбрать хоспис, если ваш поставщик медицинских услуг и медицинский директор хосписа определят, что у вас безнадежный прогноз. Это означает, что у вас терминальная стадия заболевания и жить вам осталось не более шести месяцев. Вы можете получить обслуживание по любой программе ухода за безнадежно больными, сертифицированной программой Medicare. Наш план должен помочь вам найти хосписные программы, сертифицированные Medicare, в зоне обслуживания плана, включая программы, которыми мы владеем, которые мы контролируем или в отношении которых мы имеем финансовый интерес. Вашим врачом в хосписе может быть поставщик, входящий в сеть плана, или поставщик, не входящий в сеть. Покрываемые услуги: • лекарственные препараты для устранения симптомов и боли; • краткосрочный временный уход в период отдыха лиц, осуществляющих уход в обычное время; • обслуживание на дому. **Счета на услуги хосписа и услуги, покрываемые по части A или B по программе Medicare, связанные с вашим заболеванием в терминальной стадии, выставляются Medicare.** • Программа Original Medicare (а не наш план) оплатит услуги вашего поставщика услуг хосписа и любые услуги по Части A или B, связанные с вашим заболеванием в терминальной стадии. Пока вы участвуете в программе хосписа, ваш поставщик услуг хосписа выставит счет программе Original Medicare за услуги, которые оплачивает программа Original Medicare. **Продолжение см. на следующей странице.**	Когда вы регистрируетесь в программе хосписа, сертифицированной Medicare, получаемые вами услуги хосписа и услуги по Части A и Части B в связи с вашим терминальным прогнозом, оплачиваются программой Original Medicare, а не планом Blue Shield TotalDual Plan. $0 за услуги консультирования в хосписе (только одну консультацию)

	Хосписный уход (продолжение) **Услуги, покрываемые нашим планом, но не покрываемые частью A или B программы Medicare:** • Наш план покрывает услуги, не покрываемые частью A или B по программе Medicare. Мы покрываем эти услуги независимо от того, связаны ли они с вашим заболеванием в терминальной стадии или нет. Вы ничего не платите за такие услуги. **Препараты, которые могут покрываться льготами по части D по программе Medicare нашего плана:** • Препараты никогда не покрываются и хосписом, и нашим планом одновременно. Дополнительная информация приведена в **Главе 5** этого *Справочника участника*. **Примечание.** Если у вас серьезное заболевание, вы можете иметь право на паллиативное лечение, которое предусматривает направленное на улучшение качества жизни медицинское обслуживание пациента и сопровождение его семьи группой специалистов. Вы можете получать паллиативный уход одновременно с медицинским обслуживанием/стандартным лечением. Более подробную информацию см. в разделе «Паллиативный уход» ниже. **Примечание.** Если вам нужна помощь, не связанная с хосписом, позвоните своему координатору медицинского обслуживания и (или) в отдел обслуживания клиентов, чтобы организовать услуги. Обслуживание, не связанное с уходом в хосписе, — это обслуживание, **не** связанное с вашим заболеванием в терминальной стадии. Наш план покрывает услуги консультирования в хосписе (только одну консультацию) для лица с заболеванием в терминальной стадии, которое не выбрало льготу по уходу за безнадежно больными в хосписе. *Может потребоваться предварительное разрешение, за получение которого отвечает ваш поставщик услуг.*	

	Экстренная медицинская помощь Под экстренной медицинской помощью понимают услуги, которые: • предоставляются поставщиком, обученным предоставлять услуги экстренной помощи; **и** • необходимы для оценки или лечения состояния, требующего экстренной медицинской помощи. Экстренная медицинская помощь требуется в случае болезни, травмы, сильной боли или состояния здоровья, которое быстро ухудшается. Состояние является настолько серьезным, что любой человек со средними знаниями в области здоровья и медицины может полагать, что если медицинская помощь не будет оказана немедленно, то это состояние: • нанесет непоправимый вред вашему здоровью или здоровью вашего будущего ребенка; **или** • существенно нарушит функционирование всего организма; **или** • приведет к тяжелому нарушению функций органов организма; или • приведет к потере конечности или потере функции конечности. • при беременности приведет к активной фазе родов и возникновению одной из следующих чрезвычайных ситуаций: ○ недостаточно времени, чтобы безопасно доставить роженицу в специализированную больницу до родоразрешения; ○ транспортировка в другую больницу может представлять угрозу для здоровья и безопасности беременной или ребенка в утробе матери. **Продолжение см. на следующей странице.**	$0 Если вы получаете экстренную медицинскую помощь в больнице, не входящей в сеть плана, и нуждаетесь в стационарном лечении после стабилизации вашего состояния, вы должны будете обратиться в больницу, входящую в сеть плана, чтобы ваше лечение и дальше было оплачено. Вы можете оставаться в больнице, не входящей в сеть, для стационарного лечения, только если наш план одобрит ваше пребывание. Доля в совместном страховании в размере 20% для покрытия экстренной медицинской помощи по всему миру (не требуется, если госпитализация с таким же состоянием осуществляется в течение одного дня).

Покрываемая услуга		Сколько вы должны заплатить
	Экстренная медицинская помощь (продолжение) Покрытие по всему миру* Отсутствуют общие ограничения по количеству ежегодных страховых случаев, связанных с получением экстренной илинеотложной медицинской помощи за пределами Соединенных Штатов Америки и их территорий. *Услуги за пределами США и их территорий не подпадают под максимальное ограничение затрат изсобственных средств в рамках плана.	

E. Таблица льгот на покрываемые стоматологические процедуры

Таблица льгот на стоматологические процедуры

Стоматологические льготы предусмотрены для всех участников этого плана и включают некоторые комплексные стоматологические процедуры.

В приведенной ниже ***Таблице льгот на стоматологические процедуры*** указаны конкретные стоматологические процедуры, покрываемые планом, которые предоставляются вам бесплатно. Перечисленные услуги покрываются планом, если они предоставляются входящим в сеть лицензированным стоматологом, при наличии соответствующей необходимости и в соответствии со стандартами общепринятой стоматологической практики.

Важная информация. Обратите внимание, что **процедуры, не перечисленные в списке, не покрываются планом.**

Важная информация. Некоторые стоматологические услуги не покрываются ни при каких условиях (также известные как Исключения), а некоторые стоматологические услуги покрываются только при определенных условиях (также известные как Ограничения). Дополнительную информацию см. в колонке «Общие ограничения» в ***Таблице льгот на стоматологические процедуры*** ниже и в колонке «Общие исключения», указанной после ***Таблицы льгот на стоматологические процедуры.***

Важная информация. Периодичность, указанная в колонке «Общие ограничения» нижеприведенной ***Таблицы льгот на стоматологические процедуры***, которая не содержит указаний по количеству, на год действия плана или в течение всей жизни, определяется на основании последней даты предоставления услуги. Например, ограничение периодичности в 1 раз за 6 месяцев означает, что вы можете получать указанную услугу один раз в шесть месяцев с момента последнего получения этой услуги. Таким образом, если вы в первый раз получили услугу 1 января, вы будете иметь право на повторное получение этой же услуги с 1 июля. Если вы в первый раз получили услугу 1 июля, вы не сможете получить право на эту услугу до 1 января следующего года действия плана. Услуги, периодичность получения которых не ограничена, предоставляются без ограничений при наличии соответствующей необходимости и в соответствии со стандартами общепринятой стоматологической практики.

Услуги перечислены в соответствии с кодом процедур Американской стоматологической ассоциации (American Dental Association, ADA), на основе текущей стоматологической терминологии. Федеральный закон требует использования кодов ADA для информирования о стоматологических процедурах. ADA может периодически пересматривать коды процедур. Таким образом, план может пересматривать список кодов, в соответствии с законом. Вы можете получить обновленный список кодов ADA, обратившись в отдел обслуживания клиентов Администратора плана стоматологического обслуживания (Dental Plan Administrator, DPA) по **телефону (866) 247-2486 [TTY: 711]** с 8 a.m. до 8 p.m. ежедневно (кроме праздничных дней) с 1 октября по 31 марта и в будние дни с 1 апреля по 30 сентября.

Код ADA	Наименование покрываемых планом услуг, согласно ADA	Сколько вы должны заплатить	Общие ограничения
Диагностические услуги			
D0140	Частичное обследование полости рта с целью выявления патологий	$0	1 раз за календарный год
D0190	Скрининг пациента	$0	1 раз (D0190 или D0191) за календарный год
D0191	Оценка пациента	$0	1 раз (D0190 или D0191) за календарный год
Реставрационные услуги			
D2720	Коронка – пластик с высоким содержанием благородного металла	$0	2 раза за календарный год
D2722	Коронка – пластик с благородным металлом	$0	2 раза за календарный год
D2750	Коронка – металлокерамическая, с высоким содержанием благородного металла	$0	2 раза за календарный год
D2752	Коронка – металлокерамическая, с благородным металлом	$0	2 раза за календарный год
D2790	Коронка – цельнолитая, с высоким содержанием благородного металла	$0	2 раза за календарный год
D2792	Коронка – цельнолитая, с благородным металлом	$0	2 раза за календарный год
Пародонтологические услуги			
D4240	Процедура отделения лоскута десны, включая выравнивание поверхности корня – четыре или более смежных зубов или ограниченных зубами пространств в каждом квадранте	$0	1 раз (D4240 или D4241) на 1 квадрант каждые 3 календарных года
D4241	Процедура лоскута десны, включая выравнивание поверхности корня – от одного до трех смежных зубов или пространств, ограниченных зубами, на каждый квадрант	$0	1 раз (D4240 или D4241) на 1 квадрант каждые 3 календарных года
D4266	Управляемая регенерация тканей с использованием рассасывающегося барьера на каждом участке для естественных зубов	$0	1 раз (D4266 или D4267) на каждый зуб каждые 3 календарных года

Код ADA	Наименование покрываемых планом услуг, согласно ADA	Сколько вы должны заплатить	Общие ограничения
D4267	Управляемая регенерация тканей с использованием нерассасывающегося барьера на каждом участке для естественных зубов.	$0	1 раз (D4266 или D4267) на каждый зуб каждые 3 календарных года
ротезирование зубов (съемные протезы)			
D5221	Частичный иммедиат-протез верхней челюсти — пластиковый базис (включая удерживающие элементы/кламмеры, опоры и зубы)	$0	Один частичный протез верхней челюсти (D5221, D5223, D5225 или D5227) каждые 5 календарных лет
D5222	Частичный иммедиат-протез нижней челюсти — пластиковый базис (включая удерживающие элементы/кламмеры, опоры и зубы)	$0	Один частичный протез нижней челюсти (D5222, D5224, D5226 или D5228) каждые 5 календарных лет
D5223	Частичный иммедиат-протез верхней челюсти — литой металлический каркас с пластиковым базисом (включая удерживающие/кламмерные элементы, опоры и зубы)	$0	Один частичный протез верхней челюсти (D5221, D5223, D5225 или D5227) каждые 5 календарных лет
D5224	Частичный иммедиат-протез нижней челюсти — литой металлический каркас с пластиковым базисом (включая удерживающие/кламмерные элементы, опоры и зубы)	$0	Один частичный протез нижней челюсти (D5222, D5224, D5226 или D5228) каждые 5 календарных лет
D5225	Частичный протез верхней челюсти – гибкий базис (включая удерживающие элементы/кламмеры, опоры и зубы)	$0	Один частичный протез верхней челюсти (D5221, D5223, D5225 или D5227) каждые 5 календарных лет
D5226	Частичный протез нижней челюсти – гибкий базис (включая удерживающие элементы/кламмеры, опоры и зубы)	$0	Один частичный протез нижней челюсти (D5222, D5224, D5226 или D5228) каждые 5 календарных лет
D5227	Частичный иммедиат-протез верхней челюсти — гибкий базис (включая удерживающие элементы/кламмеры, опоры и зубы)	$0	Один частичный протез верхней челюсти (D5221, D5223, D5225 или D5227) каждые 5 календарных лет

Код ADA	Наименование покрываемых планом услуг, согласно ADA	Сколько вы должны заплатить	Общие ограничения
D5228	Частичный иммедиат-протез нижней челюсти — гибкий базис (включая удерживающие элементы/кламмеры, опоры и зубы)	$0	Один частичный протез нижней челюсти (D5222, D5224, D5226 или D5228) каждые 5 календарных лет
D5670	Замена всех зубов, акрил на литом металлическом каркасе (верхняя челюсть)	$0	1 каждые 6 месяцев
D5671	Замена всех зубов, акрил на литом металлическом каркасе (нижняя челюсть)	$0	1 каждые 6 месяцев
D5710	Перебазировка полного протеза верхней челюсти	$0	1 раз в календарный год (не покрывается в течение 6 месяцев после первоначальной установки)
D5711	Перебазировка полного протеза нижней челюсти	$0	1 раз в календарный год (не покрывается в течение 6 месяцев после первоначальной установки)
D5720	Перебазировка частичного протеза верхней челюсти	$0	1 раз в календарный год (не покрывается в течение 6 месяцев после первоначальной установки)
D5721	Перебазировка частичного протеза нижней челюсти	$0	1 раз в календарный год (не покрывается в течение 6 месяцев после первоначальной установки)
Протезирование зубов (фиксированные протезы)			
D6240	Промежуточная часть мостовидного протеза – металлокерамический, с высоким содержанием благородного металла	$0	1 раз на каждый зуб каждые 5 лет
D6242	Промежуточная часть мостовидного протеза – металлокерамический, с благородным металлом	$0	1 раз на каждый зуб каждые 5 лет
D6250	Промежуточная часть мостовидного протеза – пластик с высоким содержанием благородного металла	$0	1 раз на каждый зуб каждые 5 лет

Код ADA	Наименование покрываемых планом услуг, согласно ADA	Сколько вы должны заплатить	Общие ограничения
D6252	Промежуточная часть мостовидного протеза – пластик с благородным металлом	$0	1 раз на каждый зуб каждые 5 лет
D6750	Опорная коронка – металлокерамика, с высоким содержанием благородного металла	$0	1 раз на каждый зуб каждые 5 лет
D6752	Опорная коронка – металлокерамика, с благородным металлом	$0	1 раз на каждый зуб каждые 5 лет

ПРИМЕЧАНИЕ. Указанные суммы распределения затрат для участников применяются только в случае получения стоматологических услуг у стоматолога, входящего в сеть плана.

ПРИМЕЧАНИЕ. Поскольку компания Blue Shield ежегодно заключает договор с программой Medicare, эти льготы на стоматологические услуги могут быть недоступны в следующем году.

Получение стоматологического обслуживания

Введение

Стоматологический план Blue Shield of California находится в ведении работающего по договору DPA – организации, заключившей с Blue Shield of California договор на управление оказанием стоматологических услуг через сеть стоматологов, работающих по контракту. Если у вас есть какие-либо вопросы относительно информации в разделе о стоматологических услугах, вам нужна какая-либо помощь или у вас есть какие-либо проблемы, вы можете обратиться в отдел обслуживания клиентов DPA по телефону **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, с 8 a.m. до 8 p.m. без выходных (кроме праздничных дней) с 1 октября по 31 марта и в будние дни С 1 апреля по 30 сентября.

Перед получением стоматологических услуг

Вам необходимо удостовериться в том, что выбранный вами стоматолог является участником сети.

Этот стоматологический план, сотрудничающий только со стоматологами в пределах сети, не предоставляет льготы на услуги стоматологов, не входящих в сеть. Услуги, полученные от стоматолога, не входящего в сеть, не покрываются планом. Когда вы получаете услуги у стоматолога, не входящего в сеть, вы самостоятельно оплачиваете всю сумму счета, выставленного стоматологом.

ПРИМЕЧАНИЕ. Статус стоматолога, являющегося участником сети, может меняться. Вы обязаны проверить, является ли ваш стоматолог в настоящее время участником сети, на случай, если в списке стоматологов, с которыми заключен контракт, произошли какие-либо изменения. Список стоматологов, являющихся участниками сети в вашем районе, можно получить, обратившись в отдел обслуживания клиентов DPA по телефону **(866) 247-2486 [линия TTY: 711]** с 8 a.m. до 8 p.m. ежедневно (кроме праздничных дней) с 1 октября по 31 марта и в будние дни с 1 апреля по 30 сентября.

Посещение стоматолога

Вскоре после регистрации DPA направит вам комплект участника, в котором будет указана дата вступления в силу ваших льгот, а также адрес и телефон вашего стоматолога и стоматолога первичного обслуживания (primary care dentist, PCD), являющихся участниками сети. После даты вступления в силу, указанной в вашем комплекте участника, вы сможете получать услуги стоматологического обслуживания, покрываемые планом. Чтобы записаться на прием, просто позвоните в приемную своего PCD и укажите, что вы являетесь участником плана Blue Shield TotalDual Plan. Первые приемы должны быть назначены в течение четырех недель, если не было запрошено конкретное время. С вопросами о возможности записи на прием и доступности стоматологов следует обращаться в отдел обслуживания клиентов DPA по телефону **(866) 247-2486 [TTY: 711]** с 8 a.m. до 8 p.m. ежедневно (кроме праздничных дней) с 1 октября по 31 марта и в будние дни с 1 апреля по 30 сентября.

ПРИМЕЧАНИЕ. Каждый участник должен обратиться к назначенному ему PCD для получения покрываемых планом услуг, за исключением услуг, предоставляемых специалистом, получившим предварительное письменное разрешение от DPA. Любое другое лечение не покрывается планом Blue Shield TotalDual Plan.

Вы должны обращаться к своему PCD по всем вопросам стоматологической помощи, включая консультации со специалистами плана. PCD отвечает за предоставление общих стоматологических услуг, а также за координацию или организацию направлений к другим необходимым специалистам в рамках плана. Такие назначения должны согласовываться с планом.

Доля участника в совместной оплате

Перед началом лечения ваш стоматолог разработает план лечения с учетом ваших индивидуальных потребностей. Лучше всего обсудить план лечения и финансовые обязательства со своим стоматологом до начала лечения.

Покрываемые стоматологические услуги предоставляются вам бесплатно стоматологом, входящим в сеть плана. Если вы решите обратиться к стоматологу, не входящему в сеть плана, вам не будут предоставлены льготы, и вы будете нести ответственность за оплату всей суммы, выставленной вам стоматологом.

Если вам нужна дополнительная помощь для получения информации о вашем плане лечения, вы можете обратиться в отдел обслуживания клиентов DPA по телефону **(866) 247-2486 [линия TTY: 711]** с 8 a.m. до 8 p.m. ежедневно (кроме праздничных дней) с 1 октября по 31 марта и в будние дни с 1 апреля по 30 сентября.

Выбор стоматолога для первичного обслуживания

При регистрации вы должны выбрать входящего в сеть стоматолога, который будет выполнять роль вашего PCD. Если вам не удалось выбрать стоматолога в пределах сети, или выбранный входящий в сеть стоматолог становится недоступным, DPA попросит вас выбрать другого стоматолога в пределах сети или назначит для вас такого стоматолога. Вы можете сменить назначенного вам стоматолога в пределах сети, обратившись в отдел обслуживания клиентов DPA по телефону **(866) 247-2486 [линия TTY: 711]** с 8 a.m. до 8 p.m. ежедневно (кроме праздничных дней) с 1 октября по 31 марта и в будние дни с 1 апреля по 30 сентября. Чтобы гарантировать, что ваш сетевой стоматолог будет уведомлен, а списки соответствия DPA составлены корректно, запрос о смене стоматолога в пределах сети необходимо направлять до 21 числа каждого месяца, чтобы изменения вступили в силу с первого дня следующего месяца.

Если ваш стоматолог больше не участвует в плане Blue Shield TotalDual Plan DPA

Если выбранный вами стоматолог в пределах сети не может продолжать работать по контракту с DPA потому что он не исполняет условия контракта, нарушил его, или если DPA расторгает контракт, DPA уведомит вас не менее чем за 30 календарных дней до даты фактического расторжения контракта, чтобы вы могли выбрать другого стоматолога в пределах сети.

Если DPA уведомит вас о необходимости выбора другого стоматолога в пределах сети по этой причине, плата за копирование и передачу рентгеновских снимков или других записей не взимается. Кроме того, стоматолог, покидающий сеть, (а) изготовит частичный или полный протез, для которого были сняты окончательные слепки, и (б) завершит все уже начатые работы на всех зубах (например, установка коронок на подготовленные для этого зубы).

Экстренная стоматологическая помощь

Этот план не предоставляет льготы на услуги экстренной стоматологической помощи.

Получение заключения другого специалиста в отношении стоматологической помощи

Вы можете потребовать заключения другого специалиста, если вы не согласны с поставленным диагнозом и (или) планом лечения, разработанным вашим стоматологом в пределах сети. DPA может также потребовать, чтобы вы получили заключение другого специалиста для проверки необходимости и целесообразности стоматологического лечения или применения льгот.

Заключение другого специалиста будет предоставлено лицензированным стоматологом своевременно, с учетом вашего состояния. Запросы, касающиеся случаев непосредственной и серьезной угрозы здоровью, будут рассмотрены в ускоренном порядке (одобрены или отклонены в течение 72 часов с момента получения запроса, при наличии возможности). Для получения помощи или дополнительной информации о процедурах и сроках выдачи разрешений на получение заключения другого специалиста, позвоните в отдел обслуживания клиентов DPA по телефону **866-247-2486 [линия TTY: 711]**. Звонки принимаются с 8 a.m. до 8 p.m. ежедневно (кроме праздничных дней) с 1 октября по 31 марта и в будние дни с 1 апреля по 30 сентября. Вы также можете отправить письмо в DPA.

Заключение другого специалиста будет предоставлено в другом стоматологическом учреждении в пределах сети, за исключением случаев, когда DPA разрешает иной вариант. DPA дает разрешение на заключение другого специалиста от поставщика услуг, не входящего в сеть плана, если в пределах сети отсутствует стоматолог, обладающий необходимой квалификацией. DPA оплачивает заключение другого специалиста только по согласованию или с разрешения DPA. Вам будет отправлено письменное уведомление, если DPA не даст разрешение на получение заключения другого специалиста. Если вы не согласны с этим решением, вы можете подать апелляцию в план Blue Shield TotalDual Plan. Дополнительная информация приведена ниже в разделе *Процесс подачи претензий и апелляций*.

Координация льгот

Этот план предоставляет льготы независимо от наличия страхового полиса или программы медицинских льгот какой-либо другой группы, если другой полис или программа покрывает услуги или расходы в дополнение к стоматологической помощи. В противном случае льготы, предусмотренные настоящим планом, за услуги, предоставляемые специалистами или стоматологами, не входящими в сеть, координируются с полисами стоматологического страхования другой группы или программой стоматологических льгот любой группы. Определение того, какой полис или какая программа является основной, регулируется правилами, указанными в договоре.

Если план является второстепенным, он выплачивает меньшую из следующих сумм:
• Сумму, которую он выплатил бы в случае отсутствия какого-либо другого покрытия стоматологических льгот; или
• Общую сумму расходов участника из собственных средств, подлежащих оплате в рамках основного плана стоматологических льгот в том случае, если льготы покрываются настоящим планом.

Участник должен предоставить DPA, а DPA может передать или получить от любой страховой компании или другой организации любую информацию об Участнике, которая необходима для координации льгот. DPA по своему усмотрению определяет, является ли какое-либо возмещение страховой компании или другой организации гарантированным в соответствии с положениями о координации льгот, приведенными в настоящем документе, при этом любые выплаченные возмещения считаются льготами по настоящему договору. DPA вправе взыскать со стоматолога, Участника, страховой компании или другой организации по выбору DPA сумму любой льготы, выплаченной DPA, которая превышает его обязательства в соответствии с положениями о координации льгот, приведенными в настоящем документе.

Процесс рассмотрения претензий и апелляций

Наше обязательство перед вами — обеспечить не только качество обслуживания, но и качество лечения. Качество лечения проявляется во всем — от профессиональных услуг, которое вы получаете от сетевых стоматологов до доброжелательного отношения к вам наших представителей в разговорах по телефону. Если у вас есть какие-либо вопросы или жалобы относительно наличия права на получение стоматологических услуг, страховых требований, политик, процедур или действий DPA, качества стоматологических услуг, предоставляемых стоматологом в пределах сети, вы имеете право подать претензию или апелляцию в план Blue Shield TotalDual Plan. Дополнительную информацию о том, как подать претензию или апелляцию, см. в **Главе 9** *(Как поступить при возникновении проблемы или жалобы [решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы])*.
При возникновении вопросов обращайтесь в DPA по телефону **(866) 247-2486 [линия TTY: 711]** с 8 a.m. до 8 p.m. ежедневно (кроме праздничных дней) с 1 октября по 31 марта и в будние дни с 1 апреля по 30 сентября. Вы также можете обратиться в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan (номера телефонов указаны на задней обложке этого документа).

Общие исключения для стоматологического плана HMO

1. Любая процедура, которая конкретно не указана в *Таблице льгот на стоматологические процедуры*.

2. Любая процедура, которая, по профессиональному мнению стоматолога в пределах сети:
   a. имеет плохой прогноз успешного результата и долгосрочности, исходя из состояния зуба или зубов и (или) окружающих структур; или
   b. не соответствует общепринятым стандартам стоматологии.

3. Услуги, предоставляемые исключительно в косметических целях или при состояниях, обусловленных наследственностью или дефектами развития, такими как расщепление неба, пороки развития верхней и нижней челюсти, врожденное отсутствие зубов, а также потемневшие зубы или зубы с отсутствием эмали.

4. Утеря или кража приспособления, например, полные или частичные съемные зубные протезы и коронки.

5. Процедуры, приспособления или реставрация, если целью является изменение вертикального размера, диагностика или лечение аномальных состояний височно-нижнечелюстного сустава (temporomandibular joint, TMJ).

6. Драгоценные металлы для съемных аппаратов, металлические или постоянные мягкие основания для полных зубных протезов, фарфоровые зубные протезы, прецизионные абатменты для съемных или фиксированных частичных зубных протезов (накладки, имплантаты и сопутствующие приспособления), а также персонализация и обработка частичных и полных зубных протезов в соответствии с индивидуальными требованиями.

7. Стоматологические приспособления и крепления на имплантатах, установка имплантатов, обслуживание, удаление и прочие услуги, связанные с зубными имплантатами.

8. Консультации по поводу не покрываемых планом льгот.

9. Стоматологические услуги, полученные в любом стоматологическом офисе, помимо назначенного стоматолога, входящего в сеть, или предварительно согласованного стоматолога.

10. Все сопутствующие платежи за госпитализацию, использование больницы или пребывание в больнице, центре амбулаторной хирургии, учреждении санаторного типа или другом подобном учреждении.

11. Рецептурные препараты.

12. Расходы на стоматологические услуги, понесенные в связи со стоматологической процедурой, начатой до того, как участник получит право на участие в плане Blue Shield TotalDual Plan. Примеры могут включать: зубы, подготовленные для установки коронок, изготовление полных или частичных съемных зубных протезов, слепок для которых уже был сделан.

13. Миофункциональные и парафункциональные устройства и (или) методы лечения.

F. Услуги по оказанию поддержки населению

Вы можете получать поддержку в рамках вашего индивидуального плана медицинского обслуживания. Услуги по оказанию поддержки населению — это приемлемые с медицинской точки зрения и экономически эффективные альтернативные услуги или условия для лиц, застрахованных в рамках программы Medi-Cal соответствующего штата. Эти услуги не являются обязательными для участников. Если вы соответствуете критериям, эти услуги могут помочь вам жить более независимо. Они не заменяют льготы, которые вы уже получаете по программе Medi-Cal.

Примеры таких услуг по оказанию поддержки населению, которые мы предлагаем, включают питание с учетом медицинских показаний или питание по медицинским показаниям, оказание помощи вам или ухаживающему за вами человеку, а также поручни и пандусы для душа. Услуги по оказанию поддержки населению — это дополнительные услуги (не являющиеся льготами), которые план Blue Shield Promise Health Plan предлагает соответствующим критериям участникам программы Medi-Cal. Эти услуги предоставляют участникам поддержку, выходящую за рамки услуг LTSS, для расширения и поддержки медицинского обслуживания участников. Объем этих услуг зависит от потребностей участника и критериев соответствия требованиям плана Blue Shield Promise Health Plan. Необходимо предварительное разрешение. План Blue Shield Promise Health Plan предлагает услуги по оказанию поддержки населению для соответствующих требованиям участников в округах Лос-Анджелес и Сан-Диего.

Адаптация к окружающей среде (модификация жилого помещения)	Физические модификации жилища, обеспечивающие здоровье, благополучие и безопасность человека и позволяющие членам семьи, которым в противном случае потребовалось бы помещение в лечебное учреждение, оставаться в своем доме.
Восстановительный уход (медицинская помощь)	Краткосрочный стационарный уход для тех, кто уже не нуждается в госпитализации, но все еще нуждается в восстановлении после травмы или заболевания, включая психические расстройства, которые могут ухудшиться в нестабильной жилой среде.
Вытрезвители	Безопасные, удобные места, где люди могут протрезветь после того, как их признали находящимися в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также помощь лицам, оказавшимся без крова или в нестабильной жизненной ситуации, которые в противном случае были бы направлены в отделение экстренной помощи или тюрьму.

Жилищные депозиты	Участники программы получают помощь в поиске, координации, обеспечении или финансировании разовых услуг, необходимых для создания базового домашнего хозяйства.
Краткосрочное жилье после госпитализации	Место, где участники программы с повышенными потребностями в медицинской помощи или охране психического здоровья, не имеющие жилья, могут продолжить восстановление сразу после выхода из стационарной больницы или психиатрической больницы.
Переход в учреждения сестринского ухода / перевод в дом престарелых	Это помогает участникам программы жить в обществе или, по возможности, избегать госпитализации.
Питание с учетом медицинских показаний / питание по медицинским показаниям	Диетологическая поддержка участников программы, особенно тех, кто страдает хроническими заболеваниями, когда достижение целей в области питания имеет решающее значение для поддержания здоровья и сохранения хорошего самочувствия.
Программы дневной реабилитации	Это помогает участникам программы Medi-Cal, находящимся в нестационарных условиях, развивать навыки самообслуживания, социализации и адаптации, необходимые для нормального существования в домашней обстановке.
Услуги по аренде и содержанию жилья	Участники программы получают помощь в поддержании безопасного и стабильного проживания после обретения жилья.
Услуги по организации перехода на новое жилье	Участникам программы оказывается помощь в получении жилья.
Услуги по переходу в общество / услуги учреждения сестринского ухода в домашних условиях	Это помогает участникам программы жить в обществе и избежать дальнейшего помещения в лечебное учреждение.

Услуги по предоставлению временного отдыха лицам, осуществляющим уход за участниками программы Medi-Cal	Краткосрочное, немедицинское освобождение от обязанностей по уходу для тех, кто ухаживает за участниками программы Medi-Cal, нуждающимися в периодическом временном сопровождении.
Услуги по уходу за собой и помощь по дому	Участники программы получают помощь в выполнении повседневной деятельности (Activities of Daily Living, ADL), такой как купание, одевание, туалет, передвижение или кормление, а также услуги по персональному уходу, такие как приготовление пищи, покупка продуктов и управление денежными средствами для участников программы, которые в противном случае не смогли бы оставаться в своем доме без такой поддержки.
Устранение причин астматических проявлений	Физические изменения в домашней обстановке, обеспечивающие здоровье, благополучие и безопасность человека или позволяющие ему оставаться дома, если острый приступ астмы может привести к госпитализации или обращению в службу экстренной помощи.

Если вам нужна помощь или вы хотите узнать, какие услуги по оказанию поддержки населению могут быть вам доступны, позвоните по телефону 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) или своему поставщику медицинских услуг.

Информация для участников

- Звоните в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Promise Health Plan в вашем регионе по будням с 8 a.m. до 6 p.m.: Лос-Анджелес: (800) 605-2556; Сан-Диего: (855) 699-5557
- Звоните в программу выбора медицинских услуг (HCO) по телефону (800) 430-4263 (TTY: (800) 430-7077).
- Посетите веб-сайт Департамента здравоохранения (DHCS) для получения более подробной информации: https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx

G. Льготы, покрываемые вне плана

План не покрывает следующие услуги, но они доступны по программе Medi-Cal с оплатой услуг по факту.

G1. Программа возвращения к самостоятельной жизни штата Калифорния (California Community Transitions, CCT)

Программа CCT привлекает местные ведущие организации, чтобы помочь имеющим на это право бенефициарам программы Medi-Cal, которые провели в медицинском стационаре не менее 60 дней подряд, вернуться обратно в общество, оставаясь при этом в безопасности. Программа CCT финансирует услуги по координации такого возвращения в течение предварительного периода и в течение 365 дней после возврата, чтобы помочь бенефициарам, возвращающимся в общество.

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

Для услуг по координации возвращения к самостоятельной жизни CCT

Услуги программы координации возвращения оплачивает Medi-Cal. Вы ничего не платите за такие услуги.

Услуги, не связанные с программой возвращения к самостоятельной жизни CCT

Поставщик выставляет нам счет за предоставленные вам услуги. Наш план оплачивает услуги, предоставленные вам после возвращения. Вы ничего не платите за такие услуги.

Пока вы получаете услуги по координации возвращения к самостоятельной жизни CCT, мы платим за услуги, перечисленные в таблице льгот в **Разделе D.**

Никаких изменений в льготах по покрытию стоимости лекарств

Программа CCT **не** распространяется на лекарственные средства. Вы продолжаете получать обычные льготы на лекарства через наш план. Дополнительная информация приведена в **Главе 5** этого *Справочника участника*.

Примечание. Если вам требуется уход, не связанный с программой возвращения к самостоятельной жизни CCT, позвоните своему координатору по медицинскому обслуживанию, чтобы организовать соответствующие услуги. Не связанный с программой возвращения к самостоятельной жизни CCT — это уход, **не** имеющий отношения к вашему возвращению из медицинского учреждения.

G2. Программа Medi-Cal Dental

Определенные стоматологические услуги доступны в рамках стоматологической программы Medi-Cal Dental. Более подробная информация представлена на сайте SmileCalifornia.org. Medi-Cal Dental включает, помимо прочего, такие услуги, как:

- первоначальные осмотры, рентген, чистка и фторирование зубов;
- реставрация и коронки;
- лечение корневых каналов;
- частичные и полные протезы, корректировка, восстановление и перебазирование протеза.

Для получения дополнительной информации о стоматологических льготах, доступных в рамках программы Medi-Cal Dental, или если вам нужна помощь в поиске стоматолога, участвующего в Medi-Cal, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону 1-800-322-6384 (пользователей линии TTY просим звонить по номеру 1-800-735-2922). Звонок бесплатный. Представители стоматологической программы Medi-Cal Dental готовы помочь вам с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. с понедельника по пятницу. Дополнительная информация также представлена на сайте smilecalifornia.org/.

В округе Лос-Анджелес вы можете получить стоматологические льготы программы Medi-Cal в рамках плана управляемого стоматологического обслуживания (Dental Managed Care, DMC). Если вам нужна дополнительная информация о планах стоматологического обслуживания программы Medi-Cal или вы хотите внести изменения, обратитесь в программу выбора медицинского обслуживания по телефону 1-800-430-4263 (пользователей линии TTY просим звонить по номеру 1-800-430-7077) с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 6:00 p.m.. Звонок бесплатный. Контактные данные DMC также представлены на сайте: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx. www.hpsm.org/dental

Примечание. Наш план предлагает дополнительные стоматологические услуги. Дополнительная информация приведена в таблице льгот в **Разделе D.**

G3. Программа IHSS

- Программа IHSS поможет произвести оплату зарегистрированным поставщикам медицинских услуг за предоставленные вам услуги, чтобы вы могли безопасно оставаться у себя дома. Программа IHSS считается альтернативой медицинскому обслуживанию, получаемому вне дома, например, в учреждениях сестринского ухода или в домах для престарелых и инвалидов.

- Для получения услуг проводится оценка, чтобы определить, какие виды услуг могут быть разрешены для каждого участника в зависимости от его потребностей. Услуги, покрытие которых может быть разрешено по программе IHSS, включают уборку дома, приготовление пищи, стирку, покупку продуктов, помощь в осуществлении личной гигиены (например, помощь с опорожнением, купание, уход за внешностью и услуги среднего медицинского персонала), сопровождение на прием к врачу и наблюдение за лицами с психическими нарушениями в целях защиты.
- Ваш координатор медицинского обслуживания может помочь вам подать заявление на участие в программе IHSS в агентстве социального обеспечения вашего округа. Чтобы подать заявку, вы также можете обратиться в офис IHSS в Лос-Анджелесе по телефону (888) 944-4477 и в офис IHSS в Сан-Диего по телефону (800) 339-4661.

G4. Альтернативные программы по предоставлению услуг на дому и по месту проживания (Home and Community Based Services, HCBS) согласно разделу 1915(c) Закона о социальном обеспечении

Альтернативная программа проживания с получением помощи (Assisted Living Waiver, ALW)

- Программа ALW предлагает соответствующим требованиям бенефициарам программы Medi-Cal возможность проживания у себя дома с получением помощи, в качестве альтернативы долгосрочному размещению в учреждении сестринского ухода. Целью программы ALW является облегчение перехода из учреждений сестринского ухода к проживанию по месту жительства или предотвращение помещения бенефициаров программы, у которых возникает такая необходимость, в учреждения сестринского ухода.
- Участники, зарегистрированные в программе ALW, могут продолжать участвовать в программе ALW и получать льготы, предоставляемые нашим планом. Наш план сотрудничает с вашим агентством по координированию обслуживания ALW для координации получаемых вами услуг.
- В настоящее время программа ALW доступна только в следующих округах: Аламеда, Контра-Коста, Фресно, Керн, Лос-Анджелес, Оранж, Риверсайд, Сакраменто, Сан-Бернардино, Сан-Диего, Сан-Франциско, Сан-Хоакин, Сан-Матео, Санта-Клара и Сонома.

- Ваш координатор медицинского обслуживания может помочь вам подать заявление на участие в программе ALW. Здесь вы можете найти местные агентства, которые могут координировать обслуживание в рамках программы ALW: dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf.

Альтернативная программа HCBS для жителей Калифорнии с отклонениями в развитии (HCBS-DD)

Альтернативная программа самоопределения (Self-Determination Program, SDP) для лиц с отклонениями в развитии в штате Калифорния

- Существуют две альтернативные программы согласно разделу 1915(c) Закона о социальном обеспечении — HCBS-DD и SDP, — которые предоставляют услуги лицам, у которых диагностированы отклонения в развитии, которые начинаются до достижения человеком 18-летия и, как ожидается, будут продолжаться неопределенное время. В рамках обеих программ предоставляется финансирование определенных услуг, которые позволяют лицам с отклонениями в развитии жить дома или в обществе, а не в лицензированном медицинском учреждении. Затраты на эти услуги совместно финансируются программой Medicaid федерального правительства и штатом Калифорния. Ваш координатор медицинского обслуживания может помочь вам подключиться к услугам альтернативной программы DD.

Альтернативная программа помощи на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Alternative, HCBA)

- Альтернативная программа HCBA предоставляет услуги по управлению медицинским обслуживанием для лиц, находящихся в группе риска помещения в центры сестринского ухода или в специализированные учреждения. Услуги по управлению медицинским обслуживанием предоставляются многопрофильной группой, состоящей из медсестры и социального работника. Группа координирует услуги альтернативной программы и плана штата (такие как медицинское обслуживание, охрана психического здоровья, вспомогательные услуги на дому и т. д.), а также организует другие долгосрочные услуги и поддержку, доступные по месту жительства. Услуги управления медицинским обслуживанием и услуги альтернативной программы предоставляются по месту жительства участника. Это место жительства может находиться в частной собственности, в аренде, либо представлять собой место жительства члена семьи участника.

- Участники, зарегистрированные в альтернативной программе HCBA, могут продолжать участвовать в альтернативной программе HCBA и получать льготы, предоставляемые нашим планом. Наш план сотрудничает с вашим агентством, работающим по альтернативной программе HCBA, для координации получаемых вами услуг.

- Ваш координатор медицинского обслуживания может помочь вам подать заявление на участие в программе HCBA.

    - В зависимости от вашего почтового индекса в округе Лос-Анджелес вашим местным агентством программы HCBA является либо Partners in Care, либо Access TLC. Чтобы узнать, какое агентство обслуживает район с вашим почтовым индексом, посетите сайт: https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx

        - Звоните в компанию Partners in Care по телефону (800) 251-6764

        - Звоните в Access TLC по номеру (800) 852-9887

    - San Ysidro Health — местное агентство округа Сан-Диего, предоставляющее услуги HCBA. Звоните в San Ysidro Health по номеру (833) 503-5910 с 8 a.m. до 5 p.m. с понедельника по пятницу.

Альтернативная программа Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP)

- Программа MCWP обеспечивает комплексное ведение пациентов и услуги по непосредственному медицинскому обслуживанию для лиц, живущих с ВИЧ, в качестве альтернативы пребыванию в учреждениях сестринского ухода или госпитализации. Ведение пациентов — это ориентированный на участников подход, осуществляемый группой, состоящей из дипломированной медсестры и менеджера социального патронажа. Менеджеры по ведению пациентов совместно с участником и поставщиком (поставщиками) первичных медицинских услуг, членами семьи, лицом (лицами), осуществляющим уход, и другими поставщиками услуг, оценивают потребности в медицинском обслуживании, чтобы обеспечить участнику возможность оставаться у себя дома.

- Цели MCWP: (1) предоставление услуг на дому и по месту жительства лицам с ВИЧ, которым в противном случае может потребоваться пребывание в специализированном медицинском учреждении;

(2) помощь в контроле здоровья для участников с ВИЧ; (3) улучшение доступа к социальной поддержке и охране психического здоровья, а также (4) координация работы поставщиков услуг и устранение дублирующихся услуг.

- Участники, зарегистрированные в альтернативной программе MCWP, могут продолжать участвовать в альтернативной программе MCWP, одновременно получая льготы, предоставляемые нашим планом. Наш план сотрудничает вашим агентством, работающим по альтернативной программе MCWP, для координации получаемых вами услуг.

- Ваш координатор медицинского обслуживания может помочь вам подать заявку на участие в программе MCWP. Региональная система информации и оценки СПИДа (AIDS Regional Information and Evaluation System, ARIES) работает с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. (по тихоокеанскому времени). Чтобы связаться со службой поддержки:

  - Позвоните по телефону 1-866-411-ARIES (2743) или

  - Отправьте запрос в службу поддержки ARIES по адресу aries@cdph.ca.gov, указав свое имя, название организации, номер телефона, вопрос/описание проблемы. НЕ указывайте никакой информации о клиенте.

Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- MSSP предоставляет услуги по управлению социальным и медицинским обслуживанием, чтобы помочь людям оставаться в своих домах и местах проживания.

- Хотя большинство участников программы также получают услуги поддержки на дому, MSSP обеспечивает постоянную координацию ухода, связывает участников с другими службами, оказывающими необходимые услуги на общественных началах и предоставляющими ресурсы, координирует свои действия с поставщиками медицинских услуг и приобретает некоторые необходимые услуги, которые в иных случаях могут быть недоступными, чтобы предотвратить или отсрочить размещение в специализированном медицинском учреждении. Общая годовая совокупная стоимость организации ухода и других услуг должна быть ниже, чем стоимость пребывания в учреждении с квалифицированным сестринским уходом.

- Команда специалистов в области здравоохранения и социального обеспечения проводит полную медицинскую и психосоциальную оценку каждого участника MSSP для определения необходимых услуг. Затем команда совместно с участником MSSP, его врачом, семьей и другими лицами разрабатывает индивидуальный план ухода. Услуги:
  - управление медицинским обслуживанием;
  - дневная программа ухода за взрослыми;
  - мелкий ремонт/обслуживание дома;
  - дополнительные работы по дому, личный уход и услуги по защитному надзору;
  - кратковременное замещение лица, осуществляющего уход;
  - транспортные услуги;
  - психологическое консультирование и терапевтические услуги;
  - услуги питания;
  - услуги связи.
- Участники, зарегистрированные в альтернативной программе MCWP, могут продолжать участвовать в альтернативной программе MCWP, одновременно получая льготы, предоставляемые нашим планом. Наш план сотрудничает с вашим поставщиком услуг MSSP для координации получаемых вами услуг.
- Ваш координатор медицинского обслуживания может помочь вам подать заявку на участие в программе MSSP. Чтобы найти поставщика услуг MSSP в вашем районе, позвоните в Департамент по делам пожилых людей штата Калифорния по телефону 1-800-510-2020 или выберите свой округ на странице «Найти услуги в моем округе» (Find Services in My County) на сайте Департамента по делам пожилых людей штата Калифорния: https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty.

G5. Окружные услуги по охране психического здоровья округа, предоставляемые вне нашего плана (услуги по охране психического здоровья и лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ)

Вы имеете доступ к необходимым с медицинской точки зрения услугам по охране психического здоровья, покрываемым по программам Medicare и Medi-Cal. Мы предоставляем доступ к услугам по охране психического здоровья, которые покрываются по программе управляемого медицинского обслуживания Medicare и Medi-Cal. Наш план не предоставляет специализированные услуги в области охраны психического здоровья в рамках программы Medi-Cal или окружные услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, но эти услуги доступны вам через окружные агентства по охране психического здоровья.

Вы можете получать специализированные услуги по охране и восстановлению психического здоровья по программе Medi-Cal через план округа, который предоставляет специализированные услуги по охране и восстановлению психического здоровья (mental health plan, MHP), если вы соответствуете критериям, установленным в отношении специализированных услуг по охране и восстановлению психического здоровья. Специализированные услуги по охране психического здоровья по программе Medi-Cal, предоставляемые MHP вашего округа, включают:

- услуги по охране и восстановлению психического здоровья;
- медикаментозную поддержку;
- дневную интенсивную терапию;
- дневную реабилитацию;
- кризисное вмешательство;
- стабилизацию критических состояний;
- услуги реабилитации взрослых в учреждении интернатного типа;
- услуги реабилитации в кризисных ситуациях в учреждении интернатного типа;
- услуги психиатрических учреждений;
- услуги психиатрического стационара;
- индивидуальное ведение пациентов;

- поведенческую терапию;
- координирование услуг интенсивной терапии;
- услуги интенсивной терапии на дому.
- повторный прием участников после их возвращения из мест лишения свободы или исправительных учреждений;
- интенсивное лечение в сообществе (assertive community treatment, ACT);
- интенсивное лечение в сообществе для лиц, привлекавшихся к уголовной ответственности (forensic assertive community treatment, FACT);
- координированное специализированное обслуживание (coordinated specialty care, CSC) при первом приступе психоза (first episode psychosis, FEP);
- предоставление реабилитационных услуг на основе подхода «Клубный дом»;
- расширенные услуги медицинских работников местного уровня (community health worker, CHW);

услуги организованной системы доставки лекарств по программе Drug Medi-Cal предоставляются вам через агентство по охране психического здоровья вашего округа, если вы соответствуете критериям для получения этих услуг; услуги интенсивного амбулаторного лечения;

- перинатальное лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, в стационаре;
- услуги амбулаторного лечения;
- программу лечения наркотической зависимости;
- медикаментозное лечение зависимости (также называется заместительной терапией);

услуги организованной системы доставки лекарств по программе Drug Medi-Cal включают:

- услуги амбулаторного лечения;
- услуги интенсивного амбулаторного лечения;

- медикаментозное лечение зависимости (также называется заместительной терапией);
- услуги лечения в стационаре;
- услуги управления синдромом отмены;
- программу лечения наркотической зависимости;
- услуги по восстановлению здоровья;
- услуги координации медицинского обслуживания.
- услуги стационарного лечения.

Помимо указанных выше услуг вы можете получать услуги по добровольной детоксикации в стационаре, если соответствуете критериям для получения этих услуг.

Доступность услуг по охране психического здоровья

Вам доступен полный спектр услуг. Вы можете самостоятельно обратиться к поставщику, с которым заключен договор, а также воспользоваться направлением от вашего PCP, члена семьи и т. д. При обращении за услугами действует принцип «нет ошибочной двери» (No Wrong Door). За помощью в получении услуг можно обратиться в указанные ниже органы:

- Справочная служба и телефон доверия округа (номер телефона и график работы см. в **Разделе K Главы 2** настоящего *Справочника участника*);
- Департамент общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес, отдел профилактики и контроля злоупотребления психоактивными веществами (звоните по телефону 888-742-7900 (линия TTY: 711, круглосуточно и без выходных).
- Служба по охране психического здоровья округа Сан-Диего, предоставляющая услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (звоните по телефону 888-724-7240 (линия TTY: 711, круглосуточно и без выходных).
- Линия по вопросам, связанным с охраной психического здоровья, плана Blue Shield TotalDual Plan (номер телефона и график работы см. в **Разделе D Главы 2** настоящего *Справочника участника*).

- Отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan (номер телефона и график работы указаны в нижней части этой страницы).

Процедура признания медицинской необходимости услуг
Медицинскую необходимость устанавливают соответствующие лицензированные поставщики. Критерии медицинской необходимости используются как планом Blue Shield TotalDual Plan, так и округом, разработаны специалистами в области охраны психического здоровья и другими заинтересованными сторонами и соответствуют нормативным требованиям.

Оформление направления между планом Blue Shield TotalDual Plan и округом
Если вы получаете услуги от плана Blue Shield TotalDual Plan или округа, вам могут выдать направление в другое учреждение, соответствующее вашим потребностям. План Blue Shield TotalDual Plan или округ могут выдать вам направление, позвонив в учреждение, в которое оформляется направление. Кроме того, направляющий поставщик заполнит форму направления и отправит ее в соответствующую организацию.

Процедура разрешения проблем
В случае возникновения разногласий между вами и округом или планом Blue Shield TotalDual Plan вы продолжите получать необходимые вам с медицинской точки зрения услуги по охране психического здоровья, включая рецептурные препараты, до тех пор, пока разногласия не будут решены План Blue Shield TotalDual Plan совместно с округом разработал процедуру урегулирования разногласий, которая является своевременной и не влияет отрицательным образом на получение необходимых вам услуг. Кроме того, вы можете воспользоваться процедурой подачи апелляций плана Blue Shield TotalDual Plan или округа в зависимости от того, с кем у вас возникли разногласия. Подробную информацию о процессе апелляции см. в главе 9 ваешго Руководства для участника.

H. Льготы, не покрываемые нашим планом, программами Medicare или Medi-Cal

В данном разделе рассказывается о льготах, на которые не распространяется покрытие нашего плана. Если покрытие плана не распространяется на льготы, это означает, что мы их не оплачиваем. Кроме того, их не оплачивают и программы Medicare и Medi-Cal.

В приведенном ниже перечне описаны некоторые услуги и товары, которые мы не покрываем ни при каких обстоятельствах, а также некоторые услуги и товары, которые мы не покрываем в отдельных случаях.

Мы не оплачиваем не покрываемые медицинские льготы, перечисленные в данном разделе (или любых других разделах данного *Справочника участника*); покрытие возможно только в некоторых указанных случаях. План не оплатит эти услуги даже если вы получаете их в отделении экстренной помощи. Если вы полагаете, что мы должны оплатить услугу, на которую не распространяется покрытие, вы можете подать апелляцию. Информация об апелляциях приведена в **Главе 9** этого *Справочника участника.*

Помимо любых исключений или ограничений, указанных в Таблице льгот, план не покрывает следующие товары и услуги.

- Услуги, которые согласно стандартам программ Medicare и Medi-Cal не считаются «разумными и необходимыми по медицинским показаниям», за исключением случаев, когда такие услуги указаны нашим планом как покрываемые услуги.
- Экспериментальные медицинские и хирургические процедуры, товары и лекарственные препараты, кроме случаев, когда они используются в рамках одобренного программой Medicare клинического научного исследования, или когда они покрываются планом. Дополнительная информация о клинических научных исследованиях приведена в **Главе 3** этого *Справочника участника*. Экспериментальным видом лечения или товаром считаются виды лечения и товары, которые не являются общепринятыми в медицинском сообществе.
- Хирургическое лечение морбидного ожирения, за исключением случаев, когда оно необходимо по медицинским показаниям и его оплачивает Medicare.
- Отдельная палата в больнице, за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям.
- Услуги персональной медсестры.
- Личные вещи в вашей палате в больнице или учреждении сестринского ухода, например телефон или телевизор.
- Сестринский уход на дому в течение полного рабочего дня.
- Плата, взимаемая вашими близкими родственниками или членами вашей семьи.

- Необязательные или добровольные улучшающие процедуры или услуги (включая снижение веса, улучшение роста волос, улучшение сексуальной функции, улучшение спортивной формы, косметические процедуры, анти-возрастные и психологические услуги), за исключением случаев, когда они необходимы по медицинским показаниям.
- Косметические операции или другие косметические процедуры за исключением случаев, когда они проводятся по причине травмы, полученной вследствие аварии, или с целью улучшения части тела неправильной формы. Тем не менее, мы оплачиваем восстановление молочной железы после мастэктомии, а также стоимость операции по формированию второй молочной железы в соответствии с формой прооперированной.
- Плановый уход за стопами, кроме указанного в перечне подиатрических усулуг в Таблице медицинских льгот в главе 4.
- Ортопедическая обувь за исключением случаев, когда обувь является частью протеза ноги и включена в стоимость протеза, или когда обувь предназначена для лиц с диабетической стопой.
- Вспомогательные устройства для ног, за исключением ортопедической и терапевтической обуви для лиц с диабетической стопой.
- Радиальная кератотомия, операция LASIK и другие методики лечения слабого зрения.
- Восстановительные операции после процедур стерилизации.
- Услуги натуропатии (применение натуральной медицины или альтернативных вариантов лечения).
- Услуги, предоставляемые ветеранам в учреждениях Министерства по делам ветеранов (Veterans Affairs, VA). Тем не менее, если ветеран получает услуги экстренной медицинской помощи в больнице VA и уровень распределения затрат VA больше уровня распределения затрат по нашему плану, то мы возместим ветерану разницу. Вы все равно несете ответственность за оплату вашей доли распределения затрат.

Глава 5. Получение препаратов для амбулаторных пациентов

Введение

В данной главе разъяснены правила получения препаратов для амбулаторного лечения. Речь идет о препаратах, которые ваш поставщик услуг прописывает вам, и вы покупаете их в аптеке или заказываете доставку на дом. К ним относятся препараты, покрываемые по части D программы Medicare и программе Medi-Cal. В **Главе 6** этого *Справочника участника* рассказывается о том, сколько вам нужно заплатить за такие препараты. Основные термины и определения приведены в алфавитном порядке в последней главе этого *Справочника участника*.

Мы также покрываем нижеследующие препараты, хотя они не обсуждаются в этой главе.

- **Препараты, покрываемые по части A программы Medicare.** К ним обычно относятся препараты, которые вы получаете, пока находитесь в больнице или учреждении сестринского ухода.
- **Препараты, покрываемые по части B программы Medicare.** К ним относятся некоторые препараты для химиотерапии, некоторые инъекционные препараты, вводимые вам во время приема у врача или другого поставщика услуг, а также препараты, выдаваемые в клинике, проводящей диализ. Более подробная информация о препаратах, покрываемых по части B программы Medicare, приведена в Таблице льгот в Главе 4 этого *Справочника участника*.
- Помимо части D по программе Medicare и медицинских льгот плана, ваши лекарства могут покрываться программой Original Medicare, если вы находитесь в хосписе Medicare. Дополнительная информация приведена в **Главе 5**, **Раздел D** «Если вы участвуете в хосписной программе, сертифицированной Medicare».

Правила покрытия планом препаратов для амбулаторных пациентов

Как правило, мы покрываем стоимость ваших препаратов, если вы соблюдаете правила, приведенные в данном разделе.

Вы должны попросить поставщика (врача, стоматолога или другого медицинского работника, имеющего право выписывать рецептурные препараты) выписать вам рецепт, который должен быть действительным в соответствии с применимым законодательством штата. Как правило, таким врачом будет ваш PCP. Это также может быть и другой поставщик медицинских услуг, если ваш PCP выдал вам направление к нему.

Ваш врач **не** должен быть включен в списки исключений или запретов Medicare или любые другие аналогичные списки программы Medi-Cal.

Как правило, чтобы получить лекарства по рецепту, вы должны обратиться в одну из аптек, входящих в сеть плана. (Дополнительную информацию см. в **Разделе A1)**. Или вы можете получить рецептурный препарат через службу плана по доставке препаратов на дом.

Ваши рецептурные препараты должны быть в *Перечне покрываемых препаратов* плана. Для краткости мы называем его *«Перечнем препаратов»*. (См. **Раздел B** данной главы.)

- Если определенный препарат не указан в *Перечне препаратов*, то, возможно, мы сможем оплатить его, сделав для вас исключение.
- Информация о том, как запросить исключение, приведена в Главе 9.
- Также обратите внимание, что запрос на покрытие назначенного вам рецептурного препарата будет рассматриваться в соответствии со стандартами Medicare и Medi-Cal.

Данный препарат должен использоваться для утвержденных медицинских показаний. Это означает, что применение данного препарата должно быть либо одобрено FDA, либо подтверждено определенными медицинскими рекомендациями. Ваш врач, выписывающее препарат, может помочь найти медицинские рекомендации, подтверждающие запрошенное использование назначенного препарата. Применение препарата для лечения состояний, которые не подтверждены FDA или медицинскими справочниками, называется «применением не по инструкции». Применение препаратов «не по инструкции» не расценивается как применение по «утвержденным медицинским показаниям», и поэтому не считается покрываемой льготой, если такое применение «не по инструкции» не указано в одном из справочников, одобренном CMS.

Прежде чем мы покроем ваш препарат, возможно, наш план должен будет одобрить его на основании определенных критериев. См. **Раздел C** этой главы.

Содержание

A. Получение препаратов по рецепту 210

A1. Получение рецептурных препаратов в аптеке, входящей в сеть плана 210

A2. Использование вашей идентификационной карты участника при получении рецептурных препаратов 210

A3. Что делать, если вы меняете аптеку, входящую в сеть 211

A4. Что делать, если ваша аптека больше не входит в сеть плана 211

A5. Использование специализированной аптеки 211

A6. Использование услуг доставки препаратов на дом для получения препаратов 212

A7. Получение долгосрочного запаса препарата 214

A8. Использование аптеки, не входящей в сеть нашего плана 214

A9. Возмещение оплаты рецептурных препаратов 215

B. *Перечень препаратов* плана 216

B1. Препараты из нашего *Перечня* 216

B2. Как найти препарат в нашем *Перечне* 217

B3. Препараты, которых нет в нашем *Перечне* 217

B4. Уровни распределения затрат в *Перечне препаратов* 219

C. Ограничения на некоторые препараты 220

D. Причины, по которым план может не покрыть стоимость вашего препарата 222

D1. Получение временного запаса 222

D2. Запрос о покрытии временного запаса препарата 224

D3. Запрос об исключении 224

E. Изменения в покрытии ваших препаратов 225

F. Покрытие стоимости препаратов в особых случаях 228

F1. Если вы находитесь в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода, когда такое пребывание покрывается планом 228

F2. Если вы пребываете в учреждении долгосрочного ухода 228

F3. Если вы пребываете в хосписе, сертифицированном Medicare 228

G. Программы по безопасности препаратов и правильному обращению с препаратами 229

G1. Программы, которые помогут вам безопасно употреблять препараты 229

G2. Программы, которые помогут вам правильно обращаться с препаратами 229

G3. Программа управления препаратами (Drug Management Program, DMP), которая помогает участникам безопасно использовать опиоидные препараты 230

A. Получение препаратов по рецепту

A1. Получение рецептурных препаратов в аптеке, входящей в сеть плана

В большинстве случаев мы оплачиваем рецептурные препараты только если они будут получены в одной из аптек, входящих в сеть плана. Аптека, входящая в сеть плана, — это аптека, которая согласилась отпускать препараты по рецепту участникам нашего плана. Вы можете обращаться в любую аптеку, входящую в сеть плана. (См. **Раздел A8** для ознакомления с информацией о том, когда мы покрываем рецептурные препараты, полученные в аптеках, не входящих в сеть плана.)

Чтобы найти аптеку, входящую в сеть плана, вы можете изучить *Справочник поставщиков и аптек*, перейти на наш сайт или обратиться в отдел обслуживания клиентов.

A2. Использование вашей идентификационной карты участника при получении рецептурных препаратов

Чтобы получить препараты по рецепту, **покажите свою идентификационную карту участника** в аптеке, входящей в сеть плана. Аптека, входящая в сеть плана, отправит нам счет с нашей долей затрат на ваши покрываемые планом препараты. При покупке рецептурных препаратов вам может потребоваться заплатить аптеке долю в совместной оплате.

Помните, что для получения рецептурных препаратов, покрываемых Medi-Cal Rx, вам понадобится карточка Medi-Cal или идентификационная карточка получателя льгот (Benefits Identification Card, BIC).

Если во время покупки препаратов по рецепту при вас нет идентификационной карты участника или BIC, вы можете попросить аптеку позвонить нам, чтобы получить необходимую информацию или попросить аптеку найти информацию о регистрации в вашем плане.

Если сотруднику аптеки не удастся получить необходимую информацию, вам может потребоваться заплатить полную стоимость рецептурного препарата. После этого вы можете направить запрос о возмещении оплаченной вами нашей доли затрат. **Если вы не можете оплатить препарат, немедленно обратитесь в отдел обслуживания клиентов.** Мы постараемся сделать все возможное, чтобы помочь вам.

- Информация о том, как направить запрос о возмещении, приведена в Главе 7 этого *Справочника участника*.

- Если вам нужна помощь в получении препаратов по рецепту, обратитесь в отдел обслуживания клиентов или к своему координатору медицинского обслуживания.

A3. Что делать, если вы меняете аптеку, входящую в сеть

Если вы покупаете препараты в другой аптеке и хотите повторно получить препарат по рецепту, вы можете попросить поставщика услуг выписать новый рецепт или попросить аптеку передать данные вашего рецепта в другую аптеку, если по вашему рецепту еще можно получать препарат.

Если вам необходима помощь в смене аптеки, входящей в сеть плана, обратитесь в отдел обслуживания клиентов.

A4. Что делать, если ваша аптека больше не входит в сеть плана

Если аптека, которой вы пользуетесь, больше не входит в сеть плана, вам необходимо найти новую аптеку, входящую в сеть.

Новую аптеку, входящую в сеть плана, можно найти в *Справочнике поставщиков услуг и аптек*, на нашем сайте, или обратившись в отдел обслуживания клиентов.

A5. Использование специализированной аптеки

В некоторых случаях рецептурные препараты необходимо получать в специализированной аптеке. К специализированным аптекам относятся:

- Аптеки, поставляющие препараты для проведения инфузионной терапии на дому.
- Аптеки, поставляющие препараты для пациентов учреждений долгосрочного ухода, например, учреждений сестринского ухода.
    - Как правило, у учреждений долгосрочного ухода есть свои аптеки. Если вы проживаете в учреждении длительного ухода, мы позаботимся о том, чтобы вы могли получить необходимые вам препараты в аптеке этого учреждения.
    - Если аптека вашего учреждения длительного ухода не входит в нашу сеть или у вас возникли трудности с получением препаратов в учреждении длительного ухода, обратитесь в отдел обслуживания клиентов.
- Аптеки поставщика медицинских услуг для американских индейцев (Indian Health Care Provider, IHCP). Американские индейцы и коренные жители Аляски имеют доступ к аптекам IHCP, если у этого поставщика есть зарегистрированная в программе розничная аптека. Если вы не являетесь американским индейцем

или коренным жителем Аляски, вы по-прежнему можете получать услуги в розничной аптеке, относящейся к IHCP, если вы прикреплены к клинике или если вам требуется получение услуг в связи с экстренной необходимостью.

- Аптеки, которые отпускают лекарства, разрешенные FDA к применению только в определенных местах или требующие особого обращения, координации действий поставщика услуг или обучения по применению. (Примечание. Подобные случаи являются редкими.)

Чтобы найти специализированную аптеку, входящую в сеть плана, вы можете поискать ее в *Справочнике поставщиков и аптек*, перейти на наш сайт или обратиться в отдел обслуживания клиентов.

A6. Использование услуг доставки препаратов на дом для получения препаратов

Для получения определенных видов препаратов вы можете воспользоваться входящей в сеть плана службой по доставке препаратов на дом. Как правило, препараты, доставляемые на дом, — это препараты, которые вы принимаете на регулярной основе при хроническом или длительном заболевании. Препараты, которые **нельзя** получить через службу доставки нашего плана на дом, помечены символом NDS в нашем Перечне препаратов.

Услуга нашего плана по доставке препаратов на дом позволяет вам заказать вплоть до 100-дневного запаса покрываемых препаратов уровней с 1 по 4. Доля в совместной оплате за 100-дневный запас препарата такая же, как за месячный запас.

Получение рецептурных препаратов по почте

Чтобы получить информацию о получении рецептурных препаратов посредством доставки на дом, позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному на задней обложке этой брошюры. Если вы пользуетесь услугами аптеки по доставке препаратов на дом, не входящей в сеть плана, ваш рецепт не будет покрыт.

Обычно рецептурный препарат с доставкой на дом доставляется в течение 5 дней. Вы получите уведомление, если произойдет задержка с доставкой рецепта на дом. При возникновении вопросов по данному направлению обращайтесь в аптеку Amazon Pharmacy по телефону (856) 208-4665 круглосуточно и без выходных. Пользователей линии TTY просим обращаться по номеру 711. При необходимости отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan может помочь вам получить достаточный запас лекарственных средств из местной розничной аптеки, входящей в сеть плана, что позволит на время доставки лекарств на дом не остаться без них. Для этого может потребоваться связаться с вашим врачом, чтобы он/она

сообщил по телефону или отправил по факсу новый рецепт в розничную аптеку, входящую в сеть плана, на то количество препарата, которое необходимо до тех пор, пока вы не получите лекарство с доставкой на дом.

Если задержка составляет более 5 дней с момента заказа рецепта у поставщика услуг с доставкой препаратов на дом и обусловлена потерей лекарства в почтовой системе, служба поддержки клиентов Amazon Pharmacy может согласовать заказ на замену.

Процесс доставки на дом

В службе доставки препаратов на дом предусмотрены разные процедуры для новых рецептов, получаемых от вас, новых рецептов, получаемых непосредственно от вашего поставщика услуг, и для повторного получения препаратов по вашему рецепту.

1. **Новые рецепты, которые аптека получает от вас**

   Аптека автоматически отпускает и доставляет препараты по новым рецептам, которые она получает от вас.

2. **Новые рецепты, которые аптека получает от вашего поставщика услуг**

   После того, как аптека получает рецепт от вашего поставщика медицинских услуг, она связывается с вами, чтобы узнать, хотите ли вы получить препарат немедленно или позже.

   - Это дает вам возможность убедиться в том, что аптека отправляет правильный препарат (включая дозировку, количество и форму) и, при необходимости, позволяет отменить или отложить заказ до выставления счета и отправки.
   - Всегда отвечайте, когда сотрудники аптеки пытаются связаться с вами, чтобы сообщить им, что делать с новым рецептом, и предотвратить любые задержки доставки.

3. **Пополнение запаса медицинских препаратов по рецептам с доставкой на дом**

   Чтобы пополнить запас препаратов, подпишитесь на программу «автоматического пополнения запасов». Как только ваш запас будет на исходе (согласно имеющейся у нас информации), мы автоматически отправим вам повторный запас препарата.

   - Перед отправкой каждого пополнения аптека связывается с вами, чтобы убедиться в необходимости дополнительного количества лекарства. Вы можете отменить запланированное пополнение, если у вас достаточно лекарства или если ваше лекарство изменилось.

- Если вы решите не пользоваться нашей программой «автоматического пополнения запасов», обратитесь в аптеку за 14 дней до истечения срока действия вашего текущего рецепта, чтобы гарантировать, что ваш следующий заказ будет доставлен вам вовремя.

Чтобы отказаться от участия в нашей программе, в рамках которой осуществляется автоматическая подготовка к доставке препаратов на дом, свяжитесь с нами по телефону Amazon Pharmacy (856) 208-4665 круглосуточно и без выходных. Пользователей линии TTY просим обращаться по номеру 711.

Сообщите аптеке, как лучше всего связаться с вами, чтобы они могли подтвердить заказ перед отправкой. Поддерживайте актуальность вашей контактной информации для плана Blue Shield TotalDual Plan. Если вам необходимо изменить свой номер телефона или адрес, обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan (номер телефона указан внизу этой страницы).

A7. Получение долгосрочного запаса препарата

Вы можете получить долгосрочный запас поддерживающих препаратов из Перечня препаратов нашего плана. Поддерживающие препараты — это препараты, которые вы регулярно принимаете при хронических или длительных заболеваниях.

Некоторые аптеки, входящие в сеть плана, позволяют вам получить долгосрочный запас препаратов для поддерживающей терапии. Доля в совместной оплате за 100-дневный запас препарата такая же, как за месячный запас. В *Справочнике поставщиков и аптек* указаны аптеки, в которых вы можете получить долгосрочный запас поддерживающих препаратов. Для получения дополнительной информации вы можете также позвонить своему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов.

Долгосрочный запас некоторых видов поддерживающих препаратов можно получить, используя службу нашего плана по доставке препаратов на дом. Информация об услуге доставки препаратов на дом приведена в **Разделе A6.**

A8. Использование аптеки, не входящей в сеть нашего плана

Как правило, мы оплачиваем препараты, приобретенные в аптеке, не входящей в сеть плана, только в тех случаях, когда вы не можете воспользоваться услугами аптеки, входящей в сеть плана. У нас есть аптеки, входящие в сеть плана, где вы можете купить рецептурные препараты как участник плана за пределами зоны обслуживания плана. В таких случаях сначала обратитесь к вашему координатору по уходу или в отдел обслуживания клиентов, чтобы узнать, есть ли поблизости сетевая аптека.

Мы оплачиваем рецептурные препараты, полученные в аптеке, не входящей в сеть плана, в следующих случаях:

- Если вы не можете своевременно получить покрываемое лекарство в пределах нашей зоны обслуживания из-за отсутствия в разумной близости сетевых аптек с круглосуточным обслуживанием.
- Если вы пытаетесь приобрести покрываемый планом рецептурный препарат, который не имеется на регулярной основе в соответствующих требованиям розничных аптеках, входящих в сеть, или в аптеке по почте (к таким препаратам относятся орфанные препараты, дорогостоящие и уникальные препараты или другие специализированные фармацевтические препараты);
- Некоторые вакцины, вводимые в кабинете врача, которые не покрываются частью B по программе Medicare и не могут быть приобретены во входящей в сеть аптеке, могут быть покрыты при получении в аптеках, не входящих в сеть.
- Рецептурные препараты, приобретаемые в аптеках, не входящих в сеть, предоставляются в объеме, не превышающем 30-дневный запас.

A9. Возмещение оплаты рецептурных препаратов

Если вы вынуждены воспользоваться услугами аптеки, не входящей в сеть плана, то при покупке рецептурного препарата вы, как правило, должны будете оплатить его полную стоимость вместо доли в совместной оплате. Вы можете направить в план запрос о возмещении оплаченной вами суммы за нашу долю затрат.

Если вы оплатите полную стоимость рецептурных препаратов, которые могут покрываться программой Medi-Cal Rx, аптека может выплатить вам возмещение после того, как Medi-Cal Rx оплатит препараты. В качестве альтернативы вы можете попросить Medi-Cal Rx возместить вам расходы, подав страховое требование о возмещении Medi-Cal оплаты из собственных средств (Conlan). Более подробная информация приведена на сайте Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Дополнительная информация приведена в **Главе 7** этого *Справочника участника*.

B. *Перечень препаратов* плана

У нас имеется *Перечень покрываемых препаратов*. Для краткости мы называем его *«Перечнем препаратов»*.

Команда врачей и фармацевтов помогают нам выбирать препараты для *Перечня*. В *Перечне препаратов* также приведены правила, которые вы должны соблюдать для получения препаратов.

Обычно мы покрываем препарат из *Перечня препаратов* нашего плана, если вы соблюдаете правила, которые мы объясняем в этой главе.

B1. Препараты из нашего *Перечня*

В наш *Перечень* входят препараты, покрываемые по части D программы Medicare.

Большинство препаратов, которые вы получаете в аптеке, покрываются вашим планом. Другие препараты, например, некоторые лекарства, отпускаемые без рецепта (OTC) и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Дополнительная информация приведена на сайте Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/). Вы также можете позвонить в центр клиентской поддержки Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273. При получении рецептурных препаратов через Medi-Cal Rx предъявите идентификационную карточку получателя льгот по программе Medi-Cal (BIC).

Наш *Перечень препаратов* включает патентованные препараты, непатентованные препараты и биологические продукты (которые могут включать биоаналоги).

Патентованный препарат — это препарат, который продается под торговой маркой, принадлежащей его производителю. Биологические продукты — это препараты, которые являются более сложными, чем обычные лекарства. В нашем *Перечне препаратов* под словом «препарат» мы подразумеваем препарат или биологический продукт.

Непатентованные препараты имеют те же активные вещества, что и патентованные. У биологических препаратов есть альтернативы, которые называются биоаналогами. Как правило, непатентованные препараты и биоаналоги действуют так же эффективно, как и патентованные препараты или биологические продукты, но обычно стоят дешевле. Для многих патентованных препаратов существуют непатентованные заменители, а для некоторых оригинальных биологических продуктов — альтернативные биоаналоги. Некоторые биоаналоги являются взаимозаменяемыми биоаналогами и, в зависимости от законодательства штата, могут заменять оригинальный биологический препарат в аптеке без необходимости получения нового рецепта, точно так же, как непатентованные лекарства могут заменять патентованные препараты.

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

B2. Как найти препарат в нашем *Перечне*

Чтобы узнать, входит ли препарат в *Перечень*, вы можете:

- Посетить сайт плана по адресу blueshieldca.com/medformulary2026. На веб-сайте плана всегда можно найти актуальную версию *Перечня препаратов*.
- Обратиться в отдел обслуживания клиентов, чтобы узнать входит ли препарат в *Перечень*, или попросить сотрудников отправить вам экземпляр *Перечня препаратов.*
- Препараты, не покрываемые по части D, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Дополнительная информация приведена на сайте Medi-Cal Rx (**medi-calrx.dhcs.ca.gov/**).
- Воспользуйтесь нашим инструментом «Инструмент получения льгот в режиме реального времени» на странице blueshieldca.com/medicare, чтобы искать препараты в *Перечне препаратов*, узнать приблизительную сумму, которую вы заплатите, а также выяснить, есть ли в *Перечне препаратов* альтернативные препараты для лечения интересующего вас заболевания. Вы также можете позвонить своему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов. С помощью этого инструмента вы можете искать препараты в Перечне, узнать приблизительную сумму, которую вы заплатите, а также выяснить, есть ли в Перечне альтернативные препараты для лечения интересующего вас заболевания.
- Как получить доступ к инструменту проверки цен на рецептурные препараты:
  - Создайте учетную запись или войдите в свою учетную запись онлайн.
  - Перейдите на сайт myblueshield, затем нажмите «Аптека» (Pharmacy) в разделе «Льготы» (Benefits);
  - В разделе «Проверить цену моего рецепта» (Price check my Rx) нажмите «Проверить текущие рецептурные препараты» (Check current prescriptions).

B3. Препараты, которых нет в нашем *Перечне*

Мы покрываем не все препараты.

- Некоторые препараты не включены в *Перечень*, поскольку законодательство запрещает нам покрывать их.

- В других случаях мы решили не включать препарат в *Перечень.*
- В некоторых случаях вы можете получить препарат, которого нет в нашем *Перечне препаратов*. Дополнительная информация приведена в **Главе 9.**

Наш план не оплачивает препараты, описанные в этом разделе. Они также называются «**исключенные препараты**». Если вам выписывают рецепт на исключенный препарат, вы должны будете оплатить его самостоятельно. Если вы полагаете, что в вашем случае мы должны оплатить исключенный препарат, вы можете подать апелляцию. Дополнительная информация приведена в **Главе 9** этого *Справочника участника.*

Далее приведены основные правила в отношении исключенных препаратов.

1. Покрытие лекарств для амбулаторного лечения нашего плана (которое включает в себя часть D по программе Medicare) не может оплатить препарат, который уже покрывается частью A или частью B по программе Medicare. Наш план покрывает лекарства, покрываемые по части A или части B по программе Medicare, но эти лекарства не считаются частью ваших льгот на лекарства для амбулаторного лечения.
2. Наш план не может покрыть препарат, приобретенный за пределами Соединенных Штатов Америки и их территорий.
3. Использование препарата должно быть одобрено FDA или подтверждено определенными медицинскими рекомендациями для лечения вашего заболевания. Ваш врач или другой поставщик услуг может прописать вам определенный препарат для лечения вашего заболевания, даже если он не был одобрен для его лечения. Это называется «применением не по инструкции». Наш план обычно не покрывает препараты, прописанные для применения не по инструкции.

Кроме того, по закону, программы Medicare или Medi-Cal не могут покрывать препараты перечисленных ниже типов.

- Препараты, стимулирующие зачатие
- Препараты, используемые для облегчения кашля или симптомов простуды*
- Препараты, используемые в косметических целях, либо средства для улучшения роста волос
- Рецептурные витамины и минеральные препараты, кроме витаминов для беременных и препаратов фторидов*
- Препараты для лечения сексуальной или эректильной дисфункции

- Препараты для лечения анорексии, потери или набора веса*
- Препараты для амбулаторного лечения, в тех случаях, когда компания, которая производит препарат, утверждает, что вы должны проходить обследования и получать услуги только у данной компании

  *Отдельные продукты могут покрываться программой Medi-Cal. Посетите веб-сайт Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) для ознакомления с дополнительной информацией.

B4. Уровни распределения затрат в *Перечне препаратов*

Все препараты из нашего *Перечня* относятся к одному из пяти уровней распределения затрат. Уровень — это группа препаратов, как правило, одного типа (например, патентованные препараты, непатентованные препараты или безрецептурные препараты). Как правило, чем выше уровень распределения затрат, тем больше ваша часть стоимости за препарат.

- Распределение затрат – Уровень 1: Предпочтительные непатентованные препараты (самый низкий уровень распределения затрат) — включает в себя предпочтительные патентованные препараты.
- Распределение затрат – Уровень 2: Непатентованные препараты — включает в себя непатентованные препараты и биоаналоги.
- Распределение затрат – Уровень 3: Предпочтительные патентованные препараты — включает предпочтительные патентованные препараты, биоаналоги и некоторые непатентованные препараты.
- Распределение затрат Уровень 4: Непредпочтительные препараты — включает в себя непредпочтительные патентованные препараты, биоаналоги и некоторые непатентованные препараты.
- Распределение затрат – Уровень 5: Препараты особой категории (самый высокий уровень распределения затрат) — включает в себя патентованные препараты очень высокой стоимости, биоаналоги и непатентованные препараты, при приеме которых требуется особая осторожность и (или) тщательное наблюдение.

Чтобы узнать, к какому уровню по распределению затрат относится ваш препарат, найдите его в нашем *Перечне препаратов*.

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

C. Ограничения на некоторые препараты

На некоторые препараты распространяются специальные правила, касающиеся способа и времени их покрытия планом. В большинстве случаев наши правила направлены на то, чтобы вы получали препарат, который подходит для лечения вашего медицинского состояния, а также является безопасным и эффективным. В случаях, когда безопасный и менее дорогой препарат будет оказывать такое же действие, как и дорогой препарат, мы ожидаем, что ваш поставщик назначит вам менее дорогой препарат.

Обратите внимание, что иногда препарат может быть указан в нашем *Перечне препаратов* более одного раза. Это связано с тем, что одни и те же препараты могут отличаться в зависимости от силы действия, количества и формы препарата, прописанного вашим поставщиком, и к различным версиям препаратов могут применяться различные ограничения (например, 10 мг или 100 мг; один раз в день или два раза в день; таблетка или жидкое лекарство).

Если на ваш препарат распространяются особые правила, обычно это значит, что для того, чтобы план покрыл стоимость данного препарата, вам или вашему поставщику услуг необходимо предпринять дополнительные меры. Например, ваш поставщик сначала должен будет сообщить нам ваш диагноз или предоставить результаты анализов крови. Если вы или ваш поставщик услуг считаете, что наши правила не должны применяться к вашей ситуации, попросите нас использовать процесс принятия решения о предоставлении страхового покрытия, чтобы сделать исключение. Мы можем отказать или дать свое согласие на применение вами препарата без дополнительных мер.

Дополнительная информация о запросах на исключения приведена в **Главе 9** этого *Справочника участника.*

1. Ограничение использования патентованного или оригинального биологического препарата при наличии его непатентованного аналога или взаимозаменяемого биоаналога

Как правило, действие непатентованного препарата или взаимозаменяемого биоаналога аналогично действию патентованного препарата или оригинального биологического продукта и обычно такой препарат стоит дешевле.
В большинстве случаев, если доступен непатентованный или взаимозаменяемый биоаналог патентованного препарата или оригинального биологического продукта, наши аптеки в пределах сети предоставляют вам непатентованный или взаимозаменяемый биоаналог.

- Как правило, мы не оплачиваем патентованный препарат или оригинальный биологический продукт, если имеется его непатентованная версия.

- Однако, если ваш поставщик услуг сообщил нам о медицинских показаниях, по которым непатентованный препарат или взаимозаменяемый биоаналог вам не подойдет, мы покрываем патентованный препарат.
- Ваша доплата за патентованный препарат или оригинальный биологический продукт может быть выше, чем за непатентованный препарат или взаимозаменяемый биоаналог.

2. Получение предварительного одобрения плана

Для получения некоторых препаратов вы или выписывающее препарат лицо должны получить одобрение плана. Это называется «предварительным разрешением». Эта мера призвана обеспечить безопасность лекарственных средств и использование определенных препаратов надлежащим образом. При отсутствии предварительного одобрения план может не покрыть препарат. Для получения дополнительной информации о предварительном разрешении позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному внизу страницы, или посетите наш веб-сайт по адресу blueshieldca.com/medformulary2026.

3. Попытка использования другого препарата

Как правило, мы требуем, чтобы вы попробовали использовать более дешевые препараты (не уступающие дорогим по своей эффективности) прежде, чем мы покроем те препараты, стоимость которых выше. Например, если Препарат А и Препарат В применяются для лечения одного и того же медицинского состояния, и Препарат А стоит меньше чем Препарат В, то план может потребовать, чтобы вы сначала попробовали принимать Препарат А.

Если вам **не подходит** препарат А, мы покрываем препарат В. Это называется пошаговой терапией. Для получения дополнительной информации о пошаговой терапии позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному внизу страницы, или посетите наш веб-сайт по адресу blueshieldca.com/medformulary2026.

4. Ограничения количества

Для некоторых препаратов мы ограничиваем количество препарата, которое может находится в вашем распоряжении. Это называется ограничением количества. Например, если обычно считается безопасным принимать только одну таблетку определенного препарата в день, мы можем ограничить количество препарата, которое вы можете получить при каждом получении препарата по рецепту.

Чтобы узнать, распространяются ли вышеперечисленные правила на препарат, который вы принимаете или хотите принимать, найдите его в Перечне препаратов. Чтобы получить самую актуальную информацию, позвоните в отдел обслуживания клиентов или перейдите на наш сайт blueshieldca.com/medformulary2026. Если вы не согласны с нашим решением о покрытии по любой из вышеперечисленных причин, вы можете подать апелляцию. Ознакомьтесь с **Главой 9** этого *Справочника участника*.

D. Причины, по которым план может не покрыть стоимость вашего препарата

Мы стараемся, чтобы покрытие стоимости ваших препаратов удовлетворяло ваши потребности, но иногда препарат не покрывается в той мере, в какой бы вы хотели. Например:

- Наш план не покрывает препарат, который вы хотите принимать. Препарат может отсутствовать в нашем *Перечне препаратов*. Мы можем покрывать непатентованную версию препарата, и не покрывать патентованный препарат, который вы хотите принимать. Препарат может быть новым, и мы еще не проверили его безопасность и эффективность.
- Наш план покрывает препарат, но существуют особые правила или ограничения на покрытие. Как объяснялось в разделе выше, для некоторых препаратов, покрываемых планом, действуют правила, ограничивающие их использование. В некоторых случаях вы или лицо, выписывающее вам препарат, может попросить план об исключении из правила.

Если мы не покрываем препарат в той степени, в которой вы хотите, вы можете предпринять некоторые действия.

D1. Получение временного запаса

В некоторых случаях план может предоставить временный запас препарата, когда он не включен в *Перечень препаратов* или когда на него распространяются какие-либо ограничения. Вследствие этого у вас появляется время, чтобы обсудить с вашим поставщиком возможность предоставления другого препарата или попросить план покрыть данный препарат.

Чтобы получить временный запас препарата, вы должны соответствовать двум критериям, указанным ниже.

1. Препарат, который вы принимаете:
   - больше не входит в наш *Перечень препаратов*, **или**

- никогда не находился в нашем *Перечне препаратов*, **или**
- в данный момент подпадает под некоторые ограничения.

2. Вы должны находиться в одной из следующих ситуаций:

- Вы были участником нашего плана в прошлом году.
    - Мы покрываем расходы на временный запас вашего препарата **в течение первых 90 дней календарного года**.
    - Этот временный запас рассчитан на период до 30 дней
    - Если рецепт предусматривает получение препарата в меньшем объеме, мы позволим получить препарат по рецепту несколько раз, пока общий объем полученного препарата не достигнет 30-дневного запаса. Вы должны получать препараты по рецепту в аптеке, входящей в сеть плана.
    - Аптеки учреждений долгосрочного ухода могут предоставлять вам препараты небольшими партиями, чтобы предотвратить потери.
- Вы недавно стали участником плана.
    - Мы покрываем временный запас вашего препарата **в течение первых 90 дней вашего участия в плане.**
    - Этот временный запас рассчитан на период до 30 дней
    - Если рецепт предусматривает получение препарата в меньшем объеме, мы позволим получить препарат по рецепту несколько раз, пока общий объем полученного препарата не достигнет 30-дневного запаса. Вы должны получать препараты по рецепту в аптеке, входящей в сеть плана.
    - Аптеки учреждений долгосрочного ухода могут предоставлять вам препараты небольшими партиями, чтобы предотвратить потери.
- Вы являетесь участником плана более 90 дней, проживаете в учреждении долгосрочного ухода и вам необходимо получить препарат в кратчайшие сроки.
    - Мы покрываем запас препарата на 31 день или менее, если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней. Это покрытие предоставляется в дополнение к временному запасу, указанному выше.

D2. Запрос о покрытии временного запаса препарата

Чтобы подать запрос о предоставлении временного запаса препарата, обратитесь в отдел обслуживания клиентов.

При получении временного запаса препарата следует как можно скорее обсудить с врачом дальнейшие действия, когда запас препарата закончится. Вот варианты, из которых вы можете выбрать:

- Вы можете перейти на другой препарат.

  Наш план может покрывать другой препарат, который вам подойдет. Позвоните в отдел обслуживания клиентов и попросите список покрываемых нами препаратов для лечения того же заболевания. Этот список поможет вашему поставщику услуг подобрать покрываемый препарат, который может подойти вам.

  ИЛИ

- Вы можете попросить об исключении.

  Вы и ваш поставщик можете попросить план об исключении. Например, вы можете попросить нас покрыть препарат, которого нет в нашем *Перечне препаратов*, или попросить нас снять ограничения на покрытие препарата. Если ваш поставщик заявляет, что у вас достаточное медицинское обоснование для исключения, он может помочь вам подать запрос для его получения.

D3. Запрос об исключении

Если в следующем году препарат, который вы принимаете, будет исключен из нашего *Перечня препаратов* или каким-либо образом ограничен, мы позволим вам подать запрос об исключении до следующего года.

- Мы сообщим вам обо всех изменениях в покрытии вашего препарата на следующий год. Попросите нас сделать исключение и покрыть препарат в таком объеме, в котором бы вам хотелось.
- Мы ответим на ваш запрос об исключении в течение 72 часов с момента его получения (или получения подтверждающего заявления лица, выписывающего препарат).
- Если мы одобрим ваш запрос, мы одобрим покрытие препарата до того, как изменение вступит в силу.

Дополнительная информация о запросах на исключения приведена в **Главе 9** этого *Справочника участника.*

Если вам необходима помощь в подаче запроса об исключении, обратитесь в отдел обслуживания клиентов.

E. Изменения в покрытии ваших препаратов

Большинство изменений в покрытии препаратов происходит 1 января, но мы можем добавлять или удалять препараты из нашего *Перечня* на протяжении всего года. Мы также можем менять правила лекарственного обеспечения. Например, мы можем:

- Принять решение требовать или не требовать предварительного одобрения (PA) на препарат (разрешение от нас, прежде чем вы сможете получить препарат);
- Устанавливать или изменять ограничения по количеству препарата, которое вы можете получить (ограничения количества);
- Добавлять или менять ограничения пошаговой терапии для препарата (вы должны попробовать один препарат, прежде чем мы покроем другой препарат).

Мы должны выполнить требования Medicare, прежде чем вносить изменения в *Перечень препаратов* нашего плана. Дополнительная информация о правилах в отношении препаратов приведена в **Разделе C**.

Если вы принимаете препарат, который покрывался нами в **начале** года, мы, как правило, не станем отменять или изменять покрытие этого препарата до **конца года** за исключением следующих случаев:

- на рынке появляется новый, более дешевый лекарственный препарат, обладающий тем же эффектом, что и препарат из нашего *Перечня*, или
- мы узнаем, что препарат небезопасен, или
- препарат снимается с продажи.

Что произойдет, если изменится покрытие принимаемого вами препарата?

Чтобы получить дополнительную информацию о том, что произойдет при изменении нашего *Перечня препаратов*, вы всегда можете:

- Ознакомьтесь с нашим текущим *Перечнем препаратов* на сайте blueshieldca.com/medformulary2026 **или**

- Позвонить в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному внизу страницы, чтобы проверить наш текущий *Перечень препаратов*.

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

Некоторые изменения вносятся в *Перечень препаратов* немедленно, Например:

Появляется новый непатентованный препарат. Иногда в продажу поступает новый непатентованный препарат или биоаналог, эффективность которого не уступает патентованному средству или оригинальному биологическому продукту из *Перечня препаратов*. В этом случае мы можем заменить патентованный препарат непатентованным, и ваши расходы на новый препарат останутся прежними или снизятся. Либо мы можем оставить в перечне оба препарата, изменив требования к страховому покрытию исходного патентованного препарата или установив для него дополнительные правила или ограничения.

- Мы не всегда сможем предупредить вас о таких изменениях заранее, но обязательно направим уведомление, как только изменение будет внесено.

- Вы или ваш поставщик услуг можете попросить нас не применять к вам новые правила в порядке исключения. Мы отправим вам уведомление с рекомендациями о том, как направить запрос о таком исключении. Дополнительная информация об исключениях приведена в Главе 9 этого документа.

Исключение опасных препаратов и других препаратов, которые сняты с продажи. Иногда может быть выявлено, что препарат является опасным, или что его сняли с продажи по другой причине. В этом случае мы можем немедленно исключить его из *Перечня препаратов*. Если вы принимаете препарат, мы отправим вам уведомление после того, как внесем изменения. Ваш врач также узнает об этом изменении и сможет помочь вам подобрать другой препарат для вашего заболевания.

Мы можем вносить и другие изменения, способные повлиять на принимаемые вами препараты. Мы заранее сообщим вам о таких изменениях в *Перечне препаратов*. Они будут внесены, если:

- FDA представит новые методические рекомендации по применению препарата или появятся новые клинические рекомендации;

В случае таких изменений мы выполним следующие действия:

- Сообщим вам об изменении в *Перечне препаратов* не позднее чем за 30 дней или
- Уведомим вас об изменении и выдадим 30-дневный запас препарата, когда вы обратитесь за ним повторно.

Это даст вам время обсудить ситуацию с вашим врачом или другим лицом, выписывающим препарат. Ваш врач поможет вам решить:

- Можно ли найти аналог вашего препарата в измененном *Перечне препаратов* **или**
- Стоит ли подать запрос о предоставлении исключения в связи с изменениями, чтобы продолжить покрытие препарата или его версии, которую вы принимали. Дополнительная информация о запросах на исключения приведена в **Главе 9** этого *Справочника участника.*

Изменения в *Перечне препаратов*, которые не касаются вас в течение текущего года действия плана

Мы можем внести изменения в принимаемые вами препараты, которые не описаны выше и не затрагивают вас сейчас. В случае таких изменений, если вы принимаете препарат, который покрывался **в начале** года, мы, как правило, не станем отменять или изменять покрытие этого препарата до **конца года**.

Например, если мы удалим препарат, который вы принимаете, или ограничим его использование, это изменение не повлияет на использование вами препарата или его стоимость для вас до конца года.

Если в отношении препарата, который вы принимаете, произойдет одно из этих изменений (за исключением изменений, указанных в разделе выше), изменение не будет на вас распространяться до 1 января следующего года.

О таких изменениях мы не будем информировать вас непосредственно в течение текущего года. Вам нужно будет проверить *Перечень препаратов* на следующий год действия плана (когда этот перечень будет доступен в открытый период регистрации), чтобы узнать, есть ли в нем изменения, которые повлияют на вас в течение следующего года действия плана.

F. Покрытие стоимости препаратов в особых случаях

F1. Если вы находитесь в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода, когда такое пребывание покрывается планом

Если вы госпитализированы в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода и ваше пребывание в них покрывается планом, то мы, как правило, покрываем стоимость ваших препаратов в течение всего времени вашего пребывания. Вам не нужно будет выплачивать долю в совместной оплате. После вашей выписки из больницы или учреждения квалифицированного сестринского ухода мы оплачиваем ваши препараты, если они соответствуют всем правилам покрытия.

Дополнительная информация о покрытии препаратов и их стоимости для вас приведена в **Главе 6** этого *Справочника участника.*

F2. Если вы пребываете в учреждении долгосрочного ухода

Как правило, в учреждении долгосрочного ухода, например, учреждении сестринского ухода, есть своя собственная аптека или аптека, которая обеспечивает препаратами всех пациентов. Если вы находитесь в учреждении долгосрочного ухода, вы можете получать препараты через аптеку данного учреждения, если она входит в сеть нашего плана.

Просмотрите свой *Справочник поставщиков и аптек*, чтобы узнать, входит ли аптека вашего учреждения долгосрочного ухода в сеть плана. Если аптека не входит в сеть или вам необходима дополнительная информация, обратитесь в отдел обслуживания клиентов.

F3. Если вы пребываете в хосписе, сертифицированном Medicare

Препараты никогда не покрываются и хосписом, и нашим планом одновременно.

- В случае помещения в хоспис по программе Medicare вам могут потребоваться определенные лекарства (например, обезболивающие, противорвотные, слабительные или успокаивающие препараты), не покрываемые вашим хосписом, поскольку они не связаны с терминальной стадией вашего заболевания. В этом случае план должен получить уведомление от лица, выписывающего препарат, или от поставщика услуг хосписа о том, что препарат не имеет отношения к терминальной стадии вашего заболевания, прежде чем мы сможем покрыть его.
- Чтобы предотвратить задержки в получении каких-либо препаратов, не связанных с терминальной стадией вашего заболевания, которые должен покрывать план, вы можете попросить своего поставщика услуг хосписа или лицо, выписывающее препарат, удостовериться в том, что мы получили такое уведомление, прежде чем вы попросите аптеку выдать вам препарат по рецепту.

Если вы выписываетесь из хосписа, план покрывает все ваши препараты. Чтобы избежать каких-либо задержек в аптеке после окончания срока действия вашей льготы на пребывание в хосписе программы Medicare, отнесите в аптеку документацию, подтверждающую, что вы выписаны из хосписа.

Информация о лекарствах, покрываемых нашим планом, приведена выше в этой главе. Дополнительная информация о льготе на пребывание в хосписе приведена в **Главе 4** этого *Справочника участника*.

G. Программы по безопасности препаратов и правильному обращению с препаратами

G1. Программы, которые помогут вам безопасно употреблять препараты

Каждый раз, когда вы получаете препараты по рецепту, мы ищем возможные проблемы, такие как ошибки, связанные с препаратами, например:

- препараты, которые вам, возможно, не нужны, поскольку вы уже принимаете подобный препарат с аналогичным действием;
- препараты, которые могут быть небезопасными в вашем возрасте или для лиц вашего пола;
- препараты, которые могут навредить вам, если принимать их одновременно;
- препараты, содержащие ингредиенты, на которые у вас есть или может быть аллергия;
- ошибка в объеме (дозировке);
- препараты, которые могут содержать небезопасное количество опиоидных обезболивающих.

Если мы обнаружим какие-либо возможные проблемы в отношении ваших препаратов, мы свяжемся с вашим поставщиком услуг для их устранения.

G2. Программы, которые помогут вам правильно обращаться с препаратами

В нашем плане имеется программа помощи участникам со сложными медицинскими потребностями. В таких случаях вы можете иметь право на бесплатное получение услуг в рамках программы управления медикаментозным лечением (medication therapy management, MTM). Эта программа является добровольной и бесплатной. Эта программа поможет вам и вашему поставщику услуг убедиться в том, что ваши лекарства улучшают ваше здоровье. Если вы имеете право на участие в программе, фармацевт или другой медицинский работник предоставит вам подробный обзор всех ваших лекарственных препаратов и обсудит с вами следующие вопросы:

- как получить максимальную пользу от препаратов, которые вы принимаете;
- любые ваши опасения, например, стоимость препаратов и реакции на препараты;
- как лучше принимать лекарственные препараты;
- любые вопросы или проблемы касательно рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратов.

После этого вы получите:

- Письменное изложение этого обсуждения. В этом изложении содержится план действий для приема лекарственных препаратов с рекомендациями для наилучшего использования ваших препаратов.
- Личный список лекарственных препаратов, включающий в себя все препараты, которые вы принимаете, их количество, время и причину приема.
- Информацию о безопасной утилизации рецептурных препаратов, которые являются контролируемыми веществами.

План действий и список лекарственных препаратов рекомендуется обсудить со своим лицом, выписывающим препарат.

- Возьмите план действий и список препаратов на прием к врачу, или обсудите их со своим врачом, фармацевтом и другими поставщиками медицинских услуг.
- Список препаратов необходимо взять с собой, если вы направляетесь в больницу или в отделение неотложной помощи.

Участие в программах MTM является добровольным и бесплатным для участников, соответствующих требованиям. Если у нас есть программа, которая соответствует вашим потребностям, мы запишем вас для участия в ней и отправим вам соответствующую информацию. Если вы не хотите принимать участие в программе, сообщите нам об этом, и мы исключим вас из нее.

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

G3. Программа управления препаратами (Drug Management Program, DMP), которая помогает участникам безопасно использовать опиоидные препараты

У нас есть программа, которая помогает участникам безопасно использовать рецептурные опиоиды и другие препараты, которыми часто злоупотребляют. Эта программа называется DMP.

Если вы принимаете опиоидные препараты, которые получаете от нескольких лиц, выписывающих препараты, или аптек, или если у вас недавно произошла передозировка опиоидами, мы можем поговорить с вашими лицами, выписывающими препараты, чтобы убедиться, что использование вами опиоидных препаратов является уместным и необходимым по медицинским показаниям. Если мы совместно с вашими лицами, выписывающими препараты, примем решение о том, что использование вами рецептурных опиоидов или бензодиазепина может быть небезопасно, мы можем ограничить получения получение вами этих препаратов. Если мы включим вас в DMP, ограничения могут включать:

- требование от вас получать все рецепты на эти лекарства в определенных аптеках;
- требование от вас получать все рецепты на опиоидные и бензодиазепиновые лекарственные препараты у определенных лиц, выписывающих препараты;
- ограничение количества покрываемых нами опиоидных или бензодиазепиновых лекарственных препаратов.

Если мы решим ограничить получение вами этих препаратов или их количество, мы заранее отправим вам соответствующее письмо. В письме мы сообщим вам о том, ограничим ли мы для вас покрытие этих препаратов или вам придется получать рецепты на эти лекарства только у конкретного поставщика услуг или в конкретной аптеке.

У вас будет возможность сообщить нам, услугами каких лиц, выписывающих препараты, или аптек вы предпочитаете пользоваться, а также любую информацию, которую вы сочтете важной. Если мы решим ограничить покрытие этих лекарств после получения вашего ответа, мы отправим вам еще одно письмо, подтверждающее ограничения.

Если вы считаете, что мы допустили ошибку, и если вы не согласны с нашим решением или с ограничением, вы и лицо, выписывающее вам препарат, можете подать апелляцию. Если вы подадите апелляцию, мы рассмотрим ваше дело и вынесем новое решение. Если мы отклоним вашу апелляцию в какой-либо части, связанной с ограничениями вашего доступа к этим препаратам, мы автоматически отправим ваше дело в Независимую экспертную организацию (Independent Review Organization, IRO). (Дополнительная информация об апелляциях и об IRO приведена в **Главе 9** этого *Справочника участника.*)

Программа DMP не распространяется на вас в следующих случаях:

- если у вас определенные заболевания, такие как онкология или серповидно-клеточная анемия;
- если вы находитесь в хосписе, получаете паллиативный уход или уход в терминальной стадии; **или**
- вы пребываете в учреждении долгосрочного ухода.

Глава 6. Сколько вы платите за препараты по программам Medicare и Medi-Cal

Введение

В данной главе рассказывается о том, сколько вы платите за препараты, принимаемые в амбулаторных условиях. Под «препаратами» мы подразумеваем:

- Препараты по части D программы Medicare, **и**
- Препараты и товары, покрываемые по программе Medi-Cal Rx.

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medi-Cal, вы получаете помощь по программе предоставления дополнительной помощи от Medicare в оплате ваших препаратов по части D программы Medicare. Мы направили вам отдельный вкладыш — «Свидетельство страхового покрытия для лиц, получающих дополнительную помощь в оплате рецептурных препаратов» (также известное как «Программа субсидирования для малообеспеченных лиц» или «Листок LIS»), — в котором рассказывается о вашем покрытии на препараты. Если у вас нет этого вкладыша, позвоните в Отдел обслуживания клиентов и попросите «Листок LIS».

> **Программа предоставления дополнительной помощи (Extra Help)** — это программа Medicare, которая помогает лицам с ограниченными доходами и ресурсами сократить расходы на препараты по части D по программе Medicare, такие как страховые взносы, франшизы и доля в совместной оплате. Программа предоставления дополнительной помощи также называется «Программа субсидирования для малообеспеченных лиц» или «LIS».

Другие ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе этого *Справочника участника*.

Для получения более подробной информации о препаратах, вы можете ознакомиться со следующими документами:

- Наш Перечень покрываемых препаратов.
  - Мы называем его «*Перечень препаратов*». В нем рассказывается о том:
    - какие препараты мы оплачиваем;
    - к какому из пяти уровней относится каждый препарат;

- распространяются ли на препарат какие-либо ограничения.

  - Если вам нужна копия нашего Перечня препаратов, позвоните в Отдел обслуживания клиентов. Вы также можете найти актуальную копию нашего Перечня препаратов на нашем сайте blueshieldca.com/medformulary2026.

  - Большинство препаратов, которые вы получаете в аптеке, покрываются планом Blue Shield TotalDual Plan. Другие препараты, например, некоторые лекарства, отпускаемые без рецепта (OTC) и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Дополнительная информация представлена на сайте Medi-Cal Rx по адресу medi-calrx.dhcs.ca.gov/. Вы также можете позвонить в центр клиентской поддержки Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273. Пожалуйста, возьмите с собой идентификационную карту получателя льгот по программе Medi-Cal (beneficiary identification card, BIC) при получении рецептурных препаратов через Medi-Cal Rx.

- **Глава 5** данного *Справочника участника*.

  - Здесь рассказывается о том, как получить препараты для амбулаторного приема через наш план.

  - Также там указываются правила, которые необходимо соблюдать. Там также представлена информация о том, какие препараты не покрываются нашим планом.

  - Когда вы используете инструмент «Льготы в режиме реального времени» (Real Time Benefit Tool) нашего плана для поиска покрытия препаратов (см. **Главу 5, Раздел B2**), отображаемая стоимость представляет собой примерную сумму собственных средств, которые вам нужно будет оплатить. Для получения дополнительной информации вы можете позвонить своему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов.

Наш Справочник поставщиков и аптек.

  - В большинстве случаев вы должны получать свои покрываемые препараты в аптеке, входящей в сеть плана. Аптеки, входящие в сеть плана, — это аптеки, которые сотрудничают с нами.

  - В *Справочнике поставщиков и аптек* перечислены аптеки, входящие в нашу сеть. Дополнительная информация об аптеках, входящих в сеть плана, приведена в **Главе 5** этого *Справочника участника*.

Содержание

A. *Разъяснение страховых льгот* (Explanation of Benefits, EOB) 235

B. Как отслеживать расходы на препараты 236

C. Стадии оплаты препаратов по части D программы Medicare 238

D. Стадия 1. Стадия начального покрытия 239

D1. Выбор аптеки 239

D2. Получение долгосрочного запаса препарата 240

D3. Сколько вы должны заплатить 240

D4. Окончании Стадии начального покрытия 246

E. Стадия 2. Стадия покрытия катастрофических убытков 246

F. Ваши затраты на препараты, если ваш врач прописывает препарат в объеме меньшем, чем запас препарата на полный месяц 246

G. Сколько вы должны заплатить за вакцины по части D 247

G1. Что нужно знать перед вакцинацией 247

G2. Сколько вы заплатите за вакцину, покрываемую по части D по программе Medicare 248

A. *Разъяснение страховых льгот* (Explanation of Benefits, EOB)

Наш план следит за вашими расходами на препараты и платежами, которые вы совершаете при получении рецептурных препаратов в аптеке. Мы следим за двумя видами расходов:

- Ваши **затраты собственных средств**. Это сумма за рецептурные препараты, которую вы оплачиваете лично или кто-либо оплачивает за вас. Сюда входит сумма, которую вы заплатили при получении препарата, покрываемого частью D, любые платежи за ваши лекарства, произведенные родственниками или друзьями, любые платежи, произведенные за ваши лекарства в рамках программы Extra Help от Medicare, планов медицинского страхования работодателя или профсоюза, TRICARE, Службы здравоохранения индейцев, программ помощи больным СПИДом, благотворительных организаций и большинства программ State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP).
- **Общая стоимость ваших препаратов**. Это общая сумма всех платежей, произведенных за ваши лекарства, покрываемые частью D. Сюда входит то, что оплатил наш план, а также то, что оплатили другие программы или организации за ваши лекарства, покрываемые частью D.

Когда вы получаете препараты через наш план, мы отправляем вам отчет, который называется *Разъяснение страховых льгот (Explanation of Benefits, EOB)*. Для краткости мы называем его «EOB». EOB не является счетом. В EOB содержится дополнительная информация о принимаемых вами препаратах, например, об увеличении цен, а также о других препаратах с более низкой долей в распределении затрат, которые могут быть доступны. Вы можете поговорить со своим врачом, выписывающим препараты, об этих более дешевых вариантах. EOB включает:

- **Данные за месяц**. В отчете указано, какие препараты вы получили за предыдущий месяц. В нем указывается общая сумма расходов на препараты, которую оплатил план, а также сумма, которую вы оплатили лично или которую оплатили за вас.
- **Общая сумма за год с 1 января.** Это общая сумма расходов на препараты и общая сумма платежей за ваши препараты с начала года.
- **Информация о ценах препаратов**. Это общая цена препарата и изменения цены препарата с момента первого получения в одном количестве по каждому страховому требованию в отношении рецептурного препарата.
- **Более дешевые альтернативы**. Если требуется, информация о других доступных препаратах с более низкой долей в распределении затрат для каждого рецептурного препарата.

Мы предлагаем покрытие препаратов, не покрываемых по программе Medicare.

- Оплата таких препаратов не засчитывается в вашу общую сумму затрат собственных средств.
- План покрывает большую часть препаратов, которые вы получаете в аптеке. Другие препараты, например, некоторые лекарства, отпускаемые без рецепта (OTC) и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Дополнительная информация приведена на сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в Центр клиентской поддержки Medi-Cal по телефону 800-977-2273. Пожалуйста, возьмите с собой идентификационную карту получателя льгот по программе Medi-Cal (beneficiary identification card, BIC) при получении рецептурных препаратов через Medi-Cal Rx.
- Для получения более подробной информации о том, какие препараты покрывает план, ознакомьтесь с *Перечнем препаратов*.

B. Как отслеживать расходы на препараты

Чтобы отслеживать ваши расходы на препараты и оплаты, которые вы совершаете, мы используем данные, которые получаем от вас и вашей аптеки. Вы можете помочь нам следующим образом:

1. Используйте свою идентификационную карту участника.

Показывайте свою идентификационную карту участника каждый раз, когда получаете препараты по рецепту. Это поможет нам узнать о том, какие рецептурные препараты вы получаете, и сколько вы за них платите.

3. Предоставляйте нам всю необходимую информацию.

Вы можете подать в план запрос о возмещении оплаченной вами суммы за нашу долю стоимости препарата. Предоставляйте нам копии квитанций за покрываемые препараты, которые вы оплатили. Ниже приведены случаи, когда вы должны предоставить нам копии своих квитанций:

- Когда вы покупаете покрываемый препарат в аптеке, входящей сеть плана, по специальной цене или при помощи дисконтной карты, которая не является льготой нашего плана;
- Когда вы выплачиваете долю в совместной оплате за препараты, которые вы получаете по программе помощи пациентам от производителя препарата;

- Когда вы покупаете покрываемый препарат в аптеке, не входящей в сеть плана;
- Когда вы оплачиваете полную стоимость покрываемого препарата при определенных обстоятельствах.

Дополнительная информация о том, как направить нам запрос о возврате средств за оплату нашей доли в стоимости препарата приведена в **Главе 7** этого *Справочника участника*.

4. Отправляйте нам данные об оплатах, совершенных другими лицами за вас.

Оплаты, совершенные некоторыми другими лицами и организациями, тоже засчитываются в вашу сумму наличных расходов. Например, оплаты, совершенные Программой ADAP, Программой медицинского обслуживания американских индейцев и большинством благотворительных организаций, засчитываются в вашу сумму затрат собственных средств. Это поможет вам достичь условий покрытия катастрофических убытков. Когда вы достигаете Стадии покрытия катастрофических убытков, наш план полностью покрывает стоимость ваших препаратов по части D программы Medicare до конца года.

5. Проверяйте EOB, которые мы вам отправляем.

Когда вы получаете EOB, убедитесь, что полученный отчет полный и правильный.

- **Вы узнаете название каждой аптеки?** Проверьте даты. Вы получали препараты в тот день?
- **Вы получили перечисленные препараты?** Соответствуют ли они тем, что указаны в ваших квитанциях? Соответствуют ли препараты тем, которые прописал врач?

Что делать, если вы обнаружите ошибки в отчете?

Если вам кажется, что в отчете содержится ошибка или какая-либо неточность, позвоните в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan. Ответы на многие вопросы вы также можете найти на нашем сайте: blueshieldca.com/medicare.

Возможно ли мошенничество?

Если в отчете указаны препараты, которые вы не принимаете, или что-то еще, что кажется вам подозрительным, свяжитесь с нами.

- Позвоните отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan.

- Или позвоните сотрудникам программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Вы можете звонить по этим номерам бесплатно.
- Если вы подозреваете, что поставщик услуг, сотрудничающий с Medi-Cal, совершил мошенничество, растрату или злоупотребление, вы имеете право сообщить об этом, позвонив по конфиденциальной линии связи 1-800-822-6222 (бесплатно). Другие способы сообщить о мошенничестве по программе Medi-Cal перечислены на сайте: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Если вы полагаете, что отчет содержит неправильную информацию или упущения, или у вас возникли вопросы, обратитесь в отдел обслуживания клиентов. Сохраняйте получаемые EOB. Они являются важными учетными документами ваших расходов на препараты.

C. Стадии оплаты препаратов по части D программы Medicare

В рамках нашего плана существует две стадии оплаты препаратов по части D программы Medicare. Сумма, которую вы должны заплатить за каждый рецептурный препарат, зависит от того, на каком уровне вы находитесь на момент получения или повторного получения препарата по рецепту. Существует две стадии:

Стадия 1. Стадия начального покрытия	**Стадия 2. Стадия покрытия катастрофических убытков**
На этой стадии мы оплачиваем часть стоимости вашего препарата, а вы оплачиваете свою долю стоимости. Ваша доля называется доплатой. Эта стадия начинается, когда вы впервые покупаете препарат по рецепту в текущем году.	На этой стадии мы оплачиваем полную стоимость ваших препаратов до 31 декабря 2026 года. Эта стадия начинается, когда вы уже оплатили определенную сумму в виде ваших наличных расходов.

D. Стадия 1. Стадия начального покрытия

Во время Стадии начального покрытия мы оплачиваем часть стоимости ваших покрываемых препаратов, а вы оплачиваете вашу часть. Ваша доля называется доплатой. Размер доли в совместной оплате зависит от того, к какому уровню распределения затрат относится препарат, а также от того, где вы его получаете.

Уровень распределения затрат — это группа препаратов с одинаковой долей в совместной оплате. Каждый препарат в *Списке препаратов* нашего плана относится к одному из пяти уровней распределения затрат. Как правило, чем выше уровень, тем выше доля в совместной оплате. Уровни распределения затрат для ваших препаратов указаны в *Перечне препаратов*.

- Распределение затрат – Уровень 1: Предпочтительные непатентованные препараты (самый низкий уровень распределения затрат) — включает в себя предпочтительные патентованные препараты. Доплата составляет $0.
- Распределение затрат – Уровень 2: Непатентованные препараты — включает в себя непатентованные препараты и биоаналоги. Доплата составляет $0.
- Распределение затрат – Уровень 3: Предпочтительные патентованные препараты — включает предпочтительные патентованные препараты, биоаналоги и некоторые непатентованные препараты. Доля в совместной оплате составляет от $0 до $12.65 в зависимости от вашего дохода.
- Распределение затрат Уровень 4: Непредпочтительные препараты — включает в себя непредпочтительные патентованные препараты, биоаналоги и некоторые непатентованные препараты. Доля в совместной оплате составляет от $0 до $12.65 в зависимости от вашего дохода.
- Распределение затрат – Уровень 5: Препараты особой категории (самый высокий уровень распределения затрат) — включает в себя патентованные препараты очень высокой стоимости, биоаналоги и непатентованные препараты, при приеме которых требуется особая осторожность и (или) тщательное наблюдение. Доля в совместной оплате составляет от $0 до $12.65 в зависимости от вашего дохода.

D1. Выбор аптеки

Сумма, которую вы заплатите за препарат, зависит от того, где вы его получаете:

- В розничной аптеке, входящей в сеть плана, **или**

- В аптеке, не входящей в сеть плана. В ограниченных случаях мы покрываем рецептурные препараты, полученные в аптеке, не входящей в сеть плана. Информация о том, в каких случаях мы покрываем такие препараты, приведена в **Главе 5** этого *Справочника участника*.
- Услуги доставки на дом нашего плана.

Дополнительная информация о выборе аптек приведена в **Главе 5** этого *Справочника участника* и в нашем *Справочнике поставщиков услуг и аптек*.

D2. Получение долгосрочного запаса препарата

Вы можете получить долгосрочный запас некоторых препаратов (также называется «запасом препарата на длительный срок»), когда вы получаете препарат по рецепту. Долгосрочный запас препарата — это запас препарата на срок до 100 дней. Вы заплатите за него столько же, сколько и за запас препарата на один месяц.

Подробную информацию о том, где и как получить долгосрочный запас препарата, можно найти в **Главе 5** этого *Справочника участника* или в *Справочнике поставщиков услуг и аптек* нашего плана.

D3. Сколько вы должны заплатить

На уровне начального покрытия вам может потребоваться оплачивать долю в совместной оплате каждый раз, когда вы получаете препарат по рецепту. Если цена покрываемого препарата меньше размера доплаты, то вы платите меньшую сумму.

Свяжитесь с отделом обслуживания клиентов, чтобы узнать размер вашей доли в совместной оплате за любой покрываемый препарат.

Ваша доля расходов при получении запаса покрываемого препарата на один месяц:

	В аптеке, входящей в сеть плана Запас препарата на один месяц или запас максимум на 30 дней	**Услуги доставки на дом по нашему плану** Запас препарата на один месяц или запас максимум на 30 дней	**Аптека в учреждении долгосрочного ухода, входящая в сеть плана** Запас максимум на 31 день	**Аптека, не входящая в сеть плана** Запас не более чем на 30 дней. Покрытие ограничивается определенными случаями. Чтобы узнать больше, ознакомьтесь с **Главой 5** этого *Справочника участника*.
Распределение затрат Уровень 1 (Предпочтительные непатентованные препараты)	Доплата $0	Услуга доставки препаратов на дом не предоставляется для препаратов Уровня 1.	Доплата $0	Доплата $0
Распределение затрат Уровень 2 (Непатентованные препараты)	Доплата $0	Услуга доставки препаратов на дом не предоставляется для препаратов Уровня 2.	Доплата $0	Доплата $0

	В аптеке, входящей в сеть плана Запас препарата на один месяц или запас максимум на 30 дней	**Услуги доставки на дом по нашему плану** Запас препарата на один месяц или запас максимум на 30 дней	**Аптека в учреждении долгосрочного ухода, входящая в сеть плана** Запас максимум на 31 день	**Аптека, не входящая в сеть плана** Запас не более чем на 30 дней. Покрытие ограничивается определенными случаями. Чтобы узнать больше, ознакомьтесь с **Главой 5** этого *Справочника участника*.
Распределение затрат Уровень 3 (Предпочтительные патентованные препараты)	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.	Услуга доставки препаратов на дом не предоставляется для препаратов Уровня 3.	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.

	В аптеке, входящей в сеть плана Запас препарата на один месяц или запас максимум на 30 дней	**Услуги доставки на дом по нашему плану** Запас препарата на один месяц или запас максимум на 30 дней	**Аптека в учреждении долгосрочного ухода, входящая в сеть плана** Запас максимум на 31 день	**Аптека, не входящая в сеть плана** Запас не более чем на 30 дней. Покрытие ограничивается определенными случаями. Чтобы узнать больше, ознакомьтесь с **Главой 5** этого *Справочника участника*.
Распределение затрат Уровень 4 (Непредпочтительные препараты)	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.	Услуга доставки препаратов на дом не предоставляется для препаратов Уровня 4.	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.

	В аптеке, входящей в сеть плана Запас препарата на один месяц или запас максимум на 30 дней	**Услуги доставки на дом по нашему плану** Запас препарата на один месяц или запас максимум на 30 дней	**Аптека в учреждении долгосрочного ухода, входящая в сеть плана** Запас максимум на 31 день	**Аптека, не входящая в сеть плана** Запас не более чем на 30 дней. Покрытие ограничивается определенными случаями. Чтобы узнать больше, ознакомьтесь с **Главой 5** этого *Справочника участника*.
Распределение затрат Уровень 5 (Препараты особой категории)	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.

Ваша доля расходов при получении долгосрочного запаса покрываемого препарат от следующих участников:

	В аптеке, входящей в сеть плана Долгосрочный запас или запас не более чем на 100 дней	**Услуги доставки на дом по нашему плану** Долгосрочный запас или запас не более чем на 100 дней
Распределение затрат Уровень 1 (Предпочтительные непатентованные препараты)	Доплата $0	Доплата $0
Распределение затрат Уровень 2 (Непатентованные препараты)	Доплата $0	Доплата $0
Распределение затрат Уровень 3 (Предпочтительные патентованные препараты)	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.
Распределение затрат Уровень 4 (Непредпочтительные препараты)	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.	Доля в совместной оплате $0, $5.10 или $12.65 в зависимости от уровня получаемой участником помощи по программе Extra Help.
Распределение затрат Уровень 5 (Препараты особой категории)	Долгосрочный запас препаратов Уровня 5 недоступен.	Долгосрочный запас препаратов Уровня 5 недоступен.

Подробная информация о том, какие аптеки могут выдать вам долгосрочный запас препарата, приведена в *Справочнике поставщиков и аптек*.

D4. Окончании Стадии начального покрытия

Стадия начального покрытия заканчивается, когда ваши суммарные затраты собственных средств достигают $2,100. С этого момента начинается Стадия покрытия катастрофических убытков. С этого момента план покрывает полную стоимость ваших препаратов до конца текущего года.

EOB поможет вам отслеживать, сколько вы заплатили за ваши препараты в течение года. Мы сообщим вам, если вы достигнете предельной суммы в $2,100. Многие лица не достигают этого предела в течение года.

E. Стадия 2. Стадия покрытия катастрофических убытков

Когда вы достигаете предела затрат из собственных средств в размере $2,100 за оплату ваших препаратов, начинается Стадия покрытия катастрофических убытков. Вы останетесь на Стадии покрытия катастрофических убытков до конца календарного года. На этой стадии вы ничего не платите за препараты, покрываемые по части D.

F. Ваши затраты на препараты, если ваш врач прописывает препарат в объеме меньшем, чем запас препарата на полный месяц

В некоторых случаях для покрытия запаса покрываемого препарата на полный месяц, вы выплачиваете долю в совместной оплате. Однако ваш врач может прописывать препараты в меньшем количестве, чем их месячный запас.

- Могут возникнуть ситуации, когда вы захотите попросить своего врача прописать вам препарат в объеме меньшем, чем на месяц (например, когда вы пробуете принимать препарат в первый раз).
- Если ваш врач даст свое согласие, вам не придется оплачивать запас некоторых препаратов на полный месяц.

Когда вы получаете препарат в меньшем объеме чем на месяц, оплачиваемая вами сумма рассчитывается исходя из количества дней, на которое вы получаете препарат. Мы вычисляем сумму, которую вы оплачиваете за ваш препарат в день («ежедневная ставка доли распределения затрат») и умножаем ее на количество дней, на которое вы получаете данный препарат.

- Вот пример. Предположим, что доля в совместной оплате за ваш препарат на полный месяц (30-дневный запас) составляет $1.35. Это означает, что сумма,

которую вы оплачиваете за свой препарат в день составляет менее $0.05. Если вы получаете запас препарата на 7 дней, ваш платеж составит менее $0.05 в день x 7 дней, а общая сумма составит менее $0.35.

- Распределение затрат по дням позволяет вам удостовериться в том, что препарат вам подходит, прежде чем оплачивать стоимость запаса препарата на целый месяц.
- Вы также можете попросить своего врача выписать вам препарат в количестве, меньшем, чем на полный месяц, чтобы помочь вам:
  - лучше планировать пополнение запасов препарата;
  - координировать добавление других препаратов, которые вы принимаете, а **также**
  - меньше ходить в аптеку.

G. Сколько вы должны заплатить за вакцины по части D

Важная информация об оплате вакцин: Некоторые вакцины считаются медицинскими льготами и покрываются Частью B по программе Medicare. Другие вакцины покрываются частью D по программе Medicare. Вы можете найти список этих вакцин в нашем *Перечне препаратов*. Наш план покрывает большинство вакцин по части D по программе Medicare, так что они предоставляются вам бесплатно. Информация о покрытии и доле в распределении затрат на конкретные вакцины приведена в *Перечне препаратов* вашего плана.

Существует две части покрытия вакцинации по части D программы Medicare:

1. Первая часть распространяется на стоимость **самой вакцины**.
2. Вторая часть распространяется на стоимость **услуг по инъекции вакцины**. Например, иногда вы можете получить вакцину в виде прививки, которую вам сделает врач.

G1. Что нужно знать перед вакцинацией

Если вы планируете пройти вакцинацию, мы рекомендуем вам позвонить в отдел обслуживания клиентов.

- Мы расскажем вам, как вакцинация покрывается нашим планом и как рассчитать вашу долю затрат.

- Мы можем рассказать вам, как снизить ваши расходы, благодаря использованию аптеки и поставщиков услуг, входящих в сеть. Аптеки и поставщики медицинских услуг, входящие в сеть, соглашаются работать с нашим планом. Поставщик услуг, входящий в сеть плана, сотрудничает с нами, благодаря чему вам не нужно будет платить за вакцинацию по части D по программе Medicare.

G2. Сколько вы заплатите за вакцину, покрываемую по части D по программе Medicare

Сумма, которую вы заплатите за вакцину, зависит от типа вакцины (от чего вас прививают).

- Некоторые вакцины считаются просто полезными для здоровья, поэтому не рассматриваются как лекарственные препараты. Эти вакцины покрываются без дополнительной оплаты с вашей стороны. Информация о покрытии этих вакцин приведена в Таблице льгот в **Главе 4** этого *Справочника участника*.
- Другие вакцины считаются препаратами по части D программы Medicare. Эти вакцины указаны в *Перечне препаратов* нашего плана. Возможно, вам придется уплатить долю в совместной оплате вакцины по части D по программе Medicare. Если вакцина рекомендована взрослым организацией под названием **«Консультативный комитет по практике иммунизации» (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP),** то вакцинация будет бесплатной для вас.

Далее приведены три распространенных способа, как вы можете пройти вакцинацию по части D программы Medicare.

1. Вы получаете вакцину по части D по программе Medicare и делаете прививку в аптеке, входящей в сеть плана.
   - Большинство вакцин по части D для взрослых бесплатны.
   - За другие вакцины по части D вы платите долю в совместной оплате за вакцину.
2. Вы проходите вакцинацию по части D программы Medicare в кабинете вашего врача, и ваш врач делает вам прививку.
   - Вы уплачиваете долю в совместной оплате за вакцину врачу.
   - План оплачивает стоимость услуг по введению вакцины.
   - В этой ситуации врач должен позвонить в наш план, чтобы мы могли убедиться, что они знают, что вам нужно заплатить только долю в совместной оплате за вакцину.

3. Вы покупаете вакцину по части D по программе Medicare в аптеке и приносите ее в кабинет вашего врача, чтобы вам ее ввели.
   - Большинство вакцин по части D для взрослых бесплатны.
   - За другие вакцины по части D вы платите долю в совместной оплате за вакцину.
   - План оплачивает стоимость услуг по введению вакцины.

Глава 7. Подача запроса в план об оплате нашей части счета, полученного за покрываемые услуги или препараты

Введение

В этой главе рассказывается, как и когда следует отправлять нам счет с просьбой об оплате. Здесь также рассказывается, как подать апелляцию, если вы не согласны с решением о предоставлении страхового покрытия. Основные термины и определения приведены в алфавитном порядке в последней главе этого *Справочника участника*.

Содержание

A. Запрос об оплате стоимости ваших услуг или препаратов 251

B. Отправка в план запроса на оплату 256

C. Решения о предоставлении страхового покрытия 257

D. Апелляции 257

A. Запрос об оплате стоимости ваших услуг или препаратов

Поставщики услуг, входящие в сеть плана, должны выставить плану счет за покрываемые услуги и препараты, после того, как вы их получили. Поставщик, входящий в сеть, — это поставщик, сотрудничающий с планом медицинского страхования.

Мы не позволяем поставщикам услуг в пределах плана Blue Shield TotalDual Plan выставлять вам счета за такие услуги или препараты. Мы платим нашим поставщикам напрямую и защищаем вас от любых издержек.

Если вы получили счет на оплату полной стоимости медицинского обслуживания или препаратов, не оплачивайте счет и отправьте его нам. Информация о порядке отправки нам счета приведена в Главе 7, Раздел B.

- Если план покрывает услуги или препараты, мы заплатим непосредственно поставщику услуг.
- Если план покрывает услуги или препараты, и вы заплатили больше, чем ваша доля затрат, у вас есть право на возмещение оплаченной вами суммы.
    - Если вы заплатили за услуги, покрываемые программой Medicare, мы вернем вам деньги.
- Если вы заплатили за уже полученные вами услуги Medi-Cal, вы можете иметь право на возмещение (возврат денег), если вы соответствуете всем нижеследующим условиям.
    - Полученная вами услуга покрывается программой Medi-Cal, и ее оплата входит в наши обязанности. Мы не возместим вам стоимость услуги, не покрываемой планом Blue Shield TotalDual Plan.
    - Вы получили покрываемую планом услугу после того, как стали соответствующим требованиям участником плана Blue Shield TotalDual Plan.
    - Вы запрашиваете возмещение расходов в течение одного года с даты получения покрываемой услуги.
    - Вы предоставляете доказательства того, что вы заплатили за покрываемую услугу, например подробную квитанцию от поставщика услуг.
    - Вы получили покрываемую услугу от поставщика, являющегося зарегистрированным поставщиком услуг Medi-Cal, в сети плана Blue Shield TotalDual Plan. Это условие не является обязательным, если вы получали экстренную медицинскую помощь, услуги по

планированию семьи или другую услугу, которую Medi-Cal разрешает предоставлять поставщикам, не входящим в сеть, без предварительного одобрения (предварительного разрешения).

- Если покрываемая услуга обычно требует предварительного одобрения (предварительного разрешения), вам необходимо предоставить доказательство медицинской необходимости в покрываемой услуге от поставщика.
- План Blue Shield TotalDual Plan сообщит вам, возместит ли вам расходы, в письме под названием «Уведомление о предпринятом действии». Если вы соответствуете всем вышеперечисленным условиям, поставщик медицинских услуг, зарегистрированный в программе Medi-Cal, должен вернуть вам всю уплаченную вами сумму. Если поставщик откажется вернуть вам деньги, план Blue Shield TotalDual Plan вернет вам полную сумму, которую вы заплатили. Мы возместим вам ущерб в течение 45 рабочих дней с момента получения страхового требования. Если поставщик, зарегистрированный в программе Medi-Cal, но не входящий в сеть плана, откажется вернуть вам деньги, план Blue Shield TotalDual Plan вернет вам всю сумму, которую вы заплатили (в объеме, предусмотренном FFS Medi-Cal). План Blue Shield TotalDual Planвозместит вам полную сумму затрат из собственных средств за неотложную помощь, услуги по планированию семьи или другие услуги, которые Medi-Cal разрешает предоставлять поставщикам, не входящим в сеть, без предварительного одобрения. Если вы не соответствуете одному из вышеперечисленных условий, мы не вернем вам деньги.
- Мы не вернем вам деньги, если:
  - Вы запросили и получили услуги, которые не покрываются программой Medi-Cal, например, косметические услуги;
  - Услуга не покрывается планом Blue Shield TotalDual Plan;
  - Если вы обратились к врачу, который не принимает участие в программе Medi-Cal, и подписали форму, в которой говорилось, что вы все равно хотите попасть на прием, и что вы оплатите услуги самостоятельно
- Если мы не покроем услуги или препараты, мы сообщим вам об этом.

Свяжитесь со отделом обслуживания клиентов или вашим координатором медицинского обслуживания если у вас есть какие-либо вопросы. Если вы не знаете, сколько вам следует заплатить, или если вы получили счет и не знаете, что с ним делать, мы можем помочь. Вы также можете связаться с планом, если вы хотите сообщить информацию о запросе об оплате, который вы уже отправили нам.

Далее приведены примеры случаев, когда вы можете подать запрос в план о возмещении полученной вами суммы или оплатить счет, который вы получили.

1. При получении услуг экстренной или срочно необходимой медицинской помощи у поставщика, не входящего в сеть плана

Вам следует попросить поставщика услуг выставить счет нам.

- Если при получении обслуживания вы оплатили полную стоимость услуг, вы можете попросить нас возместить оплаченную вами сумму за нашу долю затрат. Отправьте нам счет и подтверждение произведенной оплаты.
- Вы можете получить от поставщика услуг счет с запросом произвести оплату, которую, по вашему мнению, вы не должны производить. Отправьте нам счет и подтверждение произведенной оплаты.
    - Если поставщику следует заплатить, мы заплатим непосредственно поставщику.
    - Если вы заплатили больше вашей части доли затрат за услуги Medicare, мы вычислим, сколько вы должны были заплатить, и возместим оплаченную вами сумму за нашу долю затрат.

2. При получении счета от поставщика, входящего в сеть плана

Поставщики, входящие в сеть плана, всегда должны отправлять счет нам. Важно предъявлять свою идентификационную карту участника при получении любых услуг или рецептов. Однако иногда поставщики услуг, входящие в сеть плана, допускают ошибки и просят вас оплатить полученные услуги или сумму, превышающую вашу долю затрат. **Позвоните в отдел обслуживания клиентов** или своему координатору медицинского обслуживания по номеру внизу этой страницы, **если вы получите какие-либо счета.**

- Участники плана при получении покрываемых нами услу оплачивают только долю в совместной оплате. Мы не позволяем поставщикам услуг выставлять вам счета, превышающие эту сумму. Это справедливо даже в тех случаях, когда мы оплачиваем поставщику меньшую сумму, чем он требует за оказанннную услугу. Даже если мы принимаем решение не оплачивать какие-либо расходы, вы не должны этого делать.
- Если вы получили счет от поставщика, входящего в сеть плана, в котором указана сумма больше той, которую, по вашему мнению, вам нужно заплатить, отправьте счет нам. Мы свяжемся непосредственно с поставщиком и решим данную проблему.

- Если вы уже оплатили счет от поставщика, входящего в сеть плана, за услуги, покрываемые Medicare, но вы полагаете, что вы заплатили слишком большую сумму, отправьте нам счет и подтверждение произведенной оплаты. Мы вернем вам разницу между уплаченной суммой и суммой, которую вы должны были заплатить по условиям плана.

3. Если вы зарегистрированы в нашем плане задним числом

Иногда регистрация в плане возможна обратным числом. (Это означает, что первый день вашей регистрации прошел. Возможно, это даже было в прошлом году.)

- Если вы были зарегистрированы задним числом и оплатили счет после даты регистрации, вы можете попросить нас вернуть вам деньги.
- Отправьте нам счет и подтверждение произведенной оплаты.

4. Получение препаратов по рецепту в аптеке, не входящей в сеть плана

Если вы пользуетесь услугами аптеки, не входящей в сеть плана, вы оплачиваете полную стоимость рецептурных препаратов.

- Только в некоторых случаях мы покроем рецептурные препараты, полученные в аптеке, не входящей в сеть плана. Если вы просите нас возместить оплаченную вами сумму за нашу долю затрат, вы должны предоставить нам копию квитанции.
- Информация об аптеках, не входящих в сеть плана, приведена в **Главе 5** этого *Справочника участника*.
- Мы не можем вернуть вам разницу между суммой, которую вы заплатили за препарат в аптеке, не входящей в сеть, и суммой, которую мы заплатили бы в аптеке, входящей в сеть.

5. Оплата полной стоимости рецептурных препаратов части D по программе Medicare по причине отсутствия при себе идентификационной карты участника

Если у вас с собой нет идентификационной карты участника плана, вы можете попросить сотрудников аптеки связаться с нами или поискать информацию о вашей регистрации в плане.

- Если аптека не может получить информацию сразу, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость рецептурных препаратов самостоятельно или вернуться в аптеку с идентификационной картой участника.
- Если вы просите нас возместить оплаченную вами сумму за нашу долю затрат, вы должны предоставить нам копию квитанции.

- Мы не можем возместить вам полную стоимость оплаченной вами суммы, если оплаченная вами стоимость превышает нашу договорную цену на рецепт.

6. Когда вы оплачиваете полную стоимость не покрываемого рецептурного препарата по части D программы Medicare

Вы можете оплатить полную стоимость рецептурного препарата, поскольку препарат не покрывается страховкой.

- Препарат может отсутствовать в нашем *Перечне покрываемых препаратов* (*Перечне препаратов*) на нашем сайте, или к нему могут предъявляться требования или ограничения, о которых вы не знаете или не считаете, что они распространяются на вас. Если вы примете решение получить данный препарат, вам может потребоваться оплатить его полную стоимость.
    - Если вы не платите за препарат и считаете, что мы должны его покрыть, вы можете направить запрос о принятии решения о предоставлении страхового покрытия (см. **Главу 9** этого *Справочника участника*).
    - Если вы, ваш врач или другое лицо, выписывающее препарат, полагаете, что этот препарат необходим вам в данный момент (в ближайшие 24 часа), вы можете подать запрос о принятии ускоренного решения о предоставлении страхового покрытия данного препарата (см. **Главу 9** этого *Справочника участника*).
- Если вы просите нас возместить оплаченную вами сумму, вы должны предоставить нам копию квитанции. В некоторых случаях нам необходимо получить дополнительную информацию от вашего врача или другого лица, выписывающего препарат, чтобы возместить оплаченную вами сумму за нашу долю затрат на оплату препарата. Мы не можем возместить вам полную стоимость оплаченной вами суммы, если оплаченная вами стоимость превышает нашу договорную цену на рецепт.

Если вы отправляете нам запрос об оплате, мы рассмотрим его и решим, следует ли покрывать услуги или препараты. Это называется принятие «решения о покрытии». Если мы примем решение, что услуги или препараты необходимо покрыть, мы возместим оплаченную вами сумму за нашу долю затрат.

Если мы откажем в вашем запросе об оплате, вы можете обжаловать наше решение. Информация о том, как подать апелляцию, приведена в **Главе 9** этого *Справочника участника*.

B. Отправка в план запроса на оплату

Отправьте нам свой счет и подтверждение оплаты, которую вы произвели за услуги Medicare. Подтверждением оплаты может быть копия выписанного счета или квитанция от поставщика. **Желательно сделать копию вашего счета и квитанций.** Вы можете обратиться за помощью к своему координатору медицинского обслуживания. Вы должны отправить нам свою медицинскую информацию по страховым требованиям в течение одного года с даты получения услуги, товара или препарата. Страховое требование по рецептурным препаратам по части D вы должны отправить нам в течение трех лет с момента получения услуги, товаров или препаратов.

Чтобы удостовериться в том, что вы предоставили нам всю информацию, необходимую для принятия решения, вы можете заполнить нашу форму страхового требования для запроса оплаты.

- Вам не обязательно использовать форму, но это помогает нам быстрее обрабатывать информацию.
- Вы можете получить форму на нашем сайте (blueshieldca.com) или позвонить в отдел обслуживания клиентов и запросить предоставить вам форму.

Свой запрос об оплате вместе со счетами или квитанциями необходимо отправить по этому адресу:

Медицинские страховые требования:
Blue Shield TotalDual Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 5927-2640

Страховые требования по рецептурным препаратам по части D:
Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

C. Решения о предоставлении страхового покрытия

Когда мы получим ваш запрос об оплате, мы примем решение о предоставлении страхового покрытия. Это означает, что мы решаем, покрывает ли план соответствующую услугу, товар или препарат. Мы также примем решение по сумме, которую вы должны заплатить (в соответствующих случаях).

- Если нам необходимо больше информации о вас, мы вам сообщим.
- Если мы примем решение о предоставлении страхового покрытия медицинского обслуживания или препарата, и вы следовали всем правилам для его получения, мы оплатим нашу долю затрат на него. Если вы уже оплатили стоимость услуги или препарата, мы вышлем вам чек на сумму нашей доли затрат. Если вы оплатили полную стоимость лекарства, вам может быть возмещена не вся сумма, которую вы заплатили (например, если вы приобрели лекарство в аптеке, не входящей в сеть, или если уплаченная вами сумма превышает нашу договорную цену). Если вы еще не оплатили услугу, мы заплатим непосредственно поставщику услуг.

Правила получения покрытия полученных вами услуг описываются в **Главе 3** этого *Справочника участника*. Правила получения покрытия препаратов по части D программы Medicare описываются в **Главе 5** этого *Справочника участника*.

- Если мы примем решение не оплачивать нашу долю затрат на оплату услуги или препарата, мы отправим вам письмо с объяснением причины отказа. В письме также будет приведена информация о вашем праве подать апелляцию.
- Дополнительная информация по решениям о предоставлении страхового покрытия приведена в **Главе 9**.

D. Апелляции

Если вы полагаете, что мы ошиблись, отклонив ваш запрос об оплате, вы можете попросить нас изменить решение. Это действие называется «подача аппеляции». Вы также можете подать апелляцию, если вы не согласны с суммой, которую мы оплачиваем.

Для официальной подачи апелляции предусмотрены подробные процедуры и сроки. Дополнительная информация об апелляциях приведена в **Главе 9** этого *Справочника участника:*

- Чтобы подать апелляцию по поводу возврата оплаты за медицинские услуги, см. **Раздел F.**
- Чтобы подать апелляцию по поводу возврата оплаты за препараты, см. **Раздел G.**

Глава 8. Ваши права и обязанности

Введение

В этой главе описаны ваши права и обязанности как участника нашего плана. План должен уважать ваши права. Основные термины и определения приведены в алфавитном порядке в последней главе этого *Справочника участника*.

Содержание

A. Право получать услуги и информацию с учетом ваших потребностей 259

B. Наши обязанности по обеспечению своевременного доступа к покрываемым планом услугам и препаратам 260

C. В наши обязанности входит защита ваших персональных данных и медицинской информации 261

C1. Как мы защищаем вашу PHI 262

C2. Ваше право просматривать свою медицинскую документацию 263

D. Наша обязанность предоставлять вам информацию 263

E. Отсутствие у поставщиков, входящих в сеть плана, возможности выставлять вам счета напрямую 265

F. Право прекратить участие в нашем плане 265

G. Право принимать решения о вашем медицинском обслуживании 265

G1. Право знать о существующих вариантах лечения и принимать решения 265

G2. Вы имеете право высказать пожелания по поводу дальнейшего обслуживания в том случае, если вы не можете принимать решения самостоятельно 266

G3. Что делать если ваши указания не выполняются 268

H. Право подавать жалобы и запросы об изменении принимаемых нами решений 268

H1. Что делать в случае несправедливого отношения или как получить более подробную информацию о ваших правах 268

I. Ваши обязанности как участника плана 269

A. Право получать услуги и информацию с учетом ваших потребностей

Мы должны обеспечить предоставление вам **всех** услуг (клинических и неклинических) культурно компетентным и доступным способом, в том числе для лиц с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха и лиц с различным культурным и этническим происхождением. Мы также должны рассказать вам о льготах нашего плана и ваших правах так, чтобы вы могли их понять. Мы должны информировать вас о ваших правах каждый год, пока вы являетесь участником нашего плана.

- Чтобы получить информацию в понятной вам форме, позвоните по телефону вашему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов. В нашем плане имеются бесплатные услуги переводчика, позволяющие отвечать на вопросы на разных языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, камбоджийский, китайский традиционный, китайский упрощенный, фарси, корейский, русский, испанский или испанский креольский, тагальский и вьетнамский и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля и аудиоформат. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания клиентов или напишите в план Blue Shield TotalDual Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
    - Вы можете попросить прислать вам этот документ на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan.
    - Сотрудники отдела обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan сохранят ваши предпочтения, чтобы в будущем вы получали сообщения на нужном языке и в нужном формате. Чтобы внести изменения в указанные предпочтения, обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan.

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана из-за сложностей с языком или инвалидности и вы хотите подать жалобу, позвоните сюда:

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

- Управление по гражданским правам Medi-Cal: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 711.
- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам: 1-800-368-1019. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-800-537-7697.

B. Наши обязанности по обеспечению своевременного доступа к покрываемым планом услугам и препаратам

У вас, как участника нашего плана, имеются права.

- Вы имеете право выбирать PCP в пределах сети нашего плана. Поставщик, входящий в сеть плана, — это поставщик, который сотрудничает с планом. Дополнительная информацию о том, какие типы поставщиков услуг могут выполнять роль PCP и как выбрать PCP, приведена в **Главе 3** этого *Справочника участника*.
    - Позвоните своему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов, или ознакомьтесь со *Справочником поставщиков и аптек,* чтобы узнать больше о поставщиках услуг, входящих в сеть плана и о том, какие врачи принимают новых пациентов.
- Вы имеете право обратиться к специалисту по женскому здоровью без направления. Направление — это разрешение вашего PCP на использование поставщика услуг, который не является вашим PCP.
- Вы имеете право получать покрываемые услуги от поставщиков, входящих в сеть плана, в течение разумного периода времени.
    - В том числе право получать своевременные услуги от специалистов.
    - Если вы не можете получить услуги в течение разумного периода времени, мы должны оплатить услуги вне сети плана.
- Вы имеете право получать услуги экстренной или срочно необходимой медицинской помощи без предварительного разрешения.
- Вы имеете право без промедления получать рецептурные препараты в любой из аптек, входящих в сеть плана.

- Вы имеете право знать, в каких случаях вы можете посетить поставщика услуг, не входящего в сеть плана. Информация о поставщиках услуг, не входящих в сеть плана, приведена в **Главе 3** этого *Справочника участника*.
- Если вы становитесь участником нашего плана впервые, вы имеете право продолжать обращаться к своим поставщикам услуг и сохранить разрешения на получение услуг до 12 месяцев при соблюдении определенных условий. Дополнительная информация о сохранении поставщиков услуг и разрешений на получение услуг приведена в **Главе 1** этого *Справочника участника*.
- Вы имеете право самостоятельно принимать решения о медицинском обслуживании, при содействии вашей команды и координатора медицинскому обслуживанию.

В **Главе 9** этого *Справочника участника* приведена информация о том, что вы можете сделать, если вы полагаете, что вы не получаете услуги или препараты в течение разумного периода времени. Там также представлена информация о том, что вы можете сделать, если вам было отказано в страховом покрытии услуг или препаратов, и вы не согласны с нашим решением.

C. В наши обязанности входит защита ваших персональных данных и медицинской информации

План защищает вашу персональную и медицинскую информацию согласно федеральному законодательству и законодательству штата.

Ваша конфиденциальная медицинская информация (PHI) включает в себя персональные данные, которые вы предоставили нам при регистрации в нашем плане. Она также включает медицинскую документацию, а также другую медицинскую информацию и данные о состоянии здоровья.

Когда дело касается вашей информации и контроля над использованием вашей PHI, у вас есть определенные права. План направит вам письменное уведомление, в котором содержится информация об этих правах, а также объясняется, как план защищает конфиденциальность вашей PHI. Данное уведомление называется «Уведомление о политике конфиденциальности».

Участники, которые дают согласие на получение деликатных услуг, не обязаны получать разрешение других участников на получение таких услуг или подавать страховое требование о получение деликатных услуг. План Blue Shield TotalDual Plan будет направлять сообщения, касающиеся деликатных услуг, на указанный альтернативный почтовый адрес, адрес электронной почты или номер телефона участника или, при

отсутствии таких указаний, на имя участника по адресу или номеру телефона, указанному в файле. План Blue Shield TotalDual Plan не будет раскрывать медицинскую информацию, связанную с деликатными услугами, любому другому участнику без письменного разрешения участника, получающего такие услуги. План Blue Shield TotalDual Plan будет удовлетворять запросы на конфиденциальную связь в запрошенной форме и в запрошенном формате, если это можно легко воспроизвести в запрошенной форме и формате, или в альтернативных местах. Запрос участника на конфиденциальную связь в связи с деликатными услугами будет действовать до тех пор, пока он не отзовет запрос или не отправит новый запрос на конфиденциальную связь. Чтобы запросить копию нашего Уведомления о политике конфиденциальности или запросить внесение в ваш файл требования о конфиденциальной связи, выполните указанные ниже шаги.

1. Перейдите на сайт blueshieldca.com и нажмите ссылку «Конфиденциальность» (Privacy) внизу главной страницы. Там вы можете найти Уведомление о политике конфиденциальности и форму для запроса конфиденциальной связи.

2. Позвоните по номеру телефона отдела обслуживания клиентов, указанному на вашей идентификационной карточке участника Blue Shield.

3. Позвоните в отдел конфиденциальной информации Blue Shield of California по бесплатному телефону (888) 266-8080. Пользователей линии TTY просим обращаться по номеру 711.

4. Отправьте электронное письмо по адресу: privacy@blueshieldca.com

C1. Как мы защищаем вашу PHI

План гарантирует, что посторонние лица не смогут увидеть или изменить ваши документы.

За исключением случаев, указанных ниже, мы не передаем вашу PHI каким-либо лицам, кроме тех, которые предоставляют вам медицинское обслуживание или оплачивают его. Если мы это делаем, в первую очередь мы обязаны получить ваше письменное разрешение. Письменное разрешение можете дать вы или кто-то, кто по закону уполномочен принимать решения за вас.

Иногда нам не требуется предварительно получать ваше письменное разрешение. Эти исключения разрешены или предусмотрены законодательством.

- Мы обязаны предоставлять PHI государственным учреждениям, проверяющим качество медицинского обслуживания, предоставляемого нашим планом.
- Мы можем раскрыть PHI по решению суда при условии, что это разрешено законом Калифорнии.

- Мы должны предоставить программе Medicare вашу PHI, включая информацию о ваших препаратах по части D программы Medicare. Если Medicare раскрывает вашу PHI для исследований или для других целей, это делается в соответствии с федеральными законами.

C2. Ваше право просматривать свою медицинскую документацию

- Вы имеете право проверить вашу медицинскую документацию и получить ее копию. План имеет право взимать с вас оплату за изготовление копии вашей медицинской документации.
- Вы имеете право попросить нас обновить или исправить вашу медицинскую документацию. Если вы попросите нас об этом, мы, совместно с вашим поставщиком медицинских услуг, решим, следует ли вносить изменения в документацию.
- Вы имеете право знать, передаем ли мы в каких-либо целях, которые не являются плановыми, вашу PHI другим лицам и каким образом мы делаем это.

Если у вас есть вопросы или опасения по поводу конфиденциальности вашей PHI, позвоните в отдел обслуживания клиентов.

D. Наша обязанность предоставлять вам информацию

Как участник нашего плана, вы имеете право получать от нас информацию о нашем плане, поставщиках услуг, входящих в сеть плана и покрываемых услугах, используемых вами.

Если вы не говорите по-английски, мы предоставляем услуги переводчика для ответов на ваши вопросы о нашем плане. Чтобы воспользоваться услугой переводчика, позвоните в отдел обслуживания клиентов. Эта услуга предоставляется бесплатно. Настоящий Справочник участника и другие важные письменные материалы доступны на других языках, а не только на английском. Материалы также могут быть предоставлены на арабском, армянском, камбоджийском, упрощенном китайском, традиционном китайском, фарси, хинди, хмонг, японском, корейском, лаосском, мьен, пенджабском, русском, испанском, тагальском, тайском, украинском и вьетнамском языках. Мы также можем предоставить вам информацию крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудио формате. Мы обязаны предоставлять вам информацию о преимуществах плана в доступном и подходящем для вас формате. Чтобы получить от нас информацию в удобном для вас виде, позвоните в отдел обслуживания клиентов.

Если вам нужна информация по любому из следующих вопросов, позвоните в отдел обслуживания клиентов:

- Информация о том, как выбрать или поменять планы

- Информация о нашем плане, включая:
  - финансовую информацию;
  - информацию об оценке нашего плана его участниками;
  - информацию о количестве апелляций, поданных участниками плана;
  - информацию о том, как прекратить участие в нашем плане.
- Информация о поставщиках и аптеках, входящих в сеть плана, включая:
  - информацию о том, как выбрать или поменять поставщиков первичных медицинских услуг;
  - информацию о квалификации поставщиков услуг и аптек, входящих в сеть плана;
  - информацию о том, как мы оплачиваем услуги поставщиков, входящих в сеть плана.
- Покрываемые планом услуги и препараты, в том числе:
  - информацию об услугах (см. **Главы 3 и 4** этого *Справочника участника*) и препаратах (см. **Главы 5 и 6** этого *Справочника участника*), покрываемых нашим планом;
  - информацию об ограничениях, которые распространяются на покрытие и препараты;
  - информацию о правилах, которые вы должны соблюдать, чтобы получить покрываемые услуги и препараты.
- Информация о том, почему что-либо не покрывается планом и что вы можете с этим сделать (см. **Главу 9** этого *Справочника участника*), в том числе попросить нас:
  - описать в письменном виде почему что-либо не покрывается планом;
  - изменить принятое нами решения;
  - оплатить полученный вами счет.

E. Отсутствие у поставщиков, входящих в сеть плана, возможности выставлять вам счета напрямую

Врачи, больницы и другие поставщики, входящие в сеть плана, не могут заставить вас оплачивать покрываемые услуги. Они также не могут взимать с вас остаток по счету, если мы оплачиваем поставщику услуг сумму, меньшую, чем та, которую он требует за оказанную услугу. Подробная информация о том, что делать, если поставщик, входящий в сеть плана, пытается взять с вас оплату за покрываемые услуги, приведена в **Главе 7** этого *Справочника участника*.

F. Право прекратить участие в нашем плане

Никто не может заставить вас оставаться участником нашего плана, если вы этого не хотите.

- Вы имеете право получать большую часть медицинских услуг через программу Original Medicare или в рамках другого плана программы Medicare Advantage (MA).
- Вы можете получить свои льготы по препаратам по части D программы Medicare от плана покрытия препаратов или от другого плана MA.
- Ознакомьтесь с **Главой 10** этого *Справочника участника*.
    - Для получения дополнительной информации о том, когда вы можете присоединиться к новому плану MA или плану льгот по препаратам;
    - Для получения информации о том, как вы будете получать льготы по программе Medi-Cal после того, как вы перестанете быть участником нашего плана.

G. Право принимать решения о вашем медицинском обслуживании

Вы имеете право на получение полной информации от своих врачей и других поставщиков медицинских услуг, которая поможет вам принимать решения относительно вашего медицинского обслуживания.

G1. Право знать о существующих вариантах лечения и принимать решения

Ваши поставщики услуг должны объяснять ваше состояние и варианты лечения таким образом, что вы смогли это понять. У вас есть право:

- **Знать об имеющихся вариантах.** Вы имеете право знать о всех вариантах лечения.
- **Знать о рисках.** Вы имеете право знать о каких-либо возможных рисках. Мы должны сообщить вам заранее, если оказание какой-либо услуги или какой-либо вид лечения являются частью научного эксперимента. Вы имеете право отказаться от экспериментальных методов лечения.
- **Получить заключение другого специалиста.** Вы имеете право обратиться к другому врачу до принятия решения о лечении.
- **Отказаться**. Вы имеете право отказаться от любого лечения. В том числе право покинуть больницу или другое медицинское учреждение, даже если ваш врач советует вам не делать этого. Вы также имеете право прекратить принимать выписанный препарат. Если вы откажетесь от лечения или прекратите принимать выписанный вам препарат, мы не исключим вас из нашего плана. Но если вы откажитесь от лечения или прекратите принимать препарат, вы несете полную ответственность за то, что с вами происходит.
- **Попросить нас объяснить, почему поставщик услуг отказался предоставлять медицинское обслуживание.** Вы имеете право получить от плана объяснение, если поставщик отказался предоставлять медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, вы должны получить.
- **Попросить план покрыть услугу или препарат, в покрытии которого вам было отказано или на который, как правило, покрытие не распространяется.** Это называется принятием решения о предоставлении страхового покрытия. Информация о том, как подать в план запрос о принятии решения о предоставлении страхового покрытия приведена в **Главе 9** этого *Справочника участника*.

G2. Вы имеете право высказать пожелания по поводу дальнейшего обслуживания в том случае, если вы не можете принимать решения самостоятельно

Иногда лица не могут принимать решения по поводу медицинского обслуживания самостоятельно. Прежде чем это произойдет с вами, вы можете:

- Заполнить форму, согласно которой **вы предоставляете кому-либо право принимать решения по поводу медицинского обслуживания за вас**, если вы когда-либо станете неспособны принимать решения самостоятельно.
- **Дать вашим врачам указания в письменном виде** с пожеланиями в отношении решения вопроса о вашем медицинском обслуживании, если вы не сможете принимать решения самостоятельно, включая то медицинское обслуживание, которое вы **не хотите** получать.

Такой юридический документ, который вы можете использовать для предоставления своих указаний, называется «предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве». Существуют разные типы предварительных распоряжений с разными названиями. В качестве примеров можно назвать «Медицинское завещание» и «Доверенность на медицинское обслуживание».

Вам не обязательно иметь предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве, но вы можете его составить. Если вы хотите использовать предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве, вам нужно выполнить нижеследующие действия.

- **Получите форму.** Вы можете получить форму у своего врача, юриста, социального работника или в некоторых магазинах канцелярских принадлежностей. Формы часто имеются в аптеках и офисах поставщиков услуг. Вы можете найти бесплатную форму в Интернете и скачать ее. Вы также можете обратиться в отдел обслуживания клиентов с запросом о получении формы.
- **Заполните форму и подпишите ее.** Данная форма является юридическим документом. Рассмотрите возможность обратиться к адвокату или любому другому доверенному лицу, например члену семьи или вашему PCP, за помощью в заполнении формы.
- **Передайте копии формы соответствующим лицам.** Предоставьте копию данной формы своему врачу. Вам также следует передать копию лицу, которому вы предоставляете полномочия принимать решения за вас, если вы не можете принимать их самостоятельно. Вы также можете передать копии документа близким друзьям или членам семьи. Не забудьте оставить копию документа у себя дома.
- Если вас госпитализируют, и вы подписали предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве, **возьмите его копию с собой в больницу**.
    - В больнице вас спросят, есть ли у вас с собой подписанная форма предварительного распоряжения о медицинском вмешательстве.
    - Если вы еще не подписали форму предварительного распоряжения о медицинском вмешательстве, в больнице, где есть соответствующие формы, вас спросят, хотите ли вы ее подписать.

У вас есть право:

- Поместить предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве в вашу медицинскую карту;

- В любой момент изменить или отменить свое предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве;
- Узнавать об изменении законодательства, касающегося предварительных распоряжений о медицинском вмешательстве; В случае внесения таких изменений в законы штата план Blue Shield TotalDual Plan уведомит вас об этом не позднее чем через 90 дней с момента их вступления в силу.

Согласно законодательству, никто не может отказать вам в обслуживании или дискриминировать вас на основании того, подписали ли вы предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве. Для получения более подробной информации обратитесь в отдел обслуживания клиентов.

G3. Что делать если ваши указания не выполняются

Если вы подписали предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве, и считаете, что врач или больница не выполнили приведенные в нем инструкции, вы можете подать жалобу в Commence Health (организация по повышению качества штата Калифорния) по телефону 1-877-588-1123 [TTY: 711] или написать по адресу: Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

H. Право подавать жалобы и запросы об изменении принимаемых нами решений

Информация о том, что вы можете сделать, если у вас возникли проблемы или вопросы в отношении покрываемых услуг или медицинского обслуживания, приведена в **Главе 9** этого *Справочника участника*. Например, вы можете подать запрос о принятии решения о предоставлении страхового покрытии, подать апелляцию для изменения решения о предоставлении страхового покрытия или подать жалобу.

Вы имеете право получать информацию об апелляциях и жалобах, поданных другими участниками плана. Чтобы получить эту информацию, позвоните в отдел обслуживания клиентов.

H1. Что делать в случае несправедливого отношения или как получить более подробную информацию о ваших правах

Если вы считаете, что мы относились к вам несправедливо (и речь **не** идет о дискриминации по причинам, перечисленным в **Главе 11** этого *Справочника участника*), или вам нужна дополнительная информация о ваших правах, вы можете позвонить:

- Отдел обслуживания клиентов

- В Программу HICAP по телефону 1-800-434-0222 (линия TTY: 711). Более подробная информация о HICAP приведена в **Главе 2, Раздел E.**
- Омбудсмену программы Medi-Cal следует звонить по телефону 1-888-452-8609. Подробная информация об этой программе приведена в **Главе 2** этого *Справочника участника*.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048 (вы также можете прочитать или загрузить документ «Права и средства защиты прав участника программы Medicare» с сайта Medicare: www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

I. Ваши обязанности как участника плана

Участники плана должны выполнять перечисленные ниже обязанности.
В случае возникновения вопросов обратитесь в отдел обслуживания клиентов.

- **Ознакомиться с этим *Справочником участника*** для получения информации о том, что покрывает наш план, а также правилах, которые необходимо соблюдать, чтобы получить покрываемые услуги и препараты. Информация о:
  - Покрываемых услугах приведена в **Главах 3 и 4** этого *Справочника участника*; В этих главах представлена информация о том, что покрывается планом, что не покрывается, какие правила необходимо соблюдать, и сколько вы платите за услуги;
  - Покрываемых препаратах приведена в **Главах 5 и 6** этого *Справочника участника*.
- **Сообщать нам, есть ли у вас какое-либо другое медицинское покрытие или покрытие стоимости препаратов.** Мы должны убедиться, что вы используете все возможности страхового покрытия при получении медицинского обслуживания. Если у вас есть другое страховое покрытие, позвоните в отдел обслуживания клиентов.
- **Сообщать своему врачу и другим поставщикам медицинских услуг**, что вы являетесь участником нашего плана. Покажите свою идентификационную карточку участника, когда вы получаете услуги или препараты.
- **Помогать вашим врачам** и другим поставщикам медицинских услуг предоставить вам самое лучшее обслуживание.
  - Предоставьте им необходимую информацию о вас и о состоянии вашего здоровья. Узнайте как можно больше о ваших проблемах со

здоровьем. Следуйте планам лечения и инструкциям, в отношении которых было достигнуто обоюдное согласие между вами и вашими поставщиками медицинских услуг.

- Обязательно сообщите всем вашим врачам и другим поставщикам медицинских услуг обо всех препаратах, которые вы принимаете. А именно о рецептурных препаратах, препаратах, отпускаемых без рецепта, витаминах и добавках.

- Задавайте любые вопросы, которые у вас появляются. Ваши врачи и другие поставщики медицинских услуг должны объяснять информацию таким образом, чтобы вы смогли ее понять. Если вы не понимаете ответ на заданный вопрос, спросите еще раз.

- **Сотрудничать со своим координатором медицинского обслуживания**, включая прохождение ежегодной оценки риска для здоровья**.**
- **Быть тактичными.** Мы ожидаем от всех участников нашего плана уважения прав других лиц. Мы также надеемся, что вы будете вести себя соответствующим образом в кабинете вашего врача, в больницах и в офисах других поставщиков медицинских услуг.
- **Оплачивать то, что вы должны оплатить.** Участники плана должны производить нижеследующие оплаты.
  - Страховые взносы по части A и по части B программы Medicare. Для большинства участников плана Blue Shield TotalTotalDual Plan страховые взносы по части A по части B программы Medicare оплачивает Medi-Cal.

  - При получении некоторых ваших препаратов, покрываемых нашим планом, вы должны оплатить свою часть затрат на препарат. Это будет доля в совместной оплате (фиксированная сумма). В **Главе 6** приведена информация о том, сколько вы должны заплатить за препараты.

  - **Если вы получаете какие-либо услуги или препараты, не покрываемые нашим планом, вы должны оплатить их полную стоимость.** (**Примечание.** Если вы не согласны с решением плана относительно того, что план не покрывает какую-либо услугу или препарат, вы можете подать апелляцию. Информация о том, как подать апелляцию, приведена в **Главе 9**.)

- **Сообщать нам, если вы решили переехать.** Если вы планируете переезд, незамедлительно сообщите нам об этом. Позвоните своему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов.
    - **Если вы переезжаете за пределы нашей зоны обслуживания, вы не сможете оставаться участником нашего плана.** Участниками плана могут быть только лица, проживающие в пределах нашей зоны обслуживания. В **Главе 1** этого *Справочника участника* представлена информация о нашей зоне обслуживания.
    - Мы можем помочь вам выяснить, выезжаете ли вы за пределы нашей зоны обслуживания. В течение специального периода регистрации вы можете перейти на программу Original Medicare или зарегистрироваться в плане медицинского страхования или плане покрытия стоимости препаратов программы Medicare в вашем новом месте проживания. Мы можем сообщить вам, имеется ли у нас план в вашем новом месте жительства.
    - Сообщите программам Medicare и Medi-Cal ваш новый адрес при переезде. Номера телефонов программ Medicare и Medi-Cal приведены в **Главе 2** этого *Справочника участника.*
    - **Если вы переезжаете в пределах нашей зоны обслуживания, нам тоже необходимо знать об этом.** Нам необходимо хранить ваши данные участника в обновленном состоянии и знать, как с вами можно связаться.
    - **Если вы переезжаете, сообщите об этом в службу социального обеспечения (или в совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта).**
- **Сообщите нам, если у вас сменился номер телефона или имеется лучший способ связаться с вами.**
- **Позвоните своему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов, если у вас возникнут какие-либо вопросы или проблемы.**

Глава 9. Что делать, если у вас появились проблемы или жалобы (решения о предоставлении страхового покрытия, апелляции, жалобы)

Введение

В данной главе приведена информация о ваших правах. Прочтите данную главу, чтобы узнать, что делать, если:

- У вас возникла проблема или жалоба в связи с нашим планом.
- Вам необходимы услуги, товары или лекарственные препараты, которые не оплачиваются планом.
- Вы не согласны с решением, принятым планом в отношении вашего обслуживания.
- Вы считаете, что предоставление покрываемых услуг заканчивается слишком рано.
- У вас возникла проблема или жалоба в связи с долгосрочным обслуживанием и поддержкой, в том числе по Программе CBAS, и услугам учреждения NF.

Данная глава разделена на разделы, которые помогут вам легко найти информацию, которую вы ищете. **Если у вас возникла какая-либо проблема или жалоба, вам необходимо прочитать те части данной главы, которые применимы к вашей ситуации.**

Вы должны получать медицинское обслуживание, лекарственные препараты и услуги долгосрочного обслуживания и поддержки, которые ваш врач или другие поставщики услуг считают необходимыми в рамках вашего плана медицинского обслуживания. **В случае возникновения проблем с вашим обслуживанием, вы можете позвонить в программу омбудсмена Medicare Medi-Cal по номеру 1-855-501-3077 и обратиться за помощью.** В этой главе разъясняются возможные варианты решения различных проблем и жалоб, но вы всегда можете обратиться в программу омбудсмена, сотрудники которой помогут вам решить вашу проблему. Дополнительные ресурсы для решения ваших проблем и способы связи с ними приведены в **Главе 2** вашего *Справочника участника*.

Содержание

A. Что делать, если у вас возникла проблема 275

A1. Юридические термины 275

B. Куда обращаться за помощью 275

B1. Для получения дополнительной информации и поддержки 275

C. Понимание жалоб и апелляций Medicare и Medi-Cal в нашем плане 277

D. Проблемы с вашими льготами 277

E. Решения о предоставлении страхового покрытия и апелляции 278

E1. Решения о предоставлении страхового покрытия 278

E2. Апелляции 279

E3. Помощь в отношении запросов о принятии решений о предоставлении страхового покрытия и при подаче апелляций 280

E4. В каком разделе этой главы можно получить необходимую помощь 281

F. Медицинское обслуживание 281

F1. Использование этого раздела 282

F2. Запрос в отношении принятия решения о предоставлении страхового покрытия 283

F3. Подача апелляции уровня 1 285

F4. Подача апелляции уровня 2 290

F5. Проблемы с оплатой 299

G. Препараты по части D программы Medicare 301

G1. Решения о предоставлении страхового покрытия и апелляции в отношении рецептурного препарата по части D по программе Medicare 301

G2. Исключения в отношении препаратов по части D по программе Medicare 303

G3. Что важно знать при подаче запроса об исключениях 306

G4. Запрос о принятии решения о предоставлении страхового покрытия, включая исключение 307

G5. Подача апелляции уровня 1 311

G6. Подача апелляции уровня 2 314

H. Подача запроса в план о покрытии более длительного пребывания в больнице 316

H1. Узнайте о ваших правах по программе Medicare 317

H2. Подача апелляции уровня 1 318

H3. Подача апелляции уровня 2 321

I. Подача нам запроса о продолжении покрытия определенных медицинских услуг 322

I1. Предварительное уведомление до прекращения действия страхового покрытия 323

I2. Подача апелляции уровня 1 323

I3. Подача апелляции уровня 2 325

J. Подача апелляции после уровня 2 326

J1. Следующие шаги для получения услуг и товаров в рамках программы Medicare 326

J2. Дополнительные апелляции по программе Medi-Cal 328

J3. Апелляции на уровнях 3, 4 и 5 по запросам в отношении препаратов по части D по программе Medicare 329

K. Как подать жалобу 331

K1. Какие именно проблемы могут послужить причиной для подачи жалобы 331

K2. Внутренние жалобы 333

K3. Внешние жалобы 336

A. Что делать, если у вас возникла проблема

В этой главе объясняется, как решать проблемы и сложности. Используемый вами процесс зависит от типа вашей проблемы. Используйте один процесс для **принятия решений о предоставлении страхового покрытия и апелляций**, а другой — для **подачи жалоб,** которые также называются претензиями.

Чтобы обеспечить справедливость и оперативность, для каждого процесса предусмотрен набор правил, процедур и сроков, которые и мы, и вы должны соблюдать.

A1. Юридические термины

В этой главе используются юридические термины для некоторых правил и сроков. Многие из этих терминов могут быть сложными для понимания, поэтому мы использовали вместо определенных юридических терминов более простые слова. Мы стараемся как можно реже использовать аббревиатуры.

Например, мы говорим:

- «Направить жалобу» вместо «подать претензию»;
- «Решение о страховом покрытии» вместо «определение организации», «определение льгот», «определение риска» или «определение страхового покрытия»;
- «Быстрое решение о предоставлении страхового покрытия» вместо «ускоренное определение»;
- «Независимая экспертная организация» (Independent Review Organization, IRO) вместо «Организация по проведению независимой проверки» (Independent Review Entity, IRE).

Знание правильных юридических терминов поможет вам более четко понимать сказанное, поэтому мы приводим их определение.

B. Куда обращаться за помощью

B1. Для получения дополнительной информации и поддержки

Иногда непонятно, с чего нужно начать процесс решения проблемы или как действовать дальше. Особенно это справедливо в случаях, когда вы плохо себя чувствуете или ощущаете слабость. Кроме того, у вас может не быть информации, необходимой для следующего шага.

Помощь от Программы консультирования и защиты прав в сфере медицинского страхования

Вы можете обратиться в Программу HICAP. Консультанты HICAP могут ответить на ваши вопросы и помогут вам понять, что нужно сделать для решения вашей проблемы. Программа HICAP не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. HICAP предоставляет услуги своих консультантов во всех округах, при чем полностью бесплатно. Номер телефона HICAP: 1-800-434-0222.

Помощь от Программы омбудсмена Medicare Medi-Cal

Вы можете обратиться в Программу омбудсмена Medicare Medi-Cal и обсудить с защитником интересов свои вопросы о медицинском страховом покрытии. Программа может предложить бесплатную юридическую помощь. Программа омбудсмена не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. Телефон: 1-855-501-3077; веб-сайт: www.healthconsumer.org.

Помощь и информация от программы Medicare

Вы можете обратиться в программу Medicare за дополнительной информацией или за помощью. Далее приведены два способа получения помощи от программы Medicare.

- Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователей TTY просим обращаться по номеру 1-877-486-2048.
- Вы можете посетить сайт программы Medicare (www.medicare.gov).

Помощь от Департамента здравоохранения штата Калифорния

Вам может помощь Омбудсмен по управляемому обслуживанию Medi-Cal Департамента здравоохранения штата Калифорния. Он поможет вам при наличии проблем с регистрацией в плане медицинского страхования, сменой плана или выходом из плана, а также в случае переезда и при наличии проблем с переводом вашей страховки Medi-Cal в новый округ. Звоните омбудсмену с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. по телефону 1-888-452-8609.

Помощь от Департамента управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния

Для получения бесплатной консультации обратитесь в DMHC штата Калифорния. DMHC осуществляет надзор за планами медицинского страхования. DMHC оказывает содействие тем, кто подал апелляцию в связи с услугами Medi-Cal или неправильно выставленными счетами. В DMHC можно позвонить по телефону 1-888-466-2219. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться бесплатным номером линии TDD 1-877-688-9891. Вы также можете посетить сайт DMHC по адресу www.dmhc.ca.gov.

Деятельность планов медицинского страхования находится в ведении Департамента управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния. Если у вас есть претензия в отношении вашего плана медицинского страхования, вам следует позвонить напрямую в ваш план по номеру **1-800-452-4413 (линия TTY: 711)** и воспользоваться процедурой подачи претензии вашего плана до обращения в Департамент. Такой порядок действий не лишает вас законных прав и имеющихся средств защиты. Если вам потребуется помощь в подаче претензии, требующей ускоренного рассмотрения, претензии, решение по которой вас не удовлетворяет, либо претензии, которая не была рассмотрена в течение 30 дней, вы можете обратиться в Департамент. Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR). IMR представляет собой объективную оценку медицинских решений, принятых планом медицинского страхования в отношении медицинской целесообразности предложенных услуг или лечения, страхового покрытия лечения экспериментального или исследовательского характера и споров, касающихся оплаты экстренной и неотложной медицинской помощи. В Департаменте также имеется номер телефона для бесплатных звонков (**1-888-466-2219**) и линия TDD (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями слуха и речи. На сайте Департамента www.dmhc.ca.gov имеются формы для жалоб, формы заявлений на проведение экспертизы IMR и инструкции по их заполнению.

C. Понимание жалоб и апелляций Medicare и Medi-Cal в нашем плане

Вы участвуете в программах Medicare и Medi-Cal. Информация в этой главе применима ко всем вашим льготам управляемого медицинского обслуживания по программам Medicare и Medi-Cal. Иногда такой подход называют «интегрированным процессом», поскольку он объединяет или интегрирует процессы Medicare и Medi-Cal.

Иногда процессы Medicare и Medi-Cal не могут быть объединены. В таких ситуациях вы используете один процесс для получения льгот по программе Medicare, а другой процесс для получения льгот по программе Medi-Cal. Такие ситуации объясняются в **Разделе F4**.

D. Проблемы с вашими льготами

Если у вас возникла какая-либо проблема или жалоба, вам необходимо прочитать те части данной главы, которые применимы к вашей ситуации. Приведенная далее таблица поможет вам найти раздел данной главы, соответствующий вашим проблемам или жалобам.

Ваша проблема или жалоба связана с вашими льготами или покрытием?

Сюда входят проблемы, связанные с тем, покрывается или нет конкретное медицинское обслуживание (медицинские товары, услуги и (или) препараты по части B), как оно покрывается, а также проблемы, связанные с оплатой медицинского обслуживания.

Да. Моя проблема связана с льготами или страховым покрытием.	**Нет.** Моя проблема не связана с льготами или страховым покрытием.
См. **Раздел E** «Решения о предоставлении страхового покрытии и апелляции».	См. **Раздел K** «Как подать жалобу».

E. Решения о предоставлении страхового покрытия и апелляции

Процесс запроса решения о страховом покрытии и подачи апелляции касается проблем, связанных с вашими льготами и покрытием медицинского обслуживания (услуги, товары и препараты по части B, включая оплату). Для простоты мы обычно называем медицинские товары, услуги и препараты по части B медицинским обслуживанием.

E1. Решения о предоставлении страхового покрытия

Решение о предоставлении страхового покрытия — это решение, которое мы принимаем в отношении ваших льгот и покрытия или в отношении суммы, которую мы оплатим за ваши медицинские услуги или препараты. Вы или ваш врач также можете связаться с нами и попросить принять решение о предоставлении страхового покрытия. Вы или ваш врач можете не быть уверены, покрываем ли мы конкретную медицинскую услугу или можем ли мы отказать в предоставлении медицинской помощи, которая, по вашему мнению, вам необходима. **Если вы хотите узнать, покроем ли мы медицинскую услугу до того, как вы ее получите, вы можете попросить нас принять для вас решение о предоставлении страхового покрытия.**

Мы принимаем решение о предоставлении страхового покрытия, когда рассматриваем запрос на обслуживание или страховое требование. В некоторых случаях мы можем принять решение, что услуга или препарат не покрываются или больше не покрываются для вас по программам Medicare или Medi-Cal. Если вы не согласны с таким решением о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию.

E2. Апелляции

Если мы примем решение о предоставлении страхового покрытия, с которым вы не согласны, вы можете подать апелляцию на это решение. Апелляция — это официальный запрос о пересмотре и изменении принятого нами решения о предоставлении страхового покрытия.

Когда вы подаете апелляцию на решение в первый раз, это называется апелляцией уровня 1. В этой апелляции мы рассматриваем принятое нами решение о предоставлении страхового покрытия, чтобы проверить, действовали ли мы в соответствии со всеми правилами. Вашу апелляцию рассматривают другие эксперты, отличные от тех, кто принял первоначальное отрицательное решение.

В большинстве случаев вы должны начать с подачи апелляции уровня 1. Если ваша проблема со здоровьем является неотложной или представляет собой непосредственную и серьезную угрозу вашему здоровью, или если вы испытываете сильную боль и нуждаетесь в быстром принятии решения, вы можете запросить медицинскую экспертизу IMR в Департаменте управляемого медицинского обслуживания на сайте www.dmhc.ca.gov. Дополнительную информацию см. в **Разделе F4**.

По завершении процесса рассмотрения мы сообщаем вам о своем решении. При определенных обстоятельствах, описанных далее в этой главе в Разделе F2, вы можете запросить ускоренное или «срочное решение о предоставлении страхового покрытия» или «срочную апелляцию» на решение о предоставлении страхового покрытия.

Если мы ответим **отрицательно** на часть вашего запроса или на весь запрос, мы известим вас об этом письмом. Если ваша проблема связана со страховым покрытием медицинского обслуживания по программе Medicare, в письме будет указано, что мы отправили ваше дело в Независимую экспертную организацию (IRO) для рассмотрения апелляции уровня 2. Если ваша проблема связана со страховым покрытием по части D по программе Medicare, услугой или товаром по программе Medicaid, в письме будет указано, как вы можете самостоятельно подать апелляцию уровня 2. Дополнительная информация об апелляциях уровня 2 приведена в **Разделе F4**.

Если вы не удовлетворены решением по апелляции уровня 2, вы можете подать апелляции дополнительных уровней.

E3. Помощь в отношении запросов о принятии решений о предоставлении страхового покрытия и при подаче апелляций

Вы можете обратиться за помощью в ниже следующие организации.

- **Отдел обслуживания клиентов** по телефонам внизу страницы.
- **Программа омбудсмена Medicare Medi-Cal по телефону 1-855-501-3077.**
- **Программа HICAP** по телефону 1-800-434-0222.
- Для получения бесплатной помощи вы можете обратиться в **Центр помощи DMHC**. DMHC оказывает содействие тем, кто подал апелляцию в связи с услугами Medi-Cal или неправильно выставленными счетами. В DMHC можно позвонить по телефону 1-888-466-2219. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться бесплатным номером линии TDD 1-877-688-9891. Вы также можете посетить сайт DMHC по адресу www.dmhc.ca.gov. Хотя DMHC может помочь людям с планами управляемого медицинского обслуживания по программе Medi-Cal, он не может помочь людям, которые участвуют только в планах Medicare и в следующих организованных системах здравоохранения округа (COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health и CalOptima. Федеральное правительство регулирует планы Medicare, а Департамент здравоохранения регулирует планы COHS.
- **Ваш врач или другой поставщик услуг**. Они могут затребовать решение о страховом покрытии или подать апелляцию от вашего имени.
- **Друг или член семьи.** Вы можете назначить другого лица, который будет действовать от вашего имени в качестве вашего «представителя», для подачи запроса о принятии решения о предоставлении страхового покрытии или для подачи апелляции.
- **Адвокат**. У вас есть право на адвоката, но **вам не обязательно иметь адвоката**, чтобы запросить решение о предоставлении страхового покрытия или подать апелляцию.
    - Обратитесь к своему адвокату или найдите адвоката в местной ассоциации адвокатов или в другой службе. Некоторые юридические группы могут бесплатно предоставить вам юридические услуги, если вы имеете право на бесплатное получение таких услуг.
    - За юридической помощью обращайтесь к адвокату из программы омбудсмена Medicare Medi-Cal по телефону 1-855-501-3077.

Если вы хотите, чтобы ваши интересы представлял юрист или другое лицо, вам необходимо заполнить форму «Назначение представителя». Заполнение данной формы позволит другому лицу представлять ваши интересы.

Чтобы получить форму «Назначение представителя», позвоните в отдел обслуживания клиентов по номерам, указанным внизу страницы. Данную форму также можно найти по адресу www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
Вы обязаны представить нам копию подписанной формы.

E4. В каком разделе этой главы можно получить необходимую помощь

Существует четыре вида ситуаций, которые требуют принятия решения о предоставлении страхового покрытия и подачи апелляций. Для каждой ситуации существуют отдельные правила и сроки. Подробности каждой из них приведены в отдельных разделах этой главы. Обратитесь к соответствующему разделу:

- **Раздел F** «Медицинское обслуживание»
- **Раздел G** «Препараты по части D программы Medicare»
- **Раздел H** «Подача запроса в план о покрытии более длительного пребывания в больнице»
- **Раздел I** «Подача запроса в план о продолжении покрытия определенных медицинских услуг» (этот раздел относится только к следующим услугам: уход на дому, уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода или уход в учреждении CORF.

Если вы не уверены, какой раздел использовать, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефонам, указанным внизу страницы. Вы также можете получить помощь или информацию от правительственных организаций, таких как программа штата по оказанию помощи в предоставлении медицинского страхования. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с Разделом C Главы 2.

F. Медицинское обслуживание

В этом разделе объясняется, что делать, если у вас возникли проблемы с получением страхового покрытия медицинского обслуживания или если вы хотите, чтобы мы возместили вам нашу часть стоимости вашего лечения. Для ознакомления с информацией о предоставлении запроса о необходимости более длительного пребывания в больнице см. **Раздел H.**

В этом разделе разъясняются ваши льготы на медицинское обслуживание, описанные в таблице льгот в **Главе 4** этого *Справочника участника*. В некоторых случаях к препаратам по части B программы Medicare могут применяться другие правила. В этом случае мы объясним, чем правила для препаратов части B по программе Medicare отличаются от правил для медицинских услуг и товаров.

F1. Использование этого раздела

В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в любой из следующих ситуаций.

1. Вы думаете, что мы предоставляем страховое покрытие необходимого вам медицинского обслуживания, но мы его не предоставляем.

   Ваши действия: Вы можете обратиться к нашим сотрудникам с просьбой принять решение о предоставлении страхового покрытия. См. **Раздел F2**.

2. Мы не одобрили медицинское обслуживание, которое хочет вам предоставить ваш врач или другой поставщик медицинских услуг, а вы думаете, что нам следует его одобрить.

   Ваши действия: Вы можете подать апелляцию на наше решение. См. **Раздел F3**.

3. Вы получили медицинское обслуживание, страховое покрытие которого, по вашему мнению, мы предоставляем, но мы не будем его оплачивать.

   Ваши действия: Вы можете подать апелляцию на наше решение не оплачивать ваше медицинское обслуживание. См. **Раздел F5**.

4. Вы получили и оплатили медицинское обслуживание, страховое покрытие которого, по вашему мнению, мы предоставляем, и вы хотите, чтобы мы возместили оплаченную вами сумму.

   Ваши действия: Вы можете подать запрос в план о возмещении оплаченной вами суммы. См. **Раздел F5**.

5. Мы сократили или прекратили ваше покрытие определенных медицинских услуг, и вы считаете, что наше решение может причинить вред вашему здоровью.

   Ваши действия: Вы можете обжаловать наше решение о сокращении или прекращении медицинского обслуживания. См. **Раздел F4**.

- Если страховое покрытие относится к уходу в больничном учреждении, на дому, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или учреждении CORF, применяются специальные правила. Чтобы узнать больше, см. **Раздел H** или **Раздел I.**

- Во всех других ситуациях, связанных с сокращением или прекращением страхового покрытия определенных медицинских услуг, используйте этот раздел (**Раздел F**) в качестве руководства.

6. Вам предоставляют медицинское обслуживание с задержками или вы не можете найти врача.

Ваши действия: Вы можете подать жалобу. См. **Раздел K2**.

F2. Запрос в отношении принятия решения о предоставлении страхового покрытия

> Если решение о предоставлении страхового покрытия касается вашего медицинского обслуживания, оно называется **«интегрированным определением организации»**.

Вы, ваш врач или ваш представитель можете запросить у нас решение о предоставлении страхового покрытия следующим образом:

- по телефону: 1-800-452-4413, ЛИНИЯ TTY: 711.

- по факсу: (877) 251-6671.

- в письменном виде: Blue Shield TotalDual Plan
  P.O. Box 927
  Woodland Hills, CA 91365-9856

Стандартное решение о предоставлении страхового покрытия

Когда мы сообщаем вам свое решение, мы используем «стандартные» сроки, за исключением случаев, когда мы согласны использовать «ускоренные» сроки. Стандартное решение о предоставлении страхового покрытия означает, что мы предоставляем вам ответ, касающийся следующих вопросов.

- **5 календарных дней** после получения нами вашего запроса **на медицинскую услугу или товар, на которые распространяются наши правила предварительного разрешения**.

- **5 календарных дней**. Медицинское обслуживание или медицинский товар — в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- **72 часа** после получения вашего запроса на **препарат по части B по программе Medicare**.

Ускоренное решение о предоставлении страхового покрытия

> «Ускоренное решение о предоставлении страхового покрытия» официально называется **«ускоренное определение»**.

Если вы просите нас принять решение о предоставлении страхового покрытия в отношении вашего медицинского обслуживания, и вам требуется получить быстрый ответ, попросите нас принять «ускоренное решение о предоставлении страхового покрытия». Ускоренное решение о предоставлении страхового покрытия означает, что мы предоставляем вам ответ, касающийся следующих вопросов:

- **72 часа** после получения нами вашего запроса **на медицинскую услугу или товар**.
- **24 часа** после получения вашего запроса на **препарат по части B по программе Medicare**.

Для получения ускоренного решения о предоставлении страхового покрытия вы должны соответствовать двум требованиям, указанным ниже:

- Вы запрашиваете страховое покрытие медицинских товаров и (или) услуг, которые **не получили**. Вы не можете подать запрос на ускоренное принятие решения о предоставлении страхового покрытия в отношении оплаты товаров или услуг, которые вы уже получили.
- Принятие решения о предоставлении страхового покрытия в стандартные сроки **может причинить серьезный вред вашему здоровью** или повлиять на способность вашего организма нормально функционировать.

Мы автоматически предоставим вам ускоренное решение о предоставлении страхового покрытия, если ваш врач сообщит нам, что принятие такого решения требуется в связи с состоянием вашего здоровья. Если вы отправите запрос о принятии ускоренного решения о предоставлении страхового покрытии без поддержки вашего врача, мы будем принимать решение о том, стоит ли предоставлять вам ускоренное решение о предоставлении страхового покрытия.

- Если мы решим, что состояние вашего здоровья не соответствует требованиям о предоставлении ускоренного решения о предоставлении страхового покрытия, мы отправим вам письмо с соответствующей информацией и будем принимать решение в стандартные сроки.
  В письме мы сообщим вам следующее:
  - Мы автоматически предоставим вам ускоренное решение о предоставлении страхового покрытия, если ваш врач попросит нас об этом.
  - Как подать «ускоренную жалобу» в отношении нашего решения о предоставлении вам стандартного решения о предоставлении страхового покрытия вместо ускоренного решения. С дополнительной информацией о подаче жалобы, включая ускоренную жалобу, можно ознакомиться в **Разделе K.**

Если мы предоставим вам отказ в отношении части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин такого отказа.

- Если мы предоставим вам **отказ**, вы имеете право подать апелляцию. Апелляция — это официальный способ потребовать от нас пересмотреть свое решение и изменить его, если вы полагаете, что оно принято ошибочно
- Если вы решите подать апелляцию, вы должны будете перейти на уровень 1 процесса апелляции (см. **Раздел F3**).

В некоторых случаях мы можем отклонить ваш запрос о принятии решения о предоставлении страхового покрытия, что означает, что мы не будем его рассматривать. Примеры случаев отклонения запроса:

- запрос неполный,
- другое лицо подает запрос от вашего имени, но не имеет на это юридических полномочий, **или**
- вы просите отозвать свой запрос.

Если мы отклоним запрос о принятии решения о предоставлении страхового покрытия, мы отправим вам уведомление с объяснением, почему запрос был отклонен и как подать запрос на пересмотр этого решения об отклонении. Такой пересмотр называется апелляцией. Апелляции рассматриваются в следующем разделе.

F3. Подача апелляции уровня 1

Чтобы начать процесс подачи апелляции, вы, ваш врач или ваш уполномоченный представитель должны связаться с нами. Позвоните нам по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711).

Запрос на стандартное или ускоренное рассмотрение апелляции можно подать в письменном виде или позвонив нам по телефону 1-800-452-4413 (линия TTY: 711).

- Если ваш врач или другое лицо, выписывающее препарат, попросит продолжить предоставление обслуживания или товара, которые вы уже получаете во время подачи апелляции, вам, возможно, придется назначить его своим представителем, который будет действовать от вашего имени.
- Если апелляцию за вас подает другое лицо, а не ваш врач, приложите форму назначения представителя, разрешающую этому лицу представлять вас. Данную форму можно найти по адресу www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Мы можем принять запрос на апелляцию без формы, но мы не сможем начать или завершить рассмотрение апелляции, пока не получим эту форму. Если мы не получим форму до истечения срока принятия решения по вашей апелляции:
  - Мы отклоним ваш запрос и
  - Мы отправим вам письменное уведомление, объясняющее ваше право обратиться в IRO с просьбой пересмотреть наше решение об отклонении вашей апелляции.
- Вы должны подать апелляцию в течение 65 календарных дней с даты, указанной в письме, которое мы отправили вам, чтобы сообщить о нашем решении.
- Если вы упустите сроки подачи апелляции по уважительной причине, то, возможно, мы предоставим вам больше времени на подачу апелляции. Примерами уважительных причин являются, например, ваше серьезное заболевание, или предоставление вам неправильной информации касательно сроков подачи апелляции. При подаче апелляции объясните причину задержки подачи апелляции.
- Вы имеете право попросить нас предоставить вам бесплатную копию информации по вашей апелляции. Вы и ваш врач можете также предоставить нам дополнительную информацию для поддержки вашей апелляции.

Если этого требует ваше состояние здоровья, подайте запрос об «ускоренной апелляции».

> Юридический термин, который означает «ускоренную апелляцию» — **«Ускоренное повторное рассмотрение»**.

- Если вы подаете апелляцию на принятое нами решение о предоставлении страхового покрытия, вы и (или) ваш врач можете подать запрос об ускоренной апелляции.

Мы автоматически выполним ускоренное рассмотрение апелляции, если ваш врач сообщит нам, что такое рассмотрение требуется в связи с состоянием вашего здоровья. Если вы отправите запрос без поддержки вашего врача, мы будем принимать решение о том, стоит ли рассматривать апелляцию в ускоренном режиме.

- Если мы решим, что состояние вашего здоровья не соответствует требованиям об ускоренном рассмотрении апелляции, мы отправим вам письмо с соответствующей информацией и будем рассматривать апелляцию в стандартные сроки. В письме мы сообщим вам следующее:
  - Мы автоматически выполним ускоренное рассмотрение апелляции, если ваш врач попросит нас об этом.
  - Как подать «ускоренную жалобу» в отношении нашего решения о стандартном рассмотрении апелляции вместо ускоренного рассмотрения. С дополнительной информацией о подаче жалобы, включая ускоренную жалобу, можно ознакомиться в **Разделе K.**

Если мы сообщим вам, что прекращаем или сокращаем предоставление услуг или товаров, которые вы уже получаете, возможно, вы сможете продолжить получение этих услуг или товаров во время рассмотрения вашей апелляции.

- Если мы решим изменить или прекратить страховое покрытие услуги или товара, которые вы получаете, мы отправим вам уведомление, прежде чем предпринять какие-либо действия.
- Если вы не согласитесь с нашим решением, вы можете подать апелляцию уровня 1.
- Мы продолжим предоставлять страховое покрытие услуги или товара, если вы подадите апелляцию уровня 1 в течение 10 календарных дней с даты, указанной в нашем письме, или до предполагаемой даты вступления в силу предпринимаемого нами действия, в зависимости от того, что наступит позднее.

- Если вы подадите апелляцию в течение этого срока, вы будете получать услугу или товар без изменений, пока ваша апелляция уровня 1 находится на рассмотрении.
- Вы также будете получать все другие услуги или товары (которые не являются предметом вашей апелляции) без изменений.
- Если вы не подадите апелляцию в течение этого срока, предоставление вам услуг или товаров будет приостановлено, пока вы будете ожидать решения по своей апелляции.

Мы рассматриваем вашу апелляцию и предоставляем вам свой ответ.

- При рассмотрении вашей апелляции мы еще раз внимательно изучаем всю информацию о вашем запросе на предоставление страхового покрытия в отношении медицинского обслуживания.
- Мы проверяем, все ли правила были нами соблюдены, когда мы приняли **отрицательное** решение по вашему запросу.
- Мы собираем дополнительную информацию, если она нам понадобится. Мы можем связаться с вами или вашим врачом для получения более подробной информации.

В отношении «ускоренной апелляции» действуют сроки ее рассмотрения.

- Если мы рассматриваем апелляцию в ускоренном режиме, мы предоставим наш ответ **в течение 72 часов после получения вашей апелляции или быстрее, если это требуется в связи с вашим состоянием здоровья.** Мы предоставим вам ответ быстрее, если этого требует ваше состояние здоровья.
  - Если мы не предоставим вам ответ в течение 72 часов, мы должны отправить ваш запрос на уровень 2 процесса рассмотрения апелляции. Затем IRO рассматривает вашу апелляцию. Далее в этой главе мы расскажем вам об этой организации и объясним процесс рассмотрения апелляций на уровне 2. Если ваша проблема связана с предоставлением страхового покрытия услуги или товара Medicaid, вы можете подать жалобу на уровень 2 «Слушание на уровне штата» для рассмотрения на уровне штата, как только наступит подходящее время. В Калифорнии слушания на уровне штата называются «Слушания на уровне штата». Чтобы подать заявление о слушании на уровне штата, см. Раздел F4, в зависимости от ситуации.

- **Если мы ответим положительно на часть вашего запроса или на весь запрос,** мы должны разрешить или предоставить страховое покрытие, которое мы согласились предоставить, в течение 72 часов после получения вашей апелляции или раньше, если это требуется в связи с вашим состоянием здоровья.

- **Если мы ответим отрицательно на часть вашего запроса или на весь запрос,** мы отправим вашу апелляцию в IRO для рассмотрения апелляции на уровне 2.

В отношении стандартного рассмотрения апелляции действуют сроки рассмотрения апелляции.

- Если мы используем стандартные сроки, нам нужно дать вам ответ **в течение 30 календарных дней** после получения вашей апелляции о предоставлении страхового покрытия услуг, которые вы не получили.

- Если ваш запрос касается препарата по части B по программе Medicare, который вы не получили, мы дадим вам ответ **в течение 7 календарных дней** после получения вашей апелляции или раньше, если это требуется в связи с состоянием вашего здоровья.

    - Если мы не предоставим вам ответ в течение установленного срока, нам нужно отправить ваш запрос на уровень 2 процесса рассмотрения апелляции. Затем IRO рассматривает вашу апелляцию. Далее в этой главе, в Разделе F4, мы расскажем вам об этой организации и объясним процесс рассмотрения апелляций на уровне 2. Если ваша проблема связана с предоставлением страхового покрытия услуги или товара Medicaid, вы можете подать жалобу на уровень 2 «Слушание на уровне штата» для рассмотрения на уровне штата, как только наступит подходящее время. В Калифорнии слушания на уровне штата называются «Слушания на уровне штата». Чтобы подать заявление о слушании на уровне штата, см. Раздел F4, в зависимости от ситуации.

Если мы ответим положительно на часть вашего запроса или на весь запрос, мы должны разрешить или предоставить страховое покрытие, которое мы согласились предоставить, в течение 30 календарных дней с даты получения вашего запроса на рассмотрение апелляции или настолько быстро, насколько это требуется в связи с состоянием вашего здоровья, и в течение 72 часов с момента изменения нашего решения или в течение 7 календарных дней с даты получения вашей апелляции, если вы запрашиваете препарат по части B по программе Medicare.

Если мы ответим **отрицательно** на часть вашего запроса или на весь запрос, **у вас будут дополнительные права на апелляцию:**

- Если мы ответим **отрицательно** на часть вашего запроса или на весь запрос, мы известим вас об этом письмом.
- Если ваша проблема связана со страховым покрытием услуги или товара по программе Medicare, в письме будет указано, что мы отправили ваше дело в IRO для рассмотрения апелляции на уровне 2.
- Если ваша проблема связана со страховым покрытием услуги или товара по программе Medi-Cal, в письме вам объяснят, как самостоятельно подать апелляцию для рассмотрения на уровне 2.

F4. Подача апелляции уровня 2

Если мы вынесем **отрицательное** решение в отношении всех или части ваших требований по апелляции уровня 1, мы известим вас письмом. В письме будет сказано, какая программа обычно предоставляет страховое покрытие услуги или товара: программа Medicare, программа Medi-Cal или обе программы одновременно.

- Если ваша проблема связана с услугой или товаром, страховое покрытие которых обычно предоставляет программа **Medicare**, мы автоматически направим ваше дело для рассмотрения его как апелляции на уровне 2 как только процесс рассмотрения апелляции на уровне 1 будет завершен.
- Если ваша проблема связана с услугой или товаром, страховое покрытие которых обычно предоставляет программа **Medi-Cal**, вы можете самостоятельно подать апелляцию уровня 2. В письме будет объяснено, как это нужно сделать. Мы также позже добавим дополнительную информацию в эту главу.
- Если ваша проблема связана с услугой или товаром, страховое покрытие которых могут предоставлять обе программы одновременно — **Medicare и Medi-Cal**, вы можете автоматически подать в IRO апелляцию на уровне 2. Помимо автоматической подачи апелляции на уровне 2, вы также можете запросить проведение слушания на уровне штата и независимую медицинскую экспертизу на уровне штата. Однако проведение независимой медицинской экспертизы будет невозможно, если вы уже предоставили доказательства на слушаниях на уровне штата.

Если вы имели право на продление льгот при подаче апелляции на уровне 1, ваши льготы в отношении услуги, товара или лекарственного препарата, которые являются предметом апелляции, могут также продолжаться в ходе уровня 2. Обратитесь к **Разделу F3** для получения информации о продлении льгот во время рассмотрения апелляций на уровне 1.

- Если ваша проблема связана с услугой, страховое покрытие которой обычно покрывается только программой Medicare, ваши льготы по этой услуге не будут действовать в течение процесса рассмотрения апелляции на уровне 2 в IRO.
- Если ваша проблема связана с услугой, страховое покрытие которой обычно покрывается только программой Medi-Cal, ваши льготы в отношении этой услуги будут продлены, если вы подадите апелляцию на уровне 2 в течение 10 календарных дней после получения нашего письма с решением.

Если ваша проблема связана с услугой или товаром, страховое покрытие которых обычно предоставляет программа Medicare

IRO рассматривает вашу апелляцию. Это независимая организация, которую наняла программа Medicare.

> Официальное название организации по проведению независимой проверки (IRO) — **«Учреждение по проведению независимой проверки»** (иногда **IRE**).

- Данная организация не сотрудничает с нами и не является правительственным органом. Программа Medicare выбрала эту компанию в качестве IRO, и программа Medicare контролирует работу этой компании.
- Мы отправляем информацию о вашей апелляции (ваше «дело») в эту организацию. Вы имеете право получить бесплатную копию материалов своего дела.
- Вы имеете право предоставлять IRO дополнительную информацию с целью поддержки вашей апелляции.
- Эксперты IRO тщательно изучат всю информацию, касающуюся вашей апелляции.

Если вы подавали ускоренную апелляцию на уровне 1, ваша апелляция на уровне 2 также будет рассматриваться как ускоренная.

- Если вы подавали нам ускоренную апелляцию на уровне 1, ваша апелляция на уровне 2 автоматически будет рассматриваться как ускоренная. Организация IRO должна предоставить вам ответ на вашу апелляцию на уровне 2 **в течение 72 часов** с момента ее получения.

Если вы подавали стандартную апелляцию на уровне 1, ваша апелляция на уровне 2 также будет рассматриваться как стандартная.

- Если вы подавали нам стандартную апелляцию на уровне 1, ваша апелляция на уровне 2 автоматически будет рассматриваться как стандартная.

- Если ваш запрос относится к медицинскому товару или услуге, организация IRO должна предоставить вам ответ на вашу апелляцию на уровне 2 **в течение 30 календарных дней** с момента ее получения.

- Если ваш запрос относится к препарату по части B по программе Medicare, организация IRO должна предоставить вам ответ на вашу апелляцию на уровне 2 **в течение 7 календарных дней** с момента ее получения.

Если IRO предоставит вам ответ в письменном виде и объяснит причины.

- **Если IRO ответит положительно на часть запроса в отношении медицинского товара или услуги или на весь запрос,** мы должны незамедлительно выполнить это решение:

  - Разрешить страховое покрытие медицинского обслуживания **в течение 72 часов, или**

  - Предоставить услугу в течение **5 рабочих дней** после получения нами решения IRO по **стандартным запросам или**

  - Предоставить услугу **в течение 72 часов** с даты получения решения IRO по **ускоренным запросам**.

- **Если IRO ответит положительно на часть запроса в отношении препарата по части B по программе Medicare, мы должны разрешить или предоставить данный препарат по части B по программе Medicare:**

  - **В течение 72 рабочих дней** после получения нами решения IRO по **стандартным запросам или**

  - **В течение 24 часов** с даты получения решения IRO по **ускоренным запросам**.

- **Если IRO предоставит отрицательный ответ на часть вашей апелляции или на всю апелляцию,** это означает, что организация согласна с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос (или часть вашего запроса) на

страховое покрытие медицинского обслуживания. Это действие называется «оставить решение в силе» или «отклонить апелляцию».

- Если ваше дело соответствует требованиям, вы сами решаете, хотите ли вы продолжать рассматривать апелляцию.
- После уровня 2 в процессе рассмотрения апелляции существует три дополнительных уровня. Таким образом процесс рассмотрения апелляции включает в себя всего пять уровней.
- Если ваша апелляция на уровне 2 отклонена, и вы соответствуете требованиям для продолжения процесса апелляции, вы должны решить, переходить ли вам на уровень 3 и подавать ли вам третью апелляцию. Подробная информация о том, как это сделать, содержится в письменном уведомлении, которое вы получите после подачи апелляции на уровне 2.
- Апелляции на уровне 3 рассматривает судья по административным делам (ALJ) или адвокат-специалист. Дополнительную информацию об апелляциях на уровнях 3, 4 и 5 см. в **Разделе J.**

Если ваша проблема связана с услугой или товаром, страховое покрытие которых обычно предоставляет программа Medi-Cal

Существует два способа подачи Апелляции 2 уровня касательно услуг и товаров, получаемых по программе Medi-Cal: (1) Подача жалобы или независимая медицинская экспертиза или (2) слушание на уровне штата.

(1) DMHC

Вы можете подать жалобу или подать заявление на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR) в Центре помощи при DMHC. После подачи жалобы DMHC рассмотрит наше решение. DMHC проведет собственное расследование вашей жалобы или примет решение о том, отвечает ли ваше дело требованиям IMR. Экспертиза IMR может быть доступна для любой услуги или товара медицинского характера, покрываемых программой Medi-Cal. IMR — это рассмотрение вашего дела специалистами, которые не сотрудничают с нашим планом и с DMHC.
Если решение IMR будет принято в вашу пользу, то мы обязаны предоставить вам услугу или товар, в отношении которого был подан запрос. Вы ничего не платите за проведение IMR.

Вы можете подать жалобу или запрос на проведение экспертизы IMR, если наш план:

- Отказывает в предоставлении, изменяет или задерживает предоставление услуги или лечения по программе Medi-Cal, поскольку наш план принял решение, что это не является необходимым с медицинской точки зрения.

- Отказывает в покрытии лечения серьезного заболевания по программе Medi-Cal, которое носит экспериментальный или исследовательский характер.
- Вызывает споры о том, носила ли хирургическая услуга или процедура косметический или восстановительный характер.
- Отказывает в оплате уже полученных услуг экстренной или неотложной медицинской помощи по программе Medi-Cal.
- Еще не принял решение по вашей апелляции на уровне 1 относительно предоставления какой-либо услуги по программе Medi-Cal в течение 30 календарных дней для стандартной апелляции или 72 часов (или быстрее в зависимости от состояния вашего здоровья) для ускоренной апелляции.

В большинстве случаев прежде чем требовать проведения IMR, вы должны подать нам апелляцию. В **Разделе F3** приведена информация о процессе апелляции на уровне 1. Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать жалобу в DMHC или запросить проведение экспертизы IMR в Центре помощи при DMHC.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если ваш поставщик медицинских услуг подал за вас апелляцию, но мы не получили от вас форму назначения представителя, вам необходимо будет повторно подать нам апелляцию, прежде чем вы сможете подать заявку на проведение экспертизы IMR на уровне 2 в Департамент управляемого медицинского обслуживания, за исключением случаев, когда ваша апелляция связана с непосредственной и серьезной угрозой вашему здоровью, включая, помимо прочего, сильную боль, возможный смертельный исход, потерю конечностей или основных функций организма.

Вы имеете право подать запрос на проведение экспертизы IMR и на слушание на уровне штата, но вы не имеете права на проведение экспертизы IMR, если вы уже представляли доказательства на слушаниях на уровне штата и проходили слушания на уровне штата по тому же вопросу.

Если вам было отказано в предоставлении лечения, поскольку оно носило экспериментальный или исследовательский характер, вы не должны подавать апелляцию до того момента, как вы пододадите запрос о проведении IMR.

Если ваша проблема требует срочного решения и несет в себе непосредственную и серьезную угрозу для вашего здоровья или если вы испытываете сильную боль, вы можете сразу же предоставить эту проблему вниманию DMHC, не прибегая сначала к процессу апелляции.

Вы должны **подать запрос о проведении IMR в течение 6 месяцев** с того дня, когда мы отправили вам письменное решение по вашей апелляции. DMHC может принять ваш запрос по истечении 6 месяцев при наличии уважительной причины, например, в связи с вашим состоянием здоровья вы не могли запросить проведение экспертизы IMR в течение 6 месяцев или вы не получили надлежащее уведомление от нас о процедуре проведения экспертизы IMR.

Чтобы подать жалобу или запросить проведение экспертизы IMR:

- Заполните форму IMR или жалобы, доступную на следующей странице www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx или позвоните в центр помощи DMHC по телефону 1-888-466-2219. Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 1-877-688-9891.

- В таком случае приложите копии писем или других документов, касающихся услуг или товаров, в получении которых мы отказали. Это ускорит процесс IMR. Отправляйте копии документов, а не оригиналы. Центр помощи не сможет вернуть вам какие-либо документы.

- Заполните Форму для назначения уполномоченного помощника (Authorized Assistant Form), если кто-то помогает вам с подачей запроса о проведении IMR. Вы можете получить форму по адресу www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx или обратившись в Центр помощи при Департаменте по телефону 1-888-466-2219. Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 1-877-688-9891.

- Отправьте форму IMR или форму жалобы и все прилагаемые к ним документы в DMHC:
  Отправить через Интернет: Как подать жалобу

  Отправить по почте или факсу:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  ФАКС: 916-255-5241

В течение 7 дней DMHC рассмотрит ваше заявление и отправит вам письмо с подтверждением получения. Если DMHC определит, что дело соответствует требованиям к проведению экспертизы IMR, решение по проведению экспертизы IMR будет принято в течение 30 дней после получения всей необходимой документации.

Если ваше дело требует срочного рассмотрения и вы имеете право на проведение экспертизы IMR, решение о проведении экспертизы IMR, как правило, будет принято в течение 7 дней после получения всей необходимой документации.

Если вас не удовлетворит решение IMR, вы все еще имеете право подать запрос о проведении слушания дела на уровне штата.

Если Департамент DMHC не получит от вас или вашего врача всю необходимую медицинскую документацию, срок проведения экспертизы IMR может быть продлен. Если ваш врач не входит в сеть страхового плана, обязательно запросите у него медицинскую документацию и направьте ее нам самостоятельно. План медицинского страхования обязан запрашивать копии медицинской документации у врачей, которые относятся к его сети.

Если DMHC решит, что ваше дело не имеет право на проведение экспертизы IMR, DMHC рассмотрит ваше дело в рамках обычного процесса рассмотрения жалоб потребителей. Решение по вашей жалобе должно быть предоставлено в течение 30 календарных дней с момента подачи заполненного заявления. Если ваша жалоба срочная, решение по ней будет предоставлено быстрее.

(2) Слушание на уровне штата

Вы можете запросить слушание на уровне штата в отношении услуг и товаров, покрываемых программой Medi-Cal. Если ваш врач или другой поставщик попросит предоставить услугу или товар, который мы не одобрим, или мы прекратим оплату услуги или товара, которые вы уже получаете, и ответим отрицательно на вашу апелляцию на уровне 1, вы имеете право просить провести слушание на уровне штата.

В большинстве случаев **у вас есть 120 дней, чтобы запросить проведение слушания на уровне штата** после того, как вам будет отправлено по почте уведомление о решении по апелляции.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы просите о проведении слушания на уровне штата, потому что мы сообщили вам, что услуга, которую вы в настоящее время получаете, будет изменена или прекращена, у **вас будет меньше дней на подачу запроса,** если вы хотите продолжать получать эту услугу, пока ожидается слушание на уровне штата. Дополнительная информация по этой теме приведена в разделе «Сохранятся ли мои льготы во время рассмотрения апелляций на уровне 2» на странице 256.

Запрос о проведении слушания на уровне штата можно подать двумя способами:

1. Вы можете заполнить форму «Запрос о проведении слушания на уровне штата» на обороте уведомления о предпринятом действии. Вы должны предоставить всю необходимую информацию: ваше полное имя, адрес, номер телефона, название плана или округ, который предпринимал действия в отношении вас, задействованные программы финансовой помощи, а также подробное объяснение причины, по которой вы хотите, чтобы было произведено слушание. Затем вы можете подать свой запрос одним из следующих способов:

   - В отдел социального обеспечения округа по адресу, указанному в уведомлении.
   - В Департамент социального обеспечения штата Калифорния (California Department of Social Services):

     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
     Sacramento, California 94244-2430

   - В отделение по слушаниям дел на уровне штата (State Hearings Division) по факсу 916-309-3487 или по линии для бесплатного звонка 1-833-281-0903.

2. Позвонить в Департамент социального обеспечения штата Калифорния по номеру 1-800-743-8525. Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 1-800-952-8349. Если вы решите позвонить по телефону с просьбой о проведении слушания на уровне штата, обратите внимание, что телефонные линии очень загружены.

При подаче апелляции на уровне 2 вы просите организацию QIO еще раз рассмотреть решение, принятое по вашей апелляции на уровне 1. Вы можете позвонить им по телефону (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668).

Вы должны подать запрос на эту проверку **в течение 60 календарных дней** со дня, когда организация QIO **отклонила** вашу апелляцию на уровне 1. Вы можете просить провести рассмотрение **только** в том случае, если вы остались в больнице после прекращения покрытия вашего обслуживания.

Эксперты организации QIO выполнят следующие действия:

- Еще раз тщательно изучат все данные, связанные с вашей апелляцией.

- Сообщат вам свое решение по вашей апелляции на уровне 2 в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса на повторное рассмотрение.

Если организация QIO ответит **положительно** на вашу апелляцию:

- Мы обязаны возместить вам нашу долю стоимости обслуживания в больнице, полученного вами с полудня следующего дня после того как организация QIO отклонит вашу апелляцию на уровне 1.
- Мы будем предоставлять вам покрываемые страховкой услуги стационарного лечения в больнице до тех пор, пока эти услуги необходимы по медицинским показаниям.

Если организация QIO ответит **отрицательно** на вашу апелляцию:

- Организация согласна со своим решением по вашей апелляции на уровне 1 и не изменит его.
- Организация предоставит вам письмо, в котором будет указано, что вы можете сделать, если хотите продолжить процедуру рассмотрения апелляции и подать апелляцию на уровне 3.
- Вы также можете подать жалобу или попросить департамент DMHC провести независимую медицинскую экспертизу для продолжения вашего пребывания в больнице. См. **Раздел E4**, чтобы узнать, как подать жалобу в департамент DMHC и попросить департамент провести независимую медицинскую экспертизу.

Отделение по слушаниям дел на уровне штата сообщит вам свое решение в письменной форме и объяснит его причины.

- Если отделение по слушаниям дел на уровне штата ответит **положительно** на часть вашего запроса в отношении медицинского товара или услуги, мы должны разрешить или предоставить эту услугу или товар **в течение 72 часов** после получения этого решения.
- Если отделение по слушаниям дел на уровне штата предоставит **отрицательный ответ** на часть вашей апелляции или на всю апелляцию, это означает, что отделение согласно с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос (или часть вашего запроса) на страховое покрытие медицинского обслуживания. Это действие называется «оставить решение в силе» или «отклонить апелляцию».

Если IRO или слушание на уровне штата вынесут **отрицательное** решение по части вашего запроса или всему запросу, у вас будут дополнительные права на апелляцию.

Если ваша апелляция на уровне 2 была передана на рассмотрение в **IRO**, вы можете снова подать апелляцию только в том случае, если стоимость в долларах услуги или товара, которые вам необходимы, соответствует определенной минимальной сумме. Апелляции на уровне 3 рассматривает ALJ или адвокат-специалист. **В письме, которое вы получите от IRO, объясняется, какие у вас могут быть дополнительные права в отношении апелляции.**

В письме, которое вы получите от отделения по слушаниям дел на уровне штата, описан следующий вариант подачи апелляции.

Обратитесь к **Разделу J** для получения дополнительной информации о ваших правах на апелляцию после уровня 2.

F5. Проблемы с оплатой

Мы не разрешаем нашим поставщикам услуг, входящим в сеть, выставлять вам счета за покрываемые услуги и товары. Этот запрет действует даже в случаях, когда мы выплачиваем поставщику услуг меньшую сумму, чем он просит за покрываемую услугу или товар. Вы не должны оплачивать остаточные суммы по счетам. Единственная сумма, которую вас должны попросить заплатить — это оплата доли в совместной оплате за «Уровень 3: Предпочтительные брендовые препараты», «Уровень 4: Не являющиеся предпочтительными препараты» и «Уровень 5: Препараты особой категории.

Если вы получите счет, превышающий вашу долю в совместной оплате за покрываемые услуги и товары, отправьте его нам. Вы не должны оплачивать счет сами. Мы свяжемся непосредственно с поставщиком и решим данную проблему. Если вы все же оплатите такой счет, вы можете получить возмещение от нашего плана, если вы соблюдали правила получения услуг или товаров.

Дополнительная информация приведена в **Главе 7** этого *Справочника участника*. В ней описаны ситуации, когда вы можете попросить нас возместить вам оплаченную вами сумму или оплатить счет, который вы получили от поставщика услуг. В ней также представлена информация о том, как отправить нам документы, которые необходимы нам для предоставления возмещения.

Если вы подаете запрос о возмещении, вы просите принять решение о предоставлении страхового покрытия. Мы проверим, предоставляется ли страховое покрытие в отношении оплаченной вами услуги или товара, и соблюдали ли вы все правила использования страхового покрытия.

- Если услуга или товар, за который вы заплатили, подлежит страховому покрытию и вы соблюдали все правила, мы отправим вам оплату за нашу долю стоимости услуги или товара, как правило, в течение 30 календарных дней, но не позднее 60 календарных дней после получения вашего запроса.

- Или, если вы еще не оплатили стоимость услуги или товара, мы отправим оплату непосредственно поставщику. Когда мы отправляем платеж, это значит, что мы ответили **положительно** на ваш запрос о принятии решения о предоставлении страхового покрытия.

- Если страховое покрытие не распространяется на услугу или товар, или если вы не следовали всем правилам, мы отправим вам письмо с информацией о том, что мы не будем оплачивать стоимость услуги или товара, и с объяснением причины отказа.

Если вы не согласны с нашим решением не платить, вы **можете подать апелляцию**. Соблюдайте процедуру подачи апелляции, описанную в **Разделе F3**. Когда вы будете выполнять эти инструкции, обратите внимание на следующее:

- Если вы подаете апелляцию по вопросу возмещения, мы должны предоставить вам ответ в течение 30 календарных дней с момента получения вашей апелляции.

Если наш ответ на вашу апелляцию будет **отрицательным**, и **Medicare** обычно покрывает данную услугу или товар, мы отправим ваше дело в IRO. В этом случае мы отправим вам письмо с соответствующей информацией.

- Если IRO отменит наше решение и будет утверждать, что мы должны вам заплатить, мы должны отправить оплату вам или поставщику в течение 30 календарных дней. Если в отношении вашей апелляции получен **утвердительный** ответ на какой-либо стадии процесса рассмотрения апелляции после уровня 2, мы должны отправить оплату вам или поставщику медицинских услуг в течение 60 календарных дней.

- Если IRO предоставит **отрицательный** ответ на вашу апелляцию, это означает, что организация согласна с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос. Это действие называется «оставить решение в силе» или «отклонить апелляцию». Вы получите письмо с описанием дополнительных прав на апелляцию, которые у вас могут быть. Обратитесь к **Разделу J** для ознакомления с подробной информацией о дополнительных уровнях апелляции.

Если наш ответ на вашу апелляцию будет **отрицательным**, и Medi-Cal обычно покрывает данную услугу или товар, вы можете самостоятельно подать апелляцию на уровне 2. Дополнительную информацию см. в **Разделе F4**.

G. Препараты по части D программы Medicare

Ваши льготы как участника нашего плана включают покрытие многих препаратов. Большинство из них относятся к препаратам по части D по программе Medicare. Существует несколько препаратов, на которые не распространяется покрытие по части D программы Medicare, но которые могут покрываться в рамках программы Medi-Cal. **Этот раздел касается апелляций, подаваемых исключительно относительно препаратов по части D по программе Medicare.** В оставшейся части этого раздела мы будем говорить «препарат» вместо того, чтобы каждый раз говорить «препарат по части D по программе Medicare». Для препаратов, покрываемых только программой Medi-Cal, следуйте процедуре, описанной в **Разделе E**.

Чтобы мы предоставляли страховое покрытие препарата, он должен использоваться для утвержденных медицинских показаний. Это означает, что препарат должен быть одобрен FDA или подтвержден определенными медицинскими рекомендациями. Для получения дополнительной информации об утвержденных медицинских показаниях ознакомьтесь с **Главой 5** этого *Справочника участника*.

G1. Решения о предоставлении страхового покрытия и апелляции в отношении рецептурного препарата по части D по программе Medicare

Далее приведены примеры решений о предоставлении страхового покрытия относительно ваших препаратов по части D по программе Medicare, которые вы просите нас принять:

- Вы просите нас сделать исключение, в том числе просите нас о следующем:
    - Предоставить страховое покрытие препарата по части D по программе Medicare, которого нет в перечне препаратов нашего плана или
    - Установить ограничение на страховое покрытие нами препаратов (например, ограничения на сумму препаратов, которые вы можете получить).

- Вы спрашиваете нас, предоставляется ли для вас страховое покрытие препарата (например, когда ваш препарат включен в перечень препаратов нашего плана, но мы должны одобрить его для вас, прежде чем мы предоставим его страховое покрытие).

ПРИМЕЧАНИЕ. Если в аптеке вам скажут, что ваш рецепт не может быть выполнен в установленном порядке, в аптеке вам предоставят письменное уведомление, объясняющее, как связаться с нами для получения решения о предоставлении страхового покрытия.

> Первоначальное решение о предоставлении страхового покрытия ваших препаратов по части D по программе Medicare называется **«определение объема страхового покрытия»**.

- Вы подаете нам запрос об оплате препарата, который вы уже купили. В данном случае вы просите принять решение о покрытии в отношении оплаты.

Если вы не согласны с нашим решением о предоставлении страхового покрытия, вы можете подать апелляцию. В данном разделе приведена информация о том, как подать запрос о принятии решений о предоставлении страхового покрытия, и о том, как подать апелляцию. Чтобы разобраться в этой процедуре, используйте таблицу ниже.

В какой из этих ситуаций вы находитесь?			
Вам нужен препарат, не включенный в наш перечень препаратов или вам нужно, чтобы мы отменили правило или ограничение на покрываемый нами препарат.	Вы хотите, чтобы мы покрывали препарат, включенный в наш перечень препаратов, и вы считаете, что выполняете правила или ограничения плана (такие как получение предварительного одобрения) в отношении препарата, который вам необходим.	Вы хотите попросить нас возместить вам сумму за препарат, который вы уже получили и оплатили.	Мы сообщили вам, что не будем покрывать или оплачивать препарат так, как вы хотите.
Вы можете попросить нас сделать исключение. (Это один из видов решения о покрытии.)	**Вы можете попросить нас принять решение о предоставлении страхового покрытия.**	**Вы можете подать запрос в план о возмещении оплаченной вами суммы.** (Это один из видов решения о покрытии.)	**Вы можете подать апелляцию.** (Это означает, что вы просите нас пересмотреть решение.)
Начните с **Раздела G2**, а затем обратитесь к **Разделам G3 и G4**.	См. **Раздел G4**.	См. **Раздел G4**.	См. **Раздел G5**.

G2. Исключения в отношении препаратов по части D по программе Medicare

Если мы не покрываем препарат так, как хотелось бы вам, вы можете попросить нас сделать «исключение». Если мы отклоним ваш запрос на исключение, вы можете подать апелляцию на наше решение.

Если вы подаете в план запрос об исключении, вашему врачу или другому медицинскому работнику, имеющему право выписывать рецептурные препараты, нужно будет предоставить медицинское обоснование, почему вам нужно предоставить исключение.

> Запрос о страховом покрытии препарата, которого нет в нашем перечне препаратов, или о снятии ограничения на препарат иногда называется запросом об **«исключении из справочника препаратов».** Запрос оплатить более низкую цену за покрываемый непредпочтительный препарат иногда называют запросом на **«исключение в отношении уровня препарата».**

Далее приведены примеры исключений, относительно которых вы, ваш врач или другой медицинский работник, имеющий право выписывать рецептурные препараты, можете подать запрос в план:

1. **Страховое покрытие препарата, которого нет в нашем *Перечне препаратов***

   - Если мы соглашаемся сделать исключение и предоставить страховое покрытие препарата, которого нет в нашем перечне препаратов, вы оплачиваете свою долю в совместной оплате, которая применяется к препаратам Уровня 4: непредпочтительные препараты.

   - Вы не можете получить исключение на обязательную сумму своей доли в совместной оплате за препарат.

2. **Снятие ограничения на покрываемый препарат**

   - В отношении определенных препаратов из нашего *Перечня препаратов* применяются дополнительные правила или ограничения (дополнительную информацию см. в **Главе 5** вашего *Справочника участника*).

   - Дополнительные правила и ограничения в отношении некоторых препаратов включают в себя:

     - Требование использовать непатентованный аналог препарата вместо патентованного препарата.

     - Получение нашего одобрения, прежде чем мы согласимся покрыть препарат для вас. (Иногда это называется «предварительным разрешением»).

- Требование попробовать принимать сначала другой препарат, прежде чем план согласится покрыть препарат, о котором вы просите. Иногда это называют «пошаговой терапией».
- Ограничения по количеству. Для некоторых препаратов мы ограничиваем количество препарата, которое может у вас быть.

- Если мы согласимся сделать для вас исключение и снимем ограничение, вы можете запросить исключение в отношении суммы доли в совместной оплате, которую вы должны оплатить.

3. **Изменение страхового покрытия препарата на более низкий класс в распределении затрат.** Все препараты из нашего перечня препаратов относятся к одному из пяти классов в распределении затрат. Как правило, чем ниже номер класса в распределении затрат, тем меньше требуемая сумма доли в совместной оплате.

   - Наш *Перечень препаратов* зачастую включает более одного препарата для лечения определенного заболевания. Такие другие препараты называются «альтернативными» препаратами.
   - Если альтернативный препарат для вашего заболевания относится к более низкому классу в распределении затрат, чем препарат, который вы принимаете, вы можете попросить нас предоставить его страховое покрытие на сумму доли в распределении затрат для альтернативного препарата. Таким образом можно уменьшить сумму вашей доли в совместной оплате за препарат.
     - Если препарат, который вы принимаете, является биологическим продуктом, вы можете попросить нас предоставить его страховое покрытие на сумму доли в распределении затрат для самого низкого класса за альтернативные биологические продукты для вашего заболевания.
     - Если препарат, который вы принимаете, является патентованным препаратом, вы можете попросить нас предоставить его страховое покрытие на сумму доли в распределении затрат для самого низкого класса за альтернативные патентованные препараты для вашего заболевания.
     - Если препарат, который вы принимаете, является непатентованным препаратом, вы можете попросить нас предоставить его страховое покрытие на сумму доли в распределении затрат для самого низкого класса за альтернативные патентованные или непатентованные препараты для вашего заболевания.

- Вы не можете просить нас изменить класс в распределении затрат для любого препарата Уровня 5: Препараты специального уровня

- Если мы одобрим ваш запрос на исключение в отношении уровня препарата и в случае наличия нескольких более низких классов в распределении затрат с альтернативными препаратами, которые вы не можете принимать, вы, как правило, будете оплачивать наименьшую сумму.

G3. Что важно знать при подаче запроса об исключениях

Ваш врач или другой медицинский работник, имеющий право выписывать рецептурные препараты, должен предоставить нам медицинское обоснование.

Ваш врач или другой медицинский работник, имеющий право выписывать рецептурные препараты, должен предоставить нам заявление, в котором будет указано медицинское обоснование подачи запроса об исключении. Чтобы решение было принято быстрее, включите эту медицинскую информацию от своего врача или другого лица, выписывающего препарат, когда вы просите об исключении.

Наш *Перечень препаратов* зачастую включает более одного препарата для лечения определенного заболевания. Такие другие препараты называются «альтернативными» препаратами. Если альтернативный препарат будет таким же эффективным, как и препарат, о покрытии стоимости которого вы подаете запрос, и не будет вызывать больше побочных эффектов или других проблем со здоровьем, в таких случаях мы, как правило, не одобрим запрос об исключении. Если вы попросите нас об исключение в отношении уровня препарата, мы, как правило, не одобрим ваш запрос об исключении, за исключением случаев, когда все альтернативные препараты с более низким классом в распределении затрат не будут оказывать на вас такой же эффект или, вероятно, могут вызвать побочную реакцию или причинить другой вред.

Мы можем одобрить или отклонить ваш запрос.

- Если мы **одобрим** ваш запрос об исключении, исключение, как правило, действует до конца календарного года. Данное исключение действует до тех пор, пока ваш врач продолжает назначать вам препарат и этот препарат по-прежнему является безопасным и эффективным для лечения вашего заболевания.

- Если мы **отклоним** ваш запрос об исключении, вы можете подать апелляцию. Обратитесь к **Разделу G5** за информацией о том, как подать апелляцию, если мы **отклоним** ваш запрос.

В следующем разделе представлена информация о том, как подать запрос в план о принятии решения о покрытии, включая запрос об исключении.

G4. Запрос о принятии решения о предоставлении страхового покрытия, включая исключение

- Подайте запрос на принятие нужного вам решения о страховом покрытии, позвонив по телефону 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) или отправив нам письмо или факс. Это можете сделать вы, ваш представитель или ваш врач (или другой медицинский работник, имеющий право выписывать рецептурные препараты). Укажите свои имя и фамилию, контактные данные и информацию о страховом требовании.

- Вы или ваш врач (или другой медицинский работник, имеющий право выписывать рецептурные препараты) или кто-то другой, кто представляет ваши интересы, может подать запрос о принятии решения о покрытии стоимости препарата. Ваш юрист также может представлять ваши интересы.

- Обратитесь к **Разделу E3**, чтобы узнать, как назначить кого-либо своим представителем.

- Вам не нужно предоставлять вашему врачу или другому медицинскому работнику, имеющему право выписывать рецептурные препараты, письменное разрешение от вашего имени для подачи в план запроса о принятии решения о покрытии стоимости препарата.

- Если вы хотите подать нам запрос о возмещении оплаченной вами суммы за препарат, ознакомьтесь с **Главой 7** этого *Справочника участника*.

- Если вы просите об исключении, предоставьте нам «заявление в поддержку запроса». В заявлении в поддержку запроса должны быть указаны медицинские причины запроса об исключении, составленные вашим врачом или другим лицом, выписывающим препарат.

- Ваш врач или другое лицо, выписывающее препарат, могут отправить нам заявление в поддержку запроса по факсу или почте. Они также могут проинформировать нас о заявлении по телефону, а затем отправить его нам по факсу или почте.

- Вы можете подать запросы на определение объема страхового покрытия в электронном виде через защищенный портал для участников по адресу: https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions

- Выберите формы для участников
- Начать запрос на определение объема страхового покрытия в режиме онлайн
- Вы можете начать этот процесс, чтобы получить предварительное разрешение или исключение.

Подайте нам запрос о предоставлении вам «ускоренного решения о предоставлении страхового покрытия», если такое решение требуется в связи с вашим состоянием здоровья.

Мы используем «стандартные» сроки, за исключением случаев, когда мы согласны использовать «ускоренные» сроки.

- При принятии **стандартного решения о предоставлении страхового покрытия** мы предоставим вам ответ в течение 72 часов после того, как мы получим заявление вашего врача.
- При принятии **ускоренного решения о предоставлении страхового покрытия** мы предоставим вам ответ в течение 24 часов после того, как мы получим заявление вашего врача.

> «Ускоренное решение о предоставлении страхового покрытия» называется **«ускоренным определением объема страхового покрытия».**

Вы можете получить ускоренное решение о предоставлении страхового покрытия, если:

- Оно относится к препарату, который вы не получали. Вы не можете получить ускоренное решение о предоставлении страхового покрытия, если вы просите нас возместить оплаченную вами сумму за препарат, который вы уже купили.
- Ваше здоровье или способность осуществлять жизнедеятельность могут серьезно пострадать, если мы будем использовать стандартные сроки.

Если ваш врач или другое лицо, выписывающее препарат, сообщит нам, что ваше состояние здоровья требует быстрого принятия решения о предоставлении страхового покрытия, мы рассмотрим ваш запрос в ускоренном режиме принятия решения о предоставлении страхового покрытия. Мы направим вам письмо с этой информацией.

- Если вы отправите запрос о принятии ускоренного решения о предоставлении страхового покрытия без поддержки вашего врача или другого лица, выписывающего препарат, мы будем решать, предоставлять ли вам ускоренное решение о предоставлении страхового покрытия.

- Если мы решим, что состояние вашего здоровья не соответствует требованиям о предоставлении ускоренного решения о предоставлении страхового покрытия, мы будем принимать решение в стандартные сроки.

    - Мы отправим вам письмо, в котором сообщим, что будем придерживаться стандартных сроков. В письме также будет указано, как подать апелляцию на наше решение.

    - Вы можете подать ускоренную жалобу и получить ответ в течение 24 часов. С дополнительной информацией о подаче жалоб, включая ускоренные жалобы, можно ознакомиться в **Разделе K.**

Сроки предоставления ускоренного решения о предоставлении страхового покрытия

- Если мы принимаем решение в ускоренном режиме, мы должны предоставить вам наш ответ в течение 24 часов после того, как мы получим ваш запрос. Если вы попросите об исключении, мы дадим вам ответ в течение 24 часов после того как мы получим от вашего врача заявление в поддержку запроса. Мы предоставим вам ответ быстрее, если этого требует ваше состояние здоровья.

- Если мы не предоставим вам ответ в указанный срок, мы отправим ваш запрос на стадию рассмотрения апелляции на уровне 2, в ходе которой его будет рассматривать IRO. Дополнительную информацию об апелляции на уровне 2 см. в **Разделе G6**.

- Если мы ответим **положительно** на часть вашего запроса или на весь запрос, мы предоставим вам страховое покрытие в течение 24 часов после того как мы получим ваш запрос или заявление в поддержку запроса от вашего доктора.

- Если мы предоставим вам **отказ** в отношении части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин такого отказа. В письме также будет указано, как можно подать апелляцию.

Сроки предоставления стандартного решения о предоставлении страхового покрытия в отношении препарата, который вы не получали

- Если мы принимаем решение в стандартные сроки, мы должны предоставить вам ответ в течение 72 часов после того, как мы получим ваш запрос. Если вы попросите об исключении, мы дадим вам ответ в течение 72 часов после того как мы получим от вашего врача заявление в поддержку запроса. Мы предоставим вам ответ быстрее, если этого требует ваше состояние здоровья.

- Если мы не предоставим вам ответ в указанный срок, мы отправим ваш запрос на стадию рассмотрения апелляции на уровне 2, в ходе которой его будет рассматривать IRO.

- Если мы ответим **положительно** на часть вашего запроса или на весь запрос, мы предоставим вам страховое покрытие в течение 72 часов после того как мы получим ваш запрос или заявление в поддержку исключения от вашего доктора.

- Если мы предоставим вам **отказ** в отношении части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин такого отказа. В письме также будет указано, как можно подать апелляцию.

Сроки предоставления стандартного решения о предоставлении страхового покрытия в отношении препарата, который вы уже купили

- Мы должны предоставить вам наш ответ в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса.

- Если мы не предоставим вам ответ в указанный срок, мы отправим ваш запрос на стадию рассмотрения апелляции на уровне 2, в ходе которой его будет рассматривать IRO.

- Если мы ответим **положительно** на часть вашего запроса или на весь запрос, мы возместим вам оплаченную вами сумму в течение 14 часов.

- Если мы предоставим вам **отказ** в отношении части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин такого отказа. В письме также будет указано, как можно подать апелляцию.

G5. Подача апелляции уровня 1

> Апелляция, подаваемая в наш план по поводу решения о предоставлении страхового покрытия препаратов по части D по программе Medicare, называется **«повторное вынесение решения».**

- Подать **стандартную** или **ускоренную апелляцию** можно по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711) или отправив нам письмо или факс. Это можете сделать вы, ваш представитель или ваш врач (или другой медицинский работник, имеющий право выписывать рецептурные препараты). Укажите свои имя и фамилию, контактные данные и информацию о вашей апелляции.
- Вы должны подать апелляцию **в течение 65 календарных дней** с даты, указанной в письме, которое мы отправили вам, чтобы сообщить о нашем решении.
- Если вы упустите сроки подачи апелляции по уважительной причине, то, возможно, мы предоставим вам больше времени на подачу апелляции. Примерами уважительных причин являются, например, ваше серьезное заболевание, или предоставление вам неправильной информации касательно сроков подачи апелляции. При подаче апелляции объясните причину задержки подачи апелляции.
- Вы имеете право попросить нас предоставить вам бесплатную копию информации по вашей апелляции. Вы и ваш врач можете также предоставить нам дополнительную информацию для поддержки вашей апелляции.

Если этого требует ваше состояние здоровья, подайте запрос об «ускоренной апелляции».

> Ускоренная апелляция также называется **«ускоренным повторным вынесением решения»**.

- Если вы подаете апелляцию на решение, принятое нами в отношении препарата, который вы не получили, вы и ваш врач или другое лицо, выписывающее препарат, решаете, нужна ли вам ускоренная апелляция.

- Требования в отношении ускоренной апелляции совпадают с требованиями в отношении ускоренного принятия решения о предоставлении страхового покрытия. Дополнительную информацию см. в **Разделе G4.**

Мы рассматриваем вашу апелляцию и предоставляем вам свой ответ.

- Мы изучим вашу апелляцию и тщательно проверим всю информацию, касающуюся вашего запроса о предоставлении страхового покрытия.
- Мы проверяем, все ли правила были нами соблюдены, когда мы приняли **отрицательное** решение по вашему запросу.
- Мы можем связаться с вами, вашим врачом или другим медицинским работником, имеющим право выписывать рецептурные препараты, для получения более подробной информации.

Сроки ускоренной апелляции на уровне 1

- Если мы принимаем решение в ускоренном режиме, мы должны предоставить вам наш ответ **в течение 72 часов** после того, как мы получим вашу апелляцию.
  - Мы предоставим вам ответ быстрее, если этого требует ваше состояние здоровья.
  - Если мы не предоставим вам ответ в течение 72 часов, мы должны отправить ваш запрос на уровень 2 процесса рассмотрения апелляции. Затем IRO проверяет ваш запрос. См. **Раздел G6** для ознакомления с информацией об организации, осуществляющей проверку, и процедуре подачи апелляции на уровне 2.
- Если мы ответим **положительно** на часть вашего запроса или на весь запрос, мы должны предоставить страховое покрытие, которое мы согласились предоставить, в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- Если мы предоставим вам **отказ** в отношении части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин такого отказа и сообщим вам, как можно подать апелляцию.

Сроки стандартной апелляции на уровне 1

- Если мы используем стандартные сроки, нам нужно дать вам ответ **в течение 7 календарных дней** после получения вашей апелляции в отношении препарата, который вы не получали.
- Мы сообщим вам о своем решении раньше, если вы не получили препарат и это требуется в связи с вашим состоянием здоровья. Если, по вашему мнению, это требуется в связи с вашим состоянием здоровья, подайте запрос об ускоренной апелляции.
    - Если мы не вынесем решение в течение 7 календарных дней, мы должны отправить ваш запрос на уровень 2 процедуры подачи апелляции. Затем IRO проверяет ваш запрос. См. **Раздел G6** для ознакомления с информацией об организации, осуществляющей проверку, и процедуре подачи апелляции на уровне 2.

Если мы ответим **положительно** на часть вашего запроса или на весь запрос:

- Мы должны **предоставить вам страховое покрытие**, которое мы согласились предоставить, настолько быстро, насколько этого требует ваше состояние здоровья, но **не позже 7 календарных дней** после получения вашей апелляции.
- Мы должны **отправить вам оплату** за купленный вами препарат **в течение 30 календарных дней** после получения вашей апелляции.

Если мы ответим **отрицательно** на часть вашего запроса или на весь запрос:

- Мы отправим вам письмо с объяснением причин такого отказа и сообщим вам, как можно подать апелляцию.
- Мы должны предоставить вам ответ о возмещении стоимости купленного вами препарата **в течение 14 календарных дней** со дня получения вашей апелляции.
    - Если мы не вынесем решение в течение 14 календарных дней, мы должны отправить ваш запрос на уровень 2 процедуры подачи апелляции. Затем IRO проверяет ваш запрос. См. **Раздел G6** для ознакомления с информацией об организации, осуществляющей проверку, и процедуре подачи апелляции на уровне 2.

- Если мы ответим **положительно** на часть вашего запроса или на весь запрос, мы должны будем заплатить вам в течение 30 календарных дней после того, как мы получим ваш запрос.

- Если мы предоставим вам **отказ** в отношении части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин такого отказа и сообщим вам, как можно подать апелляцию.

G6. Подача апелляции уровня 2

Если мы ответим **отрицательно** на вашу апелляцию на уровне 1, вы можете принять наше решение или подать еще одну апелляцию. Если вы решите подать еще одну апелляцию, вы должны использовать процедуру подачи апелляции на уровне 2. **IRO** проверит наше решение, когда мы ответили **отрицательно** на вашу первую апелляцию. Эта организация примет решение, следует ли нам изменить свое решение.

> Официальное название организации по проведению независимой проверки (IRO) — **«Учреждение по проведению независимой проверки»** (иногда **IRE**).

Чтобы подать апелляцию на уровне 2, вы, ваш представитель или ваш врач или другое лицо, выписывающее препарат, должны обратиться в IRO **в письменной форме** и попросить о пересмотре вашего дела.

- Если мы ответим **отрицательно** на вашу апелляцию на уровне 1, в письме, которое мы отправим вам, будут приведены **инструкции о том, как подать апелляцию на уровне 2** в IRO. В этих инструкциях будет указано, кто может подать апелляцию на уровне 2, какие сроки вы должны соблюдать и как связаться с организацией.

- Когда вы подаете апелляцию в IRO, мы отправим в эту организацию имеющуюся у нас информацию о вашей апелляции. Эта информация называется вашими «материалами дела». **Вы имеете право получить бесплатную копию материалов своего дела.** Если вам нужна помощь в запросе бесплатной копии материалов вашего дела, звоните по телефону 1-888-466-2219.

- Вы имеете право предоставлять IRO дополнительную информацию с целью поддержки вашей апелляции.

Организация IRO рассматривает вашу апелляцию на уровне 2 в отношении части D по программе Medicare и дает вам письменный ответ. С дополнительной информацией об организации IRO можно ознакомиться в **Разделе F4**.

Сроки ускоренной апелляции на уровне 2

Если этого требует ваше состояние здоровья, подайте запрос в IRO об ускоренной апелляции.

- Если организация IRO согласится на ускоренную апелляцию, она должна предоставить вам ответ **в течение 72 часов** после получения вашего запроса об апелляции.
- Если организация IRO предоставит **положительный** ответ на часть вашего запроса или на весь запрос, мы должны предоставить утвержденное страховое покрытие препаратов **в течение 24 часов** после получения решения IRO.

Сроки стандартной апелляции на уровне 2

Если вы подаете стандартную апелляцию на уровне 2, организация IRO должна дать вам ответ:

- **в течение 7 календарных дней** после получения вашей апелляции в отношении препарата, который вы не получали;
- **в течение 14 календарных дней** после получения вашей апелляции в отношении возмещения за купленный вами препарат.

Если организация IRO ответит **положительно** на часть вашего запроса или на весь запрос:

- Мы должны предоставить утвержденное страховое покрытие препаратов **в течение 72 часов** после получения решения IRO.
- Мы должны возместить стоимость купленного вами препарата в течение 30 календарных дней со дня получения решения IRO.
- Если организация IRO **откажет** вам в удовлетворении вашей апелляции, это означает, что она поддерживает наше решение не одобрять ваш запрос. Это действие называется «оставить решение в силе» или «отклонить апелляцию».

Если организация IRO **откажет** вам в удовлетворении вашей апелляции на уровне 2, вы имеете право на апелляцию на уровня 3, если стоимость в долларах страхового покрытия препаратов, которое вы запрашиваете, соответствует минимальной стоимости в долларах. Если стоимость в долларах запрашиваемого вами страхового покрытия препаратов меньше требуемого минимума, вы не сможете подать еще одну апелляцию. В этом случае решение по апелляции на уровне 2 будет окончательным. IRO отправит вам письмо, в котором будет указана минимальная сумма в долларах, необходимая для того, чтобы можно было продолжать подачу апелляции на уровне 3.

Если стоимость в долларах вашего запроса соответствует этому требованию, вы должны принять решение, хотите ли вы подать апелляцию на следующем уровне.

- После уровня 2 в процессе рассмотрения апелляции существует три дополнительных уровня.
- Если IRO **откажет** вам в апелляции на уровне 2, а вы соответствуете требованию, чтобы продолжить процедуру апелляции на следующем уровне, вы можете выполнить следующие действия.
    - Принять решение, хотите ли вы подать апелляцию на уровне 3.
    - Ознакомиться с письмом, которое организация IRO выслала вам после того, как вы подали апелляцию на уровне 2, чтобы узнать, как подавать апелляцию на уровне 3.

Апелляции на уровне 3 рассматривает судья по административным делам (ALJ) или адвокат-специалист. Информацию об апелляциях на уровнях 3, 4 и 5 см. в **Разделе J.**

H. Подача запроса в план о покрытии более длительного пребывания в больнице

При поступлении в больницу у вас есть право получать все покрываемые планом больничные услуги, необходимые для диагностирования и лечения вашего заболевания или травмы. Дополнительная информация о страховом покрытии нашим планом пребывания в больнице приведена в **Главе 4** этого *Справочника участника*.

Во время вашего покрываемого страховым планом пребывания в больнице ваш врач и больничный персонал будут взаимодействовать с вами, чтобы подготовить вас ко дню выписки из больницы. Они также помогут организовать для вас обслуживание, которое вам может понадобиться после вашей выписки из больницы.

- День, когда вы покидаете больницу, называется вашей «датой выписки».

- Ваш врач или больничный персонал скажут вам о том, какой день является вашей датой выписки.

Если вы считаете, что вас просят выписаться из больницы слишком рано или если вас беспокоит, как будет организован уход за вами после выписки из больницы, вы можете попросить, чтобы вас оставили в больнице на более длительный срок. В данном разделе поясняется, как это сделать.

Без учета апелляций, описанных в этом **Разделе H**, вы также можете подать жалобу в департамент DMHC и попросить департамент провести независимую медицинскую экспертизу, чтобы вы могли продолжить пребывание в больнице. См. **Раздел F4**, чтобы узнать, как подать жалобу в департамент DMHC и попросить департамент провести независимую медицинскую экспертизу. Вы можете запросить независимую медицинскую экспертизу в дополнение к апелляции на уровне 3 или вместо нее.

H1. Узнайте о ваших правах по программе Medicare

В течение двух дней после вашего поступления в больницу сотрудник больницы, например, медсестра или патронажная сестра, предоставит вам письменное уведомление, которое называется «Важное сообщение от программы Medicare о ваших правах». Все участники программы Medicare получают копию этого уведомления при каждой госпитализации.

Если вы не получите такое уведомление, попросите его у любого сотрудника больницы. Если вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания клиентов по номерам, указанным внизу страницы. Вы можете также позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

- **Прочитайте внимательно данное уведомление** и задайте вопросы, если вам что-либо непонятно. В уведомлении разъясняются ваши права как пациента больницы, включая следующие права:
    - Ваше право на получение услуг, покрываемых программой Medicare, во время и после вашего пребывания в больнице. Ваше право знать о том, какие именно это услуги, кто будет их оплачивать и где вам могут их предоставить.
    - Ваше право принимать участие при принятии любых решений в отношении длительности вашего пребывания в больнице.
    - Ваше право знать, куда подавать жалобы в отношении качества получаемого вами больничного обслуживания.
    - Ваше право подать апелляцию, если вы полагаете, что вас выписывают из больницы слишком рано.

- **Вы должны подписать уведомление**, чтобы подтвердить, что вы его получили и поняли свои права.
    - Подписать уведомление можете вы или другое лицо, действующее от вашего имени.
    - Подписание вами уведомления всего **лишь** подтверждает, что вы получили информацию о своих правах. Подписание вами уведомления **не** означает вы соглашаетесь с датой выписки, которую вам мог сообщить ваш врач или персонал больницы.
- **Оставьте копию подписанного уведомления у себя**, чтобы в случае необходимости, вы могли обратиться к этой информации.

Если вы подпишете уведомление более чем за два дня до выписки из больницы, вы получите еще одну копию уведомления перед самой выпиской.

Вы можете просмотреть копию уведомления заранее в следующих случаях:

- Если вы позвоните в отдел обслуживания клиентов по номерам, указанным внизу страницы.
- Позвоните в программу Medicare по номеру 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Если вы посетите страницу www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Подача апелляции уровня 1

Если вы хотите попросить нас покрыть получаемые вами услуги в стационарном отделении больницы в течение более длительного срока, вы должны подать апелляцию. Организация QIO рассматривает апелляцию на уровне 1, чтобы выяснить, соответствует ли запланированная дата выписки вашему состоянию здоровья.

QIO — это группа врачей и других медицинских работников, услуги которых оплачивает федеральное правительство. Эти специалисты проверяют качество обслуживания участников программы Medicare и помогают повысить его. Эти программы не входят в наш план.

В Калифорнии организацией QIO является компания Commence Health. Вы можете позвонить им по телефону (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668). Контактные данные

также приведены в уведомлении «Важное сообщение от программы Medicare о ваших правах» и в **Главе 2**.

Звонить в Организацию QIO следует до того, как вас выпишут из больницы, и не позже запланированной даты вашей выписки.

- **Если вы позвоните до того, как вас выпишут из больницы**, вам разрешат остаться в больнице после запланированной даты выписки, и вам не придется платить за это, пока Организация QIO не вынесет решение по вашей апелляции.
- **Если вы не позвоните, чтобы подать апелляцию,** и вы решите остаться в больнице после вашей запланированной даты выписки, вам, возможно, придется оплатить все расходы за больничное обслуживание, которое вы получите после запланированной даты вашей выписки.
- Поскольку пребывание в больнице покрывается как программой Medicare, так и программой Medi-Cal, если Организация по повышению качества не рассмотрит ваш запрос о продолжении вашего пребывания в больнице, или если вы считаете, что ваша ситуация неотложная, представляет собой непосредственную и серьезную угрозу вашему здоровью, или вы испытываете сильную боль, вы также можете подать жалобу в DMHC штата Калифорния или попросить департамент провести независимую медицинскую экспертизу. См. **Раздел F4**, чтобы узнать, как подать жалобу в департамент DMHC и попросить департамент провести независимую медицинскую экспертизу.

Если вам нужна помощь, обратитесь за ней. Если в какой-либо момент у вас возникнут вопросы или вам понадобится помощь:

- Позвоните в отдел обслуживания клиентов по номерам, указанным внизу страницы.
- Обращайтесь в программу HICAP по телефону 1-800-434-0222.

Подача запроса об ускоренном рассмотрении. Действуйте быстро и свяжитесь с QIO, чтобы попросить рассмотреть вашу выписку из больницы в ускоренном порядке.

> **«Незамедлительное рассмотрение»** или **«ускоренное рассмотрение»** — это юридический термин, который означает **«рассмотрение в ускоренном порядке»**.

Что происходит во время ускоренного рассмотрения

- Эксперты организации QIO спросят вас или вашего представителя о том, почему вы считаете, что страховое покрытие должно быть продолжено после запланированной даты вашей выписки. При этом писать заявление не требуется, но вы можете его написать.
- Эксперты изучают вашу медицинскую информацию, беседуют с вашим врачом и проверяют информацию, которую им предоставили больница и наш план.
- К полудню того дня, когда эксперты сообщат нашему плану о вашей апелляции, вы получите письмо с указанием запланированной даты выписки. В письме также приводятся причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что это надлежащая дата выписки, подходящая для вас с учетом вашего медицинского состояния.

> Юридический термин, используемый для данного письменного разъяснения — «**Развернутое уведомление о выписке из больницы**». Вы можете получить образец уведомления, позвонив в службу обслуживания клиентов по номерам, указанным внизу страницы, или по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.) Вы также можете ознакомиться с образцом уведомления по адресу www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

В течение одного дня после получения всей необходимой информации организация QIO предоставит вам ответ на вашу апелляцию.

Если организация QIO ответит **положительно** на вашу апелляцию:

- Мы будем предоставлять вам покрываемые страховкой услуги стационарного лечения в больнице до тех пор, пока эти услуги необходимы по медицинским показаниям.

Если организация QIO ответит **отрицательно** на вашу апелляцию:

- Организация считает запланированную дату вашей выписки обоснованной с медицинской точки зрения.
- Наше страховое покрытие ваших услуг стационарного лечения в больнице закончится в полдень на следующий день после того, как организация QIO даст вам ответ на вашу апелляцию.

- Возможно, вам придется оплатить полную стоимость лечения в больнице, которое вы получите после полудня на следующий день после того, как организация QIO предоставит вам ответ на вашу апелляцию.
- Если организация QIO отклонит вашу апелляцию на уровне 1, **но** вы останетесь в больнице после запланированной даты вашей выписки, вы можете подать апелляцию на уровне 2.

H3. Подача апелляции уровня 2

При подаче апелляции на уровне 2 вы просите организацию QIO еще раз рассмотреть решение, принятое по вашей апелляции на уровне 1. Вы можете позвонить в организацию по номеру (877) 588-1123 (линия TTY: (855) 887-6668).

Вы должны подать запрос на эту проверку **в течение 60 календарных дней** со дня, когда организация QIO **отклонила** вашу апелляцию на уровне 1. Вы можете просить провести рассмотрение **только** в том случае, если вы остались в больнице после прекращения покрытия вашего обслуживания.

Эксперты организации QIO выполнят следующие действия:

- Еще раз тщательно изучат все данные, связанные с вашей апелляцией.
- Сообщат вам свое решение по вашей апелляции на уровне 2 в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса на повторное рассмотрение.

Если организация QIO ответит **положительно** на вашу апелляцию:

- Мы обязаны возместить вам нашу долю стоимости обслуживания в больнице, полученного вами с полудня следующего дня после того как организация QIO отклонит вашу апелляцию на уровне 1.
- Мы будем предоставлять вам покрываемые страховкой услуги стационарного лечения в больнице до тех пор, пока эти услуги необходимы по медицинским показаниям.

Если организация QIO ответит **отрицательно** на вашу апелляцию:

- Организация согласна со своим решением по вашей апелляции на уровне 1 и не изменит его.

- Организация предоставит вам письмо, в котором будет указано, что вы можете сделать, если хотите продолжить процедуру рассмотрения апелляции и подать апелляцию на уровне 3.
- Вы также можете подать жалобу или попросить департамент DMHC провести независимую медицинскую экспертизу для продолжения вашего пребывания в больнице. См. **Раздел E4**, чтобы узнать, как подать жалобу в департамент DMHC и попросить департамент провести независимую медицинскую экспертизу.

Апелляции на уровне 3 рассматривает судья по административным делам (ALJ) или адвокат-специалист. Информацию об апелляциях на уровнях 3, 4 и 5 см. в **Разделе J.**

I. Подача нам запроса о продолжении покрытия определенных медицинских услуг

В этом разделе представлены только три типа услуг, которые вы можете получить:

- медицинский уход на дому
- квалифицированный сестринский уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода **и**
- услуги реабилитации, которые были предоставлены в амбулаторном порядке в учреждении CORF, одобренном программой Medicare. Обычно это означает, что вы проходите лечение от болезни или травмы или восстанавливаетесь после серьезной операции.

В случае с этими тремя видами услуг вы имеете право продолжать получать покрываемые услуги до тех пор, пока ваш врач считает, что они вам необходимы.

Если мы примем решение прекратить покрытие любой из данных услуг, мы обязаны уведомить вас об этом до прекращения покрытия. Когда покрытие вашего обслуживания прекратится, мы перестанем оплачивать ваше обслуживание.

Если вы считаете, что мы прекращаем покрытие вашего обслуживания слишком рано, вы **можете обжаловать наше решение**. В данном разделе рассказывается о том, как подать апелляцию.

I1. Предварительное уведомление до прекращения действия страхового покрытия

Мы отправим вам письменное уведомление, которое вы получите как минимум за два дня до того, как мы прекратим оплату вашего лечения. Это называется «Уведомление о прекращении покрытия услуг по программе Medicare». Вам сообщат в письменном уведомлении дату прекращения покрытия вашего обслуживания и как подать апелляцию на это решение.

Вы или ваш представитель должны подписать уведомление, чтобы подтвердить его получение. Подписание уведомления всего **лишь** подтверждает, что вы получили информацию. Подписание **не** означает, что вы согласны с нашим решением.

I2. Подача апелляции уровня 1

Если вы считаете, что мы прекращаем покрытие вашего обслуживания слишком рано, вы можете обжаловать наше решение. В этом разделе разъясняются процедура апелляции уровня 1 и действия, которые следует при этом делать.

- **Соблюдайте сроки.** Сроки очень важны. Вы должны понимать и соблюдать сроки, которые применимы к действиям, которые вы должны выполнить. Наш план также должен соблюдать сроки. Если вы полагаете, что мы нарушаем сроки, вы можете подать жалобу. Дополнительную информацию о жалобах см. в **Разделе K.**
- **Если вам нужна помощь, обратитесь за ней.** Если в какой-либо момент у вас возникнут вопросы или вам понадобится помощь:
  - Позвоните в отдел обслуживания клиентов по номерам, указанным внизу страницы.
  - Позвоните в HICAP по телефону 1-800-434-0222.
- **Свяжитесь с QIO.**
  - Обратитесь к **Разделу H2** или к **Главе 2** этого *Справочника участника* для получения дополнительной информации об организации QIO и о том, как с ней связаться.
  - Попросите организацию рассмотреть вашу апелляцию и решить, следует ли изменить решение, принятое нашим планом.
- **Действуйте быстро и подайте запрос на «ускоренную апелляцию».** Спросите в организации QIO, является ли целесообразным с медицинской точки зрения прекратить покрытие ваших медицинских услуг.

Сроки обращения в организацию

- Вы должны обратиться в организацию QIO, чтобы подать апелляцию до полудня дня, предшествующего дню вступления в силу отправленного вам «Уведомления о прекращении покрытия услуг по программе Medicare».
- Если Организация по повышению качества не рассмотрит ваш запрос о продолжении страхового покрытия предоставляемых вам медицинских услуг, или если вы считаете, что ваша ситуация является неотложной, представляет собой непосредственную и серьезную угрозу вашему здоровью, или если вы испытываете сильную боль, вы можете подать жалобу в DMHC штата Калифорния или попросить департамент провести независимую медицинскую экспертизу. См. **Раздел F4**, чтобы узнать, как подать жалобу в департамент DMHC и попросить департамент провести независимую медицинскую экспертизу.

Юридический термин, используемый для письменного уведомления — **«Уведомление о прекращении покрытия услуг по программе Medicare»**. Вы можете получить образец уведомления, позвонив в отдел обслуживания клиентов по номерам, указанным внизу страницы, или в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Или вы можете получить копию онлайн по адресу www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Что происходит во время ускоренной апелляции

- Эксперты организации QIO спросят вас или вашего представителя о том, почему вы считаете, что страховое покрытие должно быть продолжено. При этом писать заявление не требуется, но вы можете его написать.
- Эксперты изучают вашу медицинскую информацию, беседуют с вашим врачом и проверяют информацию, которую им предоставил наш план.
- Наш план также отправит вам письменное уведомление с объяснением причин прекращения страхового покрытия ваших услуг. Вы получите уведомление к концу дня, в течение которого эксперты сообщат нам о вашей апелляции.

> Юридический термин для разъяснения уведомления — **«Подробное объяснение прекращения покрытия».**

- Эксперты предоставляют свое решение в течение одного дня после получения всей необходимой информации.

Если организация QIO ответит **положительно** на вашу апелляцию:

- Мы будем предоставлять вам покрываемые услуги до тех пор, пока эти услуги необходимы по медицинским показаниям.

Если организация QIO ответит **отрицательно** на вашу апелляцию:

- Ваше страховое покрытие заканчивается в указанный нами день.
- Мы перестанем оплачивать нашу долю затрат в отношении этих услуг в день, указанный в уведомлении.
- Если вы решите продолжать получать медицинский уход на дому, уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода или в учреждении CORF после даты окончания вашего страхового покрытия, вам придется оплатить полную стоимость такого ухода самостоятельно.
- Вы должны принять решение, хотите ли вы, чтобы предоставление этих услуг вам было продолжено, и будете ли вы подавать апелляцию на уровне 2.

I3. Подача апелляции уровня 2

При подаче апелляции на уровне 2 вы просите организацию QIO еще раз рассмотреть решение, принятое по вашей апелляции на уровне 1. Вы можете позвонить в организацию по номеру (877) 588-1123 (линия TTY: (855) 887-6668).

Вы должны подать запрос на эту проверку **в течение 60 календарных дней** со дня, когда организация QIO **отклонила** вашу апелляцию на уровне 1. Вы можете просить провести рассмотрение **только** в том случае, если вы продолжили получать обслуживание после того, как его покрытие было прекращено.

Эксперты организации QIO выполнят следующие действия:

- Еще раз тщательно изучат все данные, связанные с вашей апелляцией.
- Сообщат вам свое решение по вашей апелляции на уровне 2 в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса на повторное рассмотрение.

Если организация QIO ответит **положительно** на вашу апелляцию:

- Мы должны возместить оплаченную вами сумму за нашу долю затрат на обслуживание, полученное с того дня, когда мы сообщили, что ваше покрытие будет прекращено.
- Мы продолжим предоставлять покрытие вашего обслуживания до тех пор, пока это необходимо с медицинской точки зрения.

Если организация QIO ответит **отрицательно** на вашу апелляцию:

- Организация согласна с нашим решением прекратить ваше лечение и не изменит его.
- Организация предоставит вам письмо, в котором будет указано, что вы можете сделать, если хотите продолжить процедуру рассмотрения апелляции и подать апелляцию на уровне 3.
- Вы можете подать жалобу в департамент DMHC и запросить у департамента проведение независимой медицинской экспертизы, чтобы продолжить страховое покрытие предоставляемых вам медицинских услуг. См. **Раздел F4**, чтобы узнать, как подать запрос в DMHC на проведение независимой медицинской экспертизы. Вы можете подать жалобу в департамент DMHC и запросить у департамента проведение независимой медицинской экспертизы в дополнение к апелляции на уровне 3 или вместо нее.

Апелляции на уровне 3 рассматривает судья по административным делам (ALJ) или адвокат-специалист. Информацию об апелляциях на уровнях 3, 4 и 5 см. в **Разделе J.**

J. Подача апелляции после уровня 2

J1. Следующие шаги для получения услуг и товаров в рамках программы Medicare

Если вы подавали апелляцию на уровне 1 и апелляцию на уровне 2 для получения услуг или товаров в рамках программы Medicare и обе ваши апелляции были отклонены, у вас может быть право на подачу апелляции на дополнительных уровнях.

Если стоимость в долларах услуги или товара Medicare, в отношении которых вы подали апелляцию, не соответствует определенной минимальной сумме в долларах, вы не сможете подать апелляцию на следующем уровне. Если стоимость в долларах будет достаточно высокой, вы можете продолжить процедуру подачи апелляции. В письме,

которое вы получаете от организации IRO по апелляции на уровне 2, объясняется, к кому вам следует обращаться и что делать, чтобы подать апелляцию на уровне 3.

Апелляция на уровне 3

Уровень 3 процесса подачи апелляции представляет собой слушание, проводимое судьей по административным делам (ALJ). Решение по данному слушанию принимает судья по административным делам или адвокат-специалист, работающий на федеральное правительство.

Если судья по административным делам или адвокат-специалист вынесет **положительное** решение по вашей апелляции**,** мы имеем право подать апелляцию на решение на уровне 3, которое было принято в вашу пользу.

- Если мы решим подать **апелляцию** на это решение, мы отправим вам копию запроса на апелляцию на уровне 4 со всеми сопроводительными документами. Мы можем дождаться решения по апелляции на уровне 4, прежде чем разрешить предоставлять или начать предоставлять услуги, в отношении которых была подана апелляция.

- Если мы решим **не подавать апелляцию на** решение, мы должны разрешить предоставлять или начать предоставлять вам услуги в течение 60 календарных дней после получения решения судьи по административным делам или адвоката-специалиста.

    - Если судья по административным делам или адвокат-специалист предоставит **отрицательное** решение в отношении вашей апелляции, процедура апелляции может быть продолжена.

- Если вы решите **принять** это решение, которое отклоняет вашу апелляцию, процедура апелляции будет завершена.

- Если вы решите **не принимать** это решение, которое отклоняет вашу апелляцию, вы можете перейти на следующий уровень процедуры рассмотрения апелляции. В уведомлении, которое вы получите, будет указано, что делать при подаче апелляции на уровне 4.

Апелляция на уровне 4

Апелляционный совет программы Medicare (далее именуемый «Совет») рассматривает вашу апелляцию и дает вам ответ по ней. Совет входит в состав федерального правительства.

Если Совет ответит **утвердительно** на вашу апелляцию на уровне 4 или отклонит наш запрос о пересмотре решения по апелляции на уровне 3, принятого в вашу пользу, мы имеем право подать апелляцию на уровне 5.

- Если мы решим подать **апелляцию** в отношении этого решения, мы сообщим вам об этом в письменном виде.
- Если мы решим **не подавать апелляцию на** это решение, мы должны разрешить предоставлять или начать предоставлять вам услуги в течение 60 календарных дней после получения решения Совета.

Если Совет ответит **отрицательно** или отклонит наш запрос на рассмотрение, процедура апелляции может быть продолжена.

- Если вы решите **принять** это решение, которое отклоняет вашу апелляцию, процедура апелляции будет завершена.
- Если вы решите **не принимать** это решение, которое отклоняет вашу апелляцию, вы можете перейти на следующий уровень процедуры рассмотрения апелляции. В уведомлении, которое вы получите, будет указано, можете ли вы подать апелляцию на уровне 5 и что следует для этого сделать.

Апелляция на уровне 5

- Судья федерального окружного суда рассмотрит вашу апелляцию и всю информацию и примет **положительное** или **отрицательное** решение. Это решение будет окончательным. После федерального окружного суда других уровней рассмотрения апелляции нет.

J2. Дополнительные апелляции по программе Medi-Cal

У вас также есть другие права на апелляцию, если ваша апелляция касается услуг или товаров, которые, как правило, покрывает программа Medi-Cal. Отправленное вам письмо от отделения по слушаниям дел на уровне штата будет содержать информацию о том, что следует делать, если вы хотите продолжить участвовать в процедуре подачи апелляции.

Если вы не согласны с решением, вынесенным в процессе слушания на уровне штата, и вы хотите, чтобы другой судья пересмотрел данное решение, вы можете подать запрос о повторном слушании и (или) о пересмотре судебного решения. Чтобы подать запрос о повторном слушании, отправьте запрос в письменном виде (письмо) по следующему адресу: The Rehearing Unit, 744 P Street, MS 19-37, Sacramento, CA 95814

Данное письмо должно быть отправлено в течение 30 дней с момента получения вами решения. Этот срок может быть продлен до 180 дней, если у вас есть уважительная причина его превышения.

В своем запросе о повторном слушании укажите дату получения вами решения и причину, по которой оно должно быть проведено. Если вы хотите представить дополнительные доказательства, опишите их суть и поясните, почему они не были представлены ранее и каким образом это отразилось бы на решении. Вы можете обратиться за помощью в организацию, предоставляющую юридические услуги.

Чтобы подать запрос о пересмотре судебного решения, вы должны подать ходатайство в Верховный суд (в соответствии с Разделом 1094.5 Гражданского процессуального кодекса) в течение одного года после получения вашего решения. Подавайте ходатайство в Верховный суд того округа, который был указан в вашем решении. Вы можете подать данное ходатайство, не подавая запрос о повторном слушании. Плата за подачу ходатайства не взимается. Возможно, вам придется внести умеренную плату за услуги адвоката, если Суд вынесет окончательное решение в вашу пользу. Если повторное слушание было проведено и вы не согласны с вынесенным решением, вы можете попытаться подать запрос о пересмотре судебного решения, но вы не можете требовать проведения еще одного повторного слушания.

J3. Апелляции на уровнях 3, 4 и 5 по запросам в отношении препаратов по части D по программе Medicare

Этот раздел может пригодиться вам, если вы подали апелляцию на уровне 1 и уровне 2, и обе ваши апелляции были отклонены.

Если стоимость препарата, в отношении которого вы подали апелляцию, соответствует определенной сумме в долларах, вы можете подать апелляцию на дополнительных уровнях. В письменном ответе, который вы получите в отношении апелляции на уровне 2, разъясняется, к кому вам следует обращаться и что нужно сделать, чтобы подать апелляцию на уровне 3.

Апелляция на уровне 3

Уровень 3 процесса подачи апелляции представляет собой слушание, проводимое судьей по административным делам (ALJ). Решение по данному слушанию принимает судья по административным делам или адвокат-специалист, работающий на федеральное правительство.

Если судья по административным делам или адвокат-специалист вынесет **положительное** решение по вашей апелляции**:**

- Процедура апелляции будет завершена.
- Мы должны разрешить предоставление или начать предоставление страхового покрытия одобренных препаратов в течение 72 часов (или 24 часов при ускоренной апелляции) или произвести оплату не позднее, чем через 30 календарных дней после получения решения.

Если судья по административным делам или адвокат-специалист предоставит **отрицательное** решение в отношении вашей апелляции, процедура апелляции может быть продолжена.

- Если вы решите **принять** это решение, которое отклоняет вашу апелляцию, процедура апелляции будет завершена.
- Если вы решите **не принимать** это решение, которое отклоняет вашу апелляцию, вы можете перейти на следующий уровень процедуры рассмотрения апелляции. В уведомлении, которое вы получите, будет указано, что делать при подаче апелляции на уровне 4.

Апелляция на уровне 4

Совет рассматривает вашу апелляцию и дает вам ответ по ней. Совет входит в состав федерального правительства.

Если Совет ответит **положительно** на вашу апелляцию:

- Процедура апелляции будет завершена.
- Мы должны разрешить предоставление или начать предоставление страхового покрытия одобренных препаратов в течение 72 часов (или 24 часов при ускоренной апелляции) или произвести оплату не позднее, чем через 30 календарных дней после получения решения.

Если Совет предоставит **отрицательное** решение в отношении вашей апелляции или отклонит запрос на рассмотрение, процедура апелляции может быть продолжена.

- Если вы решите **принять** это решение, которое отклоняет вашу апелляцию, процедура апелляции будет завершена.
- Если вы решите **не принимать** это решение, которое отклоняет вашу апелляцию, вы можете перейти на следующий уровень процедуры рассмотрения апелляции. В уведомлении, которое вы получите, будет указано, можете ли вы подать апелляцию на уровне 5 и что следует для этого сделать.

Апелляция на уровне 5

- Судья федерального окружного суда рассмотрит вашу апелляцию и всю информацию и примет **положительное** или **отрицательное** решение. Это решение будет окончательным. После федерального окружного суда других уровней рассмотрения апелляции нет.

K. Как подать жалобу

K1. Какие именно проблемы могут послужить причиной для подачи жалобы

Процесс подачи жалобы используется только для некоторых типов проблем, таких как проблемы с качеством обслуживания, временем ожидания, координацией обслуживания и обслуживанием клиентов. Ниже представлены примеры проблем, которые могут послужить основанием для подачи жалобы.

Жалоба	Пример
Качество вашего медицинского обслуживания	• Вы не удовлетворены качеством обслуживания, например, уходом в больнице.
Защита вашей конфиденциальности	• Вы полагаете, что кто-либо не соблюдает ваше право на конфиденциальность или предоставил другим лицам конфиденциальные сведения о вас.
Неуважение, низкое качество обслуживания клиентов или другое негативное поведение	• Поставщик медицинских услуг или персонал были грубы или невежливы с вами. • Наши сотрудники плохо к вам относились. • Вы считаете, что вас насильно заставляют прекратить участие в нашем плане.

Жалоба	Пример
Специальные возможности и языковая поддержка	• Вы не можете получить физический доступ к медицинским услугам и удобствам в офисе врача или поставщика. • Ваш врач или поставщик услуг не предоставляет переводчика для других языков (отличных от английского), на которых вы говорите (например, американский язык жестов или испанский). • Ваш поставщик медицинских услуг не предоставляет вам других приемлемых удобств, которые вам нужны и о которых вы просите.
Время ожидания	• У вас возникли проблемы с записью на прием или вам пришлось слишком долго ждать записи на прием. • Врачи, фармацевты, другие медицинские работники, отдел обслуживания клиентов или другие сотрудники плана заставляют вас ждать слишком долго.
Чистота	• Вы считаете, что клиника, больница или офис врача недостаточно чистые.
Информация, которую вы получаете от нас	• Вы полагаете, что мы не отправили вам какое-либо уведомление или письмо, которое вы должны были получить. • Вы считаете, что информация в письменном виде, которую мы выслали вам, слишком сложна для понимания.

Жалоба	Пример
Своевременное принятие решений или апелляций о страховом покрытии	• Вы считаете, что мы не соблюдаем сроки принятия решения о страховом покрытии или предоставления ответа на вашу апелляцию. • Вы считаете, что после получения решения о страховом покрытии или апелляции в вашу пользу мы не соблюдаем сроки одобрения услуги, предоставления вам услуги или возмещения вам стоимости определенных медицинских услуг. • Вы думаете, что мы не отправили своевременно ваше дело в организацию IRO.

Жалобы бывают нескольких видов. Вы можете подать внутреннюю и (или) внешнюю жалобу. Внутренняя жалоба подается в наш план, и наш план рассматривает ее. Внешняя жалоба подается в организацию, не связанную с нашим планом, и эта организация рассматривает ее. Если вам нужна помощь с подачей внутренней и (или) внешней жалобы, вы можете позвонить в службу обслуживания клиентов по телефону 1-800-452-4413 (TTY: 711).

> Юридический термин, используемый для обозначения термина «жалоба» — **«претензия»**.
>
> Юридический термин, используемый для обозначения термина «подача жалобы» — **«подача претензии»**.

K2. Внутренние жалобы

Чтобы подать внутреннюю жалобу, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Вы можете подать жалобу в любое время, за исключением случаев, когда речь идет о препарате по части D по программе Medicare. Если жалоба касается препарата по части D по программе Medicare, вы должны подать ее **в течение 60 календарных** дней после возникновения проблемы, на которую вы хотите подать жалобу.

- Если вам что-либо нужно сделать в отношении этой жалобы, сотрудники отдела обслуживания клиентов сообщат вам об этом.

- Вы также можете написать жалобу и отправить ее нам. Если вы подадите жалобу в письменном виде, мы ответим на вашу жалобу также в письменном виде.

- Ниже приведен требуемый порядок действий.

  - Шаг 1. Подать претензию

  - Чтобы начать этот процесс, позвоните представителю отдела обслуживания клиентов в течение 60 календарных дней после события и попросите их подать претензию. Вы также можете подать претензию в письменном виде в течение 60 календарных дней с момента события, отправив ее по следующему адресу:

    Blue Shield TotalDual Plan
    Appeals & Grievances Department
    P.O. Box 927
    Woodland Hills CA 91365-9856
    Факс: (916) 350-6510

  - Если вы обращаетесь к нам по факсу или по почте, позвоните нам и запросите форму подачи апелляций и претензий по плану Blue Shield TotalDual Plan. Мы отправим вам письмо с информацией о том, что мы получили уведомление о вашей проблеме, в течение 5 календарных дней и сообщим вам имя лица, которое работает над решением вашей проблемы. Обычно для решения проблемы нам требуется до 30 календарных дней.

  - Если вы запрашиваете «ускоренное рассмотрение претензии» или «быстрое решение» или «быстрое рассмотрение апелляции», отправьте вашу апелляцию/претензию в письменном виде по адресу, указанному в Шаге 1 выше, или позвоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Если вы запрашиваете «ускоренное рассмотрение претензии» или «быстрое решение» или «быстрое рассмотрение апелляции», мы должны предоставить вам ответ в течение 72 часов с момента получения апелляции/претензии в письменном виде или по телефону. Мы предоставим вам ответ быстрее, если того требует ваше состояние здоровья. Если вы запросите «ускоренное рассмотрение претензии», поскольку мы решили не предоставлять вам «ускоренное решение» или «ускоренную апелляцию», мы перешлем ваш запрос директору по медицинским вопросам, который не участвовал в принятии нами первоначального решения. Мы можем спросить, есть ли у вас дополнительная информация, которая не была доступна на момент,

когда вы запросили «ускоренное первоначальное решение» или «ускоренную апелляцию». Директор по медицинским вопросам рассмотрит ваш запрос и примет решение, было ли наше первоначальное решение обоснованным. Мы вышлем вам письмо с нашим решением в течение 24 часов с момента получения вашего запроса об «ускоренной претензии». Мы должны рассмотреть вашу претензию настолько быстро, насколько этого требует ваше дело, исходя из состояния вашего здоровья, но не позднее, чем через 30 календарных дней после получения вашей жалобы.

Шаг 2. Слушание по претензии

- Если вы не удовлетворены решением своей претензии, связанной с качеством обслуживания, вы можете подать письменный запрос в отдел апелляций и претензий Blue Shield Medicare о проведении слушания по претензии. В течение 31 календарного дня с момента получения вашего письменного запроса мы соберем комиссию для рассмотрения вашего дела. Вам будет предложено присутствовать на слушании, в котором примут участие врач, не участвующий в вашем лечении, и представитель отдела разрешений апелляций и претензий. Вы можете присутствовать на слушании лично или посредством телеконференции. После слушания мы вышлем вам письмо с окончательным решением.
- Если вы не удовлетворены решением своей претензии, которая не относится к качеству обслуживания, например, время ожидания, проявление неуважения, обслуживание клиентов или чистота, вы можете обратиться в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan и запросить дополнительное рассмотрение.

> **Юридический термин**, который означает «ускоренную жалобу» — **«ускоренная претензия»**.

По возможности мы дадим вам ответ немедленно. Если вы позвоните нам, чтобы подать жалобу, мы, возможно, сможем дать вам ответ во время того же телефонного звонка. Если ваше состояние здоровья требует того, чтобы мы дали ответ быстро, мы дадим вам его быстро.

- На большинство жалоб мы отвечаем в течение 30 календарных дней. Если мы не примем решение в течение 30 календарных дней, поскольку нам понадобится дополнительная информация, мы уведомим вас об этом в письменном виде. Мы также предоставляем обновленную информацию

о статусе вашей претензии и примерное время, в течение которого вы сможете получить ответ.

- Если вы подаете жалобу по причине того, что мы отклонили ваш запрос о предоставлении «ускоренного решения о предоставлении страхового покрытия» или «ускоренной апелляции», мы автоматически предоставим вам «ускоренную жалобу» и ответим на вашу жалобу в течение 24 часов.
- Если вы подаете жалобу по причине того, что нам понадобилось дополнительное время, чтобы принять решение о предоставлении страхового покрытия или рассмотреть апелляцию, мы автоматически предоставим вам «ускоренную жалобу» и ответим на вашу жалобу в течение 24 часов.

Если мы не согласны с частью вашей жалобы или всей жалобой, мы сообщим вам об этом и разъясним причины нашего несогласия. Мы ответим вам, согласны мы с вашей жалобой или нет.

К3. Внешние жалобы

Программа Medicare

Вы можете сообщить программе Medicare о своей жалобе или отправить жалобу в программу Medicare. Форму претензии (Complaint Form) для подачи в программу Medicare можно найти в интернете по адресу www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Вам не нужно подавать жалобу в план Blue Shield TotalDual Plan, прежде чем подавать жалобу в программу Medicare.

Программа Medicare серьезно относится к вашим жалобам и использует данную информацию, чтобы помочь улучшить качество программы Medicare.

Если у вас есть другие замечания или проблемы или если вы думаете, что план медицинского страхования не уделяет внимания вашей проблеме, вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователей линии TTY просим обращаться по номеру 1-877-486-2048. Звонок бесплатный.

Medi-Cal

Вы можете подать жалобу омбудсмену управляемого обслуживания Medi-Cal в Департаменте здравоохранения штата Калифорния (DHCS), позвонив по телефону 1-888-452-8609. Пользователи линии TTY могут позвонить по номеру 711. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m.

Вы можете подать жалобу в DMHC штата Калифорния. DMHC регулирует планы медицинского страхования. Вы можете обратиться к сотрудникам Центра помощи DMHC за помощью при подаче жалоб относительно услуг, предоставляемых по программе Medi-Cal. По несрочным вопросам вы можете подать жалобу в DMHC, если вы не согласны с решением по вашей апелляции на уровне 1 или если план не разрешил вашу жалобу по истечении 30 календарных дней. При этом вы можете обратиться в DMHC, не подавая апелляцию на уровне 1, если вам нужна помощь в решении жалобы, связанной с неотложным вопросом, или жалобой, которая представляет непосредственную и серьезную угрозу вашему здоровью, если вы испытываете сильную боль, если вы не согласны с решением нашего плана в отношении вашей жалобы или если наш план не разрешил вашу жалобу в течение 30 календарных дней.

Далее приведены два способа получения помощи от Центра помощи:

- Позвоните по номеру 1-888-466-2219. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться бесплатным номером линии TTY 1-877-688-9891. Звонок бесплатный.
- Посетите веб-сайт Департамента управляемого медицинского обслуживания (www.dmhc.ca.gov).

Управление по гражданским правам (OCR)

Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам (OCR) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения (HHS), если вы считаете, что с вами обошлись несправедливо. Например, вы можете подать жалобу в отношении обеспечения доступности услуг для лиц с ограниченными возможностями или предоставления помощи лицам на других языках. Номер телефона OCR: 1-800-368-1019. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-800-537-7697. С дополнительной информацией можно ознакомиться по адресу www.hhs.gov/ocr.

Вы также можете обратиться в местное представительство OCR по следующему адресу:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Customer Response Center: (800) 368-1019
Факс: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697
Эл. почта: ocrmail@hhs.gov

Возможно, у вас также есть права в соответствии с Законом о защите прав американских граждан с ограниченными возможностями и Поправками к этому Закону от 2008 года (P.L. 110-325). За помощью вы можете обратиться в программу омбудсмена Medi-Cal. Номер телефона: 1-888-452-8609.

QIO

Если вы подаете жалобу в отношении качества обслуживания, у вас есть два варианта:

- Вы можете подать жалобу на качество обслуживания непосредственно в организацию QIO.
- Вы можете подать жалобу в организацию QIO и в наш план. Если вы подадите жалобу в организацию QIO, мы будем сотрудничать с ней с целью разрешения вашей жалобы.

Организация QIO — это группа практикующих врачей и других медицинских специалистов, услуги которых по проверке и повышению качества обслуживания, предоставляемого пациентам программы Medicare, оплачивает федеральное правительство. Чтобы узнать больше об организации QIO, обратитесь к **Разделу H2** или к **Главе 2** этого *Справочника участника*.

В Калифорнии организацией QIO является компания Commence Health. Номер телефона компании Commence Health: (877) 588-1123 (линия TTY: (855) 887-6668).

Глава 10. Прекращение вашего участия в нашем плане

Введение

В данной главе объясняется, как можно прекратить участие в нашем плане, а также приведены варианты медицинского страхового покрытия после прекращения участия в нашем плане. После того как вы прекратите участие в нашем плане, вы по-прежнему будете участвовать в программах Medicare и Medi-Cal, пока вы будете иметь на это право. Основные термины и определения приведены в алфавитном порядке в последней главе этого *Справочника участника*.

Содержание

A. Когда можно прекратить участие в нашем плане 342

B. Как прекратить участие в нашем плане 343

C. Как получать услуги Medicare и Medi-Cal по отдельности. 344

C1. Ваши услуги по программе Medicare 344

C2. Ваши услуги по программе Medi-Cal 349

D. Ваши медицинские товары, услуги и препараты до момента прекращения вашего участия в нашем плане 349

E. Другие ситуации, когда прекращается ваше участие в нашем плане 349

F. Правила, запрещающие просить вас прекратить участие в плане по причинам, связанным с состоянием здоровья 352

G. Вы имеете право подать жалобу, если мы прекращаем ваше участие в нашем плане 352

H. Как получить подробную информацию о прекращении участия в плане 352

A. Когда можно прекратить участие в нашем плане

Большинство участников программы Medicare могут прекратить свое участие в определенные периоды года. Поскольку вы участвуете в программе Medi-Cal,

- у вас есть несколько вариантов прекратить участие в нашем плане в любой месяц года.

Кроме того, вы можете прекратить свое участие в нашем плане в указанные ниже периоды:

- **Открытый период регистрации** длится с 15 октября по 7 декабря. Если вы выберете новый план в течение этого периода, ваше участие в нашем плане закончится 31 декабря, а участие в новом плане начнется 1 января.
- **Открытый период регистрации в программе Medicare Advantage (MA)** длится с 1 января по 31 марта, а также для новых получателей льгот по программе Medicare, которые зачислены в план, с месяца получения права на получение льгот по частям A и B до последнего дня 3ro месяца получения права на льготы. Если вы выберете новый план в течение этого периода, ваше участие в новом плане начнется в первый день следующего месяца.

Возможны и другие ситуации, когда вы имеете право изменить план, в котором вы зарегистрированы. К примеру, если:

- вы переехали из нашей зоны обслуживания;
- изменилось ваше право на получение Medi-Cal или Extra Help, **или**
- вы недавно переехали в учреждение сестринского ухода или больницу долгосрочного ухода, в настоящее время получаете там лечение или только что покинули это место.

Ваше участие прекратится в последний день месяца, в течение которого мы получили ваш запрос о смене плана. Например, если мы получим ваш запрос 18 января, ваше страховое покрытие по нашему плану окончится 31 января. Ваше новое покрытие начинается в первый день следующего месяца (в данном примере — 1 февраля).

Если вы покидаете наш план, вы можете получить следующую информацию:

- Варианты по программе Medicare в таблице в **Разделе C1.**
- Услуги и варианты по программе Medi-Cal в **Разделе C2**.

Получить более подробную информацию о том, как прекратить участие в плане, можно по следующим телефонам:

- Отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному внизу страницы. Там также указан номер для пользователей TTY.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Калифорнийская программа HICAP по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP. Программа выбора медицинского обслуживания по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 6:00 p.m. Пользователи TTY должны звонить по номеру 1-800-430-7077.
- Омбудсмен по управляемому обслуживанию Medi-Cal по номеру 1-888-452-8609 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. или по адресу электронной почты MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы участвуете в программе обращения с препаратами (DMP), вы не сможете изменить планы. Для ознакомления с информацией о программах обращения с препаратами см. **Главу 5** этого *Справочника участника*.

B. Как прекратить участие в нашем плане

Если вы решите прекратить участие в нашем плане, вы можете зарегистрироваться в другом плане Medicare или перейти на программу Original Medicare. Однако если вы хотите перейти с нашего плана на программу Original Medicare, но не выбрали отдельный план Medicare для препаратов, вы должны подать запрос о прекращении участия в нашем плане. Прекратить участие в нашем плане можно двумя способами:

- Вы можете отправить нам письменный запрос. Если вам нужна дополнительная информация о том, как это сделать, обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному внизу этой страницы.
- Позвоните сотрудникам программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY (лица с нарушениями слуха или речи) должны позвонить по номеру 1-877-486-2048. Когда вы будете звонить по номеру 1-800-MEDICARE, вы также сможете зарегистрироваться в другом плане медицинского страхования или плане страхового покрытия

стоимости препаратов программы Medicare. Подробная информация о том, как можно получать услуги по программе Medicare после того, как вы прекратите участие в нашем плане, приведена в таблице на странице 274.

- Позвоните в программу выбора медицинского обслуживания по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 6:00 p.m. Пользователи TTY должны звонить по номеру 1-800-430-7077.
- В **Разделе C** ниже описаны действия, которые вы можете предпринять, чтобы зарегистрироваться в другом плане, что также приведет к прекращению вашего участия в нашем плане.

C. Как получать услуги Medicare и Medi-Cal по отдельности.

У вас есть несколько вариантов для получения услуг Medicare и Medi-Cal, если вы решите прекратить участие в нашем плане.

C1. Ваши услуги по программе Medicare

У вас есть три варианта получения услуг по программе Medicare, перечисленных ниже, в любой месяц года. У вас есть дополнительная опция, указанная ниже в течение определенных периодов года, включая **Открытый период регистрации** и **Открытый период регистрации в программе Medicare Advantage** или другие ситуации, описанные в **Разделе A**. Выбрав один из этих вариантов, вы автоматически прекращаете свое участие в нашем плане.

1. Вы можете перейти в: **План Medicare Medi-Cal Plan (план Medi-Medi Plan) — это один из видов плана Medicare Advantage.** **Он предназначен для людей, которые являются участниками и Medicare, и Medi-Cal, и объединяет льготы по программам Medicare и Medi-Cal в один план. Планы Medi-Medi Plan координируют все льготы и услуги по обеим программам, включая все услуги, покрываемые по программе Medicare и Medi-Cal, или план по программе комплексного обслуживания для пожилых людей (PACE), если вы имеете на это право.** **Примечание.** Термин Medi-Medi Plan — это название интегрированных планов для лиц с особыми медицинскими потребностями, имеющих право на участие в двух программах страхования (D-SNP) в Калифорнии.	**Далее приведена информация, как это сделать:** Позвоните сотрудникам программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. По вопросам, связанным с Программой комплексного обслуживания для пожилых людей (PACE), звоните по номеру 1-855-921-PACE (7223). Если вам необходима помощь или дополнительная информация: • Позвоните в Калифорнийскую программу HICAP по номеру 1-800-434-0222. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/. **ИЛИ** Зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана Medi-Medi Plan. После начала действия страхового покрытия по вашему новому плану вы будете автоматически исключены из нашего плана Medicare. Ваш план Medi-Cal изменится в соответствии с планом Medi-Medi Plan.

2. Вы можете перейти в: **Программу Original Medicare с отдельным планом страхового покрытия рецептурных препаратов по программе Medicare и планом Medi-Cal**	**Далее приведена информация, как это сделать:** Позвоните сотрудникам программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Если вам необходима помощь или дополнительная информация: • Позвоните в Калифорнийскую программу HICAP по номеру 1-800-434-0222. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/. **ИЛИ** Зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана покрытия препаратов Medicare. После начала действия вашего страхового покрытия Original Medicare вы будете автоматически исключены из нашего плана. Вы останетесь зарегистрированными в своем плане Medi-Cal, если вы не выберете другой план.

3. Вы можете перейти в: **Программу Original Medicare без отдельного плана лекарственного обеспечения Medicare** **ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы переходите в программу Original Medicare и не регистрируетесь в отдельном плане страхового покрытия препаратов по программе Medicare, то программа Medicare может зарегистрировать вас в плане страхового покрытия рецептурных препаратов кроме тех случаев, когда вы попросите программу Medicare этого не делать. Вы должны отказаться от страхового покрытия лекарств только в том случае, если у вас есть страховое покрытие лекарств из другого источника, например, от работодателя или профсоюза. При наличии у вас вопросов о необходимости страхового покрытия лекарственных препаратов позвоните в Калифорнийскую программу HICAP по номеру 1-800-434-0222. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Далее приведена информация, как это сделать:** Позвоните сотрудникам программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Если вам необходима помощь или дополнительная информация: • Позвоните в Калифорнийскую программу HICAP по номеру 1-800-434-0222. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/. После начала действия вашего страхового покрытия Original Medicare вы будете автоматически исключены из нашего плана. Вы останетесь зарегистрированными в своем плане Medi-Cal, если вы не выберете другой план.

4. Вы можете перейти в: **Любой план медицинского страхования Medicare** в определенные периоды года, включая **открытый период регистрации** и **открытый период регистрации в плане Medicare Advantage** в других ситуациях, описанных в разделе A.	**Далее приведена информация, как это сделать:** Позвоните сотрудникам программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. По вопросам, связанным с Программой комплексного обслуживания для пожилых людей (PACE), звоните по номеру 1-855-921-PACE (7223). Если вам необходима помощь или дополнительная информация: • Позвоните в Калифорнийскую программу HICAP по номеру 1-800-434-0222. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/. **ИЛИ** Зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана по программе Medicare. После начала действия страхового покрытия по вашему новому плану вы будете автоматически исключены из нашего плана Medicare. Ваш план Medi-Cal может быть изменен.

C2. Ваши услуги по программе Medi-Cal

Для получения ответов на вопросы касательно выбора плана Medi-Cal и получения услуг по программе Medi-Cal после завершения участия в нашем плане, обратитесь в программу выбора медицинского обслуживания (HCO) по телефону 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 6:00 p.m. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-800-430-7077. Или посетите веб-сайт www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Спросите, каким образом присоединение к другому плану или возвращение в программу Original Medicare повлияет на получение вами страхового покрытия в рамках программы Medi-Cal.

D. Ваши медицинские товары, услуги и препараты до момента прекращения вашего участия в нашем плане

Если вы прекратите участие в нашем плане, на прекращение вашего участия и на вступление в силу нового покрытия по программам Medicare и Medi-Cal может потребоваться время. В течение этого времени вы продолжите получать препараты и медицинское обслуживание по нашему плану до тех пор, пока ваш новый план не вступит в силу.

- Воспользуйтесь услугами поставщиков услуг, входящих в нашу сеть, для получения медицинского обслуживания.
- Используйте аптеки, входящие в нашу сеть, в том числе аптечные службы, осуществляющие доставку на дом, чтобы получить свои рецептурные препараты.
- Если вы будете госпитализированы в день окончания вашего участия в плане Blue Shield TotalDual Plan, наш план покроет ваше пребывание в больнице до вашей выписки. Это произойдет даже в том случае, если ваше новое медицинское покрытие вступит в силу до того момента, как вас выпишут из больницы.

E. Другие ситуации, когда прекращается ваше участие в нашем плане

Ниже приведены случаи, когда мы должны прекратить ваше участие в нашем плане.

- Если в вашем покрытии по части A или части B по программе Medicare был перерыв.

- Если вы больше не имеете право на участие в программе Medi-Cal. Наш план рассчитан на участников, которые имеют право на участие как в программе Medicare, так и в программе Medi-Cal. Примечание. Если вы больше не имеете права на получение льгот по программе Medi-Cal, вы можете временно продолжить участие в нашем плане на условиях Medicare, см. ниже информацию о периоде предоставления льгот (deeming period).
    - Получатели льгот Medicare, которые регистрируются в плане Blue Shield TotalDual Plan, должны иметь право на участие в части A и части B по программе Medicare и программе Medi-Cal (Medicaid). Если вы больше не имеете права на участие в программе Medi-Cal (Medicaid), мы уведомим вас о том, что у вас больше нет статуса Medi-Cal (Medicaid), и продолжим покрывать ваши льготы по программе Medicare до тех пор, пока вы не подтвердите соответствие требованиям программы Medi-Cal (Medicaid) в течение следующих 6 месяцев после получения уведомления об утрате статуса, предусматривающего особые потребности. Вы можете заметить увеличение затрат собственных средств (доля в совместном страховании, доля в совместной оплате, страховые взносы или франшизы) в течение 6 месяцев, в течение которых вы все еще участвуете в плане, но не имеете покрытия Medi-Cal.
    - Мы расширяем возможность перехода на один из наших планов D-SNP, не связанных с HMO. План D-SNP, не связанный с HMO, предлагается получателям льгот, которые имеют право на участие в части A и части B по программе Medicare, но не имеют льгот по программе Medi-Cal (Medicaid). Программа Medicare допускает специальный период регистрации (SEP) для получателей льгот по программе Medicare, которые больше не имеют права на участие в программе Medi-Cal (Medicaid).
    - Если вы не подтвердите соответствие требованиям на участие в программе Medi-Cal (Medicaid) или откажетесь от возможности перейти на план D-SNP, не связанный с HMO, в течение 6 месяцев после получения уведомления об утрате статуса, предусматривающего особые потребности, вы будете принудительно исключены из плана Blue Shield TotalDual Plan.
- Если вы переедете за пределы зоны обслуживания плана.

- Если вы будете находиться за пределами зоны обслуживания плана более шести месяцев.
    - Если вы переедете или будете находиться в длительной поездке, вам необходимо позвонить в отдел обслуживания клиентов и узнать, входит ли место, куда вы переезжаете или в которое вы осуществляете поездку, в зону обслуживания нашего плана.
- Если вы попадете в тюрьму за уголовное преступление.
- Если вы предоставите ложную или неполную информацию о своих других страховках, которые покрывают препараты.
- Если вы не являетесь гражданином США или находитесь в США незаконно.
    - Чтобы стать участником нашего плана, вы должны быть гражданином США или находиться в США на законных основаниях.
    - CMS уведомят нас, если вы не имеете права оставаться участником нашего плана на этом основании.
    - Мы должны прекратить ваше участие в плане, если вы не соответствуете этому требованию.

Мы можем исключить вас из плана по следующим причинам, только если мы предварительно получим разрешение от программ Medicare и Medi-Cal:

- Если вы преднамеренно предоставили неправильные данные при регистрации в плане, и эти данные влияют на ваше право участвовать в нашем плане.
- Если вы постоянно ведете себя агрессивно и делаете затруднительным для нас предоставление медицинского обслуживания вам и другим участникам нашего плана.
- Если вы позволяете другому лицу пользоваться вашей картой с идентификационным номером участника для получения медицинского обслуживания (Medicare может попросить генерального инспектора расследовать ваше дело, если мы прекратим ваше участие в программе по этой причине).

F. Правила, запрещающие просить вас прекратить участие в плане по причинам, связанным с состоянием здоровья

Мы не можем просить вас прекратить участие в нашем плане по причинам, связанным с вашим состоянием здоровья. Если вы считаете, что мы просим вас прекратить участие в нашем плане по причине, связанной с вашим состоянием здоровья, **позвоните в Medicare** по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

G. Вы имеете право подать жалобу, если мы прекращаем ваше участие в нашем плане

Если мы прекращаем ваше участие в нашем плане, мы должны сообщить вам в письменном виде причину вашего прекращения участия в программе. Кроме того, мы должны пояснить вам, как подать претензию или жалобу в отношении нашего решения прекратить ваше участие в нашем плане. Кроме того, в **Главе 9** этого *Справочника участника* приведена информация о порядке подачи жалобы.

H. Как получить подробную информацию о прекращении участия в плане

Если у вас есть вопросы или вы хотите получить дополнительную информацию о прекращении вашего участия в нашем плане, позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному внизу этой страницы.

Глава 11. Предусмотренные законом уведомления

Введение

В этой главе приведены предусмотренные законом уведомления, относящиеся к вашему участию в нашем плане. Основные термины и определения приведены в алфавитном порядке в последней главе этого *Справочника участника*.

Содержание

A. Оговорка о применимом праве 354

B. Федеральное уведомление о недопустимости дискриминации 354

C. Уведомление о недопустимости дискриминации в рамках программы Medi-Cal 356

D. Уведомление о том, что программа Medicare является вторичным плательщиком, а программа Medi-Cal является плательщиком последней инстанции 357

E. Уведомление Medi-Cal о возмещении расходов за счет имущества 358

F. Ведение *Справочником участника* 358

G. Взаимодействие участников 358

H. Передача прав 359

I. Обязанности работодателя 359

J. Ответственность государственного органа 359

K. Министерство по делам ветеранов США 359

L. Возмещение излишне уплаченной суммы 359

M. Когда третье лицо причиняет вред вашему здоровью 359

N. Уведомление об участии в обмене медицинской информацией 361

O. Составление отчетов о мошенничестве, растрате и злоупотреблении 362

A. Оговорка о применимом праве

На данный *Справочник участника* распространяется действие многих законов. Эти законы могут повлиять на ваши права и обязанности, даже если они не указаны в этом *Справочнике участника* или не разъяснены в нем. Основными законами, применимыми к данному справочнику, являются федеральные законы и законы штата по программам Medicare и Medi-Cal. Могут применяться и другие федеральные законы и законы штата.

B. Федеральное уведомление о недопустимости дискриминации

Мы не допускаем дискриминации по признакам расы, этнической принадлежности, национального происхождения, цвета кожи, религии, пола, возраста, нетрудоспособности вследствие психического или физического заболевания, состояния здоровья, предъявленных страховых требований, истории болезни, генетической информации, доказательств приемлемости для страхования или географического положения в зоне обслуживания. Все организации, предоставляющие планы Medicare Advantage, а также наш план должны соблюдать федеральные законы о борьбе с дискриминацией, включая раздел VI Закона о гражданских правах 1964 года, Закон о реабилитации 1973 года, Закон о дискриминации по возрасту 1975 года, Закон о защите прав граждан США с ограниченными возможностями, раздел 1557 Закона о доступном здравоохранении, все другие законы, применимые к организациям, получающим финансовое обеспечение за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, а также все другие законы и правила, применимые по любой другой причине.

Если вам нужна дополнительная информация или у вас есть жалобы на дискриминацию или несправедливое обращение:

- Позвоните в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения по номеру 1-800-368-1019. Пользователи линии TTY могут позвонить по номеру 1-800-537-7697. С дополнительной информацией также можно ознакомиться по адресу www.hhs.gov/ocr.
- Позвоните в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения по номеру 916-440-7370. Пользователи линии TTY могут позвонить по номеру 711 (служба ретрансляции). Если вы считаете, что подверглись дискриминации, и хотите подать претензию по поводу дискриминации, свяжитесь с нами:

- Отправьте сообщение по адресу электронной почты: CivilRights@dhcs.ca.gov
- Заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:

  Deputy Director, Office of Civil Rights

  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

- Формы жалоб можно найти на веб-сайте: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Если ваша претензия относится к дискриминации в программе Medi-Cal, вы также можете подать жалобу в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения по телефону, в письменном виде или в электронном формате.

- По телефону: Позвоните по номеру 916-440-7370. Если у вас проблемы с речью или слухом, наберите 711 (служба ретрансляции).
- В письменном виде: Заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

- Бланки претензий можно найти на веб-сайте www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- В электронном виде: Отправьте сообщение по адресу электронной почты CivilRights@dhcs.ca.gov.

Если у вас инвалидность, и вам нужна помощь в доступе к услугам здравоохранения или поставщику медицинских услуг, позвоните в отдел обслуживания клиентов. Если вы хотите подать жалобу по поводу, например, проблемы с возможностью посетить нас на инвалидной коляске, сотрудники отдела обслуживания клиентов могут помочь вам решить эту проблему.

C. Уведомление о недопустимости дискриминации в рамках программы Medi-Cal

Мы не дискриминируем вас и не относимся к вам иначе из-за вашей расы, этнической принадлежности, национального происхождения, цвета кожи, религии, пола, возраста, нетрудоспособности вследствие психического или физического заболевания, состояния здоровья, предъявленных вами страховых требований, истории болезни, генетической информации, доказательств приемлемости для страхования или географического положения в зоне обслуживания. Кроме того, мы не дискриминируем людей, не исключаем их из наших программ и не относимся к ним иначе на основании их происхождения, принадлежности к этнической группе, гендерной идентичности, семейного положения или состояния здоровья.

Если вам нужна дополнительная информация или у вас есть жалобы на дискриминацию или несправедливое обращение:

- Позвоните в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения по номеру 916-440-7370. Пользователи линии TTY могут позвонить по номеру 711 (служба ретрансляции). Если вы считаете, что подверглись дискриминации, и хотите подать претензию по поводу дискриминации, свяжитесь с нами:
    - Отправьте сообщение по адресу электронной почты: CivilRights@dhcs.ca.gov
    - Заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:

      Deputy Director, Office of Civil Rights
      Department of Health Care Services
      Office of Civil Rights
      P.O. Box 997413, MS 0009
      Sacramento, CA 95899-7413

    - Формы жалоб можно найти на веб-сайте: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Если ваша претензия относится к дискриминации в программе Medi-Cal, вы также можете подать жалобу в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения по телефону, в письменном виде или в электронном формате.

- По телефону: Позвоните по номеру 916-440-7370. Если вы испытываете проблемы с речью или слухом, позвоните по номеру 711 (служба ретрансляции).
- В письменном виде. Заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Бланки претензий можно найти на веб-сайте www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- В электронном виде: Отправьте сообщение по адресу электронной почты CivilRights@dhcs.ca.gov.

Если у вас инвалидность, и вам нужна помощь в доступе к услугам здравоохранения или поставщику медицинских услуг, позвоните в отдел обслуживания клиентов. Если вы хотите подать жалобу по поводу, например, проблемы с возможностью посетить нас на инвалидной коляске, сотрудники отдела обслуживания клиентов могут помочь вам решить эту проблему.

D. Уведомление о том, что программа Medicare является вторичным плательщиком, а программа Medi-Cal является плательщиком последней инстанции

В некоторых случаях кто-то другой должен первым оплатить услуги, которые мы вам предоставляем. Например, если вы попали в дорожно-транспортное происшествие или получили травму на работе, страховая компания или программа компенсационного страхования работников должны произвести оплату первыми.

Мы имеем право и обязаны требовать оплату за покрываемые услуги по программе Medicare, по которым программа Medicare не является первичным плательщиком.

Мы соблюдаем федеральные законы и нормы, а также законы и нормы штата в отношении юридической ответственности третьих лиц за предоставление медицинского обслуживания участникам программы. Мы принимаем все обоснованные меры с целью обеспечить, чтобы программа Medi-Cal была плательщиком последней инстанции.

Участники программы Medi-Cal должны использовать все другие программы медицинского страхового покрытия (ОНС), прежде чем обращаться к программе Medi-Cal, если аналогичная услуга доступна в рамках вашей другой программы медицинского страхового покрытия, поскольку программа Medi-Cal является плательщиком последней инстанции. Это означает, что в большинстве случаев программа Medi-Cal будет вторым плательщиком после ОНС в рамках программы Medicare, и она будет покрывать допустимые расходы, не оплачиваемые нашим планом или ОНС, по ставке программы Medi-Cal.

E. Уведомление Medi-Cal о возмещении расходов за счет имущества

Программа Medi-Cal должна возместить понесенные расходы за счет утвержденного в завещании имущества умерших участников за льготы по программе Medi-Cal, полученные ими, начиная с того момента, как им исполнилось 55 лет. Возмещение включает в себя плату за услуги и страховые взносы за управляемое обслуживание или оплату из расчета на человека за услуги учреждения сестринского ухода, услуги на дому и услуги по месту жительства, а также соответствующие больничные услуги и услуги в отношении рецептурных препаратов, полученные, когда участник находился на стационарном лечении в учреждении сестринского ухода или получал услуги на дому и по месту жительства. Возмещение не может превышать стоимость утвержденного в завещании имущества участника.

Чтобы узнать больше, посетите страницу Департамента здравоохранения, посвященную возмещению расходов за счет имущества по адресу www.dhcs.ca.gov/er или позвоните по телефону 916-650-0590.

F. Ведение *Справочником участника*

Мы можем принять обоснованные политики, процедуры и интерпретации для содействия упорядоченному и эффективному управлению настоящим *Справочником участника.*

G. Взаимодействие участников

Вы должны заполнить все заявки, формы, заявления, согласия на разглашение, разрешения, формы залога и любые другие документы, которые мы запрашиваем в ходе обычной деятельности или как указано в настоящем *Справочнике участника*.

H. Передача прав

Вы не можете передавать настоящий *Справочник участника* или права, доли, требования о выплате причитающихся денежных средств, льготы или обязательств по настоящему документу без нашего предварительного письменного согласия.

I. Обязанности работодателя

За услуги, которые работодатель должен предоставлять по закону, мы не будем платить работодателю, и когда мы покрываем любые такие услуги, мы можем взыскать стоимость этих услуг с работодателя.

J. Ответственность государственного органа

За услуги, которые по закону должен предоставлять только государственный орган или которые по закону должны быть получены только от государственного органа, мы не будем платить государственному органу, и когда мы покрываем любые такие услуги, мы можем взыскать стоимость этих услуг с государственного органа.

K. Министерство по делам ветеранов США

За услуги, которые по закону должно предоставлять Министерство по делам ветеранов США, мы не будем платить Министерству по делам ветеранов США, и когда мы покрываем любые такие услуги, мы можем взыскать стоимость этих услуг с Министерства по делам ветеранов США.

L. Возмещение излишне уплаченной суммы

Мы можем взыскать излишне уплаченную сумму, которую мы выплачиваем за услуги, с любого лица, которое получает такую излишне уплаченную сумму, или с любого лица или организации, которые обязаны платить за услуги.

M. Когда третье лицо причиняет вред вашему здоровью

Если вашему здоровью был причинен вред или если вы заболели из-за действия или бездействия другого лица («третьего лица»), компания Blue Shield обязуется в отношении Услуг, которые должны быть предоставлены в результате причинения такого вреда, предоставить льготы по плану и иметь основанное на праве справедливости право

на возмещение, возвращение или другое доступное средство правовой защиты для возмещения сумм, выплаченных компанией Blue Shield за услуги, предоставленные вам в результате возмещения (определенного ниже), полученного вами или от вашего имени, от третьей стороны или от имени третьей стороны, ответственной за причинение вреда или заболевание, или от страхового покрытия незастрахованных или застрахованных на недостаточную сумму автомобилистов.

Это право на возмещение, возвращение или другое доступное средство правовой защиты распространяется на любое возмещение, которое вы получаете в результате причинения вреда вашему здоровью или болезни, включая любую сумму, присужденную или полученную по решению суда, арбитражному решению, мировому соглашению или любой другой договоренности, от любой третьей стороны или страховщика третьей стороны, или от страхового покрытия незастрахованных или застрахованных на недостаточную сумму автомобилистов, в связи с заболеванием или причинением вреда здоровью (далее именуется «Возмещение»), независимо от того, была ли вам возмещена вся сумма в результате возмещения. Право на возмещение, возвращение или другое доступное средство правовой защиты распространяется на ту часть общей суммы возмещения, которая должна быть выплачена за льготы, выплаченные в связи с таким причинением вреда здоровью или заболеванием и рассчитанные в соответствии с разделом 3040 Гражданского кодекса штата Калифорния.

Вы должны выполнить следующие действия.

1. Уведомить Blue Shield в письменной форме о любых фактических или потенциальных жалобах или судебных исках против третьей стороны в результате предполагаемого действия или бездействия, повлекших за собой причинение вреда здоровью или заболевание; если жалоба или судебный иск уже были поданы, уведомление следует направить не позднее, чем через 30 дней с даты подачи жалобы или судебного иска; и

2. Согласиться в полной мере сотрудничать и составлять формы и документы, необходимые для реализации этого права на возмещение, возвращение или другие доступные средства правовой защиты; и

3. Согласиться в письменной форме возместить компании Blue Shield льготы, выплаченные компанией Blue Shield в результате возмещения, когда возмещение получено от третьей стороны или от имени третьей стороны, от страховщика третьей стороны или от имени страховщика третьей стороны или от страхового покрытия незастрахованных или застрахованных на недостаточную сумму автомобилистов; и

4. Предоставить право удержания, рассчитанное в соответствии с разделом 3040 Гражданского кодекса штата Калифорния. Право удержания может быть предоставлено третьему лицу, агенту или адвокату третьего лица или суду, если иное не запрещено законом; и

5. Периодически отвечать на информационные запросы относительно жалобы к третьей стороне и уведомлять компанию Blue Shield в письменном виде в течение десяти (10) дней после получения возмещения.

Невыполнение вами положений пунктов с 1 По 5 не может служить отказом, передачей или уступкой прав компании Blue Shield.

N. Уведомление об участии в обмене медицинской информацией

Компания Blue Shield участвует в обмене медицинской информацией Manifest MedEx («HIE»), предоставляя доступ к медицинской информации своих участников для организации Manifest MedEx с целью доступа к ней уполномоченных поставщиков медицинских услуг. Manifest MedEx — это независимая некоммерческая организация, которая ведет в масштабах всего штата базу данных электронных медицинских карт, включающих в себя медицинскую информацию, предоставленную врачами, медицинскими учреждениями, планами медицинского обслуживания и компаниями медицинского страхования. Уполномоченные поставщики медицинских услуг (включая врачей, медсестер и больницы) могут безопасно получить доступ к медицинской информации своих пациентов через Manifest MedEx HIE, чтобы обеспечить предоставление безопасного и высококачественного лечения.

Manifest MedEx уважает право участников на конфиденциальность и соблюдает применимые законы штата и федеральные законы о конфиденциальности. Manifest MedEx использует передовые системы безопасности и современные методы шифрования данных для защиты конфиденциальности участников и обеспечения безопасности их персональных данных.

Каждый участник Blue Shield имеет право запретить Manifest MedEx передавать свою медицинскую информацию поставщикам медицинских услуг. Хотя отказ от участия в Manifest MedEx может ограничить возможность вашего поставщика медицинских услуг быстро получить доступ к важной медицинской информации о вас, решение об отказе от участия в Manifest MedEx не повлияет на медицинское страхование участника или покрытие льгот в рамках плана. Ни один врач или больница, участвующие в Manifest MedEx, не откажут в медицинской помощи пациенту, который решит не участвовать в Manifest MedEx HIE.

Участники, которые не хотят, чтобы их медицинская информация отображалась в Manifest MedEx, должны заполнить онлайн-форму по адресу https://www.manifestmedex.org/opt-out или позвонить в Manifest MedEx по телефону (888) 510-7142 с 7:00 a.m. до 7:00 p.m. PST, с понедельника по пятницу. TTY: 711 для людей с нарушениями слуха.

O. Составление отчетов о мошенничестве, растрате и злоупотреблении

Что такое мошенничество, растрата и злоупотребление (FWA)?

• **Мошенничество** — это намеренное введение в заблуждение, которое может привести к непредусмотренным расходам на программу здравоохранения.

• **Растрата** — это нецелевое использование средств или ресурсов здравоохранения без обоснованной необходимости.

• **Злоупотребление** — это практика, несовместимая с надлежащей медицинской или деловой практикой, которая может прямо или косвенно привести к ненужным затратам в рамках программы здравоохранения.

Защитите себя и свои льготы

• Никогда не сообщайте свои номера социального обеспечения, Medicare или плана медицинского страхования, а также банковскую информацию лицам, которых вы не знаете.

• Не соглашайтесь на какие-либо лабораторные анализы без назначения врача.

• Принимать что-либо ценное в обмен на медицинские услуги запрещено законом.

Будьте осторожны с мошенничеством при проведении генетических анализов

Мошенники обращаются к ничего не подозревающим участникам местных ярмарок здоровья, домов престарелых, общественных центров, агентств по оказанию медицинской помощи на дому и других заслуживающих доверия мест, чтобы обмануть этих людей при проведении генетических анализов. Мошенники обещают, что Medicare оплатит эти анализы, и вам просто нужно предоставить мазок со слизистой оболочки щеки, свой идентификационный номер и информацию Medicare, чтобы получить результаты анализа.

После этого мошенники овладевают вашим планом медицинского страхования или номером Medicare, и они могут выставить счет Medicare на тысячи долларов за анализы или даже услуги, которые вы никогда не получали. И они также получат вашу генетическую информацию.

Сообщите о предполагаемом мошенничестве, растрате и злоупотреблениях одним из следующих способов:

• **Горячая линия Blue Shield of California по борьбе с мошенничеством в рамках программы Medicare: (855) 331-4894 (TTY: 711)** или по электронной почте: MedicareStopFraud@blueshieldca.com.

• **Телефон программы Medicare: 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227).**
Звонки принимаются круглосуточно и без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Глава 12. Определение важных терминов

Введение

В эту главу включены ключевые термины, используемые в вашем *Справочнике участника,* и их определения. Термины приведены в алфавитном порядке. Если вы не можете найти требуемый термин или вам нужна дополнительная информация, кроме определения, обратитесь в отдел обслуживания клиентов.

Activities of daily living, ADL (повседневная деятельность). Действия, которые люди совершают ежедневно, например, питание, посещение туалета, одевание, купание или чистка зубов.

Administrative law judge (судья по административным делам). Судья по административным делам (ALJ) — это судья, который рассматривает и принимает решения по делам, связанным с государственными учреждениями. Судья, рассматривающий апелляцию на уровне 3.

AIDS drug assistance program, ADAP (программа помощи покупки препаратов для лечения СПИДа). Программа помогает лицам, имеющим право на участие ней и живущим с ВИЧ/СПИДом, получить доступ к жизненно важным лекарствам от ВИЧ.

Ambulatory surgical center (амбулаторный хирургический центр). Учреждение, предоставляющее услуги амбулаторной хирургии пациентам, которым не требуется больничное обслуживание и которым не потребуется более 24 часов медицинского обслуживания.

Appeal (апелляция). Способ оспорить наши действия, если вы считаете, что мы допустили ошибку. Подав апелляцию, вы можете попросить нас изменить решение о покрытии. В **Главе 9** этого *Справочника участника* содержится информация об апелляциях, в том числе о порядке подачи апелляции.

Behavioral Health (охрана психического здоровья). Относится к нашему эмоциональному, психологическому и социальному благополучию. Проще говоря, речь идет о том, как мы думаем, чувствуем и взаимодействуем с другими людьми. Это всеобъемлющий термин, касающийся психического здоровья и злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами.

Biological Product (биологический продукт). Препарат, который производится из природных и живых источников, таких как клетки животных, клетки растений, бактерии или дрожжи. Биологические препараты сложнее других лекарств и не могут быть точно скопированы, поэтому альтернативные формы называются биоаналогами. (См. также «Оригинальный биологический продукт» и «Биоаналог»).

Biosimilar (биоаналог). Биологический препарат, очень похожий, но не идентичный оригинальному биологическому продукту. По безопасности и эффективности биоаналоги не уступают оригинальному биологическому препарату. Некоторые биоаналоги могут быть заменены оригинальным биологическим препаратом в аптеке без необходимости получения нового рецепта. (Перейдите к разделу «Взаимозаменяемый биоаналог»).

Brand name drug (патентованный препарат). Препарат, который производится и продается компанией, первоначально создавшей его. В состав патентованных препаратов входят те же самые вещества, что и в непатентованные аналоги препаратов. Непатентованные препараты, как правило, производятся и реализуются другими фармацевтическими компаниями и, как правило, недоступны до тех пор, пока не закончится действие патента на патентованный препарат.

Care coordinator (координатор медицинского обслуживания). Один основной специалист, который сотрудничает с вами, планом медицинского страхования и вашими поставщиками услуг с тем, чтобы вы получали необходимое вам обслуживание.

Care plan (план лечения). См. «Индивидуальный план медицинского обслуживания».

Care team (команда медицинских специалистов). См. «Многопрофильная группа медицинского обслуживания».

Catastrophic coverage stage (Стадия покрытия катастрофических убытков). Уровень льгот в отношении препарата по части D по программе Medicare, когда наш план оплачивает все затраты на ваши препараты по части D до конца года. Вы начинаете этот уровень, когда вы (или другое уполномоченное лицо от вашего имени) потратите в течение года $2,100 на препараты, покрываемые по части D. Вы ничего не платите.

Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS (центры обслуживания программ Medicare и Medicaid). Федеральный орган, ответственный за программу Medicare. В **Главе 2** этого *Справочника участника* объясняется, как связаться с CMS.

Community-Based Adult Services, CBAS (услуги для взрослых, предоставляемые по месту жительства). Амбулаторная программа обслуживания, которая проводится в учреждениях и предоставляет квалифицированный сестринский уход, социальные услуги, трудовую терапию и лечение дефектов речи, индивидуальный уход, обучение и поддержку членов семьи или лица, осуществляющего уход, услуги по питанию, услуги по транспортировке и другие услуги имеющим на это право участникам, которые соответствуют определенным критериям для участия в программе.

Complaint (жалоба). Письменное или устное заявление о том, что у вас есть проблема или беспокойство по поводу покрываемых услуг или медицинского обслуживания. Они включают любые вопросы по качеству вашего обслуживания, по работе наших поставщиков или аптек, входящих в сеть нашего плана. Официальное название «подачи жалобы» — «подача претензии».

Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF (комплексное амбулаторное реабилитационное учреждение). Учреждение, предоставляющее в основном реабилитационные услуги после заболевания, травмы или полостной операции. Оно предоставляет широкий спектр услуг, включая физиотерапию, социальные или психологические услуги, дыхательную терапию, трудовую терапию, лечение дефектов речи и услуги по оценке домашних условий пребывания.

Copay (доля в совместной оплате). Фиксированная сумма, которую вы оплачиваете в качестве вашей доли затрат при каждом получении определенных услуг или препаратов. Например, вы можете заплатить $2 или $5 за услугу или препарат.

Cost-sharing (доля в распределении затрат). Суммы, которые вы должны оплачивать при получении определенных услуг или препаратов. Доля в распределении затрат включает в себя долю в совместной оплате.

Cost-sharing tier (уровень в распределении затрат). Группа препаратов с одной и той же долей в совместной оплате. Каждый препарат из *Перечня покрываемых препаратов* (также известного как «Перечень препаратов») находится в одном из пяти уровней в распределении затрат. Как правило, чем выше уровень распределения затрат, тем больше ваша часть стоимости за препарат.

Coverage decision (решение о предоставлении страхового покрытия). Решение о том, какие льготы мы покрываем. Это решения о покрываемых препаратах и услугах или о суммах, которые мы заплатим за ваши медицинские услуги. Информация о том, как подать в план запрос о принятии решения о предоставлении страхового покрытия приведена в **Главе 9** этого *Справочника участника*.

Covered drugs (покрываемые препараты). Данный термин используется для обозначения всех рецептурных и отпускаемых без рецепта (over-the-counter, OTC) препаратов, покрываемых нашим планом.

Covered services (покрываемые услуги). Общий термин, обозначающий медицинское, а также долгосрочное обслуживание и поддержку, товары медицинского назначения, рецептурные препараты и препараты, отпускаемые без рецепта, оборудование и другие услуги, покрываемые нашим планом.

Cultural competence training (обучение культурной компетенции). Обучение, которое предоставляет дополнительные инструкции для наших поставщиков медицинских услуг с целью помочь им лучше понять ваш жизненный опыт, ценности и убеждения, чтобы адаптировать услуги для удовлетворения ваших социальных, культурных и языковых потребностей.

Customer Service (отдел обслуживания клиентов). Отдел нашего плана, ответственный за ответы на ваши вопросы о вашем участии, льготах, претензиях и апелляциях. Дополнительная информация об обслуживании клиентов приведена в **Главе 2** этого *Справочника участника*.

Daily cost-sharing rate (Суточная ставка доли в распределении затрат). Ставка, которая может быть применима, когда ваш врач прописывает вам определенные препараты в объеме менее чем их месячный запас и вам необходимо оплатить доплату. Ежедневная ставка доли распределения затрат представляет собой доплату, поделенную на количество дней, которое считается месячным запасом препарата.

Ниже приведен пример: Предположим, что доля в совместной оплате за ваш препарат на полный месяц (30-дневный запас) составляет $1.35. Это означает, что сумма, которую вы оплачиваете за свой препарат в день составляет менее $0.05. Если вы получаете запас препарата на 7 дней, ваш платеж составит менее $0.05 в день x 7 дней, и общая сумма составит менее $0.35.

Department of Health Care Services, DHCS (Департамент здравоохранения штата Калифорния. Департамент штата Калифорния, который управляет программой Medicaid (которая называется Medi-Cal).

Department of Managed Health Care, DMHC (Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния. Департамент штата Калифорния, отвечающий за регулирование большинства планов медицинского страхования. DMHC помогает людям в решении проблем, связанных с подачей апелляций и жалоб относительно услуг, предоставляемых по программе Medi-Cal. DMHC также проводит независимую медицинскую экспертизу (IMR).

Disenrollment (прекращение участия). Процесс прекращения вашего участия в нашем плане. Прекращение участия может происходить добровольно (по вашему желанию) или принудительно (не по вашему желанию).

Drug management program, DMP (программа управления препаратами). Программа, которая помогает участникам безопасно использовать рецептурные опиоиды и другие препараты, которыми часто злоупотребляют.

Drug tiers (уровни препаратов). Группы препаратов в нашем *Перечне препаратов*. Непатентованные препараты, патентованные препараты или безрецептурные препараты (OTC), являются примерами уровней лекарств. Все препараты в перечне препаратов относятся к одному из пяти уровней.

Dual eligible special needs plan, D-SNP (план для лиц с особыми медицинскими потребностями, имеющих право на участие в двух программах страхования). План медицинского страхования, который обслуживает лиц, имеющих право на участие как в программе Medicare, так и в программе Medicaid. Наш план — D-SNP.

Durable Medical Equipment, DME (медицинское оборудование длительного пользования). Некоторые предметы, которые заказывает ваш врач для использования у вас дома. Примерами таких предметов являются инвалидные кресла, костыли, матрасы с электроприводом, принадлежности для диабетиков, больничные кровати, заказанные поставщиком для использования в домашних условиях, помпы для внутривенных инфузий, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и принадлежности, небулайзеры и ходунки.

Emergency (экстренное состояние). Экстренное медицинское состояние — это когда вы или любое другое лицо со средними знаниями в области здоровья и медицины полагаете, что у вас проявляются медицинские симптомы, которые требуют незамедлительного медицинского вмешательства с целью предотвращения смерти, потери части тела или потери функции части тела (а у беременных женщин — потери ребенка, который еще не родился). Медицинскими симптомами могут быть болезнь, травма, сильная боль или состояние здоровья, которое быстро ухудшается.

Emergency care (экстренная медицинская помощь). Покрываемые услуги, предоставляемые поставщиком, обученным для оказания экстренных медицинских услуг и необходимые для преодоления экстренного состояния медицинского характера или такого экстренного состояния, которое связано с поведенческим здоровьем.

Exception (исключение). Разрешение на получение покрытия препарата, стоимость которого, как правило, не покрывается, или на использование препарата без применения определенных правил и ограничений.

Excluded Services (исключенные услуги). Услуги, которые не покрываются данным планом медицинского страхования.

Extra Help (программа предоставления дополнительной помощи). Программа Medicare, которая помогает лицам с ограниченными доходами и ресурсами сократить расходы на препараты по части D по программе Medicare, такие как страховые взносы, франшизы и доля в совместной оплате. Программа предоставления дополнительной помощи также называется «Программа субсидирования для малообеспеченных лиц» или «LIS».

Generic drug (непатентованный препарат). Препарат, одобренный FDA для использования вместо патентованного препарата. В составе непатентованного препарата содержатся те же вещества, что и в патентованном препарате. Как правило, такой препарат стоит дешевле, но оказывает такое же действие, что и патентованный препарат.

Grievance (претензия). Жалоба, которую вы подаете в отношении плана или одного из наших поставщиков или аптек, входящих в сеть плана. Это может быть жалоба на качество вашего обслуживания или качество услуг, предоставляемых вашим планом медицинского страхования.

Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP (Программа консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования). Программа, предоставляющая бесплатную и объективную информацию, а также консультации по программе Medicare. В **Главе 2** этого *Справочника участника* объясняется, как связаться с HICAP.

Health plan (план медицинского страхования). Организация, состоящая из врачей, больниц, аптек, поставщиков долгосрочных услуг и других поставщиков. Планом также предусмотрены координаторы по уходу, которые помогут вам взаимодействовать со всеми вашими поставщиками услуг и управлять услугами. Они сотрудничают между собой с целью предоставления необходимого вам обслуживания.

Health risk assessment, HRA (оценка риска для здоровья). Проверка истории болезни и текущего состояния твой. Проводится с целью выяснения состояния здоровья пациента и его возможного изменения в будущем.

Home Delivery Program (программа доставки на дом). Некоторые планы могут предлагать программу доставки на дом, которая позволяет вам получать трехмесячный запас покрываемых рецептурных препаратов, отправляемых прямо вам домой. Такое решение может быть экономичным и удобным способом получения рецептурных препаратов, которые вы регулярно принимаете.

Home health aide (сотрудник по оказанию медико-социальной помощи на дому). Человек, предоставляющий услуги, не требующие навыков квалифицированной медсестры или терапевта, например, который оказывает помощь в личной гигиене (например, купание, пользование туалетом, одевание или выполнение прописанных упражнений). У сотрудников по оказанию медико-социальной помощи на дому не лицензии медсестры и они не проводят терапию.

Hospice (хоспис). Программа по уходу и поддержке, цель которой — помочь обеспечить комфортные условия для лиц с заболеванием в терминальной стадии. Заболевание в терминальной стадии означает, что с медицинской точки зрения человек признан неизлечимо больным, то есть ожидаемая продолжительность жизни составляет 6 месяцев или меньше.

- Новый участник страхового плана с заболеванием в терминальной стадии имеет право выбрать хоспис.
- Специально обученная команда специалистов и лиц, осуществляющих уход, обеспечивает всесторонний уход за человеком, включая удовлетворение его физических, эмоциональных, социальных и духовных потребностей.
- Мы должны предоставить вам список поставщиков услуг хосписов в вашем регионе.

Improper/inappropriate billing (неправильное или ненадлежащее выставление счета). Ситуация, когда поставщик (например, врач или больница) выставляют вам счет на сумму, превышающую нашу долю в распределении затрат на услуги. Позвоните в отдел обслуживания клиентов, если вы получите какие-либо счета, которые вам непонятны.

Поскольку вы являетесь участником плана, при получении покрываемых нами услуг вы платите только долю в распределении затрат, предусмотренную планом. Мы не позволяем поставщикам услуг выставлять вам счета, превышающие эту сумму.

In Home Supportive Services, IHSS (программа предоставления услуг поддержки на дому. Программа IHSS поможет произвести оплату зарегистрированным поставщикам медицинских услуг за предоставленные вам услуги, чтобы вы могли безопасно оставаться у себя дома. Программа IHSS является альтернативой медицинскому обслуживанию, получаемому вне дома, например, в учреждениях сестринского ухода или в домах для престарелых и инвалидов. Для получения услуг проводится оценка, чтобы определить, какие виды услуг могут быть разрешены для каждого участника в зависимости от его потребностей. Услуги, покрытие которых может быть разрешено по программе IHSS, включают уборку дома, приготовление пищи, стирку, покупку продуктов, помощь в осуществлении личной гигиены (например, помощь с опорожнением, купание, уход за внешностью и услуги среднего медицинского персонала), сопровождение на прием к врачу и наблюдение за лицами с психическими нарушениями в целях защиты. Управление программой IHSS осуществляют окружные агентства социального обеспечения.

Independent Medical Review, IMR (независимая медицинская экспертиза). Если мы отклоняем ваш запрос на получение медицинских услуг или проведение лечения, вы можете подать апелляцию. Если вы не согласны с нашим решением, и ваша проблема связана с услугами Medi-Cal, включая товары, относящиеся к DME, и препараты, вы можете запросить проведение независимой медицинской экспертизы в Департаменте управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния. IMR — это рассмотрение вашего дела специалистами, которые не сотрудничают с нашим планом. Если по результатам экспертизы IMR будет принято решение в вашу пользу, мы должны предоставить услуги или лечение, которые вам требуются. Вы ничего не платите за проведение IMR.

Independent review organization, IRO (независимая экспертная организация). Независимая организация, нанятая программой Medicare, которая рассматривает апелляцию на уровне 2. Данная организация не сотрудничает с нами и не является правительственным органом. Эта организация принимает решение о том, является ли принятое нами решение правильным или следует ли его изменить. Программа Medicare контролирует работу этой организации. Официальное название этой организации — **Учреждение по проведению независимой проверки.**

Individualized Care Plan, ICP or Care Plan (индивидуальный план медицинского обслуживания, ICP, или план обслуживания). План услуг, которые вам предоставят, где также указан способ оказания данных услуг. Ваш план может включать медицинские услуги, услуги охраны психического здоровья, а также долгосрочное обслуживание и поддержку.

Initial coverage stage (Уровень начального покрытия). Этап, который длится до тех пор, пока общая сумма ваших расходов на препарат по части D по программе Medicare не достигнет $2,100. В данную общую сумму входят суммы, которые вы оплатили самостоятельно, которые план оплатил от вашего имени и субсидия лицам с низким доходом. Эта стадия начинается, когда вы впервые покупаете препарат по рецепту в текущем году. На этой стадии мы оплачиваем часть стоимости вашего препарата, а вы оплачиваете свою долю стоимости.

Inpatient (стационарный). Термин, используемый в ситуациях, когда вас официально госпитализировали для предоставления вам квалифицированных медицинских услуг. Если вы не были официально госпитализированы, вы можете по-прежнему считаться пациентом амбулаторного отделения, а не стационарного, даже если вы остаетесь в больнице на ночь.

Interdisciplinary Care Team, ICT or Care team (многопрофильная группа медицинского обслуживания, ICT или группа медицинского обслуживания. Группа медицинского обслуживания может включать врачей, медсестер, консультантов или других медицинских работников, цель которых — помогать предоставлять необходимое вам обслуживание. Ваша группа медицинского обслуживания также поможет вам составить план вашего обслуживания.

Integrated D-SNP (интегрированный D-SNP). План для лиц с особыми медицинскими потребностями, имеющих право на участие в двух программах страхования, который покрывает услуги Medicare и большинство или все услуги Medicaid в рамках одного плана медицинского страхования для определенных групп лиц, имеющих право на участие как в Medicare, так и в Medicaid. Эти лица известны как лица, имеющие право на получение полной льготы в двух случаях.

Interchangeable Biosimilar (взаимозаменяемый биоаналог). Биоаналог, который может быть заменен в аптеке без необходимости получения нового рецепта, поскольку он отвечает дополнительным требованиям, предъявляемым к возможности автоматического замещения. Автоматическое замещение в аптеке регулируется законодательством штата.

***List of Covered Drugs*, *Drug List (Перечень покрываемых препаратов, Перечень препаратов)*.** Перечень рецептурных и безрецептурных препаратов, стоимость которых мы покрываем. Мы выбираем препараты в этом перечне совместно с врачами и фармацевтами. В *Перечне препаратов* присутствует информация о том, применяются ли в отношении препаратов какие-либо правила, которые вы должны соблюдать для их получения. *Перечень препаратов* иногда называют «фармакологическим справочником».

Long-term services and supports, LTSS (услуги долгосрочного обслуживания и поддержки). Услуги долгосрочного обслуживания и поддержки помогают улучшить состояние при длительном заболевании. Большинство таких услуг помогут вам оставаться дома вместо пребывания в учреждении сестринского ухода или больнице. LTSS, покрываемые нашим планом, включают в себя услуги CBAS, также известная как дневная программа медицинского ухода за взрослыми, учреждения NF и услуги по оказанию поддержки населению. Альтернативные программы IHSS и 1915(c) — это услуги LTSS Medi-Cal, предоставляемые за пределами нашего плана.

Low-income subsidy, LIS (программа субсидирования для малообеспеченных лиц. См. «Программа предоставления дополнительной помощи»

Medi-Cal. Medi-Cal — это название программы Medicaid в штате Калифорния. Программой Medi-Cal управляет штат, а ее стоимость оплачивает штат и федеральное правительство.

- Эта программа помогает лицам с ограниченным доходом и ресурсами оплатить долгосрочное обслуживание и поддержку, а также оплатить затраты на медицинское обслуживание.
- Также, программа покрывает дополнительные услуги и препараты, не покрываемые в рамках программы Medicare.
- Программы Medicaid варьируются от штата к штату, но большая часть расходов на медицинское обслуживание покрывается, если вы имеете право на участие как в Medicare, так и в Medi-Cal.

Medi-Cal plans (планы программы Medi-Cal). Это планы, которые покрывают только льготы по программе Medi-Cal, например, долгосрочное обслуживание и поддержку, медицинское оборудование и перевозку. Льготы по программе Medicare покрываются отдельно.

Medicaid (или Medical Assistance). Программа, которой управляют федеральное правительство и штата и которая помогает лицам с ограниченным доходом и ресурсами оплатить долгосрочное обслуживание, поддержку и затраты на медицинское обслуживание. Medi-Cal — это программа Medicaid в штате Калифорния.

Medically necessary (необходимый по медицинским показаниям). Необходимость по медицинским показаниям подразумевает, что услуги, товары или препараты необходимы вам для профилактики, диагностики или лечения медицинского состояния или поддержания вашего текущего состояния здоровья. Сюда также входит медицинское обслуживание, которое позволяет вам не пребывать в больнице или учреждении сестринского ухода. Также это означает, что услуги, товары и препараты соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики.

Medicare. Программа Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет или старше, некоторых лиц с определенными ограниченными возможностями в возрасте до 65 лет и лиц с терминальной стадией почечной недостаточности (как правило, для лиц с необратимой почечной недостаточностью, которым необходимо проведение диализа или пересадка почки). Участники программы Medicare могут получать свое медицинское страховое покрытие по программе Medicare через программу Original Medicare или план управляемого медицинского обслуживания (см. «План медицинского страхования»).

Medicare Advantage. Программа Medicare, также известная как часть C по программе Medicare или MA, предлагает планы MA через частные компании. Medicare платит этим компаниям за покрытие ваших льгот Medicare.

Medicare Appeals Council, Council (апелляционный совет программы Medicare, Совет). Совет, рассматривающий апелляцию на уровне 4. Совет входит в состав федерального правительства.

Medicare-covered services (услуги, покрываемые программой Medicare). Услуги, покрываемые частью A по программе Medicare и частью B по программе Medicare. Все планы медицинского страхования Medicare, включая наш план, должны покрывать все услуги, покрываемые частью A по программе Medicare и частью B по программе Medicare.

Medicare diabetes prevention program, MDPP (программа профилактики диабета Medicare). Структурированная программа изменения отношения к здоровью, которая предусматривает обучение долгосрочным изменениям в питании, повышению физической активности и стратегиям преодоления проблем, связанных с поддержанием потери веса и здорового образа жизни.

Medicare-Medi-Cal enrollee (новый участник страхового плана Medicare-Medi-Cal). Лицо, которое имеет право на покрытие по программам Medicare и Medi-Cal. Новый участник страхового плана Medicare-Medicaid также называется «лицом, имеющим право на участие в обеих программах».

Medicare Part A (часть A по программе Medicare). Программа Medicare, которая покрывает большую часть необходимого с медицинской точки зрения обслуживания в больнице, учреждении квалифицированного сестринского ухода, обслуживания на дому и в хосписе.

Medicare Part B (часть B по программе Medicare). Программа Medicare, которая покрывает услуги (например, лабораторные анализы, операции и визиты к врачу) и товары (например, инвалидные коляски и ходунки), необходимые с медицинской точки зрения для лечения определенного заболевания или состояния. Кроме того, часть B программы Medicare покрывает многие профилактические услуги и услуги скрининга.

Medicare Part C (часть C по программе Medicare). Программа Medicare, также известная как Medicare Advantage или MA, которая позволяет частным компаниям медицинского страхования предоставлять льготы Medicare через план MA.

Medicare Part D (часть D по программе Medicare). Программа льгот на препараты по программе Medicare. Для краткости программа называется «Часть D».

Часть D по программе Medicare покрывает препараты, принимаемые амбулаторно, вакцины и некоторые товары, которые не покрываются частью A по программе Medicare или частью B по программе Medicare или программой Medicaid. Наш план включает часть D по программе Medicare.

Medicare Part D drugs (рецептурные препараты по части D по программе Medicare). Препараты, покрываемые по части D по программе Medicare. Конгресс специально исключает определенные категории препаратов из покрытия по части D по программе Medicare. Программа Medicaid может покрывать некоторые из этих препаратов.

Medication Therapy Management, MTM (программа управления медикаментозным лечением). Программа, охватывающая Часть D по программе Medicare, для сложных медицинских потребностей, предоставляемая лицам, которые соответствуют определенным требованиям или участвуют в программе управления препаратами. Услуги MTM обычно включают в себя обсуждение с фармацевтом или поставщиком медицинских услуг вопросов, касающихся пересмотра препаратов. Дополнительная информация приведена в **Главе 5** этого *Справочника участника*.

Medi-Medi Plan (план Medi-Medi). План Medi-Medi Plan — это один из видов плана Medicare Advantage Plan. Он предназначен для людей, которые являются участниками и Medicare, и Medi-Cal, и объединяет льготы по программам Medicare и Medi-Cal в один план. Планы Medi-Medi координируют все льготы и услуги по обеим программам, включая все услуги, покрываемые по программе Medicare и Medi-Cal.

Member, member of our plan, or plan member (участник, участник нашего плана или участник плана). Человек, участвующий в программах Medicare и Medi-Cal и имеющий право на получение покрываемых услуг, а также зарегистрированный в нашем плане, и регистрация которого была подтверждена CMS и штатом.

***Member Handbook* and Disclosure Information (*Справочник участника* и информация о разглашении).** Данный документ, а также ваша регистрационная форма и другие приложения или дополнительные положения, в которых разъясняются ваше покрытие, наши обязанности, ваши права и ваши обязанности в качестве участника нашего плана.

Network pharmacy (входящая в сеть аптека). Аптека, которая согласилась отпускать препараты по рецепту участникам нашего плана. Мы называем их «аптеками, входящими в сеть плана», поскольку они согласились сотрудничать с нашим планом. В большинстве случаев мы покрываем ваши рецептурные препараты, только если они будут получены в одной из аптек, входящих в нашу сеть.

Network provider (входящий в сеть поставщик услуг). «Поставщик» — общий термин, который мы применяем для обозначения врачей, медсестер и других людей, которые предоставляют вам услуги и обслуживание. Это понятие также включает больницы, агентства по предоставлению медицинских услуг на дому, клиники и другие учреждения, в которых предоставляются медицинские услуги, медицинское оборудование, а также услуги долгосрочного обслуживания и поддержки.

- Эти учреждения лицензированы и сертифицированы программой Medicare и штатом на предоставление медицинских услуг.
- Мы называем их «поставщиками, входящими в сеть плана», если они соглашаются сотрудничать с нашим планом и принимают от нас оплату, а также не взыскивают с наших участников дополнительные суммы.
- В течение срока вашего участия в нашем плане вы обязаны посещать поставщиков, входящих в сеть плана, чтобы получать покрываемые услуги. Поставщики, входящие в сеть, также называются «поставщиками услуг в пределах плана».

Nursing home or facility (центр или учреждение сестринского ухода). Учреждение, обеспечивающее уход за людьми, которые не могут получить помощь дома, но не нуждаются в госпитализации.

Ombudsman (омбудсмен). Представительство в вашем штате, которое выступает в качестве защитника ваших интересов от вашего имени. Он отвечает на вопросы при наличии у вас проблем или жалоб и помогает вам понять, какими должны быть дальнейшие действия. Услуги омбудсмена бесплатны. С дополнительной информацией можно ознакомиться в **Главах 2 и 9** этого *Справочника участника*.

Organization determination (определение организации). Наш план принимает определение организации, когда мы или один из наших поставщиков принимаем решение о том, покрываются ли услуги или сколько вы должны платить за покрываемые услуги. Определения организации также называются «решениями о предоставлении страхового покрытия». В **Главе 9** этого *Справочника участника* объясняются решения о предоставлении страхового покрытия.

Original Biological Product (оригинальный биологический продукт). Биологический препарат, одобренный FDA и служащий образцом для сравнения для производителей, создающих биоаналог. Его также называют эталонным продуктом.

Original Medicare, traditional Medicare or fee-for-service Medicare (программа Original Medicare, традиционная программа Medicare

или программа Medicare с оплатой за услуги). Правительство предлагает программу Original Medicare. Согласно программе Original Medicare, услуги покрываются путем оплаты врачам, больницам и другим поставщикам медицинских услуг сумм, определенных Конгрессом.

- Вы можете обращаться к врачам, больницам и другим поставщикам медицинских услуг, принимающим участников программы Medicare. У программы Original Medicare есть две части: Часть A по программе Medicare (страхование больничных расходов) и часть B по программе Medicare (страхование медицинских расходов).
- Программа Original Medicare доступна в любой точке Соединенных Штатов Америки.
- Если вы не хотите принимать участие в нашем плане, то вы можете выбрать участие в программе Original Medicare.

Out-of-network pharmacy (аптека, не входящая в сеть). Аптека, которая не согласилась сотрудничать с нашим планом с целью координации или предоставления покрываемых препаратов участникам нашего плана. Наш план не покрывает большинство препаратов, которые вы получаете в аптеках, не входящих в сеть, за исключением случаев, когда применяются определенные условия.

Out-of-network provider (поставщик услуг, не входящий в сеть) или **Out-of-network facility (учреждение, не входящее в сеть).** Поставщик или учреждение, которые не были наняты, не находятся во владении или под управлением плана, и у которых не заключен контракт на предоставление покрываемых услуг участникам нашего плана. В **Главе 3** этого *Справочника участника* разъясняется, кто такие поставщики и учреждения, не входящие в сеть.

Out-of-pocket costs (затраты собственных средств). Требование о том, чтобы участники оплачивали определенную долю в распределении затрат на получаемые ими услуги или препараты, также называется требованием о «затратах собственных средств». См. определение термина «распределение затрат» выше.

Over-the-counter (OTC) drugs (безрецептурные препараты). Безрецептурные препараты — это препараты или лекарства, которые можно купить без рецепта, выписанного медицинским работником.

Part A (часть A). См. «Часть A по программе Medicare».

Part B (часть B). См. «Часть B по программе Medicare».

Part C (часть C). См. «Часть C по программе Medicare».

Part D (часть D). См. «Часть D по программе Medicare».

Part D drugs (препараты по части D). См. «Препараты по части D по программе Medicare».

Personal health information, also called Protected health information, PHI (личная медицинская информация, также называется конфиденциальная медицинская информация, PHI). Информация о вас и вашем здоровье, такая как ваши имя и фамилия, адрес, номер социального страхования, посещения врача и история болезни. Ознакомьтесь с нашим Уведомлением о политике конфиденциальности для получения дополнительной информации о том, как мы защищаем, используем и раскрываем вашу PHI, а также о ваших правах в отношении вашей PHI.

Preventive services (профилактические услуги). Медицинское обслуживание, предоставляемое с целью профилактики заболевания или выявления заболевания на ранней стадии, когда лечение, вероятно, будет наиболее эффективным (например, профилактические услуги включают в себя проведение теста Папаниколау, прививки от гриппа и скрининговую маммографию).

Primary Care Provider, PCP (поставщик первичных медицинских услуг). Врач или другой поставщик медицинских услуг, к которому вы обращаетесь в первую очередь при большинстве проблем со здоровьем. Он следит за тем, чтобы вы получали необходимое медицинское обслуживание для поддержания здоровья.

- Он также может обсуждать ваше обслуживание с другими врачами и поставщиками медицинских услуг и направлять вас к ним.
- Во многих планах медицинского страхования по программе Medicare вам сначала нужно обратиться к поставщику первичных медицинских услуг, прежде чем обратиться к другим поставщикам медицинских услуг.
- Для ознакомления с информацией о том, как получить услуги поставщика первичных медицинских услуг, см. **Главу 3** этого *Справочника участника.*

Prior authorization, PA (предварительное разрешение). Одобрение, которое вы должны получить от нас, прежде чем вы сможете получить конкретную услугу или препарат или воспользоваться услугами поставщика услуг, не входящего в сеть. Наш план может не покрывать услугу или препарат, если вы сначала не получите одобрение на их использование.

Наш план покрывает некоторые сетевые медицинские услуги только в том случае, если ваш врач или другой входящий в сеть поставщик услуг получает от нас PA.

- Покрываемые услуги, для которых требуется PA от нашего плана, отмечены в **Главе 4** этого *Справочника участника*.

Наш план покрывает некоторые лекарства, только если вы получаете от нас PA.

- Покрываемые препараты, для получения которых требуется PA от нашего плана, отмечены в *Перечне покрываемых препаратов* и правила размещены на нашем веб-сайте.

Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE (Программа комплексного обслуживания для пожилых людей). Программа, которая одновременно покрывает льготы по программам Medicare и Medicaid для людей в возрасте 55 лет и старше, нуждающихся в более высоком уровне обслуживания для проживания дома.

Prosthetics and Orthotics (протезы и ортопедические устройства). Медицинские устройства, заказанные вашим врачом или другим поставщиком медицинских услуг, которые включают, помимо прочего, шину на руку, корсет для спины, корсет для шеи; протезы; искусственные глаза; и устройства, необходимые для замены внутренней части или функции тела, включая принадлежности для стомы, а также средства для энтерального и парентерального питания.

Quality improvement organization, QIO (организация по повышению качества). Это группа, состоящая из врачей и других медицинских работников, которые помогают улучшать качество обслуживания людей, зарегистрированных в программе Medicare. Федеральное правительство платит организации QIO за проверку и повышение качества ухода за пациентами. Для ознакомления с информацией об организации QIO см. **Главу 2** этого *Справочника участника*.

Quantity limits (ограничения количества). Ограничение на количество препарата, которое вы можете получить. Мы можем ограничить количество препарата, покрываемого по рецепту.

Real Time Benefit Tool (инструмент получения льгот в режиме реального времени). Портал или компьютерное приложение, с помощью которого участники могут найти полную, точную, своевременную и клинически приемлемую информацию о покрываемых препаратах и льготах для конкретного участника. Сюда входят суммы доли в распределении затрат, альтернативные препараты, которые можно использовать при таком состоянии здоровья, при котором используется данный препарат, а также ограничения покрытия (предварительное разрешение, пошаговая терапия, ограничения количества), которые применяются к альтернативным препаратам.

Referral (направление). Направление — это разрешение вашего PCP или наше разрешение на использование поставщика услуг, который не является вашим поставщиком первичных медицинских услуг. При отсутствии предварительного одобрения план может не покрыть услуги. Для посещения определенных специалистов, например, специалистов по женскому здоровью, направление не требуется. С дополнительной информацией о направлениях можно ознакомиться в **Главах 3 и 4** этого *Справочника участника*.

Rehabilitation services (услуги реабилитации). Лечение, которое вы получаете для восстановления после заболевания, несчастного случая или полостной операции. См. **Главу 4** этого *Справочника участника,* чтобы узнать больше об услугах реабилитации.

Sensitive services (деликатные услуги). Услуги, связанные с психическим здоровьем или охраной психического здоровья, сексуальным и репродуктивным здоровьем, планированием семьи, инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), ВИЧ/СПИДом, сексуальным насилием и абортами, расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, уходом с подтверждением гендерной идентичности, и насилием со стороны близкого партнера.

Service area (зона обслуживания). Географический район, в пределах которого планы медицинского страхования принимают участников, если участие в плане ограничивается в зависимости от региона проживания. В планах, где ограничивается количество врачей и больниц, которых вы можете посещать, его, как правило, является районом, где вы можете получить стандартные (неэкстренные) услуги. Зарегистрироваться в нашем плане могут только лица, проживающие в нашей зоне обслуживания.

Share of cost (доля затрат). Часть ваших расходов на медицинское обслуживание, которую вы, возможно, должны будете платить ежемесячно до тех пор, пока ваши льготы не вступят в силу. Размер вашей доли затрат зависит от вашего дохода и ресурсов.

Skilled nursing facility, SNF (учреждение квалифицированного сестринского ухода). Это учреждение сестринского ухода с персоналом и оборудованием, предназначенным для предоставления квалифицированного сестринского ухода и, в большинстве случаев, квалифицированных услуг реабилитации и других сопутствующих медицинских услуг.

Skilled nursing facility (SNF) care (обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода). Это квалифицированное сестринское обслуживание и услуги реабилитации, предоставляемые непрерывно и ежедневно в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода может, например, включать физиотерапию или внутривенные инъекции, проводимые дипломированной медсестрой или врачом.

Specialist (специалист). Врач, который лечит только определенные виды заболеваний, Например хирург-ортопед (лечит переломы костей); аллерголог (лечит аллергию); кардиолог (лечит заболевания сердца). Для обращения к специалистам в большинстве случаев необходимо направление PCP.

Specialized pharmacy (специализированная аптека). Для получения дополнительной информации о специализированных аптеках см. **Главу 5** этого *Справочника участника*.

State Hearing (слушание на уровне штата). Если ваш врач или другой поставщик услуг попросит предоставить услугу по программе Medi-Cal, которую мы не одобрим, или мы прекратим оплату услуги по программе Medi-Cal, которую вы уже получаете, вы имеете право просить провести слушание дела на уровне штата. Если решение после слушания дела на уровне штата будет принято в вашу пользу, мы обязаны предоставить вам услугу, в отношении которой был подан запрос.

Step therapy (пошаговая терапия). Правило покрытия, в соответствии с которым вы должны сначала попробовать другой препарат, прежде чем мы покроем препарат, о приеме которого вы просите.

Supplemental Security Income, SSI (пособие по социальному обеспечению). Ежемесячная льгота, выплачиваемая администрацией социального обеспечения лицам, которые имеют ограниченные возможности, которые являются слепыми или которым исполнилось 65 лет и более и которые имеют ограниченный доход и ресурсы. Льгота SSI это не то же самое, что и льготы Администрации социального обеспечения.

Urgently needed care (срочно необходимое обслуживание). Помощь, которую вы получаете в случае непредвиденного заболевания, травмы или состояния, при котором вам не требуется экстренная медицинская помощь, но требуется немедленное оказание медицинской помощи. Вы можете получить срочно необходимое обслуживание у поставщиков, не входящих в сеть плана, если вы не можете обратиться к ним, поскольку, с учетом вашего времени, места или обстоятельств, получить услуги от поставщиков, входящих в сеть, невозможно или нецелесообразно (например, когда вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана и вам требуется неотложная медицинская помощь в результате непредвиденного медицинского состояния, не требующего экстренного вмешательства).

Отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield TotalDual Plan

ТЕЛЕФОН	1-800-452-4413 Звонки по этому номеру являются бесплатными. Режим работы: с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT), без выходных. Отдел обслуживания клиентов также предоставляет бесплатные услуги устного перевода участникам плана, которые не говорят на английском языке.
ЛИНИЯ TTY	711 Этот номер предназначен исключительно для лиц с нарушениями слуха или речи. Чтобы использовать его, к телефону необходимо подключить специальный адаптер. Звонки по этому номеру являются бесплатными. Режим работы: с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT), без выходных.
ФАКС	(877) 251-6671
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
ВЕБ-САЙТ	blueshieldca.com/medicare

blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555