2026

Справочник участника

CalOptima Health OneCare Complete (H5433-001)

(HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

OneCare
CalOptima Health

H5433_26MM001TR_C

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, *Справочник участника*

1 января 2026 г. – 31 декабря 2026 г.

Страховое покрытие медицинских услуг и лекарственных препаратов в плане CalOptima Health OneCare Complete

СПРАВОЧНИК УЧАСТНИКА Введение

Данный *Справочник участника* (*Member Handbook*), также называемый *Свидетельством страхового покрытия (Evidence of Coverage)*, подробно описывает ваше медицинское покрытие по нашему плану, действующему до 31 декабря 2026 года. В нём разъясняются предоставляемые медицинские услуги, услуги в сфере поведенческого здоровья (психическое здоровье и лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ), лекарственное обеспечение, а также долгосрочная помощь и поддержка. Определения ключевых терминов приведены в алфавитном порядке в **Главе 12** данного *Справочника участника*.

Это важный юридический документ. Храните его в надёжном месте.

В этом Справочнике участника слова «мы», «нас», «наш» или «наш план» относятся к плану CalOptima Health OneCare Complete.

Этот документ доступен бесплатно на английском, испанском, вьетнамском, фарси, корейском, китайском, арабском и русском языках.

Этот документ можно получить бесплатно и в других форматах, например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля и/или в аудиоформате. Для этого позвоните в Службу поддержки по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный.

Вы также можете сделать запрос на получение материалов на других языках и (или) в альтернативном формате на постоянной основе:

- Чтобы оформить такой запрос, позвоните в Службу поддержки по номеру, указанному внизу страницы, или войдите в защищённый онлайн-портал участника по следующей ссылке: **https://member.caloptima.org/#/user/login**;

OMB Одобрение 0938-1444 (Действительно до: 30.06.2026)

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Ваш запрос будет сохранён в системе и учтён при всех будущих почтовых рассылках и коммуникациях;
- Чтобы отменить или внести изменения в ваш постоянный запрос, позвоните в Службу поддержки по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и ежедневно. Звонок бесплатный.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Уведомление о доступности услуг языковой поддержки и вспомогательных средств/услуг

English

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-877-412-2734** (TTY **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-877-412-2734** (TTY **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-877-412-2734** (TTY **711**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير اتصل بـ **1-877-412-2734** (TTY **711**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-877-412-2734** (TTY **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-877-412-2734** (TTY **711**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

简体中文 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-877-412-2734** (TTY **711**)。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 **1-877-412-2734** (TTY **711**)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Traditional Chinese)

注意: 如果您需要以您的語言獲得幫助，請致電 **1-877-412-2734** (TTY **711**)。為殘障人士也提供幫助和服務，例如盲文和大字體的文件。致電**1-877-412-2734** (TTY **711**)。這些服務是免費的。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-877-412-2734** (TTY **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-877-412-2734** (TTY **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો આ નંબર પર કૉલ કરો: **1-877-412-2734** (TTY **711**). વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને સેવાઓ, જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કૉલ કરો: **1-877-412-2734** (TTY **711**). આ સેવા વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-877-412-2734** (TTY **711**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-877-412-2734** (TTY **711**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-877-412-2734** (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 **1-877-412-2734** (TTY **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-877-412-2734** (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。**1-877-412-2734** (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 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-877-412-2734** (TTY **711**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734**(TTY**711**).ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734**(TTY**711**).ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-877-412-2734** (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 **1-877-412-2734** (TTY **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você precisar de ajuda no seu idioma, ligue para **1-877-412-2734** (TTY **711**). Serviços e auxílio para pessoas com incapacidades, como documentos em braile ou impressos com letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-877-412-2734** (TTY **711**). Esses serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਓਿ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚਿ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਵਿੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Română (Romanian)

ATENȚIE: În cazul în care aveți nevoie de ajutor în limba dvs., sunați la **1-877-412-2734** (TTY **711**). Sunt disponibile, de asemenea, ajutoare și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în limbaj Braille și cu caractere mărite. Sunați la **1-877-412-2734** (TTY **711**). Aceste servicii sunt gratuite.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-412-2734** (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 **1-877-412-2734** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Türkçe Etiket (Turkish)

DIKKAT: Kendi dilinizde yardıma ihtiyacınız varsa **1-877-412-2734** (TTY **711**) numaralı telefonu arayın. Braille alfabesi ve büyük harflerle yazılmış belgeler gibi engellilere yönelik yardım ve hizmetler de mevcuttur. Call: **1-877-412-2734** (TTY **711**). Bu hizmetler ücretsizdir.

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-877-412-2734** (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 **1-877-412-2734** (TTY **711**). Ці послуги безкоштовні.

اردو ٹیگ لائن (Urdu)

توجہ: اگر آپکو اپنی زبان میں مدد کی ضرورت ہے توکال کریں **1-877-412-2734** (TTY **711**). معذور افراد کے لئے امداد اور خدمات ، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ کال **1-877-412-2734** (TTY **711**). یہ خدمات مفت ہیں۔

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-877-412-2734** (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 **1-877-412-2734** (TTY **711**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Другие языки

Вы можете бесплатно получить этот *Справочник участника* и другие материалы плана на других языках. CalOptima Health предоставляет письменные переводы от квалифицированных переводчиков. Позвоните в Службу поддержки CalOptima Health OneCare по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**). Звонок бесплатный. Ознакомьтесь с данным *Справочником участника*, чтобы узнать больше об услугах языковой поддержки, включая услуги устного и письменного перевода, предоставляемых участникам, в том числе перевод языка жестов.

Другие форматы

Вы можете своевременно и бесплатно получить эту информацию в альтернативных форматах, таких как шрифт Брайля, крупный шрифт (20 пунктов), аудиозапись или доступный электронный формат (CD-диск). Позвоните в Службу поддержки CalOptima Health OneCare по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**). Звонок бесплатный.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Услуги устного и жестового перевода

CalOptima Health OneCare предоставляет бесплатные круглосуточные услуги устного перевода, а также перевод языка жестов, с участием квалифицированных переводчиков — круглосуточно и бесплатно. Вам не нужно обращаться за помощью к членам семьи или друзьям — особенно не рекомендуется привлекать к переводу несовершеннолетних, за исключением экстренных случаев. Услуги переводчиков, лингвистические и культурные услуги предоставляются бесплатно. Помощь доступна 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Чтобы получить языковую помощь или заказать данный справочник на другом языке, позвоните в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**). Звонок бесплатный.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Содержание

Глава 1: Первые шаги в качестве участника 13

Глава 2: Важные номера телефонов и ресурсы 28

Глава 3: Как использовать покрытие нашего плана для медицинских и других покрываемых услуг 54

Глава 4: Таблица льгот 84

Глава 5: Получение препаратов для амбулаторного лечения 198

Глава 6: Сколько вы платите за препараты по программам Medicare и Medi-Cal 222

Глава 7: Как попросить нас оплатить нашу долю счёта, полученного вами за покрываемые услуги или лекарства 236

Глава 8: Ваши права и обязанности 244

Глава 9. Что делать, если у вас возникла проблема или жалоба (решения о покрытии, апелляции, жалобы). 266

Глава 10: Прекращение вашего участия в нашем плане 318

Глава 11: Юридические уведомления 329

Глава 12: Определения важных терминов 334

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Дисклеймер (отказ от ответственности)

- CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, — это организация Medicare Advantage, работающая по договору с программами Medicare и Medi-Cal. Регистрация в плане CalOptima Health OneCare зависит от продления договора. CalOptima Health OneCare соблюдает действующие федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола. По вопросам обслуживания вы можете обратиться на бесплатную линию Службы поддержки CalOptima Health OneCare по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Дополнительную информацию также можно найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.
- Льготы и/или размеры доплат могут измениться с 1 января 2027 г.
- Список покрываемых лекарств, аптечная сеть и/или сеть поставщиков услуг могут меняться в любое время. Обо всех изменениях, которые могут повлиять на вас, вы получите уведомление не менее чем за 30 дней.
- В 2026 году льгота плана CalOptima Health OneCare Complete на покупку еды и продовольствия является частью специальной дополнительной программы для людей с хроническими заболеваниями. Следует учитывать, что эта льгота доступна не для всех. Чтобы воспользоваться льготой на покупку еды и продовольствия, участник OneCare Complete должен иметь два и более сопутствующих хронических заболевания/состояния, которые угрожают жизни или значительно ухудшают общее состояние здоровья и функциональные способности. К таким заболеваниям относятся, в частности, сердечно-сосудистые болезни, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, хронические заболевания лёгких или терминальная стадия почечной недостаточности. Даже при наличии хронического заболевания, не все участники получают льготу на покупку еды и продовольствия. Получение льготы на покупку еды и продовольствия зависит от того, имеет ли участник высокий риск госпитализации или других неблагоприятных последствий для здоровья, а также от необходимости интенсивной координации лечения. Льгота не включает транспортировку участников OneCare Complete до продуктового магазина.

Глава 1: Первые шаги в качестве участника

Введение

В этой главе представлена информация о CalOptima Health OneCare Complete — плане медицинского страхования, который покрывает все ваши услуги по программе Medicare и координирует все ваши услуги Medicare и Medi-Cal. Здесь также изложены условия вашего участия в плане. Вы узнаете, чего вам следует ожидать и какую дополнительную информацию вы получите от нас. Определения ключевых терминов приведены в алфавитном порядке в заключительной главе *Справочника участника*.

Содержание

A. Добро пожаловать в наш план. 15

B. Информация о программах Medicare и Medi-Cal 15

B1. Medicare. 15

B2. Medi-Cal 15

C. Преимущества нашего плана 16

D. Зона обслуживания нашего плана 17

E. Требования к потенциальным участникам плана. 18

F. Чего ожидать после регистрации в нашем плане медицинского страхования 18

G. Ваша команда медицинской помощи и план медицинского обслуживания 20

G1. Команда медицинской помощи 20

G2. План медицинского обслуживания 20

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

H. Краткий обзор основных расходов 21

H1. Сумма в рамках программы рассроченной оплаты рецептурных лекарств Medicare 21

I. Этот Справочник участника. 21

J. Другая важная информация, которую вы получаете от нас 22

J1. Ваша идентификационная карта участника 22

J2. Каталог поставщиков услуг и аптек 24

J3. Список покрываемых лекарств 25

J4. Разъяснение страховых выплат 26

K. Обновление данных вашей учётной записи. 26

K1. Конфиденциальность персональных медицинских данных. 27

A. Добро пожаловать в наш план

Наш план предоставляет услуги Medicare и Medi-Cal лицам, имеющим право на участие в обеих программах. Он включает врачей, больницы, аптеки, поставщиков долгосрочных услуг и поддержки, поставщиков услуг в сфере поведенческого здоровья и других медицинских специалистов. У нас также есть персональные координаторы медицинского обслуживания и команды медицинской помощи, которые помогают вам организовать и согласовать работу поставщиков и предоставляемые услуги. Все они действуют сообща, чтобы вы получали необходимую помощь.

Как участник CalOptima Health OneCare Complete, вы имеете доступ к одной из крупнейших сетей поставщиков медицинских услуг в округе Ориндж. Это означает, что у вас будет больше возможностей обратиться в различные больницы, к большему числу врачей и специалистов. План CalOptima Health OneCare Complete объединяет все ваши льготы Medicare и Medi-Cal в рамках единого плана.

B. Информация о программах Medicare и Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare — федеральная программа медицинского страхования для:

- лиц в возрасте 65 лет и старше,
- некоторых лиц младше 65 лет с определёнными ограниченными возможностями, **и**
- людей с заболеванием почек в терминальной стадии (с почечной недостаточностью).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal — это название программы Medicaid в штате Калифорния. Программа Medi-Cal находится в ведении штата и финансируется штатом и федеральным правительством. Medi-Cal помогает людям с низким доходом и ограниченными ресурсами оплачивать долгосрочные услуги и поддержку (Long-Term Services and Supports, LTSS), а также медицинские расходы. Она оплачивает дополнительные услуги и лекарства, которые не покрываются программой Medicare.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Каждый штат самостоятельно определяет:

- что считается доходом и ресурсами,
- кто имеет право на участие,
- какие услуги покрываются, **и**
- какова стоимость услуг.

При условии соблюдения федеральных правил, отдельные штаты могут самостоятельно решать, как реализовывать свои программы.

Наш план одобрен программой Medicare и штатом Калифорния. Вы сможете получать услуги по программам Medicare и Medi-Cal через наш план, если:

- мы предлагаем участие в плане, **и**
- программа Medicare и штат Калифорния разрешают нам предлагать этот план.

Даже если наш план прекратит свою работу в будущем, ваше право на получение услуг Medicare и Medi-Cal сохранится.

C. Преимущества нашего плана

Теперь все ваши покрываемые услуги Medicare и Medi-Cal, включая лекарственное обеспечение, вы будете получать через наш план. **Вам не нужно платить за регистрацию в этом плане медицинского страхования**.

Мы помогаем сделать так, чтобы ваши льготы по программам Medicare и Medi-Cal работали максимально эффективно. Вот лишь некоторые преимущества:

- Возможность получать помощь по **большинству** ваших медицинских потребностей в рамках одного плана.
- У вас есть команда медицинской помощи, которую вы формируете вместе с нами. В неё могут входить вы сами, ваш опекун, врачи, фельдшеры, консультанты или другие медицинские работники.
- Вы имеете доступ к персональному координатору медицинского обслуживания — это специалист, который взаимодействует с вами, нашим планом и вашей командой медицинской помощи, чтобы совместными усилиями разработать план вашего медицинского обслуживания.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- С помощью вашей команды и координатора вы можете активно участвовать в управлении своим лечением.
- Ваша команда медицинской помощи и персональный координатор медицинского обслуживания вместе с вами составят план медицинского обслуживания, соответствующий **вашим** медицинским потребностям. Команда медицинской помощи помогает согласовать все необходимые услуги. Например, ваша команда следит за тем, чтобы:
  - ваши врачи знали обо всех принимаемых вами лекарственных лекарствах и могли убедиться, что вы используете правильные препараты, а также снизить возможные побочные эффекты.
  - результаты ваших анализов передавались всем вашим врачам и другим специалистам, когда это необходимо.

Новые участники плана CalOptima Health OneCare Complete: В большинстве случаев вы будете зарегистрированы в плане CalOptima Health OneCare Complete для получения льгот Medicare с 1-го числа месяца, следующего за датой подачи вашей заявки на участие в CalOptima Health OneCare Complete. Вы по-прежнему сможете получать услуги Medi-Cal по своему предыдущему плану медицинского страхования Medi-Cal в течение еще одного месяца. После этого вы будете получать услуги Medi-Cal через план CalOptima Health OneCare Complete. Перерыва в вашем покрытии Medi-Cal не будет. Если у вас есть вопросы, звоните по номеру, указанному внизу страницы.

D. Зона обслуживания нашего плана

Зона обслуживания включает округ Ориндж, штат Калифорния.

Зарегистрироваться в нашем плане могут только лица, проживающие в зоне нашего обслуживания.

Вы не сможете оставаться участником нашего плана, если переедете за пределы нашей зоны обслуживания. Подробнее о том, что происходит после переезда из зоны обслуживания, можно узнать в **Главе 8** данного *Справочника участника*.

?

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

E. Требования к потенциальным участникам плана

Вы имеете право зарегистрироваться в нашем плане, если:

- вы проживаете в нашей зоне обслуживания (лица, находящиеся в местах лишения свободы, не считаются проживающими в ней, даже если физически находятся в пределах этой территории), **и**
- на момент регистрации вам 21 год или больше, **и**
- вы застрахованы по Части A и Части B программы Medicare, **и**
- вы являетесь гражданином США или находитесь в стране на законных основаниях, **и**
- вы имеете действующее право на обслуживание по программе Medi-Cal.

Если вы утратили право на участие в программе Medi-Cal, но предполагаете восстановить его в течение шести (6) месяцев, вы по-прежнему имеете право на участие в нашем плане.

Для получения дополнительной информации обращайтесь в Службу поддержки.

F. Чего ожидать после регистрации в нашем плане медицинского страхования

Когда вы впервые регистрируетесь в нашем плане, вам следует пройти оценку рисков для здоровья (Health Risk Assessment, HRA) в течение 90 дней до или после даты вашего вступления в план.

Мы обязаны провести такую оценку рисков для вашего здоровья. Она необходима для составления вашего плана медицинского обслуживания. Форма оценки рисков для здоровья включает в себя вопросы, позволяющие определить ваши потребности в области медицинской и поведенческой помощи, а также ваши функциональные потребности.

Мы свяжемся с вами для заполнения этой формы. Форму оценки рисков для здоровья можно заполнить при личной встрече, по телефону или по почте.

Мы вышлем вам более подробную информацию об оценке HRA.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Если вы впервые присоединились к нашему плану, вы можете продолжить пользоваться услугами ваших текущих врачей в течение определённого времени, даже если они не входят в нашу сеть. Это называется «непрерывностью оказания медицинской помощи» (continuity of care). Если текущие поставщики услуг не входят в нашу сеть, вы можете у них наблюдаться и получать согласованные ранее услуги на срок до 12 месяцев при соблюдении всех следующих условий:

- Вы, ваш представитель или ваш поставщик услуг направляете нам запрос о разрешении пользоваться услугами вашего текущего поставщика.
- Мы определяем наличие у вас существующих отношений с поставщиком услуг первичной или специализированной медицинской помощи, с некоторыми исключениями. Под «существующими отношениями» подразумевается, что в течение 12 месяцев до даты вашего первого зачисления в план вы хотя бы один раз обращались к поставщику медицинских услуг, не входящему в сеть, по плановому (неэкстренному) вопросу.
  - Мы определяем наличие существующих отношений на основании имеющихся медицинских данных или информации, которую вы предоставите.
  - Мы ответим на ваш запрос в течение 30 дней. Если вы хотите получить решение быстрее, вы можете попросить нас ускорить процесс, и тогда срок составит 15 дней. Подать такой запрос можно, позвонив по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — линия доступна для связи круглосуточно, 7 дней в неделю. Если существует риск для вашего здоровья, мы обязаны отреагировать в течение 3 дней.
  - При подаче запроса вы или ваш поставщик услуг должны предоставить документальное подтверждение существующих отношений и согласиться с определёнными условиями.

Примечание. Вы можете подать такой запрос в отношении поставщиков медицинского оборудования длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME) как минимум на 90 дней, пока мы не одобрим новую аренду DME и пока поставщик из нашей сети не доставит арендуемое оборудование. Такой запрос нельзя сделать в отношении поставщиков транспортных или других вспомогательных услуг. Однако вы можете подать запрос именно на услуги транспортировки или другие вспомогательные услуги, если они не включены в наш план.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

После завершения периода непрерывности оказания медицинской помощи, если мы не заключим договор с вашим врачом вне сети, вам необходимо будет обращаться к врачам и другим поставщикам из сети CalOptima Health OneCare Complete, связанных с медицинской сетью вашего лечащего врача (PCP). Поставщик услуг, входящий в сеть, — это поставщик, сотрудничающий с планом медицинского страхования. Медицинская сеть — это группа врачей и больниц, заключивших договор с CalOptima Health OneCare Complete на предоставление покрываемых услуг нашим участникам. Подробнее о получении медицинской помощи см. **Главу 3** данного *Справочника участника*.

G. Ваша команда медицинской помощи и план медицинского обслуживания

G1. Команда медицинской помощи

Команда медицинской помощи (care team) помогает вам получать всю необходимую медицинскую помощь. В неё могут входить ваш врач, ваш персональный координатор медицинского обслуживания (personal care coordinator) или другой медицинский специалист, выбранный вами.

Персональный координатор медицинского обслуживания — это специально подготовленный человек, который помогает вам организовать процесс получения необходимой медицинской помощи. Он назначается при вашем вступлении в план. Ваш координатор также направляет вас к ресурсам сообщества, которых нет в нашем плане, и совместно с вашей командой медицинской помощи координирует предоставляемые услуги. Чтобы узнать больше о работе координатора и команды медицинской помощи, звоните по номерам, указанным внизу страницы.

G2. План медицинского обслуживания

Ваша команда медицинской помощи разрабатывает совместно с вами индивидуальный план, в котором определяются необходимые вам медицинские, поведенческие, долгосрочные или иные услуги, а также способы их получения.

Ваш индивидуальный план медицинского обслуживания включает:

- ваши цели в области здоровья, **и**
- сроки получения необходимых услуг.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

После проведения оценки рисков для здоровья (HRA) ваша команда медицинской помощи встречается с вами, чтобы расспросить вас о необходимых вам услугах, а также предложить те, которые могут оказаться полезными. Ваш индивидуальный план медицинского обслуживания формируется исходя из ваших потребностей и целей, и обновляется не реже одного раза в год.

H. Краткий обзор основных расходов

В нашем плане отсутствует ежемесячный страховой взнос.

Ваши расходы могут включать:

- сумму платежа в рамках программы рассроченной оплаты рецептурных лекарств Medicare Prescription Payment Plan (см. **Раздел H1**)

В отдельных случаях размер вашего страхового взноса может быть меньше.

H1. Сумма в рамках программы рассроченной оплаты рецептурных лекарств Medicare

Если вы участвуете в программе рассроченной оплаты рецептурных лекарств Medicare Prescription Payment Plan, вы будете получать счёт за лекарства напрямую от нашего плана (вместо оплаты в аптеке). Размер вашего платежа за месяц рассчитывается как общий долг за все полученные рецептурные лекарства плюс непогашенный остаток с предыдущего месяца, разделённый на количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

Более подробная информация о программе рассроченной оплаты рецептурных лекарств содержится в **Главе 2**. Если вы не согласны с суммой, указанной в счёте, вы можете подать жалобу или апелляцию, следуя инструкциям в **Главе 9**.

I. Этот *Справочник участника*

Данный *Справочник участника* является частью нашего договора с вами, что обязывает нас соблюдать все установленные в нём правила. Если вы считаете, что мы нарушили эти правила, вы имеете право обжаловать наше решение. Информацию о процедуре апелляции (обжалования) вы можете найти в **Главе 9** данного *Справочника участника* или получить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Вы можете запросить печатный экземпляр *Справочника участника*, обратившись в Службу поддержки по номерам, указанным внизу страницы, или ознакомиться с ним на нашем веб-сайте по адресу, также указанному внизу страницы.

Договор действует в течение всех месяцев вашего участия в плане в период с 1 января 2026 года по 31 декабря 2026 года.

J. Другая важная информация, которую вы получаете от нас

К важной информации, предоставляемой вам в рамках нашего плана, относятся: ваша идентификационная (ID) карта участника, сведения о том, как получить доступ к *Каталогу поставщиков услуг и аптек* (*Provider and Pharmacy Directory*), а также информация о порядке доступа к *Списку покрываемых лекарств* (*List of Covered Drugs*), также известному как *Список лекарств* или *Формуляр*.

J1. Ваша идентификационная карта участника

В рамках нашего плана у вас есть единая карта для всех услуг Medicare и Medi-Cal, включая долгосрочные услуги и поддержку (LTSS), определённые услуги в сфере поведенческого здоровья и обеспечение рецептурными лекарствами. Эту карту необходимо предъявлять при получении любых медицинских услуг или рецептурных препаратов. Образец идентификационной (ID) карты участникad:

Если карта участника повреждена, утеряна или украдена, немедленно свяжитесь со Службой поддержки по номеру, указанному внизу страницы, — мы вышлем вам новую карту.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Пока вы состоите в нашем плане, для получения большинства услуг нет необходимости пользоваться красно-бело-синей картой Medicare или картой Medi-Cal. Храните эти карты в надёжном месте на случай, если они понадобятся в будущем. Если вы предъявите карту Medicare вместо идентификационной карты участника, поставщик может направить счёт в Medicare, а не в наш план, и в итоге вы получите счёт на оплату. Вас могут попросить предъявить карту Medicare, если вам необходимы больничные или хосписные услуги либо участие в клинических исследованиях, одобренных Medicare (также называемых клиническими испытаниями). Подробнее о том, что делать, если вы получили счёт от поставщика услуг, см. **Главу 7** данного *Справочника участника*.

Помните, что для получения некоторых услуг потребуется ваша карта Medi-Cal, также известная как идентификационная карта получателя льгот (Benefits Identification Card, BIC), например для получения:

- Стоматологических услуг Medi-Cal
  - Стоматологические услуги Medi-Cal, предоставляемые в рамках программы Medi-Cal Dental, включают определённые виды стоматологической помощи.
  - Если вам нужна помощь или дополнительная информация о стоматологических услугах звоните в программу Medi-Cal Dental по телефону 1-800-322-6384 (линия TTY: 1-800-735-2922 или 711), с 8:00 a.m. до 5:00 p.m., с понедельника по пятницу. Вы также можете посетить веб-сайт Medi-Cal Dental по ссылке https://www.dental.dhcs.ca.gov или https://smilecalifornia.org/.
- Услуг в сфере поведенческого здоровья
  - Неспециализированные услуги по охране психического здоровья (Non-specialty mental health services, NSMHS) покрываются планом CalOptima Health, а специализированные услуги по охране психического здоровья (specialty mental health services, SMHS) — планом охраны психического здоровья Управления здравоохранения округа Ориндж (Orange County Health Care Agency, OCHCA).
  - Если у вас есть вопросы или вы хотите узнать больше об услугах в области поведенческого здоровья, звоните на горячую линию поддержки по вопросам поведенческого здоровья (Behavioral Health Line) CalOptima Health по номеру **1-855-877-3885** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Услуг поддержки на дому
  - Если у вас есть вопросы или вы хотите узнать больше об услугах поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), звоните в Управление социального обеспечения округа Ориндж (Orange County Social Service Agency) по телефону 1-714-825-3000 или 1-800-281-9799 (линия TTY: 1-800-735-2929).

J2. *Каталог поставщиков услуг и аптек*

В *Каталоге поставщиков услуг и аптек (Provider and Pharmacy Directory)* перечислены поставщики услуг и аптеки, входящие в сеть нашего плана. Пока вы являетесь участником нашего плана, вы должны получать покрываемые услуги только у поставщиков, входящих в нашу сеть.

Вы можете запросить *Каталог поставщиков услуг и аптек* в электронном или печатном виде, позвонив в Службу поддержки по номерам, указанным внизу страницы. Печатная версия Каталога поставщиков услуг и аптек будет отправлена вам в течение трёх рабочих дней.

Кроме того, вы можете ознакомиться с *Каталогом поставщиков услуг и аптек* на нашем веб-сайте по адресу, указанному внизу страницы.

Каталог поставщиков услуг и аптек содержит перечень всех медицинских сетей, лечащих врачей (PCP), специалистов, клиник, больниц и аптек, сотрудничающих с CalOptima Health OneCare Complete.

Определение сетевых поставщиков услуг

- Поставщики, входящие в сеть — это:
  - врачи, фельдшеры и другие медицинские работники, услугами которых вы можете воспользоваться как участник нашего плана;
  - клиники, больницы, учреждения сестринского ухода и другие учреждения, предоставляющие медицинские услуги в рамках плана; **и**,
  - поставщики услуг долгосрочного обслуживания и поддержки (LTSS), поставщики услуг в сфере поведенческого здоровья, агентства по оказанию медицинской помощи на дому, поставщики медицинского оборудования длительного пользования (DME), а также другие поставщики товаров и услуг, получаемых через Medicare или Medi-Cal.

Поставщики, входящие в сеть, соглашаются принимать оплату от нашего плана за покрываемые услуги как окончательный расчёт.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Определение сетевых аптек

- Аптеки, входящие в сеть — это аптеки, согласные отпускать рецептурные препараты участникам нашего плана. Чтобы найти такую сетевую аптеку, воспользуйтесь *Каталогом поставщиков услуг и аптек*.
- Вы должны получать лекарства в одной из аптек нашей сети, если хотите, чтобы их стоимость была оплачена нашим страховым планом, за исключением экстренных случаев.

Для получения более подробной информации обращайтесь в Службу поддержки по номерам, указанным внизу страницы. Служба поддержки и наш веб-сайт предоставляют самую актуальную информацию об изменениях в списке аптек и поставщиков, входящих в сеть.

J3. *Список покрываемых лекарств*

Наш план имеет *Список покрываемых лекарств* (*List of Covered Drugs*), который мы называем сокращённо *Списком лекарств* (*Drug List*). В нём указаны препараты, покрываемые нашим планом. Лекарства в этот список отбираются нашим планом совместно с врачами и фармацевтами. *Список лекарств* должен соответствовать требованиям Medicare. Препараты с согласованными ценами в рамках программы согласования цен на лекарства Medicare Drug Price Negotiation Program будут включены в ваш *Список лекарств*, если только они не были исключены и заменены, как описано в **Разделе E Главы 5**. Программа Medicare утвердила полный *Список лекарств* CalOptima Health OneCare Complete.

В *Списке лекарств* также указывается, существуют ли особые правила или ограничения на препараты, например ограничение на количество препарата, которое вы можете получить. Более подробную информацию см. в **Главе 5** данного *Справочника участника*.

Каждый год мы направляем вам сведения о том, как получить доступ к *Списку лекарств*, однако некоторые изменения могут произойти и в течение года. Для получения наиболее актуальной информации о том, какие лекарства покрываются планом, звоните в Службу поддержки или посетите наш веб-сайт по адресу, указанному внизу страницы.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

J4. Разъяснение страховых выплат

Когда вы пользуетесь льготами на рецептурные препараты в рамках Части D программы Medicare, мы направляем вам сводный отчёт, который помогает понять и вести учёт расходов на препараты, покрываемые Частью D Medicare. Этот отчёт называется *Разъяснением страховых выплат* (*Explanation of Benefits, EOB*).

В EOB указана общая сумма, которую вы или другие лица от вашего имени потратили на рецептурные препараты по Части D программы Medicare, а также сумму, которую мы оплатили за каждый из этих препаратов за месяц. EOB — это не счёт на оплату. В EOB также есть информация о принимаемых вами препаратах, цена на которые выросла, и о лекарствах с более низкой долей личных расходов, которые могут быть доступны. Вы можете обсудить эти варианты со специалистом, назначающим вам эти препараты. **Глава 6** данного *Справочника участника* содержит более подробную информацию о том, как EOB помогает отслеживать ваше лекарственное покрытие.

Вы также можете запросить копию EOB. Для этого свяжитесь со Службой поддержки по номерам, указанным внизу страницы.

K. Обновление данных вашей учётной записи

Вы можете поддерживать актуальность своих данных, своевременно уведомляя нас об их изменении.

Эта информация необходима для того, чтобы в нашей документации были указаны актуальные сведения о вас. Врачи, больницы, аптеки и другие поставщики, входящие в сеть, используют данные вашей учётной записи, чтобы знать, какие услуги и лекарства покрываются, а также рассчитать размер вашей личной оплаты. Поэтому очень важно сообщать нам об изменениях в данных вашей учётной записи.

Немедленно информируйте нас о следующих изменениях:

- смена имени, адреса или номера телефона;
- изменения в другой имеющейся у вас медицинской страховке (например, страхование через работодателя, страхование супруга или партнёра, а также при получении компенсаций от работодателя);
- наличие требований о возмещении ущерба, например, связанных с дорожно-транспортными происшествиями;

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- поступление в учреждение сестринского ухода или госпитализация;
- обращение за медицинской помощью в больницу или отделение экстренной помощи (ER);
- смена лица, осуществляющего уход за вами (или ответственного за вас); **и**
- участие в клиническом исследовании (**примечание:** сообщать о намерении участвовать в клиническом исследовании необязательно, но мы рекомендуем это сделать).

Если ваши данные изменились, позвоните в Службу поддержки по номерам, указанным внизу страницы.

K1. Конфиденциальность персональных медицинских данных

Сведения в вашей учётной записи могут содержать личную медицинскую информацию (Personal Health Information, PHI). Законодательство штата и федерального правительства обязывает нас обеспечивать конфиденциальность вашей PHI. Мы принимаем меры для защиты вашей личной медицинской информации. Подробнее о том, как мы защищаем вашу PHI, см. **Главу 8** данного *Справочника участника*.

Глава 2: Важные номера телефонов и ресурсы

Введение

В этой главе вы найдёте контактную информацию для основных ресурсов, которые помогут вам получить ответы на вопросы о нашем плане и о ваших медицинских льготах. Здесь также указано, как связаться с вашим персональным координатором медицинского обслуживания и другими специалистами, которые могут представлять ваши интересы. Определения ключевых терминов приведены в алфавитном порядке в заключительной главе данного *Справочника участника*.

Содержание

A. Служба поддержки 30

B. Ваш персональный координатор медицинского обслуживания 33

C. Программа консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (HICAP) 35

D. Телефонная линия медицинских консультаций 36

E. Линия экстренной помощи по вопросам поведенческого здоровья. 37

F. Организация по улучшению качества (QIO) 38

G. Medicare. 39

H. Medi-Cal 41

I. Служба омбудсмена по вопросам управляемого медицинского обслуживания и психического здоровья в программе Medi-Cal 42

J. Управление социального обеспечения округа 43

K. Окружное агентство по охране поведенческого здоровья 44

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

L. Программы помощи в оплате лекарств 45

L1. Программа дополнительной помощи Extra Help от Medicare 45

L2. Программа помощи в оплате препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа (ADAP) 46

L3. План рассроченной оплаты рецептурных препаратов Medicare 47

M. Служба социального страхования 48

N. Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников (RRB) 49

O. Групповое страхование или иные формы страхования от работодателя 50

P. Дополнительные ресурсы 50

Q. Стоматология 51

R. Услуги по уходу за зрением 53

A. Служба поддержки

ТЕЛЕФОН	**1-877-412-2734**. Звонок бесплатный. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Для тех, кто не говорит по-английски, мы бесплатно предоставляем услуги переводчика.
ЛИНИЯ TTY	**711**. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.
ФАКС	**1-714-246-8711**
ПОЧТА	CalOptima Health OneCare Complete Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА	**OneCarecustomerservice@caloptima.org**
ВЕБ-САЙТ	**www.caloptima.org/OneCare**

Свяжитесь со Службой поддержки, если вам нужна помощь по следующим вопросам:

- информация о плане
- претензии (claims) и выставленные счета (billing)
- решения о покрытии медицинских услуг
  - Решение о покрытии означает определение того,
    - какие льготы и услуги вам предоставляются, **или**
    - какую сумму мы платим за ваши медицинские услуги.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Позвоните нам, если у вас есть вопросы относительно решения о покрытии вашего медицинского обслуживания.
- Более подробную информацию о решениях о страховом покрытии вы найдёте в **Главе 9** данного *Справочника участника*.

- апелляции в отношении медицинского обслуживания
  - Апелляция — это официальный запрос пересмотреть принятое нами решение о вашем покрытии и изменить его, если вы считаете, что была допущена ошибка или вы не согласны с решением.
  - Подробнее о подаче апелляции см. **Главу 9** данного *Справочника участника* или обратитесь в Службу поддержки.

- жалобы на медицинское обслуживание
  - Вы можете подать жалобу на наш план или на любого поставщика услуг (включая тех, кто не входит в сеть). Поставщик услуг, входящий в сеть — это поставщик, сотрудничающий с нашим планом. Жалобу можно направить нам или в Организацию по улучшению качества (Quality Improvement Organization, QIO), если она касается качества полученной медицинской помощи (см. **Раздел F**, стр. 38).
  - Для подачи жалобы позвоните нам по телефону **1-877-412-2734**.
  - Если жалоба связана с решением о покрытии медицинских услуг, вы можете подать апелляцию (см. раздел, указанный выше).
  - Вы можете подать жалобу на наш план в программу Medicare. Воспользуйтесь онлайн-формой, размещённой по ссылке www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и обратиться за помощью.
  - Вы можете подать жалобу на наш план в Программу омбудсмена Medicare Medi-Cal, позвонив по телефону 1-855-501-3077.
  - Подробнее о подаче жалобы на полученное вами медицинское обслуживание можно узнать в **Главе 9** данного *Справочника участника*.

- решения о покрытии ваших лекарств
  - Решение о покрытии лекарств означает определение того,
    - какие льготы и препараты покрываются, **или**
    - какую сумму мы платим за ваши лекарства.

- Лекарства, не покрываемые Medicare (например, безрецептурные препараты и определённые витамины), могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Более подробную информацию можно найти на сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в Службу поддержки Medi-Cal Rx по телефону 1-800-977-2273.
- Подробная информация о решениях по страховому покрытию рецептурных препаратов приведена в **Главе 9** данного *Справочника участника*.

- апелляции по вопросам лекарств
  - Апелляция — это способ попросить нас изменить решение о покрытии.
  - Подробнее о подаче апелляций по поводу ваших рецептурных препаратов см. в **Главе 9** данного *Справочника участника*.
- жалобы на лекарства
  - Вы можете пожаловаться на наш план или любую аптеку. В том числе, это может быть жалоба, связанная с выписанными вам рецептурными препаратами.
  - Если жалоба касается решения о покрытии лекарств, вы можете подать апелляцию (см. раздел, указанный выше).
  - Вы можете подать жалобу на наш план в программу Medicare. Воспользуйтесь онлайн-формой, размещённой по ссылке www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и обратиться за помощью.
  - Подробнее о подаче жалобы по поводу ваших рецептурных препаратов см. в **Главе 9** данного *Справочника участника*.
- возмещение расходов за медицинские услуги или лекарства, оплаченные вами
  - Информация о том, как запросить возврат средств или оплату счёта, приведена в **Главе 7** данного *Справочника участника*.
  - Если мы отклоним ваш запрос на оплату полностью или частично, вы имеете право подать апелляцию. См. **Главу 9** данного *Справочника участника*.

B. Ваш персональный координатор медицинского обслуживания

Персональный координатор медицинского обслуживания CalOptima Health OneCare Complete — это ваш основной контакт, который помогает координировать работу всех поставщиков медицинских услуг и следит за тем, чтобы вы своевременно получали необходимую помощь.

ТЕЛЕФОН	**1-877-412-2734**. Звонок бесплатный. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Для тех, кто не говорит по-английски, мы бесплатно предоставляем услуги переводчика.
ЛИНИЯ TTY	**711**. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю
ФАКС	**1-714-246-8711**
ПОЧТА	CalOptima Health OneCare Complete Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА	**OneCarecustomerservice@caloptima.org**
ВЕБ-САЙТ	**www.caloptima.org/OneCare**

Обращайтесь к своему персональному координатору медицинского обслуживания по следующим вопросам:

- медицинское обслуживание
- получение услуг в сфере поведенческого здоровья (психическое здоровье и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ)

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- стоматологические льготы
- транспортировка на приёмы к врачу
- долгосрочные услуги и поддержка (LTSS), центры дневного пребывания для пожилых и взрослых (CBAS) и учреждения сестринского ухода (NF)
- социальная поддержка

Вы можете иметь право на такие услуги, как:

- центры дневного пребывания для пожилых и взрослых (Community-Based Adult Services, CBAS)
- квалифицированный сестринский уход
- физиотерапия
- эрготерапия
- логопедическая терапия
- медико-социальные услуги
- медицинская помощь на дому
- услуги поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS) через Управление социального обеспечения вашего округа
- помощь в организации повседневного ухода и бытовых потребностей
- социальная поддержка (Community Supports)
- комплексная программа услуг для пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program)

C. Программа консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (HICAP)

Государственная программа поддержки в области медицинского страхования (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) — это федеральная программа, предоставляющая бесплатные консультации, информацию и ответы на вопросы о Medicare. В Калифорнии SHIP называется Программой консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Консультанты HICAP ответят на ваши вопросы и помогут разобраться, что делать, чтобы решить вашу проблему. В каждом округе работают квалифицированные консультанты HICAP, и все услуги предоставляются бесплатно.

HICAP — независимая государственная программа, которая не связана ни со страховыми компаниями, ни с медицинскими планами. Она финансируется федеральным правительством и предоставляет бесплатное консультирование лицам, имеющим страхование по программе Medicare.

ТЕЛЕФОН	1-800-434-0222 или 1-714-560-0424 С понедельника по пятницу, с 8 a.m. до 4 p.m.
ЛИНИЯ TTY	1-800-735-2929 или 711 Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование.
ПОЧТА	The Council on Aging Southern California 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614
ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА	help@coasc.org
ВЕБ-САЙТ	https://www.coasc.org/programs/hicap/

Вы можете обратиться в HICAP по следующим вопросам

- Medicare
- переход на новый план;
  - ваши права;
  - выбор и сравнение планов;
  - смена плана;
  - подача жалобы на медицинскую помощь или лечение; **и**
  - выставленные счета и претензии.

D. Телефонная линия медицинских консультаций

Телефонная линия медицинских консультаций (Nurse Advice Call Line) предоставляет доступ к дипломированному медработнику (RN), который ответит на любые вопросы, связанные с вашим здоровьем. Вы можете звонить на эту линию медицинских консультаций, если у вас возникли вопросы о вашем здоровье и медицинском обслуживании.

ТЕЛЕФОН	**1-844-447-8441**. Звонок бесплатный. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Для тех, кто не говорит по-английски, мы бесплатно предоставляем услуги переводчика.
ЛИНИЯ TTY	**1-844-514-3774**. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.

E. Линия экстренной помощи по вопросам поведенческого здоровья

В случае угрозы жизни звоните в Службу 911. Если у вас кризис поведенческого здоровья, воспользуйтесь указанным ниже номером:

ТЕЛЕФОН	Служба OC Links Мобильная группа по оценке кризисных ситуаций (Mobile Crisis Assessment Team, CAT) 1-855-625-4657. Звонок бесплатный. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Для тех, кто не говорит по-английски, мы бесплатно предоставляем услуги переводчика.
ЛИНИЯ TTY	711. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.

Линия экстренной помощи по вопросам поведенческого здоровья может помочь с:

- вопросами об услугах в области поведенческого здоровья и помощи при злоупотреблении психоактивными веществами;
- Если вы считаете, что ваша ситуация не является кризисной, но у вас есть общие вопросы об услугах поведенческого здоровья и помощи при злоупотреблении психоактивными веществами, звоните на линию помощи по вопросам поведенческого здоровья CalOptima Health Behavioral Health Line по номеру **1-855 877-3885** (линия TTY: **711**) — 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.

Для получения информации о специализированных услугах по психическому здоровью в вашем округе см. **Раздел K**.

F. Организация по улучшению качества (QIO)

В Калифорнии действует организация Commence Health — группа врачей и специалистов здравоохранения, которая занимается контролем качества медицинской помощи для участников Medicare. Commence Health — независимая организация, не связанная с нашим планом.

ТЕЛЕФОН	1-877-588-1123
ЛИНИЯ TTY	711 Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование.
ПОЧТА	Commence Health, LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА	communications@commence.ai
WEBSITE	https://www.livantaqio.cms.gov/en

Вы можете обратиться в Commence Health, если у вас есть:

- вопросы о ваших правах на медицинскую помощь;
- жалобы на полученную помощь, например:
  - вы недовольны качеством услуг, поскольку вам назначили неправильные лекарства или процедуры, либо поставили неверный диагноз;
  - вы считаете, что вас выписывают из больницы слишком рано; **или**
  - вы считаете, что услуги по оказанию медицинской помощи на дому, пребывание в учреждении квалифицированного сестринского ухода или услуги комплексного амбулаторного реабилитационного центра (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) заканчиваются преждевременно.

G. Medicare

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет и старше, некоторых лиц моложе 65 лет с ограниченными возможностями и лиц с заболеванием почек в терминальной стадии (хроническая почечная недостаточность, требующая диализа или трансплантации почки).

Этой программой управляет федеральное агентство Центры услуг Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). CMS заключает договоры с организациями Medicare Advantage, включая наш план.

ТЕЛЕФОН	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звонки на этот номер бесплатны и принимаются 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.
ЛИНИЯ TTY	1-877-486-2048. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование.
ЧАТ	Онлайн-чат по ссылке www.Medicare.gov/talk-to-someone
ПОЧТА	Пишите в Medicare по адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

ВЕБ-САЙТ	www.medicare.gov • Получите информацию о планах страхования медицинского обслуживания и лекарственного обеспечения программы Medicare в вашем районе, включая их стоимость и перечень предоставляемых ими услуг. • Найдите врачей, участвующих в программе Medicare, или других поставщиков медицинских услуг. • Узнайте, что покрывает Medicare, включая профилактические услуги (такие как скрининги, прививки, а также ежегодные профилактические осмотры). • Получите информацию и формы для подачи апелляций в Medicare. • Получите информацию о качестве медицинской помощи, предоставляемой страховыми планами, учреждениями сестринского ухода, больницами, врачами, агентствами по уходу на дому, диализными центрами, хосписами, стационарными реабилитационными центрами и больницами длительного ухода. • На сайте представлены ссылки на полезные веб-ресурсы и номера телефонов. Чтобы подать жалобу в Medicare, перейдите на сайт: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare серьезно относится к вашим жалобам и использует эту информацию для улучшения качества программы Medicare.

H. Medi-Cal

Medi-Cal — это программа Medicaid штата Калифорния. Это программа государственного медицинского страхования, которая предоставляет необходимые медицинские услуги людям с низким доходом, включая семьи с детьми, пожилых людей, лиц с ограниченными возможностями, детей и подростков в приёмных семьях, а также беременных женщин. Программа Medi-Cal финансируется за счёт средств штата и федерального бюджета.

Medi-Cal покрывает медицинские, стоматологические, поведенческие услуги, а также долгосрочную помощь и поддержку.

Вы являетесь участником программ Medicare и Medi-Cal. Если у вас возникли вопросы относительно ваших льгот по программе Medi-Cal, обращайтесь к вашему персональному координатору медицинского обслуживания из плана. Если у вас есть вопросы о регистрации в плане программы Medi-Cal, обратитесь в справочную службу по вопросам выбора плана медицинского страхования Health Care Options.

ТЕЛЕФОН	**1-888-587-8088** С понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5:30 p.m.
ЛИНИЯ TTY	**711** Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование.
ПОЧТА	CalOptima Health 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ВЕБ-САЙТ	**www.caloptima.org**

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

I. Служба омбудсмена по вопросам управляемого медицинского обслуживания и психического здоровья в программе Medi-Cal

Служба омбудсмена (Office of the Ombudsman), занимая нейтральную позицию, помогает участникам решать проблемы, чтобы обеспечить доступ ко всем необходимым и покрываемым медицинским услугам. Сотрудники выслушают вас, ответят на вопросы, проанализируют ситуацию, разъяснят правила и процедуры, предоставят информацию и рекомендации, а также направят к соответствующим службам. Их задача — находить справедливые решения проблем с доступом к медицинской помощи. Сотрудники этой службы не связаны ни с нашим планом, ни с какой-либо другой страховой компанией или планом медицинского страхования. Услуги предоставляются бесплатно.

ТЕЛЕФОН	1-888-452-8609 С понедельника по пятницу, с 8:00 a.m. до 5:00 p.m.
ЛИНИЯ TTY	1-800-430-7077 Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование.
ПОЧТА	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
ВЕБ-САЙТ	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. Управление социального обеспечения округа

Если вам нужна помощь с получением льгот по программе услуг поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), обратитесь в местное Управление социального обеспечения (Social Services Agency). Программа IHSS охватывает широкий спектр услуг, которые учитывают ваши индивидуальные потребности и помогают вам оставаться в безопасности дома. Чтобы получать услуги IHSS, нужно соответствовать требованиям программы. Вот лишь некоторые из услуг, которые могут быть вам доступны:

- помощь по дому (уборка, приготовление пищи, стирка, покупки, выполнение поручений);
- помощь в личном уходе (кормление, купание, уход за кишечником и мочевым пузырём, переодевание и другие услуги);
- помощь с транспортировкой на медицинские приёмы и для решения вопросов, связанных со здоровьем;
- услуги парамедиков.

Для оформления IHSS обратитесь в окружное Управление социального обеспечения. Эта служба подбирает необходимые услуги так, чтобы вы могли безопасно жить у себя дома. К видам помощи могут относиться приготовление пищи, купание, переодевание, стирка, покупки или транспортировка.

По любым вопросам, связанным с вашим правом на участие в программе Medi-Cal, также обращайтесь в окружное Управление социального обеспечения.

ТЕЛЕФОН	1-714-825-3000. С понедельника по пятницу, с 8 a.m. до 5 p.m.
ЛИНИЯ TTY	1-800-735-2929. Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование.
ПОЧТА	Orange County Social Services Agency 1505 East Warner Avenue Santa Ana, CA 92705

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

ВЕБ-САЙТ	https://ssa.ocgov.com/elderdisabled-home-services/homesupportive-services

K. Окружное агентство по охране поведенческого здоровья

Если вы соответствуете критериям для получения помощи, вам доступны специализированные услуги по охране психического здоровья и лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, по программе Medi-Cal, предоставляемые окружной службой.

ТЕЛЕФОН	1-800-723-8641. Звонок бесплатный. Круглосуточно и ежедневно Для тех, кто не говорит по-английски, мы бесплатно предоставляем услуги переводчика.
ЛИНИЯ TTY	711. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование. Круглосуточно и ежедневно

Обратитесь в окружную службу по охране поведенческого здоровья, если у вас есть:

- вопросы о специализированных услугах в области психического здоровья, предоставляемых окружной службой;
- вопросы о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, предоставляемом окружной службой;
- К доступным услугам относятся:
  - Специализированные амбулаторные услуги в области психического здоровья

- Услуги по обеспечению лекарственными средствами
- Вмешательство в кризисных ситуациях и стабилизация
- Интенсивное лечение в дневном стационаре
- Реабилитация в дневном стационаре
- Стационарные лечебные услуги для взрослых и/или в кризисных ситуациях
- Целевое ведение пациентов
- Амбулаторные услуги по лечению злоупотреблений психоактивными веществами, включая интенсивное амбулаторное лечение
- Лечебные услуги
- Перинатальные услуги в стационаре
- Амбулаторные услуги/консультации по преодолению наркотической зависимости
- Услуги по лечению наркотической зависимости, включая терапию налтрексоном

L. Программы помощи в оплате лекарств

Сайт Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) предоставляет информацию о снижении расходов на лекарства. Для людей с низким доходом также доступны дополнительные программы, описанные ниже.

L1. Программа дополнительной помощи Extra Help от Medicare

Так как вы участвуете в Medi-Cal, вы автоматически имеете право на получение дополнительной помощи от Medicare для оплаты расходов на лекарства. Вам не нужно предпринимать никаких дополнительных действий, чтобы получить эту дополнительную помощь (Extra Help).

ТЕЛЕФОН	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звонки на этот номер бесплатны и принимаются 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.

ЛИНИЯ TTY	1-877-486-2048 Звонок бесплатный Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.medicare.gov

Если вы считаете, что в аптеке с вас взимают неверную сумму за рецептурное лекарство, в нашем плане предусмотрена процедура, которая помогает подтвердить правильный размер вашей доплаты. Если у вас уже есть подтверждение верной суммы, мы поможем вам передать его нам.

- Чтобы получить помощь в оформлении подтверждения или предоставить его нам, пожалуйста, свяжитесь со Службой поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**). Линия работает круглосуточно, 7 дней в неделю.
- После того как мы получим подтверждение правильного размера доплаты, мы обновим нашу систему, чтобы при следующем получении рецептурного лекарства вы платили правильную сумму. Если вы переплатили, мы вернём вам деньги чеком или зачислим их в счёт будущей доплаты. Если аптека не взяла с вас доплату и у вас образовался долг, мы можем направить оплату напрямую в аптеку. Если расходы за вас оплатило государство, мы можем перечислить оплату непосредственно штату. Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, звоните в Службу поддержки по номеру, указанному внизу страницы.

L2. Программа помощи в оплате препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа (ADAP)

Программа помощи в оплате препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) помогает людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и соответствующим требованиям, получать доступ к жизненно необходимым противовирусным препаратам. Лекарства из перечня в рамках Части D программы Medicare, которые также входят в список ADAP, могут покрываться с частичным разделением расходов через программу ADAP. Важно: чтобы иметь право на участие в ADAP в вашем штате, необходимо соответствовать определённым критериям, включая проживание в штате, наличие ВИЧ-статуса, низкий доход (как определяется штатом), а также статус незастрахованного или недостаточно

застрахованного лица. Если у вас изменился страховой план, уведомите местного сотрудника ADAP, чтобы сохранить доступ к помощи. Для получения информации о критериях участия, списке покрываемых препаратов или порядке регистрации в программе звоните по номеру 1-844-421-7050.

L3. План рассроченной оплаты рецептурных препаратов Medicare

План рассроченной оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan — это программа, которая помогает распределять ваши расходы на покрываемые лекарства равными платежами в течение года (с января по декабрь). Воспользоваться этим вариантом оплаты может любой человек, зарегистрированный в плане страхования лекарственного обеспечения Medicare или плане страхования медицинского обслуживания Medicare с покрытием лекарственных средств (например, план Medicare Advantage с покрытием лекарственных средств). **Этот вариант оплаты позволяет контролировать ежемесячные расходы, но не предусматривает экономию средств или снижение расходов на препараты. Если вы уже участвуете в программе рассроченной оплаты рецептурных препаратов Medicare и остаётесь в том же страховом плане, никаких дополнительных действий от вас не требуется**. Для тех, кто имеет право на программу дополнительной помощи Extra Help или государственную программу помощи вроде SPAP и ADAP, эти варианты обычно выгоднее, чем программа рассрочки платежей, независимо от уровня вашего дохода, но все планы с лекарственным покрытием обязаны предлагать возможность рассроченной оплаты рецептурных препаратов. Чтобы узнать больше о плане рассрочки платежей, звоните в Службу поддержки по телефону, указанному внизу страницы, или посетите сайт www.medicare.gov.

M. Служба социального страхования

Служба социального страхования (Social Security) определяет право на участие в Medicare и осуществляет регистрацию в программе Medicare.

Если вы переезжаете или меняете свой почтовый адрес, обязательно сообщите об этом в Службу социального страхования.

ТЕЛЕФОН	1-800-772-1213 Звонки на этот номер бесплатные. Режим работы: с 8:00 a.m. до 7:00 p.m, с понедельника по пятницу. Вы можете воспользоваться их автоматизированными телефонными услугами, чтобы получить записанную информацию и решить некоторые вопросы в любое время суток.
ЛИНИЯ TTY	1-800-325-0778 Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.ssa.gov

N. Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников (RRB)

Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников (Railroad Retirement Board, RRB) — это независимое федеральное агентство, которое управляет комплексными программами льгот для работников железных дорог и членов их семей. Если вы получаете Medicare через RRB, важно своевременно уведомлять их о смене адреса проживания или почтового адреса. По всем вопросам, связанным с вашими льготами через RRB, обращайтесь напрямую в это агентство.

ТЕЛЕФОН	1-877-772-5772 Звонки на этот номер бесплатные. Нажмите «0», чтобы поговорить с представителем Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников, с 9 a.m. до 3:30 p.m. в понедельник, вторник, четверг и пятницу, а также с 9 a.m. до 12 p.m. в среду. Нажмите «1», чтобы получить доступ к автоматизированной линии помощи RRB и записанной информации 24 часа в сутки, включая выходные и праздничные дни.
ЛИНИЯ TTY	1-312-751-4701 Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование. Звонки на этот номер платные.
ВЕБ-САЙТ	www.rrb.gov

O. Групповое страхование или иные формы страхования от работодателя

Если вы (или ваш супруг/супруга, либо сожитель/сожительница) получаете льготы от работодателя или пенсионной группы (ваших или супруга/супруги, либо сожителя/сожительницы) в рамках этого плана, вы можете позвонить администратору по вопросам льгот работодателя/профсоюза или в Службу поддержки по номеру, указанному внизу страницы, чтобы уточнить интересующие вопросы. Вы можете задать им вопросы о медицинских льготах, предоставляемых работодателем или пенсионной группой (вашими или супруга/супруги, либо сожителя/сожительницы), размере страховых взносов или порядке регистрации. Кроме того, вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), чтобы задать вопросы о покрытии Medicare в рамках вашего плана. Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если у вас есть дополнительное лекарственное покрытие через работодателя или пенсионную группу (ваших или супруга/супруги, либо сожителя/сожительницы), свяжитесь с **их администратором по вопросам льгот**. Администратор по вопросам льгот поможет вам понять, как именно работает ваше текущее покрытие и каким образом оно сочетается с нашим планом.

P. Дополнительные ресурсы

Программа омбудсмена (Ombudsman Program) Medicare Medi-Cal предоставляет БЕСПЛАТНУЮ помощь людям, которые сталкиваются с трудностями при получении или сохранении медицинского покрытия, а также при решении проблем, связанных с медицинскими планами.

Вы можете обратиться за помощью, если у вас возникли проблемы с:

- Medi-Cal
- Medicare
- вашим медицинским планом
- получением медицинских услуг
- обжалованием отказа в услугах, лекарствах, медицинском оборудовании (DME), услугах по охране психического здоровья и др.
- медицинскими счетами

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- услугами поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS)

Программа омбудсмена Medicare Medi-Cal оказывает поддержку в рассмотрении жалоб, апелляций и проведении слушаний. Телефон программы: 1-855-501-3077.

Q. Стоматология

Программа Medi-Cal Dental

Часть стоматологических услуг предоставляется через Medi-Cal Dental. К ним относятся, в том числе:

- первичные осмотры, рентген, профессиональная чистка зубов, фторирование
- пломбирование и установка коронок
- лечение корневых каналов
- изготовление частичных и полных зубных протезов, их корректировка, ремонт и перебазировка

Стоматологические льготы Medi-Cal предоставляются через программу Medi-Cal Dental с оплатой услуг по факту (Fee-for-Service, FFS).

ТЕЛЕФОН	1-800-322-6384 Звонок бесплатный. Представители 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 людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Дополнительные стоматологические льготы через Liberty Dental Plan

Комплексные и восстановительные стоматологические услуги предоставляются через Liberty Dental Plan.

Более подробную информацию о дополнительных стоматологических льготах можно найти в Разделе D **Главы 4** данного *Справочника участника*.

ТЕЛЕФОН	1-800-322-6384 Звонок бесплатный. Представители программы Liberty Dental Plan готовы помочь вам с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. с понедельника по пятницу.
ЛИНИЯ TTY	711 Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	libertydentalplan.com

R. Услуги по уходу за зрением

Часть услуг по уходу за зрением предоставляется через Vision Service Plan (VSP). К ним относятся, в том числе:

- проверка зрения
- покрытие расходов на очки, контактные линзы и их ремонт

ТЕЛЕФОН	1-855-492-9028 Звонок бесплатный. Представители программы VSP готовы помочь вам с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. с понедельника по пятницу.
ЛИНИЯ TTY	711 Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка понадобится специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.VSP.com

Глава 3: Как использовать покрытие нашего плана для медицинских и других покрываемых услуг

Введение

В этой главе изложены конкретные условия и правила, которые необходимо знать для получения медицинской помощи и других услуг, покрываемых нашим планом. Здесь также представлена информация о вашем персональном координаторе медицинского обслуживания, о порядке получения помощи от различных поставщиков услуг, включая особые случаи — например, обращение к поставщикам или в аптеки, не входящие в сеть. Кроме того, разъясняется, как действовать, если вам был выставлен счёт за услуги, покрываемые нашим планом, а также описаны правила пользования медицинским оборудованием длительного назначения (Durable Medical Equipment, DME). Определения ключевых терминов приведены в алфавитном порядке в заключительной главе данного *Справочника участника*.

Содержание

A. Информация об услугах и поставщиках. 57

B. Правила получения услуг, покрываемых нашим планом 57

C. Ваш персональный координатор медицинского обслуживания 60

C1. Кто такой персональный координатор медицинского обслуживания. 60

C2. Как связаться с вашим персональным координатором медицинского обслуживания 60

C3. Как сменить персонального координатора медицинского обслуживания 60

D. Медицинское обслуживание у поставщиков 60

D1. Медицинское обслуживание у поставщика первичной медицинской помощи (PCP). 60

D2. Медицинская помощь, оказываемая специалистами и другими сетевыми поставщиками. 64

D3. Когда поставщик медицинских услуг покидает наш план. 65

D4. Поставщики медицинских услуг, не входящие в сеть. 66

E. Долгосрочные услуги и поддержка (LTSS). 66

F. Услуги в области поведенческого здоровья (психическое здоровье и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ). 67

G. Транспортные услуги 70

G1. Неэкстренная медицинская транспортировка 70

G2. Немедицинская транспортировка 71

H. Покрываемые услуги в случае экстренной медицинской ситуации, в неотложной ситуации или во время стихийного бедствия. 73

H1. Обслуживание в экстренной медицинской ситуации. 73

H2. Неотложная медицинская помощь 75

H3. Медицинское обслуживание во время стихийных бедствий 76

I. Что делать, если вам выставили счёт за услуги, покрываемые нашим планом? 77

I1. Что делать, если услуги не покрываются нашим планом? 77

J. Покрытие медицинских услуг в рамках клинических исследований. 78

J1. Определение клинического исследования 78

J2. Оплата услуг при участии в клиническом исследовании 79

J3. Дополнительная информация о клинических исследованиях 79

K. Покрытие медицинских услуг в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения 80

K1. Определение религиозного немедицинского учреждения здравоохранения 80

K2. Услуги религиозного немедицинского учреждения здравоохранения 80

L. Медицинское оборудование длительного пользования (DME) 81

L1. DME для участников нашего плана 81

L2. Право собственности на DME при переходе на Original Medicare 81

L3. Льготы на кислородное оборудование для участников нашего плана 82

L4. Кислородное оборудование при переходе на Original Medicare или другой план Medicare Advantage (MA) 83

A. Информация об услугах и поставщиках

Под **услугами** понимаются медицинская помощь, долгосрочное обслуживание и поддержка (Long-Term Services and Supports, LTSS), расходные материалы, услуги в сфере охраны поведенческого здоровья, рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, медицинское оборудование, а также другие виды помощи. **Покрываемые услуги** — это любые из перечисленных выше услуг, которые оплачивает наш план. Подробное описание покрываемой медицинской помощи, услуг в области охраны поведенческого здоровья и LTSS приведено в **Главе 4** данного *Справочника участника*. Информация о покрываемых рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратах содержится в **Главе 5** данного *Справочника участника*.

Поставщики услуг — это врачи, фельдшеры и другие специалисты, которые предоставляют вам услуги и уход и имеют государственную лицензию. К поставщикам услуг также относятся больницы, агентства по оказанию медицинской помощи на дому, клиники и другие учреждения, предоставляющие медицинские, поведенческие и некоторые долгосрочные услуги, а также оборудование.

Поставщик услуг, входящий в сеть — это поставщик, сотрудничающий с нашим планом. Эти поставщики соглашаются принимать нашу оплату как окончательный расчёт. Такие поставщики направляют счета за оказанную вам помощь напрямую нам. При обращении к поставщику из сети, как правило, вам не нужно оплачивать покрываемые планом услуги.

B. Правила получения услуг, покрываемых нашим планом

Наш план покрывает все услуги, предусмотренные программой Medicare, а также большинство услуг, включённых в программу Medi-Cal. В их число входят определённые виды помощи в сфере охраны поведенческого здоровья, а также долгосрочное обслуживание и поддержка.

Если вы соблюдаете установленные правила, наш план, чаще всего, покрывает медицинские услуги, помощь в области поведенческого здоровья и различные варианты долгосрочного обслуживания и поддержки. Чтобы услуга была включена в покрытие нашего плана, необходимо выполнение следующих условий:

- Получаемая вами медицинская помощь должна быть включена в Таблицу медицинских льгот в **Главе 4** настоящего *Справочника участника*.

? **Если у вас возникли вопросы**, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Услуга должна быть вам **необходима по медицинским показаниям**. Мы считаем медицински необходимыми те услуги, которые являются разумно оправданными и жизненно важными для диагностики и лечения вашего медицинского заболевания/состояния. Такие услуги требуются для предотвращения серьёзных заболеваний или инвалидности, а также для облегчения сильной боли путём лечения заболеваний или травм
- Чтобы получить медицинские услуги, у вас должен быть **лечащий врач — поставщик первичной медицинской помощи (Primary Care Provider, PCP)** — из числа поставщиков, входящих в сеть. Именно он будет оказывать вам медицинскую помощь и контролировать ваше лечение. Как участник плана, вы должны выбрать PCP из числа поставщиков, входящих в сеть нашего плана (для получения дополнительной информации см. **Раздел D1** этой главы).
  - Если вам необходимо получить услуги у поставщика, не входящего в сеть, ваш лечащий врач должен направить соответствующий запрос на рассмотрение. В случае если эти услуги не будут одобрены, вам может быть предложено воспользоваться услугами поставщика, входящего в сеть.
  - Лечащие врачи , входящие в сеть нашего плана, являются частью определённых медицинских сетей (health network). При выборе лечащего врача (PCP) вы автоматически выбираете и соответствующую медицинскую сеть. Это означает, что ваш врач будет направлять вас к специалистам и поставщикам услуг, также входящим в эту сеть. Медицинская сеть — это объединение врачей и медицинских учреждений, заключивших договор с CalOptima Health OneCare Complete на предоставление покрываемых услуг участникам плана.
  - Направление от лечащего врача не требуется, если вы обращаетесь за экстренной или неотложной медицинской помощью, к специалисту по женскому здоровью, а также в других случаях, указанных в **Разделе D1** данной главы.
- **Вы должны получать медицинскую помощь у поставщиков, входящих в сеть** (подробности см. в **Разделе D** данной главы). Обычно наш план не покрывает расходы на услуги, предоставленные поставщиками вне сети. Это означает, что в таких случаях вам придётся оплачивать услуги самостоятельно. Однако существуют исключения из этого правила:
  - Мы покрываем экстренную и неотложную помощь, оказанную поставщиком, не входящим в сеть (см. **Раздел H** данной главы).

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Если необходимая вам медицинская помощь входит в перечень покрываемых услуг, но не может быть предоставлена поставщиками из нашей сети, вы можете получить её у внесетевого специалиста. В этом случае расходы будут покрыты нашим планом. Подробнее о получении разрешения на услуги внесетевых поставщиков см. **Раздел D4** данной главы.
- Мы покрываем услуги диализа почек, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана, либо если ваш поставщик временно недоступен или с ним невозможно связаться.
- При первичном вступлении в наш план вы можете подать запрос на продолжение обслуживания у ваших текущих поставщиков. За некоторыми исключениями, мы обязаны одобрить такой запрос, если установим, что вас с этими поставщиками связывают существующие отношения. Подробнее — см. **Главу 1** настоящего *Справочника участника*. В случае одобрения вы сможете продолжать получать услуги у этих поставщиков в срок до 12 месяцев. В этот период ваш персональный координатор медицинского обслуживания поможет вам подобрать поставщиков из нашей сети, связанных с медицинской сетью вашего лечащего врача. По истечении 12 месяцев покрытие услуг вне сети будет прекращено, если вы продолжите обращаться к поставщикам, не входящим в сеть нашего плана и не связанным с медицинской сетью вашего PCP.

Дополнительное медицинское страхование: Участники Medi-Cal обязаны использовать все другие доступные виды медицинского страхования (Other Health Coverage, OHC), прежде чем обращаться к Medi-Cal, если та же услуга покрывается другим страховщиком, поскольку Medi-Cal является плательщиком последней инстанции. Это означает, что в большинстве случаев Medi-Cal действует как дополнительное страховое покрытие по отношению к Medicare или другим страховщикам и оплачивает допустимые расходы, которые не были покрыты нашим планом или другой страховкой, но только в пределах установленных тарифов Medi-Cal.

Новые участники программы CalOptima Health OneCare Complete:
В большинстве случаев вы будете зарегистрированы в программе CalOptima Health OneCare Complete для получения льгот по Medicare с первого дня месяца, следующего за подачей заявки на вступление в план CalOptima Health OneCare Complete. При этом вы сможете продолжать пользоваться услугами Medi-Cal по вашему предыдущему плану ещё в течение одного месяца. После этого все услуги Medi-Cal будут предоставляться через CalOptima Health OneCare Complete.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Перерывов в страховом покрытии Medi-Cal не будет. Если у вас возникли вопросы, звоните нам по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных.

C. Ваш персональный координатор медицинского обслуживания

C1. Кто такой персональный координатор медицинского обслуживания

Персональный координатор медицинского обслуживания (personal care coordinator) — это врач или другой обученный человек, который работает в рамках нашего плана и предоставляет вам услуги по координации медицинской помощи.

C2. Как связаться с вашим персональным координатором медицинского обслуживания

Номер телефона вашего персонального координатора медицинского обслуживания указан на лицевой стороне вашей идентификационной карты CalOptima Health OneCare Complete.

C3. Как сменить персонального координатора медицинского обслуживания

Вы можете запросить смену своего координатора, позвонив в CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных.

D. Медицинское обслуживание у поставщиков

D1. Медицинское обслуживание у поставщика первичной медицинской помощи (PCP)

Вы должны выбрать поставщика первичной медицинской помощи (Primary Care Provider, PCP), также называемого лечащим врачом. Он будет оказывать вам основную медицинскую помощь и координировать всё ваше лечение. PCP, сотрудничающие с нашим планом, входят в состав определённых медицинских сетей. При выборе лечащего врача (PCP) вы автоматически выбираете и соответствующую медицинскую сеть.

Кто такой PCP и какую роль он выполняет

Кто такой PCP? PCP — это врач, имеющий государственную лицензию и прошедший необходимую подготовку для оказания базовой медицинской помощи.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Что такое медицинская сеть? Медицинская сеть (health network) — это объединение врачей и медицинских учреждений, заключивших договор на предоставление услуг участникам нашего плана.

Кто может быть вашим PCP? В *Каталоге поставщиков медицинских услуг и аптек* CalOptima Health OneCare Complete перечислены все поставщики, входящие в сеть, которые могут выступать в роли PCP. Некоторые специалисты, например акушеры-гинекологи, также могут быть назначены в качестве PCP, если они дают на это свое согласие и указаны в качестве PCP в *Каталоге поставщиков медицинских услуг и аптек*.

Вы будете получать плановую и основную медицинскую помощь от своего PCP. Кроме того, ваш лечащий врач будет координировать все другие покрываемые услуги, предоставляемые вам как участнику плана CalOptima Health OneCare Complete. Это включает в себя взаимодействие с другими поставщиками плана, консультации и контроль за ходом вашего лечения. В ряде случаев вам потребуется обратиться к PCP за направлением перед визитом к другому специалисту или для предварительного одобрения определённых услуг или материалов. Для некоторых видов покрываемых услуг или материалов вам может потребоваться предварительное согласование с вашим лечащим врачом (например, направление на прием к профильному специалисту).

Может ли клиника выступать в роли моего PCP? Да. Вы можете выбрать в качестве поставщика первичной медицинской помощи федерально сертифицированный медицинский центр (Federally-Qualified Health Centers, FQHC), если он указан в Каталоге поставщиков услуг и аптек CalOptima Health OneCare Complete как доступный для выбора в роли PCP.

Выбор лечащего врача (PCP)

В плане CalOptima Health OneCare Complete имеется *Каталог поставщиков услуг и аптек*, который можно получить по запросу. В этом каталоге представлены все медицинские сети, лечащие врачи, специалисты, клиники и больницы, заключившие договор с CalOptima Health OneCare Complete на предоставление услуг участникам плана. Чтобы заказать *Каталог поставщиков услуг и аптек*, позвоните в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно, 7 дней в неделю.

PCP перечислены по городам, с разбивкой по медицинским сетям, к которым они относятся. Найдите имя врача, которого вы хотите выбрать в качестве своего

лечащего врача (PCP). Обратите внимание, что выбранный врач должен быть частью той медицинской сети, которую вы также выбираете.

Под именем врача указан его/её идентификационный номер. Позвоните в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete и сообщите о своём выборе.

Если вы хотите получать услуги у конкретного специалиста или в определённой больнице, убедитесь, что они входят в сеть вашего PCP. Чтобы выяснить, связан ли этот специалист или эта больница с медицинской сетью вашего PCP, воспользуйтесь *Каталогом поставщиков услуг и аптек* или обратитесь в Службу поддержки.

Смена лечащего врача

Вы можете сменить лечащего врача (PCP) в любое время и по любой причине. Также возможна ситуация, когда ваш текущий PCP покидает сеть нашего плана. В таком случае мы поможем вам подобрать нового PCP из числа поставщиков, входящих в нашу сеть.

Сменить лечащего врача можно, позвонив в Службу поддержки по номеру, указанному внизу страницы, или через защищённый онлайн-портал участников: **https://member.caloptima.org/#/user/login**. В большинстве случаев смена вступает в силу с первого (1-го) числа месяца, следующего за датой получения вашего запроса.

Если вам нужна помощь с выбором PCP, обратитесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete. Обязательно сообщите, если вы уже получаете специализированную помощь или другие услуги, требующие одобрения от вашего лечащего врача (например, услуги на дому или медицинское оборудование длительного пользования). Мы обеспечим непрерывность вашего лечения и поможем вам продолжить получать необходимые услуги после смены PCP. Также мы проверим, принимает ли выбранный вами PCP новых пациентов. После подтверждения смены оператор Службы поддержки обновит вашу учётную запись, укажет имя нового лечащего врача и сообщит вам дату вступления изменений в силу. Вы также получите новую идентификационную карту участника с именем и номером телефона вашего нового PCP.

PCP, сотрудничающие с нашим планом, входят в состав определённых медицинских сетей. Поэтому смена PCP может повлечь за собой и смену медицинской сети.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

При подаче запроса на смену врача обязательно сообщите оператору Службы поддержки, получаете ли вы специализированную помощь или другие услуги в рамках вашей текущей медицинской сети. Служба поддержки поможет вам сохранить доступ к необходимым услугам после смены лечащего врача и обеспечить плавный переход.

Услуги, не требующие одобрения лечащего вашего (PCP)

В большинстве случаев для обращения к другим поставщикам медицинских услуг вам необходимо получить одобрение от вашего лечащего врача (PCP), которое называется **направлением**. Однако существуют исключения — ниже перечислены услуги, которые вы можете получить без предварительного согласования с PCP:

- Экстренная медицинская помощь, независимо от того, входит ли поставщик в сеть или нет.
- Срочно необходимые покрываемые услуги, требующие немедленного вмешательства (но не являющиеся экстренными), если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или если получение помощи от сетевых поставщиков невозможно из-за времени, места или обстоятельств. Примеры таких услуг включают внезапные заболевания, травмы или обострения хронических состояний. Плановые визиты, такие как ежегодные осмотры, не считаются срочно необходимыми, даже если вы находитесь вне зоны обслуживания или сеть временно недоступна.
- Услуги диализа почек, получаемые в сертифицированном Medicare диализном центре, если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана. Если вы позвоните в Службу поддержки перед тем, как покинуть зону обслуживания, мы можем помочь организовать диализ во время вашего пребывания вне зоны обслуживания.
- Прививки от гриппа, COVID-19, гепатита B и пневмонии, если они проводятся у сетевого поставщика.
- Плановые услуги по охране женского здоровья и планированию семьи, включая осмотры молочных желез, скрининговую маммографию (рентген грудной клетки), мазки Папаниколау (Pap tests) и гинекологические осмотры, при условии, что они предоставляются сетевыми поставщиками.

Участники из числа американских индейцев могут получать покрываемые услуги у поставщика медицинской помощи для индейцев (Indian Health Care Provider) по их выбору без направления от сетевого PCP или предварительной авторизации.

?

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

D2. Медицинская помощь, оказываемая специалистами и другими сетевыми поставщиками

Специалист — это врач, оказывающий помощь по конкретному заболеванию или в отношении определённой части тела. Существует множество видов специалистов, например:

- Онкологи, которые лечат онкологические заболевания (рак)
- Кардиологи, которые специализируются на болезнях сердца
- Ортопеды, которые занимаются лечением заболеваний костей, суставов и мышц

Если ваш PCP считает, что вам необходимо специализированное лечение, он или она выдаст вам направление (предварительное одобрение) на консультацию к специалисту или поставщикам сети. В некоторых случаях для направления может потребоваться дополнительное предварительное разрешение от CalOptima Health OneCare Complete (называемое «предварительной авторизацией»). Информацию о том, какие услуги требуют предварительного разрешения, см. в Таблице льгот в **Главе 4**.

Письменное направление может быть выдано как на один визит, так и на несколько, если вам требуется регулярное наблюдение. Мы обязаны предоставить вам постоянное направление (standing referral) к квалифицированному специалисту, если у вас имеется одно из следующих состояний:

- Хроническое (длительное) заболевание
- Потенциально опасное для жизни физическое или психическое состояние
- Дегенеративное заболевание или инвалидность
- Любое другое серьёзное или сложное заболевание/состояние, требующее постоянного наблюдения специалиста

Если вы не получите письменное направление вовремя, расходы на услуги могут не покрываться. Для получения дополнительной информации обратитесь в Службу поддержки по номеру, указанному внизу страницы.

D3. Когда поставщик медицинских услуг покидает наш план

Иногда поставщик медицинских услуг, у которого вы проходите лечение, может выйти из сети нашего плана. В таких случаях вы имеете определённые права и гарантии, которые кратко изложены ниже:

- Даже если в течение года произойдут изменения в сети поставщиков, мы обязаны обеспечить вам непрерывный доступ к квалифицированной медицинской помощи.
- Вы получите уведомление, если ваш поставщик покидает план, чтобы у вас было достаточно времени выбрать нового поставщика.
  - Если ваш лечащий врач или специалист по охране поведенческого здоровья прекратит сотрудничество с нашим планом, мы обязательно уведомим вас об этом — при условии, что вы обращались к этому специалисту в течение последних трёх лет.
  - Если другой поставщик, у которого вы получаете услуги, покидает наш план, мы уведомим вас об этом — при условии, что вы в настоящее время проходите у него лечение, были к нему прикреплены или обращались к нему в течение последних трёх месяцев.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного поставщика из нашей сети, который продолжит оказывать вам медицинскую помощь в соответствии с вашими потребностями.
- Если в настоящее время вы проходите лечение или терапию у своего текущего поставщика медицинских услуг, вы имеете право подать запрос на продолжение получения необходимого с медицинской точки зрения лечения или терапии. Мы будем сотрудничать с вами, чтобы обеспечить непрерывность вашего медицинского обслуживания.
- Мы предоставим вам информацию о периодах регистрации и возможностях смены плана, если это потребуется.
- Если в нашей сети нет доступного квалифицированного специалиста, мы обязаны организовать для вас лечение у внесетевого специалиста. Это возможно, если внутрисетевые услуги недоступны или не соответствуют вашему состоянию и медицинским потребностям. Обратите внимание: для получения помощи у внесетевого поставщика требуется предварительная авторизация.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Если вы узнали, что один из ваших поставщиков покидает наш план, свяжитесь с нами. Мы поможем вам подобрать нового врача, который будет координировать ваше лечение.
- Если вы считаете, что новый назначенный поставщик не соответствует требованиям или что ваше лечение не координируется должным образом, вы имеете право подать жалобу на качество обслуживания в Организацию по улучшению качества (Quality Improvement Organization, QIO), претензию на качество обслуживания, или обе жалобы одновременно (дополнительную информацию см. в **Главе 9**).

D4. Поставщики медицинских услуг, не входящие в сеть

Если вы получаете помощь от внесетевого поставщика, он должен принимать Medicare и/или Medi-Cal.

- Мы не можем оплачивать услуги поставщика, который не имеет права участвовать в Medicare и/или Medi-Cal.
- Если вы воспользуетесь услугами поставщика, который не имеет права участвовать в Medicare, вы будете обязаны оплатить полную стоимость услуг самостоятельно.
- Поставщики медицинских услуг обязаны заранее уведомлять вас, если они не имеют права участвовать в программе Medicare.

E. Долгосрочные услуги и поддержка (LTSS)

Долгосрочные услуги и поддержка (Long-Term Services and Supports, LTSS) помогают вам оставаться дома и избегать госпитализации или переезда в учреждение сестринского ухода. В рамках нашего плана вы имеете доступ к определённым видам LTSS, включая уход в учреждении сестринского типа, услуги центров дневного пребывания для взрослых (Community Based Adult Services, CBAS) и услуги социальной поддержки (Community Supports). Ещё одним видом LTSS является программа услуг поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), доступная через государственное Управление социального обеспечения (Social Services Agency) по вашему округу. Если у вас возникли вопросы или вам требуется помощь, пожалуйста, свяжитесь с вашим персональным координатором медицинского обслуживания по номеру, указанному на лицевой стороне вашей идентификационной страховой карты.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

F. Услуги в области поведенческого здоровья (психическое здоровье и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ)

Вы имеете право на получение необходимых с медицинской точки зрения услуг в области поведенческого здоровья, покрываемых программами Medicare и Medi-Cal. Мы предоставляем доступ к услугам поведенческого здоровья, покрываемым программами управляемого медицинского обслуживания Medicare и Medi-Cal. Однако наш план не покрывает специализированные услуги Medi-Cal в области психического здоровья и лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, — они предоставляются через государственный страховой план по охране психического здоровья. По вопросам государственной программы по охране психического здоровья вы можете обратиться на Линию доступа Службы здравоохранения округа Ориндж (Orange County Health Care Agency, OCHCA) по телефону 1-800-723-2641. Звонки принимаются круглосуточно, 7 дней в неделю.

F1. Услуги в области поведенческого здоровья Medi-Cal, предоставляемые вне нашего плана

Если вы соответствуете критериям, вы можете получить доступ к специализированным услугам в области психического здоровья Medi-Cal через государственную программу по охране психического здоровья (mental health plan, MHP) по вашему округу. Специализированные услуги по охране психического здоровья Medi-Cal, предоставляемые в рамках плана охраны психического здоровья Службы здравоохранения округа Ориндж (OCHCA), включают:

- услуги в области психического здоровья
- поддержка в приёме медикаментов
- интенсивный курс лечения в дневном стационаре
- реабилитацию в дневном стационаре
- услуги кризисного вмешательства
- услуги кризисной стабилизации
- услуги по лечению взрослых с проживанием
- услуги по лечению в кризисных ситуациях с проживанием
- услуги психиатрических учреждений

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- психиатрические услуги в больничном стационаре
- целевое ведение пациентов
- программы реабилитации после отбытия наказания
- целевая комплексная помощь в сообществе (ACT)
- программа помощи людям с тяжёлыми психическими заболеваниями, состоящим в системе правосудия (FACT)
- специализированная координированная помощь при первом эпизоде психоза (CSC/FEP)
- услуги клубного дома
- услуги расширенной поддержки работников здравоохранения в сообществе (CHW)
- поддержка трудоустройства
- услуги равного консультирования от людей с аналогичным опытом
- мобильные кризисные службы вмешательства в сообществе
- терапевтические поведенческие услуги
- терапевтический патронаж
- координация интенсивной терапии
- интенсивные услуги на дому

Услуги лекарственного обеспечения Medi-Cal, доступные в рамках плана охраны психического здоровья OCHCA, включают:

- услуги интенсивного амбулаторного лечения
- стационарное лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в перинатальный период, с проживанием;
- услуги амбулаторного лечения;
- программу лечения наркозависимости;
- лекарственные препараты для лечения наркозависимости (так называемая поддерживающая терапия);

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- услуги равного консультирования от людей с аналогичным опытом
- мобильные кризисные службы вмешательства на базе сообщества
- реагирование в чрезвычайных ситуациях

Услуги организованной системы доставки лекарств Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) доступны через государственный страховой план охраны психического здоровья OCHCA, если вы соответствуете критериям. Услуги DMC-ODS включают:

- услуги амбулаторного лечения;
- услуги интенсивного амбулаторного лечения
- услуги частичной госпитализации
- лекарственные препараты для лечения наркозависимости (так называемая поддерживающая терапия);
- услуги по лечению с проживанием
- услуги по снятию синдрома отмены
- программу лечения наркозависимости
- услуги по восстановлению
- координацию медицинского обслуживания
- услуги равного консультирования от людей с аналогичным опытом
- мобильные кризисные службы вмешательства на базе сообщества
- реагирование в чрезвычайных ситуациях
- услуги раннего вмешательства (для участников младше 21 года)
- ранний и периодический скрининг, диагностику и лечение (EPSDT) (для участников младше 21 года)
- лечение в стационаре

Помимо перечисленных выше услуг, вы можете получить доступ к услугам добровольной детоксикации в условиях стационара, если вы соответствуете критериям.

Специализированные услуги в области психического здоровья, не покрываемые планом CalOptima Health OneCare Complete, координируются с государственным страховым планом охраны психического здоровья через Службу здравоохранения округа Ориндж (OCHCA), чтобы обеспечить вам бесперебойный доступ к необходимой помощи. Для оценки состояния и направления в соответствующие службы участникам следует сначала обратиться на линию помощи по вопросам поведенческого здоровья CalOptima Health Behavioral Health Line по телефону **1-855-877-3885** (линия TTY: **711**).

Для получения дополнительной информации о доступных услугах, процедурах определения медицинской необходимости, направлениях между планом и окружными учреждениями, а также о порядке подачи жалоб, пожалуйста, обратитесь на линию помощи по вопросам поведенческого здоровья CalOptima Health по телефону **1-855-877-3885** (линия TTY: **711**).

G. Транспортные услуги

G1. Неэкстренная медицинская транспортировка

Вы имеете право на неэкстренную медицинскую транспортировку, если по состоянию здоровья не можете воспользоваться личным автомобилем, автобусом или такси для поездки на приём. Неэкстренная медицинская транспортировка предоставляется для получения покрываемых услуг, включая медицинскую, стоматологическую, психиатрическую, наркологическую и фармацевтическую помощь. Если вам требуется неэкстренная медицинская транспортировка, вы можете обратиться с соответствующим запросом к своему PCP. Ваш PCP определит вид транспорта, наиболее соответствующий вашим потребностям. Он определит наиболее подходящий вид транспорта, соответствующий вашим медицинским потребностям, и оформит заявку, направив её в CalOptima Health OneCare Complete для одобрения. В зависимости от состояния здоровья, разрешение может быть действительно до одного года. Ваш PCP будет пересматривать вашу потребность в транспортировке каждые 12 месяцев.

Неэкстренная транспортировка может осуществляться на машине скорой помощи, фургоне для перевозки носилок, фургоне для инвалидных колясок, воздушным транспортом. CalOptima Health OneCare Complete обеспечивает наиболее экономичный и покрываемый вид транспорта и наиболее подходящую неэкстренную медицинскую транспортировку для ваших медицинских нужд, когда вам необходимо добраться до места оказания услуг. Например, если ваше состояние позволяет использовать фургон для перевозки лиц на инвалидной

коляске, CalOptima Health OneCare Complete не покроет транспортировку на машине скорой помощи. Воздушная транспортировка предоставляется только в случае, если ваше состояние исключает возможность наземной перевозки.

Неэкстренная медицинская транспортировка должна использоваться:

- Если ваше физическое или психическое состояние здоровья не позволяет добраться до места оказания услуги на общественном транспорте, такси, автомобиле или микроавтобусе, и это подтверждено письменным разрешением лечащего врача.
- Если вам требуется помощь водителя при посадке и высадке из транспортного средства из-за физической или психической инвалидности.

Чтобы заказать транспортировку, назначенную врачом **для планового визита**, позвоните в CalOptima Health OneCare Complete по номеру **1-866-612-1256** (линия TTY: **711**) не менее чем за (2) рабочих дня (с понедельника по пятницу) до приёма. В случае **срочной необходимости** — звоните как можно скорее. Во время звонка имейте при себе свою идентификационную карту участника плана. Вы также можете позвонить, если вам нужна дополнительная информация.

Ограничения на медицинскую транспортировку

CalOptima Health OneCare Complete покрывает наиболее экономичный вид медицинской транспортировки, соответствующий вашим медицинским потребностям, от вашего дома до ближайшего поставщика медицинских услуг, у которого доступна запись на приём. Транспортировка не предоставляется, если услуга не входит в перечень, покрываемый программами Medicare или Medi-Cal. Если услуга покрывается Medi-Cal, но не через ваш план медицинского страхования, CalOptima Health OneCare Complete поможет вам организовать транспортировку. Полный список покрываемых услуг приведён в **Главе 4** данного справочника. Транспортировка за пределы сети или зоны обслуживания не оплачивается, если только она не была предварительно одобрена.

G2. Немедицинская транспортировка

Немедицинская транспортировка включает поездки к месту приёма и обратно для получения услуг, одобренных вашим поставщиком. Вы можете воспользоваться бесплатной поездкой в следующих случаях:

- если направляетесь к месту или от места оказания услуги, одобренной вашим поставщиком;

- если едете за рецептурными лекарствами или медицинскими принадлежностями.

CalOptima Health OneCare Complete предоставляет возможность воспользоваться автомобилем, такси, автобусом или другим общественным/частным транспортом для поездки к месту оказания услуги, если она была одобрена вашим поставщиком. Для организации немедицинской транспортировки CalOptima Health OneCare Complete сотрудничает с транспортной компанией. Мы покрываем наиболее экономичный вид транспорта, соответствующий вашим потребностям.

В некоторых случаях вы можете получить компенсацию за поездку на частном автомобиле. Для этого вы должны **заранее** получить одобрение на поездку от CalOptima Health OneCare Complete и объяснить, почему не можете воспользоваться другим видом транспорта, например автобусом. Вы можете подать запрос по телефону, электронной почте или лично. **Обратите внимание: компенсация не предоставляется, если вы везёте себя самостоятельно**.

Для получения компенсации за проезд на частном автомобиле необходимо предоставить:

- водительское удостоверение водителя,
- регистрацию транспортного средства,
- подтверждение наличия у водителя автомобильной страховки.

Чтобы заказать поездку на одобренную услугу позвоните в CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-866-612-1256** (линия TTY: **711**) не менее чем за два (2) рабочих дня (с понедельника по пятницу) до приёма. В случае **неотложной необходимости** — звоните как можно скорее. Во время звонка имейте при себе свою идентификационную карту участника плана. Вы также можете позвонить, если вам нужна дополнительная информация.

Примечание: Участники из числа американских индейцев могут обратиться к местному поставщику медицинской помощи для индейцев (Indian Health Care Provider) для организации немедицинской транспортировки.

Ограничения на немедицинскую транспортировку

CalOptima Health OneCare Complete покрывает наиболее экономичный вид немедицинской транспортировки, соответствующий вашим потребностям, от вашего дома до ближайшего поставщика, у которого доступна запись на приём.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Вы не можете управлять автомобилем самостоятельно и не можете получить компенсацию напрямую.

Немедицинская транспортировка **не предоставляется**, если:

- для поездки требуется машина скорой помощи, фургон для носилок, фургон для инвалидных колясок или другой вид неэкстренной медицинской транспортировки;
- вам необходима помощь водителя при посадке/высадке из транспортного средства из-за проблем со здоровьем или ограниченных физических возможностей;
- вы находитесь в инвалидной коляске и не можете самостоятельно садиться в машину и выходить из неё без помощи водителя;
- услуга, на которую вы направляетесь, не покрывается программами Medicare или Medi-Cal.

H. Покрываемые услуги в случае экстренной медицинской ситуации, в неотложной ситуации или во время стихийного бедствия

H1. Обслуживание в экстренной медицинской ситуации

Экстренная медицинская ситуация — это состояние, сопровождающееся такими симптомами, как сильное недомогание, острая боль, серьёзная травма или быстрое ухудшение состояния, при котором, по мнению вас или любого человека со средними медицинскими знаниями, без немедленного вмешательства могут возникнуть:

- серьёзная угроза вашей жизни или жизни будущего ребёнка; **или**
- потеря или серьёзное нарушение функций организма; **или**
- тяжёлое нарушение работы органов или частей тела; **или**
- при беременности и активной фазе родов, если:
  - отсутствует возможность безопасно перевести вас в другую больницу до родоразрешения;

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- перевод в другую больницу может представлять угрозу для вашего здоровья и безопасности, или здоровья и безопасности нерождённого ребёнка.

Если у вас возникла экстренная медицинская ситуация:

- **Немедленно обратитесь за медицинской помощью**. Позвоните в Службу 911 или отправляйтесь в ближайшее отделение экстренной помощи или больницу. При необходимости вызывайте скорую помощь. Вам **не требуется** направление или одобрение от лечащего врача. Вы не обязаны обращаться к сетевому поставщику услуг. Экстренная помощь покрывается в любое время, в любом месте США, на их территориях и за рубежом, у любого лицензированного поставщика, даже если он не входит в сеть нашего плана.
- **Сообщите нам о случившемся как можно скорее**. Мы будем отслеживать оказание вам экстренной помощи. Рекомендуется, чтобы вы или ваш представитель сообщили нам об этом в течение 48 часов, однако даже если вы сделаете это позже, стоимость экстренной помощи всё равно будет покрыта. Для получения дополнительной информации звоните в CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно, 7 дней в неделю.

Покрываемые услуги в случае экстренной медицинской ситуации

Программа Medicare не покрывает экстренную помощь за пределами США и подвластных им территорий. CalOptima Health OneCare Complete предоставляет дополнительную льготу — возмещение расходов в размере до $100,000 в год за экстренную медицинскую помощь, полученную за пределами США.

План покрывает услуги скорой помощи, если иная транспортировка в отделение скорой помощи может угрожать вашему здоровью. Мы также покрываем медицинские услуги, оказанные во время экстренной ситуации. Подробнее — см. Таблицу льгот в **Главе 4** данного *Справочника участника*.

Врачи, оказывающие экстренную помощь, определяют момент стабилизации состояния и завершения экстренной фазы. Они продолжают лечение и связываются с нами для согласования последующего ухода.

Наш план покрывает ваше последующее наблюдение. Если экстренная помощь была оказана вне сети, мы постараемся как можно скорее подключить сетевых поставщиков для продолжения лечения.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Получение экстренной медицинской помощи в ситуациях не являющихся экстренными

Иногда трудно сразу определить, действительно ли ситуация была экстренной в плане физического или поведенческого здоровья. Вы можете обратиться за помощью, считая, что ваше состояние угрожает жизни, но врач может позже установить, что экстренной ситуации не было. Если вы обоснованно полагали, что ваше здоровье находится под серьёзной угрозой, мы всё равно покроем оказанную помощь.

Однако после того, как врач подтвердит, что ситуация не была экстренной, последующее лечение будет покрываться только в следующих случаях:

- если вы обращаетесь к сетевому поставщику, **или**
- если лечение признано неотложным, и вы соблюдаете правила его получения. См. следующий раздел.

H2. Неотложная медицинская помощь

Неотложная медицинская помощь — это медицинское вмешательство, которое требуется немедленно, хотя ситуация не является экстренной. Например, это может быть внезапное обострение хронического заболевания, неожиданная болезнь или травма.

Неотложная медицинская помощь в пределах зоны обслуживания нашего плана

Мы покрываем расходы на неотложную медицинскую помощь только при соблюдении следующих условий:

- вы обращаетесь к сетевому поставщику услуг, **и**
- вы соблюдаете правила, изложенные в данной главе.

Если в силу обстоятельств, времени или местоположения обратиться к сетевому поставщику невозможно или нецелесообразно, мы покроем расходы на неотложную помощь, оказанную внесетевым поставщиком.

Чтобы узнать, как получить доступ к неотложной медицинской помощи, свяжитесь с вашей медицинской сетью. Телефон указан на вашей идентификационной карте участника CalOptima Health OneCare Complete.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Неотложная медицинская помощь за пределами зоны обслуживания нашего плана

Если вы находитесь вне зоны обслуживания плана, и у вас нет возможности обратиться к сетевому поставщику, наш план покрывает расходы на неотложную медицинскую помощь, оказанную любым лицензированным поставщиком. Однако плановые визиты, даже если они необходимы по медицинским показаниям (например, ежегодные осмотры), не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания или сеть временно недоступна.

Наш план не покрывает расходы на неотложную медицинскую помощь или любую другую неэкстренную помощь, полученную за пределами США и подвластных им территорий.

Наш план покрывает расходы на экстренную или неотложную медицинскую помощь, полученную за пределами США и подвластных им территорий, только при соблюдении следующих условий:

- Мы предоставляем дополнительное покрытие в размере до $100,000 в календарный год на услуги отделения неотложной и экстренной медицинской помощи, а также экстренной транспортировки, полученные за границей. Эти услуги покрываются по всему миру, при условии, что они соответствуют критериям медицинской необходимости и целесообразности, аналогичным тем, которые применяются в США.
- Чтобы получить возмещение сначала оплатите оказанную помощь самостоятельно, получите выписной эпикриз или аналогичную медицинскую документацию, а также подтверждение оплаты — желательно на английском языке и в долларах США. Далее подайте запрос на возмещение в CalOptima Health OneCare Complete, приложив все необходимые документы. Мы проведём проверку на предмет медицинской необходимости и целесообразности, прежде чем одобрить выплату компенсации.

Н3. Медицинское обслуживание во время стихийных бедствий

Если в вашем регионе объявлено чрезвычайное положение или режим стихийного бедствия губернатором Калифорнии, министром здравоохранения и социальных служб США или президентом Соединённых Штатов, вы сохраняете право на получение медицинской помощи, покрываемой нашим планом.

Актуальную информацию о том, как получить необходимую помощь во время действия режима стихийного бедствия, вы можете найти на нашем сайте: **https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/benefits-and-services**.

Во время действия режима стихийного бедствия, если вы не можете воспользоваться услугами сетевого поставщика, вы имеете право получить медицинскую помощь у внесетевого поставщика — без дополнительной оплаты. Аналогично, если вы не можете воспользоваться услугами сетевой аптеки, вы можете получить необходимые рецептурные лекарства в аптеке вне сети. Дополнительную информацию об этом см. в **Главе 5** настоящего *Справочника участника*.

I. Что делать, если вам выставили счёт за услуги, покрываемые нашим планом?

Если вы оплатили покрываемую услугу или получили счёт за медицинскую помощь, которая должна быть оплачена планом, обратитесь к **Главе 7** настоящего *Справочника участника*, чтобы узнать о дальнейших действиях.

Не оплачивайте счёт самостоятельно, так как это может повлиять на возможность возврата средств.

I1. Что делать, если услуги не покрываются нашим планом?

Наш план покрывает только те услуги, которые:

- признаны медицински необходимыми, **и**
- указаны в Таблице льгот (см. **Главу 4** настоящего *Справочника участника*), **и**
- получены в соответствии с правилами плана.

Если вы воспользовались услугами, не входящими в покрытие плана, **вы обязаны оплатить их самостоятельно**, за исключением случаев, когда они покрываются другими программами Medi-Cal вне нашего плана.

Если вы не уверены, покрывается ли конкретная услуга или вид ухода, вы имеете право обратиться к нам за разъяснением, в том числе в письменной форме. Если мы откажем в оплате, вы имеете право обжаловать это решение.

В **Главе 9** настоящего *Справочника участника* подробно объясняется, что делать, если вы хотите, чтобы мы покрыли медицинскую услугу или товар, а также как подать апелляцию в случае отказа. Позвоните в Службу поддержки, чтобы узнать больше о ваших правах и возможностях обжалования.

Некоторые услуги покрываются до установленного лимита. После его превышения вы оплачиваете такие услуги самостоятельно. Информация о лимитах льгот представлена в **Главе 4**. Чтобы узнать лимиты льгот и какую часть льгот вы уже использовали, обратитесь в Службу поддержки.

J. Покрытие медицинских услуг в рамках клинических исследований

J1. Определение клинического исследования

Клиническое исследование (или клиническое испытание) — это способ, с помощью которого врачи проверяют новые методы лечения или лекарственные препараты. В клинических исследованиях, одобренных Medicare, обычно участвуют добровольцы. Участвуя в таком клиническом исследовании, вы остаётесь участником нашего плана и можете получать все другие медицинские услуги, не связанные с исследованием, в рамках покрытия плана.

Если вы хотите принять участие в клиническом исследовании, одобренном Medicare, вам **не нужно** получать предварительное одобрение от нас или вашего лечащего врача. Поставщики, участвующие в исследовании, **не обязаны** быть в сети. Это не распространяется на покрываемые медицинские услуги, для получения которых требуется участие в клиническом исследовании или реестре с целью оценки их эффективности. Это касается, в частности, определённых льгот, покрытие которых возможно только при наличии доказательной базы (Coverage with Evidence Development, CED), а также исследований с экспериментальными медицинскими устройствами (Investigational Device Exemption, IDE). Такие случаи могут требовать предварительного разрешения и соблюдения других правил плана.

Мы рекомендуем вам сообщить нам о вашем участии в клиническом исследовании, прежде чем оно начнётся.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Если вы планируете принять участие в клиническом исследовании, покрываемом для участников программой Original Medicare, мы рекомендуем вам или вашему персональному координатору медицинского обслуживания связаться со Службой поддержки и сообщить нам о том, что вы будете принимать участие в клиническом исследовании.

J2. Оплата услуг при участии в клиническом исследовании

Если вы участвуете в клиническом исследовании, одобренном Medicare, вы не оплачиваете услуги, покрываемые в рамках исследования. Medicare оплачивает как сами исследуемые услуги, так и текущие расходы, связанные с вашим лечением. После того как вы присоединитесь к клиническому исследованию, одобренному Medicare, вам будет предоставлено покрытие большинства услуг и товаров, которые вы получите в рамках исследования, включая:

- проживание и питание во время пребывания в больнице, которые Medicare оплатила бы, даже если бы вы не участвовали в исследовании;
- хирургические вмешательства или другие процедуры, являющиеся частью исследования;
- лечение побочных эффектов или осложнений, вызванных новым методом лечения.

Если вы участвуете в исследовании, **не одобренном** Medicare, вы несёте полную ответственность за все расходы, связанные с участием.

J3. Дополнительная информация о клинических исследованиях

Больше информации об участии в клинических исследованиях вы найдёте в разделе «Medicare и клинические исследования» на официальном сайте Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). Также вы можете позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048.

K. Покрытие медицинских услуг в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

K1. Определение религиозного немедицинского учреждения здравоохранения

Религиозное немедицинское учреждение здравоохранения — это учреждение, предоставляющее медицинскую помощь, аналогичную той, что оказывается в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода. Если лечение в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода противоречит вашим религиозным убеждениям, наш план покрывает расходы на лечение в религиозном немедицинском учреждении.

Эта льгота распространяется только на стационарные услуги, покрываемые в рамках Части A Medicare (немедицинские услуги здравоохранения).

K2. Услуги религиозного немедицинского учреждения здравоохранения

Чтобы получать услуги в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения, вам необходимо подписать юридический документ, в котором говорится, что вы сознательно отказываетесь от получения медицинской помощи, которая является «необязательной».

- «Необязательная» медицинская помощь (non-excepted treatment) — это любая медицинская услуга, которая **является добровольной и не требуется** в соответствии с законами федерального правительства, штата или местных властей.
- «Обязательная» медицинская помощь (excepted treatment) — это любая медицинская услуга, которая **не является добровольной и требуется** в соответствии с законами федерального правительства, штата или местных властей.

Для того чтобы услуги, полученные в религиозном немедицинском учреждении, были покрыты нашим планом, необходимо соблюдение следующих условий:

- Учреждение должно быть сертифицировано программой Medicare.
- План покрывает только нерелигиозные аспекты лечения.
- Если вы получаете услуги в таком учреждении:

- У вас должно быть заболевание/состояние, при котором вы имеете право на стационарное лечение в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- Вы должны получить предварительное одобрение от нашего плана до поступления в учреждение. Без него пребывание **не будет** покрыто.

Обратите внимание: на покрытие распространяются ограничения, установленные Medicare для стационарного лечения в больнице. Подробнее см. в Таблице льгот в **Главе 4**.

L. Медицинское оборудование длительного пользования (DME)

L1. DME для участников нашего плана

Медицинское оборудование длительного пользования (Durable medical equipment, DME) включает в себя определённые медицински необходимые изделия, назначенные вашим лечащим врачом. К ним относятся инвалидные коляски, костыли, матрасы с электроприводом, принадлежности для больных диабетом, больничные койки для использования на дому, инфузионные насосы, устройства генерации речи, кислородное оборудование, небулайзеры и ходунки.

Некоторые виды оборудования длительного пользования (DME), такие как протезы, становятся вашей собственностью.

Другие виды DME предоставляются в аренду, и, как правило, вы **не становитесь** их владельцем, независимо от продолжительности аренды.

В отдельных случаях мы можем передать вам право собственности на DME. Чтобы узнать больше, обратитесь в Службу поддержки по номеру, указанному внизу страницы.

Даже если вы пользовались оборудованием в течение 12 месяцев подряд по программе Medicare до вступления в наш план, вы **не становитесь** его владельцем.

L2. Право собственности на DME при переходе на Original Medicare

В программе Original Medicare арендаторы определённых видов DME становятся их владельцами после 13 месяцев аренды. Планы Medicare Advantage (MA) могут устанавливать количество месяцев, в течение которых люди должны арендовать определенные типы DME, прежде чем они станут их владельцами.

Услуги, не покрываемые Medicare, будут покрываться льготами Medi-Cal.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Если вы больше не участвуете в программе Medi-Cal, вы должны внести 13 последовательных платежей по Original Medicare или определённое количество последовательных платежей, установленное новым планом MA, чтобы стать владельцем DME, при условии, что:

- вы не стали владельцем оборудования в рамках нашего плана, **и**
- вы вышли из нашего плана и получаете льготы Medicare через программу Original Medicare или другой план Medicare Advantage.

Если до вступления в наш план вы уже вносили платежи за медицинское оборудование длительного пользования в рамках плана Original Medicare или другого плана Medicare Advantage, **эти платежи не будут засчитаны при расчёте новых платежей, которые вам потребуется внести после выхода из нашего плана**.

- Вам необходимо будет начать новый цикл из 13 платежей по Original Medicare (или иное количество, установленное новым планом MA) чтобы стать владельцем DME.
- Исключений при возврате в Original Medicare или другой план Medicare Advantage не предусмотрено.

L3. Льготы на кислородное оборудование для участников нашего плана

Если вы имеете право на кислородное оборудование, покрываемое Medicare, наш план обеспечивает:

- аренду кислородного оборудования;
- доставку кислорода и его смесей;
- трубки и другие принадлежности для подачи кислорода и его смесей;
- техническое обслуживание и ремонт оборудования.

Оборудование подлежит возврату, если оно больше не требуется по медицинским показаниям или если вы покидаете наш план.

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

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям, и **вы переходите из нашего плана в Original Medicare**, вы арендуете его у поставщика оборудования на 36 месяцев. Ваши ежемесячные платежи покрывают само оборудование, расходные материалы, а также вышеуказанные услуги, связанные с его использованием. Medicare и Medi-Cal покрывают эти расходы, если вы остаетесь участником обеих программ.

После 36 месяцев аренды, если оборудование всё ещё необходимо по медицинским показаниям, ваш поставщик должен предоставить:

- кислородное оборудование, расходные материалы и услуги ещё на 24 месяца
- кислородное оборудование и расходные материалы на срок до 5 лет при наличии медицинской необходимости

По истечении 5 лет аренды, если оборудование всё ещё необходимо по медицинским показаниям:

- поставщик не обязан продолжать предоставление оборудования, и вы можете получить замену у любого другого поставщика;
- начинается новый 5-летний цикл;
- вы арендуете кислородное оборудование у поставщика на 36 месяцев;
- далее ваш поставщик предоставляет кислородное оборудование, расходные материалы и услуги еще на 24 месяца;
- новый цикл начинается каждые 5 лет, пока кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям.

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям, и **вы переходите из нашего плана на другой план Medicare Advantage**, новый план покроет не менее того объёма, который предусмотрен Original Medicare. Рекомендуется уточнить у нового плана MA, какое оборудование и расходные материалы покрываются, а также каковы ваши возможные личные расходы.

Глава 4: Таблица льгот

Введение

В данной главе представлена информация об услугах, покрываемых нашим планом, а также об ограничениях, которые могут на них распространяться. Здесь также описаны льготы, не входящие в покрытие плана. Определения ключевых терминов приведены в алфавитном порядке в заключительной главе *Справочника участника*.

Новые участники CalOptima Health OneCare Complete: Как правило, вы становитесь участником плана CalOptima Health OneCare Complete и начинаете получать льготы Medicare с 1-го числа месяца, следующего за подачей заявки на регистрацию в CalOptima Health OneCare Complete. В течение первого месяца вы можете продолжать пользоваться услугами Medi-Cal через ваш предыдущий план медицинского страхования. После этого все услуги Medi-Cal будут предоставляться через CalOptima Health OneCare Complete. Перерывов в вашем покрытии Medi-Cal не будет. Если у вас возникли вопросы, звоните нам по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных.

Содержание

A. Ваши покрываемые услуги 86

B. Правила, запрещающие поставщикам взимать с вас плату за услуги 86

C. О Таблице льгот нашего плана 87

D. Таблица льгот нашего плана 91

E. Социальная поддержка 163

F. Льготы, покрываемые вне нашего плана 184

F1. Калифорнийская программа перехода к жизни в обществе 184

F2. Medi-Cal Dental 185

F3. Услуги поддержки на дому (IHSS) 185

F4. 1915(c) Программы отказа от институционального ухода в пользу предоставления услуг на дому и в сообществе (HCBS Waiver) 186

F5. Услуги поведенческого здоровья, предоставляемые окружной государственной службой вне рамок нашего плана (услуги по охране психического здоровья и лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ) 192

G. Услуги, не покрываемые нашим планом, а также программами Medicare и Medi-Cal 195

A. Ваши покрываемые услуги

В этой главе подробно описаны услуги, покрываемые нашим планом, а также те, которые не входят в покрытие. Информацию о лекарственных льготах вы найдете в **Главе 5** настоящего *Справочника участника*. Также здесь разъясняются ограничения, применимые к отдельным видам услуг.

Поскольку вы получаете помощь от Medi-Cal, вы не платите за покрываемые услуги при условии соблюдения правил нашего плана. Подробности о правилах плана изложены в **Главе 3** настоящего *Справочника участника*.

Если вам нужна помощь в определении, какие услуги покрываются, позвоните в Службу поддержки по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**), круглосуточно, 7 дней в неделю.

Если вы потеряете право на страхование Medi-Cal, программа CalOptima Health OneCare Complete продолжит покрывать все ваши услуги, входящие в Medicare, в течение 6 месяцев, пока вы повторно подаете заявку на участие в Medi-Cal (6-месячный период предполагаемого продолжения права на участие). Однако в течение этого периода мы не будем продолжать покрывать льготы Medi-Cal (Medicaid), которые обычно покрываются государственным планом Medi-Cal (Medicaid), и мы не будем оплачивать страховые взносы Medicare или вашу долю расходов, которые обычно покрывает Medi-Cal. Размеры вашей доли расходов по базовым и дополнительным услугам Medicare в течение этого периода останутся прежними. Однако, вам может потребоваться оплатить 20% стоимости услуги в рамках сострахования (co-insurance) Medicare, если вы обратитесь к поставщику медицинских услуг, не входящему в сеть и не имеющему контракта.

B. Правила, запрещающие поставщикам взимать с вас плату за услуги

Мы не разрешаем нашим поставщикам выставлять вам счета за покрываемые услуги, оказанные в сети плана. Мы оплачиваем услуги поставщиков напрямую и защищаем вас от любых дополнительных сборов. Это правило работает, даже если сумма, которую мы выплачиваем поставщику, меньше его стандартной стоимости услуги.

Вы не должны получать от поставщиков счета за покрываемые услуги. Если это произошло, см. **Главу 5** настоящего *Справочника участника* или позвоните в Службу поддержки.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

C. О Таблице льгот нашего плана

Таблица льгот содержит перечень медицинских услуг, которые оплачиваются нашим планом. Услуги представлены в алфавитном порядке с пояснениями.

Мы оплачиваем услуги, перечисленные в Таблице льгот, при условии соблюдения определённых правил. Если вы соблюдаете эти правила, вы **не оплачиваете** услуги, которые указаны в Таблице льгот, из собственного кармана.

- Мы предоставляем услуги, покрываемые программами Medicare и Medi-Cal, в соответствии с правилами, установленными Medicare и Medi-Cal.
- Все услуги — включая медицинскую помощь, услуги по охране психического здоровья и лечению зависимости от психоактивных веществ, долгосрочные услуги и поддержка, расходные материалы, оборудование и лекарственные препараты — должны быть признаны «медицински необходимыми» (необходимыми по медицинским показаниям). «Медицинская необходимость» означает, что услуга, расходный материал или препарат нужен вам для профилактики, диагностики или лечения заболевания, либо для поддержания текущего состояния здоровья. Также это может быть уход, который помогает избежать госпитализации или помещения в учреждение сестринского ухода. Такие услуги, расходные материалы или лекарства должны соответствовать признанным стандартам медицинской практики.
- Для новых участников в течение первых 90 дней после вступления в план мы можем не требовать предварительного одобрения на уже начатое лечение, даже если оно проводится у поставщика вне сети.
- Вы получаете услуги у поставщиков, входящих в нашу сеть. Поставщик нашей сети – это поставщик услуг, сотрудничающий с нашим планом. В большинстве случаев услуги, предоставляемые поставщиком вне сети, не покрываются страховкой, за исключением экстренных и неотложных случаев или при наличии направления от вашего сетевого поставщика или плана. В **Главе 3** настоящего *Справочника участника* содержится более подробная информация об использовании услуг сетевых и внесетевых поставщиков.

- У вас есть поставщик первичных медицинских услуг (Primary Care Provider, PCP) или команда медицинской помощи, которые обеспечивают и координируют ваше лечение. В некоторых случаях, прежде чем вы сможете воспользоваться услугами поставщика, не являющегося вашим PCP, или воспользоваться услугами других сетевых поставщиков, ваш PCP должен выдать вам соответствующее разрешение. Это называется направлением. Более подробная информация о получении направлений и о том, когда оно вам **не требуется**, приведена в **Главе 3** настоящего *Справочника участника*.
- Мы покрываем некоторые услуги, перечисленные в Таблице льгот, только если ваш врач или другой сетевой поставщик услуг предварительно получат наше одобрение. Это называется предварительной авторизацией (Prior authorization, PA). В таблице льгот покрываемые услуги, требующие предварительной авторизации, отмечены звездочкой (*).
- Если ваш план предусматривает необходимость предварительной авторизации курса лечения, такое одобрение должно оставаться действительным на протяжении периода, который является медицински обоснованным и необходимым для обеспечения непрерывности медицинской помощи. Этот срок определяется на основе критериев покрытия, вашей медицинской истории и рекомендаций лечащего врача.
- В случае утраты вами права на льготы Medi-Cal, в течение шести (6) месяцев предполагаемого продолжения права на участие ваши льготы по программе Medicare в рамках данного плана сохраняются. Однако ваши услуги по программе Medi-Cal могут не покрываться. Чтобы получить информацию о том, имеете ли вы право на льготы Medi-Cal, обратитесь в окружное ведомство, которое проверяет, соответствуете ли вы условиям для участия, или в службу по вопросам выбора плана медицинского страхования Health Care Options. Вы можете сохранить льготы по Medicare, но утратить доступ к льготам Medi-Cal.

Важная информация о льготах для участников с определенными хроническими заболеваниями/состояниями.

- Если у вас есть какое-либо из перечисленных ниже хронических заболеваний/состояний, и вы соответствуете определенным медицинским критериям, вы можете иметь право на дополнительные льготы:
  - Хроническая алкогольная или наркотическая зависимость;

- Аутоиммунные заболевания, ограничивающиеся узелковым полиартериитом, ревматической полимиалгией, полимиозитом, ревматоидным артритом и системной красной волчанкой;
- Онкологические заболевания, за исключением предраковых состояний или рака в нулевой стадии («in situ-status», то есть стадия, когда злокачественные клетки уже есть, но они не распространяются вглубь тканей);
- Сердечно-сосудистые заболевания, ограничивающиеся аритмиями сердца, ишемической болезнью сердца, заболеваниями периферических сосудов и хронической венозной тромбоэмболией;
- Хроническая сердечная недостаточность;
- Деменция;
- Сахарный диабет;
- Терминальная стадия заболевания печени; Терминальная стадия почечной недостаточности (ESRD), требующая проведения диализа;
- Тяжелые гематологические заболевания, ограничивающиеся апластической анемией, гемофилией, иммунной тромбоцитопенической пурпурой, миелодиспластическим синдромом, серповидноклеточной анемией (за исключением носительства серповидноклеточного гена) и хронической венозной тромбоэмболией;
- ВИЧ/СПИД;
- Хронические заболевания легких, ограничивающиеся астмой, хроническим бронхитом, эмфиземой;
- Легочный фиброз и легочная гипертензия;
- Хронические и инвалидизирующие психические заболевания, ограничивающиеся биполярным расстройством, большим депрессивным расстройством, параноидальным расстройством, шизофренией и шизоаффективным расстройством; Неврологические расстройства, ограничивающиеся боковым амиотрофическим склерозом (ALS), эпилепсией, обширным параличом (например, гемиплегией, квадриплегией, параплегией, моноплегией), болезнью Хантингтона, рассеянным склерозом, болезнью Паркинсона, полинейропатией, стенозом позвоночного канала и неврологическим дефицитом, связанным с инсультом;
- Инсульт;
- Состояние после трансплантации органов;

- Иммунодефицит и иммуносупрессивные расстройства;
- Состояния, связанные с когнитивными нарушениями;
- Состояния с функциональными нарушениями;
- Хронические состояния, ухудшающие зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние; и
- Состояния, требующие непрерывной терапии для поддержания или сохранения жизнедеятельности.

- Важно: наличие одного или нескольких вышеуказанных хронических заболеваний/состояний не гарантирует получение дополнительных льгот. Участник также должен:
  - Иметь одно или несколько сопутствующих и сложных с медицинской точки зрения хронических заболеваний, представляющих угрозу для жизни или значительно ограничивающих общее состояние здоровья или жизнедеятельность участника;
  - Иметь высокий риск госпитализации или других неблагоприятных последствий для здоровья; и
  - Нуждаться в интенсивной координации медицинского обслуживания.
- Чтобы определить, имеете ли вы право на дополнительные льготы, ваш врач подтвердит ваш диагноз.
- Дополнительную информацию можно найти в строке «Помощь при определённых хронических заболеваниях» в Таблице льгот.
- Свяжитесь с нами, чтобы получить дополнительные сведения.

Все профилактические услуги предоставляются бесплатно. Профилактические услуги в Таблице льгот обозначены значком яблока .

D. Таблица льгот нашего плана

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Скрининг на аневризму брюшной аорты Наш план покрывает однократное ультразвуковое исследование (УЗИ) для выявления аневризмы брюшной аорты у лиц из группы риска. Покрытие предоставляется только при наличии определённых факторов риска и при условии, что вам выдано направление на обследование вашим врачом, ассистентом врача, практикующим или клиническим фельдшером.	$0
	Иглоукалывание Наш план покрывает до двух амбулаторных сеансов иглоукалывания в календарный месяц. При наличии медицинских показаний количество сеансов может быть увеличено. Если у вас диагностирована хроническая боль в пояснице, мы оплачиваем до 12 сеансов иглоукалывания в течение 90 дней, при соблюдении следующих условий: • боль длится не менее 12 недель; • она неспецифическая, то есть не вызвана определённой системной причиной (например, не связана с метастазами, воспалением или инфекцией); • не связана с хирургическим вмешательством; **и** • не связана с беременностью. **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Иглоукалывание (продолжение) Кроме того, если в ходе лечения наблюдается положительная динамика, мы также покрываем дополнительные 8 сеансов. Максимальное количество оплачиваемых сеансов при хронической боли в пояснице — 20 в год. Если ваше состояние не улучшается или ухудшается, лечение иглоукалыванием должно быть прекращено. Иглоукалывание может проводиться: врачами, как определено в статье 1861(r)(1) Закона о социальном обеспечении (далее - Закон), при условии соблюдения всех требований штата; помощниками врача (Physician Assistant, PA), практикующими фельдшерами (Nurse Practitioner, NP) и клиническими фельдшерами (Clinical Nurse Specialist, CNS), как указано в пункте 1861(aa)(5) Закона, а также вспомогательным персоналом, в соответствии с требованиями штата и при соблюдении следующих условий: • Наличие степени магистра или доктора в области акупунктуры или восточной медицины, полученной в аккредитованном учебном заведении (аккредитация Комиссии ACAOM); • Наличие действующей, полной и неограниченной лицензии на практику акупунктуры в соответствующем штате, территории, содружестве США (например, Пуэрто-Рико) или округе Колумбия. Вспомогательный персонал может проводить сеансы иглоукалывания только под надлежащим контролем врача, PA или NP/CNS, в соответствии с требованиями, изложенными в нормативных актах 42 CFR §§ 410.26 и 410.27.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Скрининг и консультирование по вопросам злоупотребления алкоголем Наш план покрывает однократное обследование на предмет злоупотребления алкоголем (SABIRT) для взрослых, которые употребляют алкоголь в чрезмерных количествах, но не имеют алкогольной зависимости. Эта услуга также доступна для беременных женщин. Если результат скрининга на злоупотребление алкоголем окажется положительным, вы можете получить до четырёх кратких очных консультаций в год (если вы способны участвовать в беседе и сохранять ясность сознания во время сеанса). Консультации проводятся врачом первичной медико-санитарной помощи (PCP) или другим квалифицированным специалистом в учреждении первичной помощи.	$0
	Услуги скорой помощи* План покрывает услуги скорой помощи как в экстренных, так и в неэкстренных ситуациях. Это включает наземную транспортировку, а также воздушную эвакуацию (на самолёте или вертолёте). Скорая помощь доставит вас в ближайшее медицинское учреждение, где вы сможете получить необходимую помощь. Ваше состояние должно быть настолько серьёзным, что другие способы добраться до места оказания медицинской помощи могут быть опасны для вашей жизни или здоровья. **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги скорой помощи* (продолжение) Услуги скорой помощи в других случаях (не экстренных) должны быть одобрены нами. В случаях, не являющихся экстренными, мы можем оплатить услуги скорой помощи. Ваше состояние должно быть настолько серьёзным, что другие способы добраться до места оказания медицинской помощи могут быть опасны для вашей жизни или здоровья. * Может потребоваться предварительная авторизация.	$0
	Ежегодный медицинский осмотр Мы рекомендуем проходить один плановый медицинский осмотр в год. Такой осмотр позволяет всесторонне оценить состояние вашего здоровья и, при необходимости, включает лабораторные анализы и другие скрининговые обследования. Осмотр покрывается планом, если он проводится в профилактических целях и обоснован с медицинской точки зрения.	$0
	Ежегодный профилактический осмотр Вы имеете право на ежегодный профилактический осмотр, который помогает составить или обновить индивидуальный план профилактики с учётом ваших текущих факторов риска. План покрывает этот осмотр один раз в 12 месяцев. **Обратите внимание:** Ваш первый ежегодный профилактический осмотр не может быть проведён ранее, чем через 12 месяцев после приёма **«Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare)**. Однако посещение приёма **«Добро пожаловать в Medicare»** не является обязательным условием для получения ежегодных профилактических осмотров после 12 месяцев участия в программе Medicare в рамках Части B.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Профилактика астмы Если у вас плохо контролируемая астма, вы можете получить информацию об астме, а также оценку домашней обстановки на наличие факторов, способных вызывать или усиливать симптомы (так называемых триггеров), часто встречающихся в быту.	$0
	Измерение костной массы Наш план покрывает определённые процедуры для участников, которые соответствуют установленным критериям — как правило, это лица с повышенным риском потери костной массы или остеопороза. Эти процедуры позволяют определить плотность костной ткани, выявить её потерю, а также оценить общее состояние костной структуры. Мы оплачиваем такие обследования один раз в 24 месяца, а при наличии медицинских показаний — чаще. Также покрываются услуги врача, который анализирует и интерпретирует результаты обследования.	$0
	Скрининг на рак молочной железы (маммография) План покрывает следующие профилактические услуги: • одна базовая маммография для женщин в возрасте от 35 до 39 лет; • одна скрининговая маммография каждые 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше; • клинический осмотр молочных желез один раз в 24 месяца.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги кардиореабилитации* Мы покрываем услуги кардиореабилитации, которые включают физические упражнения, обучение, консультации по вопросам восстановления после сердечно-сосудистых заболеваний. Для получения этих услуг участник должен соответствовать определённым медицинским критериям и иметь направление от врача. Также покрываются интенсивные программы кардиореабилитации, которые отличаются более высокой степенью нагрузки и направлены на более активное восстановление. * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0
	Визит для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (терапия сердечно-сосудистых заболеваний) Наш план покрывает один визит в год к вашему лечащему врачу (PCP) с целью снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии медицинских показаний такие визиты могут проводиться чаще. Во время приёма врач может: • обсудить целесообразность приёма аспирина, • измерить артериальное давление, **и/или** • дать рекомендации по здоровому питанию.	$0

Покрываемая услуга	Сумма, которую оплачиваете вы
Скрининговые анализы на сердечно-сосудистые заболевания Мы покрываем анализы крови, направленные на выявление сердечно-сосудистых заболеваний, один раз в пять лет (60 месяцев). Эти анализы также помогают обнаружить факторы риска, связанные с повышенной вероятностью развития сердечно-сосудистых заболеваний.	$0
Скрининг на рак шейки матки и влагалища План покрывает следующие профилактические услуги: • для всех женщин: Пап-тест и гинекологический осмотр — один раз в 24 месяца. • для женщин с высоким риском рака шейки матки или влагалища: Пап-тест — один раз в 12 месяцев. • для женщин детородного возраста, у которых в течение последних трёх лет был аномальный результат Пап-теста: Пап-тест — один раз в 12 месяцев. • для женщин в возрасте от 30 до 65 лет: тест на вирус папилломы человека (ВПЧ) или комбинированный Пап-тест и ВПЧ-тест — один раз в 5 лет.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги хиропрактики План покрывает следующие профилактические услуги: • коррекция позвоночника, направленная на улучшение осанки. Программа Medi-Cal покрывает услуги хиропрактики в ограниченном объёме — до двух процедур в месяц, включая их в общее количество с такими услугами, как иглоукалывание, аудиология, трудотерапия и логопедия. Medi-Cal может предварительно одобрить другие услуги, если это необходимо с медицинской точки зрения. Право на получение услуг хиропрактики имеют следующие категории участников: • Беременные женщины — до конца месяца, включающего в себя 60-й день после окончания беременности; • Лица, проживающие в учреждениях квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility), промежуточного ухода (intermediate care facility) или подострой терапии (subacute care facility); • Все участники, если услуги предоставляются в амбулаторных отделениях государственных окружных больниц, амбулаторных клиниках, центрах квалифицированного ухода FQHC или RHC, входящих в сеть CalOptima Health OneCare Complete. Важно отметить, что не все центры FQHC и RHC, а также государственные окружные больницы предоставляют амбулаторные услуги хиропрактики.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги по лечению и купированию хронической боли План покрывает ежемесячные услуги для участников, страдающих хронической болью — постоянной или рецидивирующей, продолжающейся более трёх месяцев. Такие услуги могут включать оценку уровня боли, контроль приёма лекарственных препаратов, а также координацию и планирование лечения.	$0
	Скрининг на колоректальный рак (рак толстой кишки) План покрывает следующие профилактические услуги: • Колоноскопия. Проводится без возрастных ограничений: раз в 10 лет (120 месяцев) для пациентов без высокого риска; через 48 месяцев после предыдущей гибкой сигмоидоскопии — также для пациентов без высокого риска; раз в 24 месяца — для пациентов с высоким риском после предыдущей скрининговой колоноскопии. • Компьютерная томографическая колонография (КТ-колонография). Для пациентов в возрасте 45 лет и старше, не относящихся к группе высокого риска развития колоректального рака, это обследование покрывается, если с момента последней КТ-колонографии прошло не менее 59 месяцев, или с момента последней гибкой сигмоидоскопии или колоноскопии — не менее 47 месяцев. Для пациентов с высоким риском развития колоректального рака КТ-колонография может быть покрыта, если с момента предыдущего скрининга (скрининговой КТ-колонографии или скрининговой колоноскопии) прошло не менее 23 месяцев. **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга	Сумма, которую оплачиваете вы
Скрининг на колоректальный рак (продолжение) • Гибкая сигмоидоскопия. Для пациентов в возрасте 45 лет и старше: раз в 10 лет (120 месяцев) — для лиц без высокого риска после предыдущей скрининговой колоноскопии; раз в 4 года (48 месяцев) — для пациентов с высоким риском после предыдущей сигмоидоскопии или КТ-колонографии. • Скрининговые анализы кала на скрытую кровь. Для пациентов от 45 лет и старше — один раз в 12 месяцев. • Мультицелевой ДНК-тест кала. Для пациентов от 45 до 85 лет, не относящихся к группе высокого риска — один раз в 3 года. • Анализ крови на биомаркеры. Для пациентов от 45 до 85 лет, не относящихся к группе высокого риска — один раз в 3 года. • Скрининговые обследования также включают повторную скрининговую колоноскопию, если результат предыдущего неинвазивного анализа кала на колоректальный рак, покрываемого Medicare, оказался положительным. • Кроме того, скрининговыми обследованиями на колоректальный рак считаются: плановые гибкие сигмоидоскопии и колоноскопии; процедуры, включающие удаление тканей или других материалов; а также любые другие вмешательства, проведённые в рамках того же клинического визита, что и скрининговое обследование, и являющиеся его непосредственным продолжением.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги центров дневного пребывания для взрослых (CBAS)* Услуги центров дневного пребывания для взрослых (Community-Based Adult Services, CBAS) — это амбулаторная программа, предоставляемая в специализированных учреждениях по заранее установленному расписанию. Она включает в себя квалифицированный сестринский уход, социальные услуги, терапевтические процедуры (включая эрготерапию, физиотерапию и логопедию), помощь в уходе за собой, обучение и поддержку для членов семьи и опекунов, питание, транспортные услуги, также другие виды поддержки. Мы покрываем услуги CBAS, если вы соответствуете критериям участия. **Примечание:** Если учреждение CBAS недоступно, отдельные услуги могут быть предоставлены в индивидуальном порядке. * Может потребоваться предварительная авторизация. Обратитесь к своему врачу и получите направление.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Стоматологические услуги* План покрывает определённые стоматологические услуги. Услуги, не входящие в покрытие плана, могут быть доступны через программу Medi-Cal Dental (см. **Раздел G2** ниже). Мы оплачиваем некоторые стоматологические процедуры, если они являются необходимой частью лечения основного заболевания. Примеры таких случаев включают восстановление челюсти после травмы или перелома, удаление зубов перед лучевой терапией при раке челюсти, осмотр полости рта перед трансплантацией органов.** Мы предоставляем покрытие на комплексные стоматологические услуги, включая: • ограниченную оценку состояния полости рта, • реставрационные услуги, • протезирование, и • дополнительные общие стоматологические услуги. Более подробную информацию о стоматологических льготах Medi-Cal Dental можно найти в **Разделе F2 Главы 4** настоящего *Справочника участника*. Если вам нужна помощь в поиске стоматолога, позвоните на бесплатную линию Службы поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и ежедневно. * Может потребоваться предварительная авторизация. **Обратитесь к своему врачу и получите направление.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Скрининг на депрессию План покрывает один скрининг на депрессию в год. Обследование должно проводиться в учреждении первичной медико-санитарной помощи, где при необходимости можно сразу начать лечение и/или получить направление к профильному специалисту.	$0
	Скрининг на диабет Мы покрываем скрининг на диабет, включая анализ уровня глюкозы натощак, если у вас есть один или несколько из следующих факторов риска: • высокое артериальное давление (гипертония); • нарушения уровня холестерина и триглицеридов, выявленные ранее (дислипидемия); • ожирение; • повышенный уровень сахара в крови (глюкозы). Также скрининг может быть покрыт в других случаях, например, если у вас избыточный вес и были случаи диабета в семье. Вы можете иметь право на до двух скрининговых обследований на диабет в течение 12 месяцев с даты последнего скрининга.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Обучение, услуги и расходные материалы для самостоятельного контроля диабета* План покрывает следующие услуги для всех людей с диабетом, независимо от того, используют ли они инсулин: ● Расходные материалы для контроля уровня глюкозы в крови, включая: ○ глюкометр (глюкозомер); ○ тест-полоски для измерения уровня глюкозы в крови; ○ ланцетные устройства и ланцеты; ○ контрольные растворы для проверки точности глюкометра и тест-полосок. ● Для людей с диабетом и тяжелой формой диабетической стопы мы оплачиваем следующее: ○ одна пара индивидуальной терапевтической обуви (включая стельки и примерку) и две дополнительные пары стелек в год, или ○ одна пара обуви с увеличенной глубиной стопы (включая примерку) и три пары стелек в год (не включая стандартные съёмные стельки, идущие в комплекте с обувью). ● В некоторых случаях мы также покрываем обучающие программы, направленные на помощь в самостоятельном контроле диабета. Для получения дополнительной информации обратитесь в Службу поддержки. * Может потребоваться предварительная авторизация.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги доулы Для беременных женщин план покрывает девять визитов доулы в дородовой и послеродовой периоды, а также непосредственную поддержку во время родов. Также может быть предоставлено до девяти дополнительных визитов в послеродовой период.	$0
	Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие принадлежности* Определение термина «Медицинское оборудование длительного пользования» (Durable medical equipment, DME) приведено в **Главе 12** настоящего *Справочника участника*. План покрывает следующие виды оборудования и принадлежностей: • инвалидные коляски (включая электрические модели) • костыли • электрические матрасные системы • сухие компрессионные накладки для матрасов • принадлежности для диабетиков • больничные кровати, назначенные врачом для использования на дому • инфузионные насосы и стойки для внутривенных вливаний • устройства генерации речи **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие принадлежности* (продолжение) ● кислородное оборудование и принадлежности ● небулайзеры ● ходунки ● стандартные трости с изогнутой ручкой или четырьмя опорами, а также сменные принадлежности ● устройство для вытяжения шейного отдела позвоночника (крепящиеся к верхней части двери). ● стимуляторы роста костей ● оборудование для проведения диализа Также могут покрываться и другие виды оборудования. Мы оплачиваем всё оборудование DME, которое обычно покрывается программами Medicare и Medi-Cal, при условии, что оно необходимо по медицинским показаниям. Если у поставщика в вашем районе нет товара определенной марки или производителя, вы можете уточнить, возможен ли индивидуальный заказ. * Может потребоваться предварительная авторизация.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Экстренная помощь Экстренная помощь (Emergency care) — это медицинские услуги, которые: ● оказываются квалифицированным поставщиком, обученным предоставлять экстренную помощь, **и** ● необходимы для оценки или лечения экстренного медицинского состояния. Экстренное медицинское состояние — это внезапное ухудшение здоровья, травма, сильная боль или иное состояние, которое требует немедленного вмешательства. Состояние считается экстренным, если любой человек со средними медицинскими знаниями может обоснованно предположить, что без срочной помощи оно приведёт к: ● серьёзной угрозе для вашего здоровья или здоровья будущего ребёнка, **или** ● значительному нарушению функций организма, **или** ● серьёзному нарушению работы органов, **или** ● потере конечности или потере функции конечности. ● В случае беременности и активной стадии родов, экстренным считается состояние, при котором: ○ отсутствует возможность безопасно перевести вас в другую больницу до родоразрешения; **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0 Если вы получаете экстренную помощь в больнице, не входящей в сеть, и нуждаетесь в стационарном лечении после стабилизации состояния, вы должны быть переведены в сетевую больницу для продолжения лечения или покрытия расходов ИЛИ госпитализация в больнице вне сети должна быть предварительно одобрена планом.

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Экстренная помощь (продолжение) ○ перевод может представлять угрозу для вашего здоровья или здоровья нерождённого ребёнка. Мы возмещаем расходы до $100,000 за экстренную и неотложную медицинскую помощь, а также экстренную транспортировку, полученные за пределами США. Эти услуги покрываются по всему миру, при условии, что они соответствуют критериям медицинской необходимости и целесообразности, аналогичным тем, которые применяются в США. Чтобы получить возмещение сначала оплатите оказанную помощь самостоятельно, получите выписной эпикриз или аналогичную медицинскую документацию, а также подтверждение оплаты — желательно на английском языке и в долларах США. Далее подайте запрос на возмещение в CalOptima Health OneCare Complete, приложив все необходимые документы. Мы проведём проверку на предмет медицинской необходимости и целесообразности, прежде чем одобрить выплату компенсации.	Вы оплачиваете экстренную и неотложную помощь, а также экстренную транспортировку за пределами США самостоятельно. План возмещает расходы до $100,000 в год.
	Расширенное покрытие лекарственных средств Покрывается медикаментозное лечение эректильной дисфункции (6 таблеток в месяц, дженерик).	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Карта Flex: Пособие на покупку безрецептурных товаров, еды и продовольствия План предоставляет пособие в размер $167 в квартал (раз в три месяца), которое зачисляется на карту OneCare &more™. Эти средства можно использовать для: • приобретения безрецептурных товаров и принадлежностей, доступных в розничных магазинах или через специальный каталог безрецептурных товаров с доставкой по почте, а также • некоторые участники с определёнными хроническими заболеваниями** могут иметь право использовать пособие в $167/квартал на покупку еды и продовольствия, помимо безрецептурных товаров Пособие обновляется в первый день каждого квартала — в январе, апреле, июле и октябре. Остаток средств не переносится на следующий квартал(ы). Вы можете использовать это пособие для покупки таких безрецептурных товаров, как препараты от простуды и кашля, ацетаминофен, бинты и другие медицинские принадлежности, соответствующие условиям. При заказе через каталог безрецептурных товаров товары доставляются напрямую к вам домой. Вы получите каталог с инструкциями по оформлению заказа и подробной информацией о товарах, которые вы можете приобрести на эти средства. **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Карта Flex: Пособие на покупку безрецептурных товаров, еды и продовольствия (продолжение) Если вы соответствуете условиям, вы также можете использовать пособие для покупки разрешённых продуктов питания и продовольствия, включая, среди прочего, свежие овощи и фрукты, цельные продукты, замороженные и консервированные продукты. Важно: алкоголь, табачные изделия, сладкие напитки и другие вредные продукты не подлежат покупке с использованием карты Flex. **Не все участники имеют право использовать пособие для покупки еды и продовольствия. Подробности о праве на использование пособия на покупку еды и продовольствия смотрите в разделе «Помощь при определённых хронических заболеваниях» далее в этой таблице.	$0
	Услуги по планированию семьи В соответствии с законодательством, вы имеете право выбрать любого поставщика услуг по планированию семьи — как входящего в сеть, так и вне её. Это может быть врач, клиника, больница, аптека или специализированное учреждение по планированию семьи. План покрывает следующие профилактические услуги: • обследование и лечение, связанные с планированием семьи; • лабораторные и диагностические исследования, связанные с планированием семьи; **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги по планированию семьи (продолжение) • методы контрацепции: внутриматочная спираль, импланты, инъекции, таблетки, пластыри, вагинальные кольца; • рецептурные средства контрацепции: презервативы, губки, пены, плёнки, диафрагмы, цервикальные колпачки; • ограниченные услуги по вопросам фертильности, включая консультирование и обучение методам повышения осведомлённости о фертильности и/или консультирование по вопросам здоровья до зачатия, диагностика и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП); • консультирование и тестирование на ВИЧ и СПИД, а также другие состояния, связанные с ВИЧ; • постоянная контрацепция (стерилизация) — доступна участникам от 21 года. Для этого необходимо подписать федеральную форму согласия не менее чем за 30 дней, но не более чем за 180 дней до процедуры; • генетическое консультирование. Также план покрывает дополнительные услуги по планированию семьи. Однако для получения следующих услуг необходимо обратиться к поставщику из сети: • лечение бесплодия (эта услуга не включает искусственные методы зачатия); • лечение СПИДа и других состояний/заболеваний, связанных с ВИЧ; • генетическое тестирование.	$0

Покрываемая услуга	Сумма, которую оплачиваете вы
Обучающие курсы по вопросам здоровья и здорового образа жизни Мы предлагаем широкий спектр программ, направленных на поддержку здоровья и профилактику заболеваний. В их числе: • курсы по медицинскому просвещению; • занятия по вопросам питания; • программы по отказу от курения и употребления табака; **и** • круглосуточная горячая линия медицинских консультаций. Бесплатно для участников доступны: • Членство в фитнес-центрах или клубах сети YMCA, участвующих в программе. • Программа физических упражнений и здорового старения, разработанная специально для получателей Medicare, включая бесплатные варианты членства в доступных фитнес-центрах и спортивно-оздоровительных клубах. • Обучающие видео по запросу на веб-сайте. • Индивидуальные сессии по улучшению самочувствия по телефону, видеосвязи или в чате с квалифицированным тренером. Темы включают: физическая активность, здоровое питание, управление стрессом, улучшение сна и снижение веса при приёме агонистов ГПП-1 или препаратов от ожирения. • Инструмент для отслеживания физической активности. **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Обучающие курсы по вопросам здоровья и здорового образа жизни (продолжение) ● Вы также имеете право выбрать один из следующих домашних фитнес-наборов в течение года действия льготы: ○ переносной фитнес-трекер; ○ набор для начинающих занятий йогой (коврик и полотенце для рук); ○ набор для ходьбы/трекинга (2 трекинговые палки); ○ набор для йоги среднего/продвинутого уровня (ремень и 2 блока для йоги); ○ набор для пилатеса (мяч и полотенце); ○ набор для силовых тренировок для начинающих (гантели 900 г и эспандеры); ○ набор для плавания для начинающих (очки и доска для плавания); ○ набор для силовых тренировок среднего уровня (гантели 1,3 кг и эспандеры); ○ набор для плавания продвинутого уровня (перчатки и надувной круг); ○ набор для силовых тренировок продвинутого уровня (гантели 2,5 кг и эспандеры). ● Онлайн-занятия по программе «Здоровое старение». ● Клуб благополучия (Well-Being Club) с эксклюзивными статьями и видео, а также виртуальными занятиями и мероприятиями в режиме реального времени. ● Индивидуальные планы тренировок.	$0

Покрываемая услуга	Сумма, которую оплачиваете вы
Услуги, связанные со слухом* Мы оплачиваем проверки слуха и равновесия, проводимые вашим поставщиком. Эти обследования помогают определить необходимость лечения. Они покрываются в рамках амбулаторной помощи, если вы получаете их от врача, аудиолога или другого квалифицированного специалиста. Мы также оплачиваем слуховые аппараты, назначенные врачом или другим квалифицированным специалистом, включая: ● капсулы, расходные материалы и вкладыши ● ремонт ● первоначальный комплект батареек ● шесть визитов к тому же поставщику для обучения, настройки и адаптации после получения слухового аппарата ● аренду слуховых аппаратов на пробный период ● вспомогательные слуховые устройства, включая слуховые аппараты костной проводимости поверхностного ношения ● аудиологические услуги, связанные с использованием слуховых аппаратов, а также услуги после оценки * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0 CalOptima Health OneCare Complete предлагает покрытие в размере $500 на слуховые аппараты в дополнение к покрытию Medi-Cal в размере $1,510, что в сумме составляет до $2,010.

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Помощь при некоторых хронических заболеваниях/ состояниях Участники с определенными хроническими заболеваниями/состояниями, высоким риском госпитализации и потребностью в интенсивной координации медицинского обслуживания могут иметь право на дополнительные льготы. К числу таких хронических заболеваний/состояний относятся: • Хроническая алкогольная или наркотическая зависимость; • Аутоиммунные заболевания, ограничивающиеся узелковым полиартериитом, ревматической полимиалгией, полимиозитом, ревматоидным артритом и системной красной волчанкой; • Онкологические заболевания, за исключением предраковых состояний или рака в нулевой стадии («in situ-status», то есть стадия, когда злокачественные клетки уже есть, но они не распространяются вглубь тканей); • Сердечно-сосудистые заболевания, ограничивающиеся аритмиями сердца, ишемической болезнью сердца, заболеваниями периферических сосудов и хронической венозной тромбоэмболией; • Хроническая сердечная недостаточность; • Деменция; • Сахарный диабет; • Терминальная стадия заболевания печени; **Продолжение этой льготы на следующей странице**.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Помощь при некоторых хронических заболеваниях/ состояниях (продолжение) • Терминальная стадия почечной недостаточности (ESRD), требующая проведения диализа; • Тяжелые гематологические заболевания, ограничивающиеся апластической анемией, гемофилией, иммунной тромбоцитопенической пурпурой, миелодиспластическим синдромом, серповидноклеточной анемией (за исключением носительства серповидноклеточного гена) и хронической венозной тромбоэмболией; • ВИЧ/СПИД; • Хронические заболевания легких, ограничивающиеся астмой, хроническим бронхитом, эмфиземой, легочным фиброзом и легочной гипертензией; • Хронические и инвалидизирующие психические заболевания, ограничивающиеся биполярным расстройством, тяжелым депрессивным расстройством, параноидальным расстройством, шизофренией и шизоаффективным расстройством; **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Помощь при некоторых хронических заболеваниях/ состояниях (продолжение) • Неврологические расстройства, ограниченные боковым амиотрофическим склерозом (ALS), эпилепсией, обширным параличом (например, гемиплегией, квадриплегией, параплегией, моноплегией), болезнью Гентингтона, рассеянным склерозом, болезнью Паркинсона, полинейропатией, стенозом позвоночного канала и неврологическим дефицитом, связанным с инсультом; • Инсульт; • Состояние после трансплантации органов; • Иммунодефицит и иммуносупрессивные расстройства; • Состояния, связанные с когнитивными нарушениями; • Состояния с функциональными нарушениями; • Хронические состояния, ухудшающие зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние; и • Состояния, требующие непрерывной терапии для поддержания или сохранения функционирования. **Пособие на покупку еды и продовольствия** Подробности об этой льготе смотрите в строке «Карта Flex: Пособие на покупку безрецептурных товаров (OTC), еды и продовольствия» выше в этой таблице.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Скрининг на ВИЧ План покрывает один скрининг на ВИЧ каждые 12 месяцев для лиц, которые: • самостоятельно запрашивают тестирование на ВИЧ, **или** • имеют повышенный риск заражения ВИЧ. Если вы беременны, план покрывает до трёх тестов на ВИЧ в течение беременности. Мы также оплачиваем дополнительные скрининги на ВИЧ по рекомендации вашего поставщика.	$0
	Услуги агентства медицинской помощи на дому* Прежде чем вы сможете начать получать услуги медицинской помощи на дому, ваш врач должен подтвердить необходимость такого ухода и направить вас в аккредитованное агентство медицинской помощи на дому (home health agency). Для получения этих услуг вы должны соответствовать критерию ограниченной подвижности, то есть выход из дома должен представлять для вас значительное затруднение. План покрывает следующие виды помощи (а также, возможно, другие услуги, не указанные ниже): • услуги квалифицированного медицинского работника и помощника по уходу на дому, работающих неполный рабочий день или на периодической основе (чтобы услуги квалифицированного медицинского работника и помощника по уходу на дому подпадали под льготы по оказанию медицинской помощи на дому, их суммарное время должно составлять менее 8 часов в день и 35 часов в неделю); **Продолжение этой льготы на следующей странице**.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги агентства медицинской помощи на дому* (продолжение) • физиотерапия, эрготерапия и логопедия; • медико-социальные услуги; • медицинское оборудование и расходные материалы. * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0
	Инфузионная терапия на дому* План покрывает инфузионную терапию на дому, которая включает введение лекарственных препаратов или биологических веществ внутривенно или подкожно, причем услуга оказывается вам на дому. Для проведения инфузионной терапии на дому необходимы: • лекарственный препарат или биологическое вещество, например, противовирусный препарат или иммуноглобулин; • оборудование, такое как инфузионный насос; **и** • расходные материалы, включая трубки, катетеры и прочее. Наш план покрывает услуги по инфузионной терапии на дому, которые включают, помимо прочего: • профессиональные услуги, включая услуги медицинского работника, предоставляемые в соответствии с вашим планом медицинского обслуживания; **Продолжение этой льготы на следующей странице**.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Инфузионная терапия на дому* (продолжение) • обучение и инструктаж участника, не входящие в стандартное покрытие по программе медицинского оборудования длительного пользования (DME); • дистанционный мониторинг состояния; **и** • услуги по контролю и обеспечению инфузионной терапии, включая доставку препаратов и расходных материалов, предоставляемые квалифицированным поставщиком услуг для инфузионной терапии на дому. * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0
	Хосписная помощь Вы имеете право на получение хосписной помощи, если ваш поставщик и медицинский директор хосписа подтвердили, что ваша неизлечимая перешла в терминальную стадию (terminal prognosis), и ожидаемая продолжительность жизни составляет не более шести месяцев. Вы можете выбрать любую программу хосписной помощи, сертифицированную Medicare. Наш план поможет вам найти программу хосписной помощи, сертифицированную Medicare, в пределах зоны обслуживания, включая те, которые находятся под нашим управлением, контролем или в финансовом партнёрстве с нами. Ваш лечащий врач в хосписе может быть как сетевым, так и внесетевым специалистом. В число покрываемых услуг входят: • лекарственные препараты для облегчения симптомов и боли; **Продолжение этой льготы на следующей странице**.	Доплата за услуги хосписной помощи, покрываемые Medicare, составляет $0.

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Хосписная помощь (продолжение) • краткосрочный временный уход в период отдыха лиц, обычно осуществляющих уход (respite care); • уход на дому. **Все счета за услуги хосписа, а также услуги, связанные с вашим неизлечимым заболеванием в терминальной стадии и покрываемые Medicare в рамках Части А и Части В, выставляются Medicare:** • Программа Original Medicare (а не наш план) заплатит напрямую вашему поставщику хосписных услуг за все услуги хосписа и любые услуги, связанные с вашим неизлечимым заболеванием в терминальной стадии и покрываемые Medicare в рамках Части А и Части В. Пока вы участвуете в программе хосписной помощи, ваш поставщик хосписных услуг будет выставлять счёт Original Medicare за услуги, которые оплачивает Original Medicare. **Услуги, покрываемые нашим планом, но не покрываемые в рамках Части А или Части В Medicare:** • Наш план продолжает покрывать услуги, не входящие в покрытие по Части А и В Medicare, независимо от того, связаны ли они с вашим неизлечимым заболеванием в терминальной стадии. Вы ничего не платите за эти услуги. **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	Если вы зарегистрированы в программе хосписной помощи, сертифицированной Medicare, все услуги хосписа, а также услуги, покрываемые в рамках Части А и Части В, связанные с вашим неизлечимым заболеванием в терминальной стадии, оплачиваются Original Medicare, а не CalOptima Health OneCare Complete.

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Хосписная помощь (продолжение) **Лекарства, которые могут покрываться льготой по Части D программы Medicare, предоставляемой нашим планом:** • Лекарственные препараты не могут одновременно покрываться и хосписом, и нашим планом. Для получения дополнительной информации см. **Главу 5** настоящего *Справочника участника*. **Обратите внимание:** Если у вас тяжёлое заболевание, вы также можете иметь право на паллиативную помощь — это комплексная поддержка, ориентированная на улучшение качества жизни пациента и его семьи. Паллиативная помощь может предоставляться одновременно с обычным лечением/стандартным обслуживанием. Дополнительную информацию см. в разделе «Паллиативная помощь» ниже. **Обратите внимание:** Если вам требуется помощь, не связанная с хосписом, позвоните вашему персональному координатору медицинского обслуживания и/или в Службу поддержки, чтобы организовать получение этих услуг. Уход, не связанный с хосписом (Non-hospice care) — это форма поддерживающего ухода, **не связанная** с неизлечимым заболеванием в терминальной стадии. Наш план также покрывает разовые хосписные консультационные услуги для неизлечимо больных участников, которые не пользуются льготой по программе хосписной помощи.	

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Иммунизация План покрывает следующие профилактические услуги: • вакцины от пневмонии • прививки — один раз в сезон (осенью и зимой), с возможностью дополнительных доз при необходимости • вакцины от гепатита B — для лиц с высоким или средним риском заражения гепатитом B • вакцины от COVID-19 • вакцина от вируса папилломы человека (HPV) • другие вакцины — при наличии риска заражения и при условии, что они соответствуют требованиям покрытия по Части B Medicare. Дополнительно мы покрываем вакцины, соответствующие правилам Части D Medicare. Подробнее — в **Главе 6** настоящего *Справочника участника*.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги поддержки на дому – уход с сопровождающим* План покрывает следующие профилактические услуги: ● Транспортировка: сопровождение на приёмы к врачу, помощь в покупке продуктов и доставка рецептурных лекарств; ● Бытовая помощь: лёгкая уборка, организация пространства, стирка; ● Социальное взаимодействие: беседы, настольные игры, чтение, совместное приготовление пищи; ● Техническая поддержка: помощь в освоении новых технологий, установка устройств, поддержка телемедицинских визитов; ● Физическая активность: прогулки, езда на велосипеде, сопровождение в спортзал; ● Дистанционная поддержка: Виртуальные визиты ● Доставка продуктов и лекарств (рецептурных). *Обратитесь к своему врачу и получите направление.	$0 Участники имеют право на получение до 90 (девяноста) часов услуг в год. Требуется направление, и участники должны использовать услуги поставщика, с которым CalOptima Health OneCare Complete заключил договор.

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Стационарное лечение в больнице* Мы оплачиваем следующие услуги и другие необходимые с медицинской точки зрения услуги, не перечисленные здесь: • полуотдельная палата (или отдельная палата при наличии медицинских показаний); • питание, включая специальные диеты; • регулярный сестринский уход; • пребывание в отделениях интенсивной терапии и коронарной терапии; • лекарственные препараты; • лабораторные анализы; • рентген и другие радиологические процедуры; • необходимые хирургические и медицинские принадлежности; • медицинские приспособления, такие как инвалидные коляски; • услуги операционной и послеоперационной палаты; • физиотерапия, эрготерапия и логопедия; • стационарное лечение наркозависимости; • в определённых случаях — трансплантации роговицы, почки, почки/поджелудочной железы, сердца, печени, лёгких, сердца/лёгких, костного мозга, стволовых клеток, кишечника/нескольких внутренних органов. **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0 Для получения стационарного лечения в больнице, не входящей в сеть, после стабилизации вашего состояния необходимо получить одобрение нашего плана.

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Стационарное лечение в больнице* (продолжение) Если вам требуется трансплантация, ваше дело будет рассмотрено одобренным Medicare центром трансплантации, который определит, подходите ли вы для проведения процедуры. Поставщики трансплантационных услуг могут находиться как в пределах, так и вне зоны обслуживания. Если местный поставщик услуг по трансплантации соглашается на оплату по тарифу Medicare, вы можете пройти трансплантацию в своём районе, либо за его пределами — вне установленной схемы медицинского обслуживания вашего сообщества. Если наш план организует трансплантацию вне зоны обслуживания, и вы решите воспользоваться этой возможностью, мы организуем или оплатим проживание и транспортные расходы для вас и одного сопровождающего. • переливание крови, включая её хранение • услуги врачей, оказывающих помощь в стационаре **Обратите внимание:** Чтобы считаться стационарным пациентом, поставщик должен оформить официальное распоряжение о вашем зачислении в больницу. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы можете быть классифицированы как амбулаторный пациент. Если вы не уверены, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом, обратитесь к персоналу больницы для разъяснений. **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Стационарное лечение в больнице* (продолжение) Дополнительную информацию можно найти в информационном бюллетене Medicare «Больничные льготы Medicare», доступном по ссылке: Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf или по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048. * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0
	Стационарное лечение в психиатрической больнице* Мы покрываем расходы на услуги в сфере охраны психического здоровья, если они требуют госпитализации. ● В случае необходимости стационарного лечения в специализированной психиатрической больнице, мы оплачиваем первые 190 дней пребывания. По истечении этого срока расходы на медицински обоснованные психиатрические услуги берет на себя окружная государственная служба по охране психического здоровья. Если требуется продление лечения сверх 190 дней, необходимо согласование с окружной государственной службой по охране психического здоровья. ○ Важно отметить, что ограничение в 190 дней **не распространяется** на стационарную помощь с психическим здоровьем, оказываемую в психиатрических отделениях больниц общего профиля. **Продолжение этой льготы на следующей странице**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Стационарное лечение в психиатрической больнице* (продолжение) Для лиц в возрасте 65 лет и старше мы также покрываем услуги, предоставляемые в Институте психических заболеваний (Institute for Mental Diseases, IMD). * Может потребоваться предварительная авторизация.	$0
	Пребывание в стационаре: Покрываемые услуги в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF), если пребывание в стационаре не оплачивается страховкой* Мы не оплачиваем пребывание в стационаре, если вы исчерпали все льготы на стационарное лечение или если пребывание не признано медицински необходимым. Тем не менее, в отдельных случаях, когда стационарное лечение не покрывается страховкой, мы можем оплатить услуги, полученные вами во время пребывания в больнице или учреждении сестринского ухода (nursing facility). Для получения более подробной информации рекомендуется обратиться в Службу поддержки. План включает оплату следующих видов помощи (а также, возможно, других, не указанных ниже): • услуги врача • диагностические исследования, включая лабораторные анализы **Продолжение этой льготы на следующей странице**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Пребывание в стационаре: Покрываемые услуги в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF), если пребывание в стационаре не оплачивается страховкой* (продолжение) ● рентгенография, радиевая и изотопная терапия, включая расходные материалы и услуги технического персонала ● хирургические перевязочные материалы ● шины, гипсовые повязки и иные изделия, применяемые при переломах и вывихах ● протезы и ортезы (за исключением стоматологических), включая их замену или ремонт. ● Эти устройства могут полностью или частично заменять: ○ внутренний орган или прилегающие ткани; **или** ○ функции органа, который не работает или функционирует неправильно. ● ортопедические изделия: бандажи для ног, рук, спины и шеи, а также искусственные конечности и глаза. Включается также регулировка, ремонт и замена этих устройств в случае их поломки, износа, потери или изменения состояния пациента; ● физиотерапия, логопедия и эрготерапия * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги и расходные материалы для лечения заболеваний почек* План покрывает следующие профилактические услуги: • Образовательные услуги по лечению заболеваний почек, направленные на то, чтобы помочь вам лучше понимать, как ухаживать за своими почками и принимать обоснованные решения относительно лечения. Для получения таких услуг необходимо, чтобы у вас была IV стадия хронической болезни почек, и чтобы ваш врач направил вас на обучение. План покрывает до шести сеансов таких образовательных занятий. • Амбулаторные процедуры диализа, в том числе диализ во время кратковременных выездов за пределы зоны обслуживания плана, как описано в **Главе 3** настоящего *Справочника участника*, или когда поставщик данной услуги временно недоступен или с ним не удается связаться. • Стационарные процедуры диализа, если вы госпитализированы в больницу и нуждаетесь в специализированной помощи. • Обучение самостоятельному проведению диализа, включая инструктаж как для вас, так и для лиц, помогающих вам выполнять процедуры диализа на дому. • Оборудование и расходные материалы, необходимые для проведения диализа в домашних условиях. **Продолжение этой льготы на следующей странице**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги и расходные материалы для лечения заболеваний почек* (продолжение) • Некоторые виды поддержки на дому, включая визиты квалифицированных специалистов по диализу для проверки процедуры диализа в домашних условиях, оказания помощи в экстренных ситуациях, а также контроля оборудования и системы водоснабжения. Некоторые препараты для диализа покрываются в рамках Части B программы Medicare. Подробнее об этом см. в разделе «Рецептурные препараты по Части программы B Medicare» в этой Таблице. *Обратитесь к своему врачу и получите направление.	$0
	Скрининг на рак легких с использованием низкодозной компьютерной томографии (LDCT) Наш план покрывает скрининг на рак легких каждые 12 месяцев при соблюдении следующих условий: • вам от 50 до 77 лет, **и** • у вас назначен консультационный прием для совместного принятия решений с врачом или другим квалифицированным поставщиком, **и** • вы курили не менее 1 пачки в день в течение 20 лет без признаков или симптомов рака легких, либо продолжаете курить, либо бросили курить в течение последних 15 лет. После первого обследования план покрывает ежегодные повторные скрининги, если они назначены врачом или другим квалифицированным специалистом в письменной форме. Если поставщик проводит консультацию для совместного принятия решения по поводу скрининга на рак лёгких, этот приём должен соответствовать требованиям Medicare к подобным визитам.	$0

Покрываемая услуга	Сумма, которую оплачиваете вы
Лечебная нутрициология* Эта льгота предназначена для лиц, страдающих диабетом или заболеваниями почек, не проходящих диализ. Она также распространяется на пациентов, перенесших трансплантацию почки по направлению врача. В течение первого года получения услуг по лечебной нутрициологии программы Medicare мы покрываем до трёх часов индивидуальных консультаций. При наличии медицинских показаний возможно одобрение дополнительных услуг. В последующие годы план покрывает до двух часов индивидуальных консультаций ежегодно. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменятся, вы можете получить дополнительные часы лечения по направлению врача. Врач должен ежегодно назначать и продлевать направление на эти услуги, если лечение требуется в следующем календарном году. При наличии медицинских показаний возможно одобрение дополнительных услуг. *Обратитесь к своему врачу и получите направление.	$0
Программа профилактики диабета Medicare (MDPP) Наш план оплачивает услуги программы профилактики диабета Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) для лиц, соответствующих критериям участия. Программа MDPP направлена на формирование здорового образа жизни и включает практическое обучение по: • долгосрочным изменениям в питании, **и** • повышению физической активности, **и** • способам поддержания веса и здорового образа жизни.	$0

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Лекарственные препараты, покрываемые в рамках Части B Medicare* В рамках Части B Medicare покрывает ряд лекарственных препаратов, и наш план включает оплачивает следующие лекарства: • Препараты, которые вы обычно не принимаете самостоятельно, а получаете в виде инъекции или инфузии при посещении врача, амбулаторного отделения больницы или амбулаторного хирургического центра; • Инсулин, используемый с медицинским оборудованием длительного пользования (например, инсулиновой помпой); • другие лекарства, которые вы принимаете с использованием медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзеров), разрешенного нашим планом; • Препараты от болезни Альцгеймера, Leqembi (дженерик — lecanemab), которые вводятся внутривенно (IV); • Факторы свертывания крови, которые вы вводите себе самостоятельно путем инъекции, если у вас гемофилия; • Трансплантационные/иммуносупрессивные препараты после трансплантации органов, если Medicare покрыла саму трансплантацию (по Части A) и вы застрахованы по Части B на момент получения иммуносупрессивных препаратов. Часть D Medicare покрывает расходы на иммуносупрессоры, если их не покрывает Часть B; **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга	Сумма, которую оплачиваете вы
Лекарственные препараты, покрываемые в рамках Части B Medicare* (продолжение) ● Инъекционные препараты для лечения остеопороза. Мы оплачиваем эти препараты, если вы не можете покинуть дом, у вас диагностирован перелом, связанный с постменопаузальным остеопорозом, и вы не можете самостоятельно ввести препарат; ● Некоторые антигены: Medicare покрывает стоимость антигенов, если их готовит врач, а лицо, прошедшее надлежащую подготовку (это может быть сам пациент, то есть, вы), вводит их под надлежащим наблюдением. ● Некоторые пероральные противораковые препараты: Medicare покрывает некоторые пероральные противораковые препараты от рака, которые вы принимаете внутрь, если тот же препарат имеет инъекционный аналог или является пролекарством (пероральной формой с тем же активным веществом, что и инъекционный аналог). Возможно, Часть B будет покрывать новые пероральные противораковые препараты по мере их появления на рынке. Если Часть B не покрывает препарат, его может покрыть Часть D; ● Пероральные противорвотные препараты: Medicare покрывает расходы на пероральные препараты от тошноты, которые вы используете в рамках курса химиотерапии против рака, если они принимаются до, во время или в течение 48 часов после химиотерапии или используются в качестве полной терапевтической замены внутривенного противорвотного препарата. **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Лекарственные препараты, покрываемые в рамках Части B Medicare* (продолжение) • Некоторые пероральные препараты для лечения терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD), покрываемые в рамках Части B Medicare. • Кальцимиметики и фосфатсвязывающие препараты, покрываемые в рамках системы оплаты лечения терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD), включая внутривенный препарат Parsabiv® и пероральный препарат Sensipar. • Некоторые препараты для домашнего диализа, включая гепарин, антидот гепарина (при медицинской необходимости) и местные анестетики. • Средства, стимулирующие эритропоэз: Medicare покрывает инъекции эритропоэтина, если у вас ESRD или этот препарат необходим для лечения анемии, вызванной рядом других заболеваний (например, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® или метоксиполиэтиленгликоль-эпотин бета). • Внутривенный иммуноглобулин для домашнего лечения первичных иммунодефицитных заболеваний. • Парентеральное и энтеральное питание (внутривенное и зондовое). Мы также покрываем некоторые вакцины по программе Medicare Часть B и большинство вакцин для взрослых по программе Medicare Часть D. **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Лекарственные препараты, покрываемые в рамках Части B Medicare* (продолжение) Подробнее о льготе лекарственного обеспечения вы можете узнать в **Главе 5** настоящего *Справочника участника*, где изложены правила покрытия рецептурных препаратов. **Глава 6** настоящего *Справочника участника* объясняет, сколько вы платите за свои рецептурные препараты в рамках нашего плана. * Может потребоваться предварительная авторизация.	$0
	Обслуживание в учреждении сестринского ухода* Учреждение сестринского ухода (Nursing Facility, NF) — это медицинское учреждение, предназначенное для ухода за пациентами, которые не могут получать необходимую помощь дома, но при этом не нуждаются в госпитализации. Наш план покрывает широкий спектр услуг, предоставляемых в таких учреждениях, включая, но не ограничиваясь следующим: • размещение в полуотдельной палате (или в отдельной — при наличии медицинских показаний); • питание, включая специальные диеты; • регулярный сестринский уход; • физиотерапия, эрготерапия и логопедия; • респираторная терапия; • лекарственные препараты, назначенные в рамках вашего плана лечения, **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Обслуживание в учреждении сестринского ухода* (продолжение) • лабораторные исследования, проводимые в учреждении сестринского ухода; • рентгенография и другие радиологические услуги, обычно предоставляемые в учреждениях сестринского ухода; • использование вспомогательных средств (таких как инвалидные коляски), обычно предоставляемых в учреждении сестринского ухода; • услуги врача или практикующего специалиста; • медицинское оборудование длительного пользования; • стоматологические услуги, включая зубное протезирование; • услуги по уходу за зрением; • проверка слуха; • хиропрактика; • услуги подолога. Как правило, медицинская помощь предоставляется в учреждениях, входящих в нашу сеть. Однако вы также можете получить помощь в учреждении вне сети. Вы можете воспользоваться услугами следующих учреждений, при условии, что они принимают оплату по нашему плану: **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Обслуживание в учреждении сестринского ухода* (продолжение) • учреждение сестринского ухода или дом престарелых (continuing care retirement community), в котором вы проживали непосредственно перед госпитализацией, если в нём предоставляется соответствующий уход; • учреждение сестринского ухода, в котором на момент вашей выписки из больницы проживает ваш супруг(а) или гражданский партнёр(ша). * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0
	Скрининг на ожирение и терапия для поддержания нормального веса Если ваш индекс массы тела (BMI) составляет 30 или выше, наш план покрывает консультации, направленные на снижение веса. Эти консультации должны проводиться в учреждении первичной медико-санитарной помощи, чтобы обеспечить комплексный подход к профилактике и контролю состояния. Для получения более подробной информации обратитесь к вашему лечащему врачу (PCP).	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги программы лечения опиоидной зависимости (OTP)* Наш план покрывает следующие виды помощи по лечению расстройств, связанных с употреблением опиоидов (OUD), предоставляемые в рамках программы лечения опиоидной зависимости (Opioid Treatment Program, OTP): ● первичный приём и оценка состояния ● периодические медицинские обследования ● лекарственные препараты, одобренные FDA, а также их назначение и контроль при необходимости ● консультации по вопросам употребления психоактивных веществ ● индивидуальная и групповая терапия ● токсикологическое тестирование — анализы на наличие наркотических или химических веществ в организме * Может потребоваться предварительная авторизация.	$0

Покрываемая услуга	Сумма, которую оплачиваете вы
Амбулаторные диагностические исследования, терапевтические услуги и расходные материалы* Мы покрываем следующие услуги, а также другие медицински необходимые процедуры, не указанные в этом списке: • рентген • лучевая терапия (включая радиевую и изотопную), с техническими и расходными материалами • хирургические принадлежности, включая перевязочные материалы • шины, гипсовые повязки и другие устройства, применяемые при переломах и вывихах • лабораторные анализы • переливание крови, включая её хранение • диагностические исследования, не относящиеся к лабораторным, такие как компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), электрокардиограмма (ЭКГ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) — при наличии назначения от врача или другого поставщика медицинских услуг • другие амбулаторные диагностические процедуры * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Амбулаторное наблюдение в больнице Мы покрываем расходы на услуги амбулаторного наблюдения, предоставляемые в больнице с целью определения, требуется ли вам госпитализация или возможна выписка. Эти услуги должны соответствовать критериям Medicare и быть признаны обоснованными и медицински необходимыми. Покрытие распространяется только на те случаи, когда наблюдение проводится по назначению врача или другого специалиста, уполномоченного в соответствии с законодательством штата и нормативными актами принимать пациентов в больницу или назначать амбулаторные обследования. **Обратите внимание:** Если поставщик медицинских услуг не оформил распоряжение о госпитализации, вы считаетесь амбулаторным пациентом. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы всё равно можете иметь статус амбулаторного пациента. Если вы не уверены, являетесь ли вы амбулаторным пациентом, обратитесь к сотрудникам больницы. Дополнительную информацию можно найти в информационном бюллетене Medicare «*Больничные льготы Medicare*», доступном по ссылке: Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0

Покрываемая услуга	Сумма, которую оплачиваете вы
Амбулаторные услуги больницы* Мы покрываем медицински необходимые амбулаторные услуги, предоставляемые в больнице для диагностики или лечения заболеваний и травм. В том числе: ● Услуги в отделении экстренной помощи или амбулаторной клинике, включая амбулаторные хирургические процедуры и наблюдение. ○ Услуги наблюдения, которые помогают врачу определить, требуется ли госпитализация в стационар больницы; ○ в некоторых случаях вы можете остаться в больнице на ночь, оставаясь при этом амбулаторным пациентом. ○ Подробнее о различиях между стационарным и амбулаторным лечением читайте в информационном бюллетене: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. ● Лабораторные и диагностические исследования, счета за которые выставляет больница; ● Помощь в области психического здоровья, включая лечение в рамках программы частичной госпитализации, если врач считает, что без неё потребуется стационарное лечение; ● Рентгенография и другие радиологические услуги, счета за которые выставляет больница; ● Медицинские принадлежности, такие как шины и гипсовые повязки; ● Профилактические осмотры и услуги, указанные в Таблице льгот; **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Амбулаторные услуги больницы* (продолжение) • Некоторые лекарства, которые вы не можете принимать самостоятельно. * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0
	Амбулаторная помощь в сфере психического здоровья* Мы покрываем услуги по охране психического здоровья, предоставляемые следующими специалистами: • психиатрами и другими врачами с действующей государственной лицензией; • клиническими психологами; • клиническими социальными работниками; • клиническими фельдшерами-специалистами; • лицензированными профессиональными консультантами (LPC); • лицензированными семейными психотерапевтами (LMFT); • практикующими фельдшерами (NP); • ассистентами врача (PA); • другими специалистами в области психического здоровья, сертифицированными Medicare и допущенными к практике в соответствии с законодательством штата. План включает оплату следующих видов помощи (а также, возможно, других, не указанных ниже): • услуги клиники; **Продолжение этой льготы на следующей странице**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Амбулаторная помощь в сфере психического здоровья* (продолжение) ● лечение в дневном стационаре; ● услуги психосоциальной реабилитации; ● частичная госпитализация или интенсивные амбулаторные программы; ● индивидуальная и групповая диагностика и лечение психических расстройств; ● психологическое тестирование при наличии клинических показаний для оценки эффективности лечения; ● амбулаторное наблюдение за приёмом лекарств; ● амбулаторные лабораторные исследования, медикаменты, расходные материалы и добавки; ● психиатрические консультации. * Может потребоваться предварительная авторизация.	$0
	Амбулаторные реабилитационные услуги* Мы покрываем услуги по физиотерапии, эрготерапии и логопедии. Вы можете получать амбулаторную реабилитационную помощь в следующих учреждениях: амбулаторные отделения больниц; кабинеты независимых лицензированных терапевтов; комплексные амбулаторные реабилитационные центры (CORF); другие сертифицированные учреждения, предоставляющие соответствующие услуги. * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Амбулаторные услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ Мы покрываем следующие услуги, а также другие медицински необходимые процедуры, не указанные в этом списке: • скрининг и консультирование по вопросам злоупотребления алкоголем; • лечение наркозависимости; • индивидуальные и групповые консультации, проводимые квалифицированным врачом; • подострая детоксикация в рамках программы лечения зависимости с проживанием; • интенсивная амбулаторная терапия в специализированных центрах по лечению алкогольной и/или наркотической зависимости; • лечение препаратом Naltrexone (vivitrol) с замедленным высвобождением.	$0
	Амбулаторная хирургия* Мы покрываем амбулаторные хирургические процедуры, проводимые как в амбулаторных отделениях больниц, так и в амбулаторных хирургических центрах. **Обратите внимание:** Если вам назначена операция в больнице, обязательно уточните у поставщика, будет ли ваше лечение стационарным или амбулаторным. Если поставщик не оформил направление в стационар больницы, вы считаетесь амбулаторным пациентом, даже если остаетесь в больнице на ночь. * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Паллиативная помощь Паллиативная помощь входит в перечень услуг, покрываемых нашим планом. Она предназначена для людей с тяжёлыми заболеваниями/состояниями и направлена на улучшение качества жизни пациента и его семьи за счёт предупреждения, облегчения и контроля страданий. Важно: паллиативная помощь — это **не хоспис**. Для её получения не требуется, чтобы ожидаемая продолжительность жизни составляла менее шести месяцев. Паллиативная помощь может предоставляться одновременно с основным лечением/стандартным обслуживанием. В рамках паллиативной помощи предоставляются: ● предварительное планирование ухода; ● оценка состояния и консультации по вопросам паллиативной помощи; ● индивидуальный план ухода, включающий все разрешённые виды паллиативной и лечебной помощи, включая услуги в сфере психического здоровья и медико-социальные услуги; ● услуги назначенной для вас команды медицинской помощи; ● координацию медицинского обслуживания; ● обезболивание и контроль симптомов; ● услуги в области психического здоровья и медико-социальные услуги. Если вам больше 21 года, вы не можете одновременно получать паллиативную и хосписную помощь. Если вы уже получаете паллиативную помощь и соответствуете критериям для хосписной, вы можете в любой момент подать заявление на переход в программу хосписной помощи.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Частичная госпитализация и интенсивная амбулаторная помощь* Частичная госпитализация — это структурированная программа активного психиатрического лечения. Она предлагается в виде амбулаторного лечения в больнице или в местном центре психического здоровья и представляет собой более интенсивную форму помощи по сравнению с лечением, которое вы получаете у врача, психотерапевта, лицензированного семейного психотерапевта (LMFT) или лицензированного профессионального консультанта. Такая программа может помочь избежать необходимости госпитализации. Интенсивная амбулаторная помощь — это также структурированная программа, направленная на активную поведенческую (психологическую) терапию. Она проводится в амбулаторных условиях: в больнице, местном центре психического здоровья, федеральном медицинском учреждении или сельской поликлинике. Интенсивность лечения выше, чем при обычных визитах к врачу, психотерапевту, специалисту по медицинской реабилитации или лицензированному консультанту, но ниже, чем при частичной госпитализации. * Может потребоваться предварительная авторизация.	$0

Покрываемая услуга	Сумма, которую оплачиваете вы
Услуги врача и других поставщиков медицинских услуг, включая приём в кабинете врача* План покрывает следующие профилактические услуги, включая: ● необходимую медицинскую или хирургическую помощь, предоставляемую в следующих местах: ○ кабинет врача ○ сертифицированный амбулаторный хирургический центр ○ амбулаторное отделение больницы ● консультации, диагностику и лечение у специалистов; ● базовые проверки слуха и равновесия, проводимые вашим лечащим врачом, если они назначены для определения необходимости лечения. ● ежемесячные телемедицинские консультации для пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности (end-stage renal disease, ESRD), проходящих диализ на дому. Места, откуда может осуществляться телемедицинская связь: больничные учреждения, центры при больницах с критическим доступом, центры диализа или дом пациента. ● телемедицинские услуги для диагностики, оценки и лечения симптомов инсульта; ● телемедицинские услуги для участников с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, или сопутствующими психическими расстройствами; **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги врача и других поставщиков медицинских услуг, включая приём в кабинете врача* (продолжение) ● телемедицинские услуги телемедицины для диагностики, оценки и лечения психических расстройств в следующих случаях, **если**: ○ вы посетили врача в течение 6 месяцев до первого телемедицинского визита; ○ вы продолжаете посещать врача не реже одного раза в 12 месяцев, при этом пользуясь услугами телемедицины; ○ в отдельных случаях возможны исключения из этих требований; ○ услуги предоставляются через сельские клиники и медицинские центры с федеральной квалификацией. ● Краткие виртуальные приёмы с врачом (по телефону или видеосвязи) продолжительностью 5–10 минут, **если** ○ вы не являетесь новым пациентом, **и** ○ приём не связан с посещением врача в течение последних 7 дней, **и** ○ приём не повлечет необходимость личного приема в кабинете в течение 24 часов или в ближайшее доступное время. **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги врача и других поставщиков медицинских услуг, включая приём в кабинете врача* (продолжение) ● Оценка видео- и/или фотоматериалов, отправленных вами врачу, с последующей интерпретацией и наблюдением в течение 24 часов, **если**: ○ вы не являетесь новым пациентом, **и** ○ оценка не связана с посещением врача в течение последних 7 дней, **и** ○ оценка не повлечет необходимость личного приема в кабинете в течение 24 часов или в ближайшее доступное время. ● Консультации между врачами, проводимые по телефону, через интернет или электронную медицинскую карту, также покрываются, если вы не новый пациент. ● Второе мнение перед операцией. * Может потребоваться предварительная авторизация.	$0
	Услуги подолога План покрывает следующие профилактические услуги, связанные со здоровьем стоп: ● диагностика, а также медицинское и хирургическое лечение травм и заболеваний стоп, таких как молоткообразная деформация пальцев стопы или пяточная шпора; ● регулярный уход за стопами для участников с заболеваниями, влияющими на состояние ног, такими как диабет.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Доконтактная профилактика (PrEP) для профилактики ВИЧ Если у вас нет ВИЧ, но врач или другой медицинский специалист определил, что вы находитесь в группе повышенного риска заражения ВИЧ, наш план покрывает препараты для доконтактной профилактики (PrEP) и сопутствующие услуги. Если вы соответствуете критериям, покрытие включает: • пероральные или инъекционные препараты PrEP, одобренные FDA; если вы получаете инъекционную форму препарата, мы покрываем стоимость самой инъекции; • до 8 индивидуальных консультаций в год, включая оценку риска заражения ВИЧ, рекомендации по снижению риска, поддержку соблюдения режима приёма препаратов; • до 8 скринингов на ВИЧ каждые 12 месяцев; • однократный скрининг на вирус гепатита B.	$0
	Скрининговые обследования на рак простаты Для мужчин в возрасте 50 лет и старше наш план покрывает следующие обследования один раз в 12 месяцев: • пальцевое ректальное исследование • анализ на простатический специфический антиген (prostate specific antigen, PSA).	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Протезно-ортопедические устройства и сопутствующие материалы* Протезно-ортопедические устройства предназначены для замены утраченных частей тела или их функций. К ним относятся, в том числе, следующие услуги и изделия: • тестирование, индивидуальная подгонка и обучение использованию протезно-ортопедических устройств; • калоприемники и другие принадлежности, необходимые для ухода за колостомой; • энтеральное и парентеральное питание, включая наборы для кормления, инфузионные насосы, трубки и адаптеры, питательные растворы, принадлежности для самостоятельных инъекций; • кардиостимуляторы; • ортезы; • протезная обувь; • искусственные руки и ноги; • протезы молочной железы, включая специальные бюстгальтеры после мастэктомии; **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Протезно-ортопедические устройства и сопутствующие материалы* (продолжение) • протезы наружной части лица, заменяющие участки, утраченные в результате травмы, заболевания или врождённого дефекта; • средства при недержании мочи, такие как кремы и подгузники. Мы также покрываем расходные материалы, связанные с использованием протезно-ортопедических устройств, а также ремонт или замену этих устройств при необходимости. Дополнительно наш план включает покрытие расходов, связанных с восстановлением после удаления катаракты или операции по её удалению. Подробнее об этом читайте в разделе «Уход за зрением» далее в этой таблице. * Может потребоваться предварительная авторизация.	$0
	Услуги легочной реабилитации* Наш план покрывает участие в программах лёгочной реабилитации для пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) средней и очень тяжёлой степени. Для прохождения курса реабилитации необходимо направление от врача или специалиста, занимающегося лечением ХОБЛ. * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Скрининг на вирусный гепатит С Мы покрываем однократный скрининг на гепатит С, если он назначен вашим лечащим врачом или другим квалифицированным медицинским специалистом, и вы соответствуете одному из следующих критериев: • вы находитесь в группе высокого риска, так как в настоящее время или ранее употребляли незаконные инъекционные наркотики; • вам проводили переливание крови до 1992 года; • вы родились в период с 1945 по 1965 год. Если вы родились в указанный период, но не относитесь к группе высокого риска, мы покрываем однократное обследование. Если вы входите в группу высокого риска (например, продолжаете употреблять незаконные инъекционные наркотики после предыдущего отрицательного результата теста на гепатит С), мы покрываем ежегодные скрининги.	$0
	Обследование и консультирование по вопросам инфекций, передающихся половым путем (ИППП) Наш план оплачивает обследование на хламидиоз, гонорею, сифилис и гепатит В. Эти тесты покрываются для беременных женщин и лиц с повышенным риском заражения ИППП, при условии, что они назначены лечащим врачом. Скрининг покрывается один раз в 12 месяцев или в определённые периоды беременности. Также мы оплачиваем до двух очных сеансов интенсивного поведенческого консультирования в год для сексуально активных взрослых с повышенным риском ИППП. Каждый сеанс может длиться от 20 до 30 минут. Консультации покрываются как профилактическая услуга, только если они проводятся лечащим врачом (PCP) и проходят в учреждении первичной медико-санитарной помощи, например, в кабинете врача.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Медицинское обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF)* Определение медицинского обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода (Skilled nursing facility care) приведено в **Главе 12**. Мы покрываем следующие услуги, а также другие медицински необходимые процедуры, не указанные в этом списке: • размещение в полуотдельной палате (или в отдельной — при наличии медицинских показаний); • питание, включая специальные диеты; • услуги квалифицированного сестринского ухода; • физиотерапия, эрготерапия и логопедия; • лекарственные препараты, назначенные в рамках плана ухода, включая вещества, естественным образом присутствующие в организме (например, факторы свертывания крови); • переливание крови, включая её хранение • медицинские и хирургические принадлежности, предоставляемые SNF; • лабораторные анализы, проводимые в SNF; • рентгенография и другие радиологические услуги, предоставляемые в SNF; • оборудование, такие как инвалидные коляски, обычно предоставляемые SNF; • услуги врача или другого поставщика медицинских услуг. **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Медицинское обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF)* (продолжение) Как правило, медицинская помощь предоставляется в SNF, входящих в нашу сеть. Однако вы также можете получить помощь в учреждении вне сети. Вы можете воспользоваться услугами следующих учреждений, при условии, что они принимают оплату по нашему плану: • учреждение сестринского ухода или дом престарелых (continuing care retirement community), в котором вы проживали непосредственно перед госпитализацией, если в нём предоставляется соответствующий уход; • учреждение сестринского ухода, в котором на момент вашей выписки из больницы проживает ваш супруг(а) или гражданский партнёр(ша). * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0
	Курение и отказ от употребления табака Наш план покрывает консультации по отказу от курения и употребления табачных изделий как для амбулаторных, так и для госпитализированных пациентов, если соблюдаются следующие условия: • пациент употребляет табак, независимо от наличия симптомов или заболеваний, связанных с курением; • пациент в сознании и способен воспринимать информацию во время консультации; • консультация проводится квалифицированным врачом или другим специалистом, аккредитованным Medicare. План покрывает две попытки отказа от курения в год. Каждая попытка может включать до четырёх сеансов (промежуточных или интенсивных), что составляет максимум восемь сеансов в год.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Контролируемая лечебная физкультура (SET)* Мы покрываем программы контролируемой лечебной физкультуры (Supervised exercise therapy, SET) для пациентов с симптоматическим заболеванием периферических артерий (ЗПА), имеющих направление на лечение ЗПА от врача. Наш план покрывает: • до 36 занятий в течение 12 недель, при условии соблюдения всех требований программы SET; • дополнительные 36 занятий в течение определённого периода, если лечащий врач сочтёт это медицински необходимым. Программа контролируемой лечебной физкультуры должна соответствовать следующим параметрам: • занятия продолжительностью 30–60 минут, направленные на лечение ЗПА у пациентов, страдающих перемежающейся хромотой (боль или судороги в ногах из-за нарушения кровообращения); • проведение занятий в амбулаторных условиях больницы или в кабинете врача; • в амбулаторных условиях больницы или в кабинете врача; • под непосредственным наблюдением со стороны врача, помощника врача или фельдшера/клинического специалиста, прошедшего обучение как базовым, так и расширенным методам сердечно-лёгочной реанимации. * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги транспортировки: Неэкстренная медицинская транспортировка* Данная льгота предоставляет возможность воспользоваться медицинской транспортировкой, входящей в перечень услуг, покрываемых вашим планом и программой Medicare. В рамках этой услуги могут быть предоставлены: перевозка на машине скорой помощи, транспортировка на носилках, перевозка в инвалидной коляске, а также координация с паратранзитными службами. Указанные виды транспорта разрешается использовать, если: • ваш лечащий врач определил, что ваше состояние здоровья или физические ограничения не позволяют вам пользоваться автобусом, легковым автомобилем, такси или иными видами общественного или частного транспорта, **и** требуется предварительная авторизация. В этом случае необходимо связаться с вашим планом для организации поездки. Планируйте поездки не менее чем за два рабочих дня, позвонив по телефону **1-866-612-1256** (линия TTY: **711**). Дополнительную информацию о порядке получения услуги можно найти в **Главе 3, Раздел G1**. * Может потребоваться предварительная авторизация. Поговорите со своим врачом и получите направление.	$0

Покрываемая услуга	Сумма, которую оплачиваете вы
Услуги транспортировки: Немедицинская транспортировка Эта льгота позволяет добраться до медицинского учреждения на легковом автомобиле, такси или другом виде общественного или частного транспорта. Транспортировка предоставляется для получения медицинской помощи, покрываемой Medi-Cal, включая поездки к стоматологу и за медикаментами. Также покрываются поездки на услуги, одновременно покрываемые Medi-Cal и Medicare. Данная льгота не ограничивает количество поездок, связанных с неэкстренной медицинской транспортировкой. Покрытие также включает: ● Неограниченное количество поездок в спортзал и обратно в пределах 10 миль от точки начала маршрута. Транспортировка должна начинаться или заканчиваться в округе Оринджа. ● Варианты транспортного покрытия для поездок в спортзал: ○ Проездные билеты на автобус (дневные или месячные) ○ Ваучеры на транспорт OC Access ○ Оплата услуг такси/RideShare Планируйте поездки не менее чем за два рабочих дня, позвонив по телефону **1-866-612-1256** (линия TTY: **711**). Все поездки должны быть заранее согласованы с вашим планом. Расходы на поездки, не организованные через план, не подлежат возмещению. Для получения дополнительной информации об этой услуге, см. **Главу 3, Раздел G2**.	$0

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Неотложная медицинская помощь Неотложная помощь предоставляется в случаях, когда требуется лечение: • состояния, не представляющего угрозы жизни, но требующего немедленного медицинского вмешательства, **или** • внезапного заболевания, **или** • травмы, **или** • или любого другого состояния, при котором необходимо срочное лечение. Если вам требуется неотложная медицинская помощь, в первую очередь рекомендуется обратиться к поставщику медицинских услуг, входящему в сеть. Тем не менее, вы можете получить помощь и у поставщика, не входящего в сеть, если по причине времени, местоположения или других обстоятельств обращение к сетевому поставщику невозможно или нецелесообразно. Например, если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана и вам требуется неотложная медицинская помощь в связи с непредвиденным заболеванием, но ситуация не является экстренной. Мы предоставляем льготу в размере [до] $100,000 на экстренную и неотложную медицинскую помощь, а также экстренную транспортировку за пределами США. Эти услуги покрываются по всему миру, при условии, что они соответствуют критериям медицинской необходимости и целесообразности, аналогичным применяемым в США. **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	Доплата за неотложную медицинскую помощь составляет $0.

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Неотложная медицинская помощь (продолжение) Чтобы получить возмещение сначала оплатите оказанную помощь самостоятельно, получите выписной эпикриз или аналогичную медицинскую документацию, а также подтверждение оплаты — желательно на английском языке и в долларах США. Далее подайте запрос на возмещение в CalOptima Health OneCare Complete, приложив все необходимые документы. Мы проведём проверку на предмет медицинской необходимости и целесообразности, прежде чем одобрить выплату компенсации.	Вы оплачиваете экстренную и неотложную помощь, а также экстренную транспортировку за пределами США самостоятельно. План возмещает расходы [до] $100,000 в год.
	Услуги по уходу за зрением План покрывает следующие профилактические услуги, связанные со здоровьем глаз: • Один профилактический осмотр глаз в год, **и** • До $500 на очки (линзы и оправа), контактные линзы, и их ремонт — один раз в два года Также план покрывает амбулаторные визиты к врачу для диагностики и лечения заболеваний и травм глаз. Например, это может включать лечение возрастной макулярной дегенерации. Для лиц с высоким риском развития глаукомы предоставляется один ежегодный скрининг на глаукому. К группе риска относятся: • лица с семейной анамнезом глаукомы, • люди с диабетом • афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше • латиноамериканцы в возрасте 65 лет и старше **Продолжение этой льготы на следующей странице.**	$0 — за осмотр для диагностики и лечения заболеваний глаз, включая ежегодный скрининг на глаукому. $0 — за плановый профилактический осмотр глаз (до 1 раза в год).

Покрываемая услуга		Сумма, которую оплачиваете вы
	Услуги по уходу за зрением (продолжение) Для людей с диабетом план покрывает ежегодный скрининг на диабетическую ретинопатию. После каждой операции по удалению катаракты с установкой интраокулярной линзы вы имеете право на одну пару очков или контактных линз. Если операции проводятся поочерёдно на каждом глазу, вы можете получить по одной паре очков после каждой операции. Однако, если вы не воспользовались правом на очки после первой операции, вы не сможете получить две пары после второй.	Наш план покрывает до $500 на очки, контактные линзы и их ремонт каждые два года. $0 — за очки или контактные линзы после операции по удалению катаракты.
	Профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» План покрывает однократный профилактический визит, известный как «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare). В рамках визита вы получите: • общее обследование состояния здоровья, • информацию и рекомендации по необходимым профилактическим услугам (включая скрининги и прививки), **а также** • направления на дополнительные обследования или лечение при необходимости. **Обратите внимание:** Мы покрываем расходы на профилактический осмотр «Добро пожаловать в Medicare» только в течение первых 12 месяцев действия вашей программы Medicare Часть B. При записи на приём обязательно сообщите врачу, что вы хотите пройти именно профилактический осмотр «Добро пожаловать в Medicare».	$0

E. Социальная поддержка

Вы можете получать социальную поддержку в рамках вашего индивидуального плана медицинского обслуживания. Социальная поддержка (Community Supports) представляет собой медицински обоснованную и экономически эффективную альтернативу услугам и условиям, предоставляемым по государственной программе Medi-Cal. Если вы соответствуете установленным критериям, социальная поддержка может помочь вам вести более самостоятельную и независимую жизнь. Эти услуги являются дополнительными и предоставляются по желанию — они не заменяют уже доступные вам льготы Medi-Cal, а дополняют их. Примеры программ социальной поддержки, которые мы предлагаем:

Консультационные услуги по переезду в собственное жилье:
Консультационные услуги по переезду в собственное жилье (Housing Transition Navigation Services, HTNS) помогают участникам найти, подать заявку и получить жилье. Предоставляемые услуги должны быть основаны на индивидуальной оценке потребностей участника и отражены в его персональном плане жилищной поддержки.

- Чтобы иметь право на участие:
  - Участник должен соответствовать следующим критериям, связанным с социальными и клиническими факторами риска:
    - *Требование в отношении социальных факторов риска*: находится в состоянии бездомности или подвержен риску потери жилья, в соответствии с определением, приведенным в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных нормативных требований (Code of Federal Regulations, CFR), с тремя следующими изменениями:
      - При выходе из стационарного учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в стационарное учреждение или стали бездомными во время пребывания в нем, независимо от продолжительности такого пребывания;
      - Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жилье, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся подверженными риску потери жилья в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также

- Для целей определения риска бездомности, приведенного в разделе 91.5 CFR 24, не учитывается требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD.

▪ *Требования в отношении клинических факторов риска:* Необходимо наличие одного или нескольких из следующих квалифицирующих клинических факторов риска:

- Соответствие критериям получения специализированных услуг в области психического здоровья Medi-Cal (Specialty Mental Health Services, SMHS);
- Соответствие критериям участия в программе Drug Medi-Cal (DMC) или системе организованной доставки препаратов Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), определенным в Руководстве политике социальной поддержки Департамента здравоохранения (DHCS);
- Одно или несколько серьезных хронических состояний/заболеваний;
- Одно или несколько физических, интеллектуальных отклонений или отклонений, связанных с развитием; или
- Беременность или послеродовой период до 12 месяцев

ИЛИ

○ Участник признан имеющим право на получение финансовой помощи для оплаты арендного жилья в переходный период (Transitional Rent). Такие лица автоматически имеют право на услуги HTNS.

ИЛИ

○ Участник имеет приоритет при получении постоянного жилья с поддерживающими услугами или субсидии на аренду жилья через местную Систему координированного доступа к жилью для бездомных (Coordinated Entry System, CES) или аналогичную систему, разработанную для использования информации с целью выявления особо уязвимых лиц с ограниченными возможностями и/или одним или несколькими серьезными хроническими заболеваниями и/или серьезным психическим заболеванием, находящихся в специализированных медицинских учреждениях или нуждающихся в медицинском обслуживании в учреждении интернатного типа в связи с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, и/или выходящих из мест лишения свободы.

- Ограничения предоставления услуг включают:
  - Услуги не включают оплату проживания и питания (Room and Board) или оплату аренды.
  - Услуги не регулируется положениями, касающимися проживания и питания (Room and Board).
  - Действия, осуществляемые в рамках программы HTNS, должны быть обоснованными и необходимыми, а также отражены в индивидуальном плане жилищной поддержки участника.
  - Продолжительность предоставления услуг не ограничена, и нет установленного лимита на количество раз, когда участник, соответствующий критериям, может получить одобрение на эти услуги.
  - Хотя получение услуг HTNS до предоставления жилищных депозитов и/или финансовой помощи для оплаты арендного жилья в переходный период является наиболее эффективным и предпочтительным подходом, это не является обязательным требованием.

Участники могут получить доступ к этой программе, запросив направление самостоятельно, по направлению от поставщика медицинских услуг или по направлению от поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Жилищные депозиты: Жилищные депозиты (Housing Deposits) предоставляются с целью определить, организовать, обеспечить или профинансировать разовые услуги и необходимые изменения, которые позволяют участнику создать базовое и устойчивое домохозяйство. Предоставляемые услуги и товары должны быть основаны на индивидуальной оценке потребностей участника и отражены в его персональном плане жилищной поддержки.

- Чтобы иметь право на участие:
  - Участник должен соответствовать следующим критериям, связанным с социальными и клиническими факторами риска:
    - *Требование в отношении социальных факторов риска:* находится в состоянии бездомности или подвержен риску потери жилья, в соответствии с определением, приведенным в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных нормативных требований (Code of Federal Regulations, CFR), с тремя следующими изменениями:

- При выходе из стационарного учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в стационарное учреждение или стали бездомными во время пребывания в нем, независимо от продолжительности такого пребывания;
- Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жилье, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся подверженными риску потери жилья в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также
- Для целей определения риска бездомности, приведенного в разделе 91.5 CFR 24, не учитывается требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD.

▪ *Требования в отношении клинических факторов риска*: Необходимо наличие одного или нескольких из следующих квалифицирующих клинических факторов риска:
- Соответствие критериям получения специализированных услуг в области психического здоровья Medi-Cal (Specialty Mental Health Services, SMHS);
- Соответствие критериям участия в программе Drug Medi-Cal (DMC) или системе организованной доставки препаратов Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), определенным в Руководстве политике социальной поддержки Департамента здравоохранения (DHCS);
- Одно или несколько серьезных хронических состояний/заболеваний;
- Одно или несколько физических, интеллектуальных отклонений или отклонений, связанных с развитием; **или**
- Беременность или послеродовой период до 12 месяцев

ИЛИ

○ Участник признан имеющим право на получение финансовой помощи для оплаты арендного жилья в переходный период (Transitional Rent). Такие лица автоматически имеют право на услуги HTNS.

ИЛИ

- Участник имеет приоритет при получении постоянного жилья с поддерживающими услугами или субсидии на аренду жилья через местную Систему координированного доступа к жилью для бездомных (Coordinated Entry System, CES) или аналогичную систему, разработанную для использования информации с целью выявления особо уязвимых лиц с ограниченными возможностями и/или одним или несколькими серьезными хроническими заболеваниями и/или серьезным психическим заболеванием, находящихся в специализированных медицинских учреждениях или нуждающихся в медицинском обслуживании в учреждении интернатного типа в связи с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, и/или выходящих из мест лишения свободы.

- Ограничения предоставления услуг включают:
  - Услуги не включают оплату проживания и питания (Room and Board) или оплату аренды.
  - Услуги не регулируется положениями, касающимися проживания и питания (Room and Board).

Участники могут получить доступ к этой программе, запросив направление самостоятельно, по направлению поставщика медицинских услуг или по направлению поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Услуги по аренде и содержанию жилья: Услуги по аренде и содержанию жилья (Housing Tenancy and Sustaining Services, HTSS) направлены на помощь участникам в сохранении безопасного и стабильного проживания после того, как жильё уже получено. Предоставляемые услуги должны быть основаны на индивидуальной оценке потребностей участника и отражены в его персональном плане жилищной поддержки.

- Чтобы иметь право на участие:
  - Участник должен соответствовать следующим критериям, связанным с социальными и клиническими факторами риска:
    - *Требование в отношении социальных факторов риска*: находится в состоянии бездомности или подвержен риску потери жилья, в соответствии с определением, приведенным в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных нормативных требований (Code of Federal Regulations, CFR), с тремя следующими изменениями:

- При выходе из стационарного учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в стационарное учреждение или стали бездомными во время пребывания в нем, независимо от продолжительности такого пребывания;
- Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жилье, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся подверженными риску потери жилья в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также
- Для целей определения риска бездомности, приведенного в разделе 91.5 CFR 24, не учитывается требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD.

▪ *Требования в отношении клинических факторов риска:* Необходимо наличие одного или нескольких из следующих квалифицирующих клинических факторов риска:
- Соответствие критериям получения специализированных услуг в области психического здоровья Medi-Cal (Specialty Mental Health Services, SMHS);
- Соответствие критериям участия в программе Drug Medi-Cal (DMC) или системе организованной доставки препаратов Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), определенным в Руководстве политике социальной поддержки Департамента здравоохранения (DHCS);
- Одно или несколько серьезных хронических состояний/заболеваний;
- Одно или несколько физических, интеллектуальных отклонений или отклонений, связанных с развитием; или
- Беременность или послеродовой период до 12 месяцев

ИЛИ

○ Участник признан имеющим право на получение финансовой помощи для оплаты арендного жилья в переходный период (Transitional Rent). Такие лица автоматически имеют право на услуги HTNS.

ИЛИ

- Участник имеет приоритет при получении постоянного жилья с поддерживающими услугами или субсидии на аренду жилья через местную Систему координированного доступа к жилью для бездомных (Coordinated Entry System, CES) или аналогичную систему, разработанную для использования информации с целью выявления особо уязвимых лиц с ограниченными возможностями и/или одним или несколькими серьезными хроническими заболеваниями и/или серьезным психическим заболеванием, находящихся в специализированных медицинских учреждениях или нуждающихся в медицинском обслуживании в учреждении интернатного типа в связи с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, и/или выходящих из мест лишения свободы.

- Ограничения предоставления услуг:
  - Услуги не включают оплату проживания и питания (Room and Board) или оплату аренды.
  - Услуги не регулируется положениями, касающимися проживания и питания (Room and Board).
  - Услуги должны быть обоснованными и необходимыми, а также отражены в индивидуальном плане жилищной поддержки участника. Продолжительность предоставления услуг не ограничена, и нет установленного лимита на количество раз, когда участник, соответствующий критериям, может получить одобрение на услуги HTSS.
  - Хотя получение услуг HTNS (такую как базовый скрининг арендатора, оценку жилищных условий и разработку плана жилищной поддержки) до предоставления услуг HTSS является наиболее эффективным и предпочтительным подходом, это не является обязательным требованием.

Участники могут получить доступ к этой программе, запросив направление самостоятельно, по направлению поставщика медицинских услуг или по направлению поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Краткосрочное жилье после госпитализации: Программа краткосрочного жилья после госпитализации (Short-Term Post-Hospitalization Housing, STPHH) позволяет участникам, выходящим из медицинских учреждений, находящимся в состоянии бездомности или подверженным риску потери жилья, продолжить лечение своих медицинских расстройств/ психиатрических расстройств/ расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, сразу после выхода из учреждения. К таким учреждениям относятся центры восстановительной терапии (в том числе учреждения, покрываемые программой социальной поддержки по восстановительному уходу, или другие учреждения вне программы Medi-Cal), стационарные отделения больницы (как отделения неотложной помощи, так и психиатрические отделения или больницы по лечению зависимости от психоактивных веществ и реабилитации), учреждения интернатного типа по лечению физических и психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, исправительные учреждения или учреждения сестринского ухода.

- Чтобы иметь право на участие:
  - Право на участие в программе краткосрочного жилья после госпитализации имеют участники, соответствующие всем следующим критериям:
    - Участник покидает стационарное учреждение, включая центры восстановительной терапии (в том числе учреждения, покрываемые программой социальной поддержки по восстановительному уходу, или другие учреждения вне программы Medi-Cal), стационарные отделения больницы (как отделения неотложной помощи, так и психиатрические отделения или больницы по лечению зависимости от психоактивных веществ и реабилитации), учреждения интернатного типа по лечению физических и психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, исправительные учреждения или учреждения сестринского ухода.
    - Участник находится в состоянии бездомности или подвержен риску потери жилья.
    - Участник соответствует одному из следующих критериев:
      - Получает услугу расширенной координации ухода (ECM);
      - Имеет одно или несколько серьезных хронических заболеваний;
      - Имеет серьезное психическое заболевание; или

- Находится под угрозой помещения в специализированное учреждение или нуждается в медицинском обслуживании в учреждении интернатного типа в связи с расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ.

▪ Участник нуждается в постоянном медицинском обслуживании в связи с физическим или поведенческим здоровьем, что установлено квалифицированным медицинским работником, и при отсутствии услуг STPHH участнику потребуется постоянное пребывание в специализированном медицинском учреждении.

- Ограничения предоставления услуг включают:
  - Краткосрочное проживание после госпитализации (STPHH) не может превышать шести месяцев в течение любого скользящего 12-месячного периода (но может быть одобрено и на более короткий срок — в зависимости от индивидуальных потребностей). При этом действует общий лимит: не более 6 месяцев на все услуги, связанные с проживанием и питанием (Room and Board).

Участники могут получить доступ к этой программе, запросив направление самостоятельно, по направлению поставщика медицинских услуг или по направлению поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Восстановительный уход (краткосрочный медицинский уход): Услуги восстановительного ухода также называются «краткосрочный медицинский уход». Услуги предназначены для лиц, находящихся в состоянии бездомности или подверженным риску потери жилья, которые нуждаются в краткосрочном пребывании в медицинском учреждении интернатного типа для восстановления после травмы или болезни (включая проблемы с поведенческим здоровьем).

- Чтобы иметь право:
  - Участники имеют право на получение услуг восстановительного ухода, если они соответствуют обоим следующим критериям:
    - Участнику требуется восстановление для выздоровления после травмы или болезни.
    - Участник находится в состоянии бездомности или подвержен риску потери жилья.

- Ограничения предоставления услуг включают:
  - Восстановительный уход может предоставляться как услуга поддержки в рамках сообщества, если он необходим для достижения или поддержания стабильного состояния здоровья, а также для предотвращения госпитализации или повторной госпитализации, которая может потребовать вмешательства в сфере поведенческого здоровья.
  - Восстановительный уход не может превышать шести месяцев в течение любого скользящего 12-месячного периода (но может быть одобрено и на более короткий срок — в зависимости от индивидуальных потребностей). При этом действует общий лимит: не более 6 месяцев на все услуги, связанные с проживанием и питанием (Room and Board).
  - Учреждения и их сотрудники, предоставляющие восстановительный уход, но не обладающие лицензией учреждения общественного ухода (Community Care Facilities), не вправе напрямую оказывать помощь участникам в выполнении базовых повседневных (ADL) или более сложных повседневных (IADL) действий. В случаях, когда участникам требуется такая поддержка, медицинские консультанты могут организовать параллельное предоставление услуг по уходу за собой и ведению домашнего хозяйства (Personal Care and Homemaker Services) либо заключить договор с лицензированным сторонним поставщиком для оказания этих услуг.

Участники могут получить доступ к этой программе, запросив направление самостоятельно, по направлению поставщика медицинских услуг или по направлению поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Услуги по временному уходу для ухаживающих лиц: Услуги по временному уходу для ухаживающих лиц (Respite Services) предоставляются тем, кто осуществляет уход за участниками, нуждающимися в периодическом временном присмотре. Эти услуги оказываются на краткосрочной основе в случаях, когда основное лицо, осуществляющее уход и/или контроль, временно отсутствует или нуждается в передышке. Важно отметить, что данные услуги не являются медицинскими по своей сути. Они отличаются от краткосрочного медицинского/восстановительного ухода, так как направлены не на участника, а именно на поддержку лица, осуществляющего за ним уход.

- Кто имеет право:
  - Участники, проживающие в сообществе, которые испытывают трудности с выполнением повседневных бытовых задач (ADL — Activities of Daily Living) и в значительной степени зависят от квалифицированного лица, осуществляющего уход. Поддержка со стороны такого лица необходима для того, чтобы избежать помещения участника в специализированное учреждение.
  - Дополнительные категории, имеющие право на услугу, могут включать: детей, ранее получавших услуги временного ухода в рамках программы детской паллиативной помощи Pediatrics Palliative Care Waiver; бенефициаров программы приемной опеки; участников Калифорнийской программы медицинского обслуживания детей (California Children's Services) или программы помощи людям с генетическими нарушениями Genetically Handicapped Persons Program; а также лиц с комплексными потребностями в уходе.
- Ограничения предоставления услуг включают:
  - В домашних условиях эти услуги в сочетании с любыми услугами по прямому уходу, которые получает участник, не могут превышать 24 часов в день.
  - Годовой лимит на предоставление услуги составляет до 336 часов. Это ограничение распространяется на все случаи оказания услуги — как на дому, так и в учреждениях. В отдельных случаях возможны исключения из годового лимита по согласованию со страховым планом управляемого медицинского обслуживания (MCP) Medi-Cal. Например, если лицо, осуществляющее уход, временно не может выполнять свои обязанности из-за лечения или госпитализации, и участник остаётся без необходимой поддержки. В таких ситуациях временная помощь может быть предоставлена сверх установленного 336-часового годового лимита.
  - Услуга предназначена исключительно для предотвращения помещения участника в учреждение, за которое отвечает Medi-Cal MCP.
  - Услуги по временному уходу для ухаживающих лиц не могут предоставляться виртуально или посредством телемедицины.

Участники могут получить доступ к этой программе, запросив направление самостоятельно, по направлению поставщика медицинских услуг или по направлению поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Программы дневной абилитации: Программы дневной абилитации (Day Habilitation) направлены на помощь участникам в освоении, поддержании и развитии навыков, необходимых для самостоятельной жизни в сообществе. Речь идёт о навыках самообслуживания, социальной адаптации и взаимодействия с окружающей средой. Услуга предоставляется на дому или в сообществе, без использования специализированных учреждений.

- Кто имеет право:
  - Участники, находящиеся в состоянии бездомности; или
  - Лица, которые вышли из состояния бездомности и переехали в жильё в течение последних 24 месяцев; или
  - Лица, подверженные риску потери жилья или помещению в специализированное учреждение, если участие в программе дневной абилитации может улучшить их жилищную стабильность.
- Ограничения предоставления услуг включают:
  - Услуга предоставляется в течение необходимого периода, в зависимости от индивидуальных потребностей участника. Возможны как постоянные, так и периодические формы участия. Программа может реализовываться индивидуально или в группе.

Участники могут получить доступ к этой программе, запросив направление самостоятельно, по направлению поставщика медицинских услуг или по направлению поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Переход в учреждение сопровождаемого проживания (ALF): Программа перехода в учреждение сопровождаемого проживания (Assisted Living Facility, ALF), ранее известная как «Переход из учреждения сестринского ухода/перевод в учреждения сопровождаемого проживания, такие как учреждения интернатного типа для престарелых и взрослых», предназначена для оказания людям содействия для проживания в обществе и, по мере возможности, предотвращения их помещения в специализированные учреждения. Эта услуга социальной поддержки предназначена для участников, которым необходимо срочное обеспечение ухода на уровне учреждения сестринского ухода. Цель программы — предоставить альтернативу длительному пребыванию в учреждении сестринского ухода, предлагая возможность проживания в условиях сопровождаемого (вспомогательного) проживания.

- Кто имеет право:
  - Участники, проживающие в учреждении сестринского ухода, которые:
    - Прожили в учреждении сестринского ухода более 60 дней; и
    - Готовы проживать в учреждении сопровождаемого проживания вместо учреждения сестринского ухода; и
    - Могут безопасно проживать в учреждении сопровождаемого проживания.
  - Участники, проживающие в сообществе, которые:
    - Заинтересованы в дальнейшем проживании в сообществе; и
    - Готовы и способны безопасно проживать в учреждении сопровождаемого проживания; и
    - Соответствуют минимальным критериям для обслуживания уровня учреждения сестринского ухода и вместо помещения в такое учреждение предпочитает далее проживать в сообществе и получать необходимое по медицинским показаниям обслуживание уровня учреждения сестринского ухода в учреждении сопровождаемого проживания.
  - К категории «участников, проживающих в сообществе» относятся лица, проживающие в частных домах, в государственном или субсидируемом жилье, а также те, кто уже находится в учреждении сопровождаемого проживания (ALF), но находится под угрозой помещения в специализированное учреждение.
  - Кроме того, участники, получающие медицинскую помощь на уровне учреждения здравоохранения в условиях острого или пост-острого состояния (например, во время госпитализации или краткосрочного пребывания в учреждении квалифицированного сестринского ухода), также могут иметь право на эти услуги социальной поддержки, если соответствуют остальным критериям.
- Ограничения предоставления услуг включают:
  - Расходы на проживание и питание (Room and board) не покрываются в рамках данной услуги. Однако участники могут получать помощь на оплату проживания и питания из других источников одновременно с участием в этой программе.

Участники могут получить доступ к этой программе, запросив направление самостоятельно, по направлению поставщика медицинских услуг или по направлению поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Услуги по переходу к жизни в обществе или дома: Услуги по переходу к жизни в обществе или дома (Community or Home Transition Services), ранее известные как «Услуги по переходу к жизни в обществе/переходу из учреждения сестринского ухода к проживанию дома», направлены на поддержку участников в возвращении к самостоятельной жизни в сообществе. Основная цель — помочь избежать повторного помещения в учреждение сестринского ухода.

- Кто имеет право:
  - Участники, которые:
    - В настоящее время получают необходимое по медицинским показаниям обслуживание уровня учреждения сестринского ухода и вместо того, чтобы оставаться в учреждении сестринского ухода или в учреждении восстановительного ухода, предпочитает вернуться домой и продолжить получение необходимых по медицинским показаниям услуг уровня учреждения сестринского ухода; и
    - Прожили более 60 дней в учреждении сестринского ухода и/или в учреждении восстановительного ухода; и
    - Хотели бы вернуться к жизни в обществе; и
    - Могут безопасно проживать в обществе, получая надлежащую и экономически эффективную поддержку и услуги.
  - Участник может иметь право на участие как в Калифорнийской программе перехода к жизни в обществе (CCT), программе отказа от институционального ухода в пользу предоставления альтернативных услуг на дому и в сообществе (HCBA Waiver) и/или многоцелевой программе услуг для пожилых людей (MSSP), так и в данной программе социальной поддержки. Однако одновременное получение услуг из нескольких программ не допускается. Страховым планам управляемого медицинского обслуживания (MCP) рекомендуется содействовать участникам в регистрации в наиболее подходящей и доступной программе, исходя из их индивидуальной ситуации.
- Ограничения предоставления услуг включают:

- Услуги по переходу к жизни в обществе или дома не покрывают: ежемесячные расходы на аренду или ипотеку, питание, регулярные коммунальные платежи и/или бытовую технику или предметы, предназначенные исключительно для досуга и развлечений.
- Разовые расходы на обустройство могут быть покрыты в размере до $7,500 за весь период жизни участника. В эту сумму не включаются расходы на координацию переходного периода. Исключение из лимита в $7,500 возможно, если участник вынужден переехать из жилья, управляемого поставщиком услуг, в частное или субсидируемое жильё по независящим от него причинам.
- Услуги по переходу к жизни в обществе или дома должны быть необходимы для обеспечения здоровья, безопасности и благополучия участника. Без такой поддержки участник не сможет переехать в частное или субсидируемое жильё и может нуждаться в продолжении пребывания в учреждении или повторной госпитализации.
- Участник может иметь право как на участие в соответствующих программах отказа или демонстрационных проектах, например, в Калифорнийской программе перехода к жизни в обществе (CCT), программе отказа от институционального ухода в пользу предоставления альтернативных услуг на дому и в сообществе (HCBA Waiver) и/или многоцелевой программе услуг для пожилых людей (MSSP), так и на получение услуг в рамках данной программы социальной поддержки. Однако одновременное участие в обеих программах не допускается, если предоставляемые в их рамках мероприятия перекрываются или дублируют друг друга.

Участники могут получить доступ к этой программе, запросив направление самостоятельно, по направлению поставщика медицинских услуг или по направлению поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Услуги по уходу за собой и ведению домашнего хозяйства: Услуги по уходу за собой и ведению домашнего хозяйства (Personal Care and Homemaker Services, PCHS) предоставляются участникам, которым необходима помощь в выполнении основных повседневных действий (ADL), таких как купание, одевание, пользование туалетом, передвижение или приём пищи. Кроме того, услуги могут включать поддержку в выполнении более сложных повседневных задач (IADL), таких как приготовление пищи, покупка продуктов и управление личными финансами.

- Кто имеет право:

- Участники, которым грозит госпитализация или помещение в учреждение сестринского ухода; или
- Участники с функциональными нарушениями и отсутствием другой адекватной системы поддержки; или
- Участники, направленные в программу услуг поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS). Критерии соответствия требованиям можно найти на сайте: http://www.cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services.

- Услуги PCHS могут предоставляться:
  - на этапе подачи заявления на участие в программе IHSS, включая период ожидания после направления. Поддержка может быть организована до начала оказания услуг IHSS и до их официального утверждения.
  - в дополнение к уже утверждённым часам IHSS, если участнику требуется дополнительная помощь — в том числе после полного использования положенных часов IHSS.
  - для участников, не имеющих права на получение IHSS, услуги PCHS могут быть предоставлены в целях предотвращения краткосрочного помещения в учреждение квалифицированного сестринского ухода (на срок не более 60 дней). В таких случаях подавать заявление на IHSS не требуется, однако в запросе на предоставление PCHS необходимо обосновать, что без этой поддержки участнику потребуется краткосрочное пребывание в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- Ограничения предоставления услуг включают:
  - Услуга не может использоваться как замена направлению в программу IHSS (In-Home Supportive Services). Если участник соответствует критериям, он обязательно должен быть направлен в IHSS для получения соответствующей поддержки.
  - В случае, если у участника, уже получающего услуги по личному уходу и ведению домашнего хозяйства, происходят изменения в состоянии, его необходимо направить на повторную оценку в IHSS для возможного пересмотра и увеличения количества часов помощи. При этом участник может продолжать получать услуги PCHS в течение всего периода ожидания повторной оценки.

Участники могут получить доступ к этой программе, запросив направление самостоятельно, по направлению поставщика медицинских услуг или по направлению поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Адаптация окружающей среды (модификация дома) для обеспечения доступности: Программа адаптации окружающей среды (Environmental Accessibility Adaptations, EAA), также известная как «модификация дома», предусматривает физические изменения в жилом пространстве, направленные на обеспечение доступности, безопасности и благополучия участника. Такие адаптации позволяют человеку выполнять повседневные действия более самостоятельно и комфортно. Без этих изменений участнику могло бы потребоваться размещение в специализированном учреждении.

- Кто имеет право:
  - Участники, которым грозит помещение в учреждение сестринского ухода
- Ограничения предоставления услуг включают:
  - Если может быть использована альтернативная услуга государственного плана страхования, например обеспечение медицинским оборудованием длительного пользования (DME), которая позволит достичь той же цели — обеспечить независимость участника и предотвратить его помещение в специализированное учреждение. В таких случаях предпочтение следует отдавать именно этой услуге.
  - Все работы по адаптации должны соответствовать действующим строительным нормам штата и местным требованиям.
  - Максимальная сумма финансирования по программе EAA составляет $7,500 за весь период жизни участника. Исключения из лимита в $7,500 возможны только в следующих случаях: участник меняет место жительства; или его состояние существенно изменяется, и дополнительные модификации необходимы для обеспечения его здоровья, безопасности и благополучия, или необходимы для сохранения возможности жить дома и избежать госпитализации или помещения в стационарное учреждение.
  - Дополнительные работы могут включать восстановительные отделочные работы (например, гипсокартон, покраска), необходимые для возвращения жилья в пригодное для проживания состояние. Однако эстетические улучшения не покрываются.

- Дополнительные услуги должны иметь прямую медицинскую или восстановительную пользу для участника. Они не включают модификации, предназначенные для общего пользования домохозяйством, и не допускают увеличение общей площади жилья, за исключением случаев, когда это необходимо для завершения адаптации — например, для расширения входа или переоборудования ванной комнаты под нужды пользователя инвалидной коляски.

Участники могут получить доступ к этой программе, запросив направление самостоятельно, по направлению поставщика медицинских услуг или по направлению поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Питание по медицинским показаниям (MTM)/ Адаптированное медицинское питание (MSF): Данные программы по обеспечению питанием по медицинским показаниям (Medically Tailored Meals, MTM) и адаптированным медицинским питанием (Medically Supportive Food, MSF) разработаны для людей с хроническими или другими серьёзными заболеваниями/состояниями, при которых питание играет ключевую роль в состоянии здоровья. Цель этих программ — улучшение клинических результатов и снижения избыточных медицинских расходов.

- Кто имеет право:
  - Участники с хроническими или другими серьезными заболеваниями/состояниями, при которых питание оказывает значительное влияние на состояние здоровья. К таким состояниям относятся, в том числе:
    - Рак, сердечно-сосудистые заболевания, хроническое заболевание почек, хронические заболевания легких или другие легочные заболевания, такие как астма/ХОБЛ, сердечная недостаточность, диабет или другие метаболические нарушения, повышенный уровень свинца, терминальная стадия почечной недостаточности, высокий уровень холестерина, вирус иммунодефицита человека, гипертония, заболевания печени, дислипидемия, жировая дистрофия печени, недоедание, ожирение, инсульт, желудочно-кишечные заболевания, гестационный диабет, перинатальные состояния высокого риска, а также хронические или инвалидизирующие психические/поведенческие расстройства.
- Ограничения предоставления услуг включают:
  - Участнику может быть предоставлено до двух (2) приёмов пищи и/или пищевых наборов в день, с использованием комбинации программ MTM и MSF.

- Программа MTM/MSF может быть назначена на срок до 12 недель, с возможностью продления при наличии подтверждённой медицинской необходимости. Врачам и поставщикам услуг рекомендуется регулярно связываться с участниками, чтобы убедиться, что питание действительно доставляется, потребляется и соответствует потребностям, а также при необходимости вносить изменения для повышения эффективности программы MTM/MSF.
- Продукты питания, питание, денежные выплаты или услуги, которые уже покрываются другими программами или подлежат возмещению через альтернативные источники, не могут финансироваться или учитываться в рамках социальной поддержки MTM/MSF.

Участники могут получить доступ к этой программе, запросив направление самостоятельно, по направлению поставщика медицинских услуг или по направлению поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Центры отрезвления: Центры отрезвления (Sobering Centers) представляют собой альтернативные безопасные пространства для участников, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения в общественных местах, которые в противном случае могли бы быть доставлены в отделение неотложной помощи или помещены в тюрьму. Эти центры обеспечивают безопасную и поддерживающую среду для отрезвления, особенно для людей без постоянного места жительства или находящихся в нестабильной жизненной ситуации.

- Кто имеет право:
  - Участники, которые
    - достигли 18 лет и старше;
    - находятся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, но при этом в сознании;
    - готовы взаимодействовать;
    - могут передвигаться самостоятельно;
    - не проявляют агрессии;
    - не имеют острых заболеваний (включая опасные для жизни абстинентные симптомы или выраженные скрытые симптомы);
    - и которые в обычной ситуации были бы доставлены в отделение экстренной помощи или в тюрьму, либо уже обратились в отделение экстренной помощи и могут быть переведены в центр отрезвления.

- Ограничения предоставления услуг включают:
  - Данная услуга покрывается в течение периода менее 24 часов.

Участники могут получить доступ к этой услуге, запросив направление самостоятельно, по направлению поставщика медицинских услуг или по направлению поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Лечение астмы: Программа по лечению астмы (Asthma Remediation) направлена на предотвращение острых приступов астмы, которые могут привести к экстренной медицинской ситуации или госпитализации. В рамках программы предоставляются специальные материалы и/или физические изменения в домашней среде, необходимые для обеспечения здоровья, безопасности и благополучия участника, а также снижения риска обострений астмы при выполнении повседневных действий в домашних условиях.

- Кто имеет право:
  - Участники, которые в течение последних 12 месяцев прошли оценку факторов риска в домашней среде в рамках программы профилактики астмы (Asthma Preventive Services, APS). Эта оценка определяет медицински обоснованные меры по лечению астмы и устанавливает, насколько предлагаемые вмешательства соответствуют индивидуальным потребностям участника.
    - Начиная с 1 января 2026 года, организация CalOptima Health обязана покрывать проведение оценки факторов риска в рамках программы APS.
    - При рассмотрении запроса на предоставление физических изменений в жилище или расходных материалов в рамках программы социальной поддержки, CalOptima Health должна получить и задокументировать факт проведения такой оценки. Если оценка была проведена в течение последних 12 месяцев и место жительства участника не изменилось, она считается достаточной для подтверждения медицинской необходимости. Дополнительные документы от страхового плана MCP для обоснования необходимости лечения астмы не требуются.
- Ограничения предоставления услуг включают:
  - Если может быть использована альтернативная услуга государственного плана страхования, например обеспечение медицинским оборудованием длительного пользования (DME), которая позволит достичь той же цели —

предотвращение неотложных состояний или госпитализаций, связанных с астмой. В таких случаях предпочтение следует отдавать именно этой услуге.

- Все работы по модификации домашней среды в рамках программы лечения астмы должны соответствовать действующим строительным нормам штата и местным требованиям.
- Максимальная сумма финансирования по программе лечения астмы составляет $7,500 за весь период жизни участника. Исключение из лимита в $7,500 возможно только в случае, если состояние участника значительно изменилось, и для обеспечения его здоровья, безопасности и благополучия требуются дополнительные меры, или если такие изменения необходимы для того, чтобы участник мог продолжать жить дома более независимо, избегая госпитализации или помещения в учреждение.
- Модификации дома, связанные с лечением астмы, должны иметь прямую медицинскую или лечебную пользу для участника. Изменения, которые приносят общую пользу для всех членов домохозяйства, не покрываются. Допускаются восстановительные работы, такие как гипсокартон и покраска, если они необходимы для возвращения помещения в пригодное для проживания состояние, но эстетические улучшения не включаются в покрытие.
- Перед началом постоянных физических изменений в доме (например, установка вытяжного вентилятора или замена заплесневелого гипсокартона), CalOptima Health обязана предоставить письменное уведомление владельцу жилья и участнику. В нём должно быть указано, что изменения являются постоянными, штат не несёт ответственности за их обслуживание, ремонт или демонтаж в случае, если участник переедет. Это требование не распространяется на непостоянные материалы и оборудование, такие как чехлы для матрасов и подушек, защищённые от аллергенов, пылесосы с HEPA-фильтрами, осушители воздуха, переносные воздухоочистители, а также чистящие средства и принадлежности, безопасные для людей с астмой.

Участники могут получить доступ к этой программе, запросив направление самостоятельно, по направлению поставщика медицинских услуг или по направлению поставщика услуг социальной поддержки. Формы направления можно найти на веб-сайте CalOptima Health по адресу https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits.

Если вам нужна помощь или вы хотите узнать, какие виды социальной поддержки (Community Supports) могут быть вам доступны, позвоните по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**), круглосуточно и без выходных, или своему поставщику медицинских услуг.

F. Льготы, покрываемые вне нашего плана

Следующие услуги не покрываются нашим планом, однако вы можете получить их в рамках программы Medi-Cal Fee-for-Service (система оплаты за услугу).

F1. Калифорнийская программа перехода к жизни в обществе

Калифорнийская программа перехода к жизни в обществе (California Community Transitions, CCT) помогает получателям Medi-Cal, которые прожили в стационарном учреждении не менее 60 дней подряд, безопасно вернуться к жизни в сообществе. Для этого программа сотрудничает с местными ведущими организациями, предоставляющими поддержку на всех этапах перехода. Финансирование охватывает услуги по координации перехода как до выхода из учреждения, так и в течение 365 дней после возвращения в сообщество. Это помогает обеспечить плавный и устойчивый переход к самостоятельной жизни.

Вы можете воспользоваться этими услугами через любую ведущую организацию CCT, работающую в вашем округе. Полный список таких организаций и обслуживаемых ими округов доступен на сайте Департамента здравоохранения Калифорнии: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Услуги по координации перехода в рамках программы CCT

Услуги по координации перехода, предоставляемые в рамках программы CCT, оплачиваются Medi-Cal. Вы ничего не платите за эти услуги.

Услуги, не относящиеся напрямую к переходу по программе CCT

Поставщик услуг выставляет нам счёт за ваши услуги. Наш план покрывает стоимость услуг, предоставленных после вашего перехода. Вы ничего не платите за эти услуги.

Пока вы участвуете в программе CCT и получаете услуги по координации перехода, мы продолжаем оплачивать те виды помощи, которые указаны в Таблице льгот в **Разделе D**.

Страховое покрытие расходов на лекарственные препараты не меняется

Программа ССТ **не включает** покрытие лекарственных препаратов. Вы продолжаете получать свои обычные льготы на лекарства через наш план. Подробную информацию об этом вы найдете в **Главе 5** настоящего *Справочника участника*.

Обратите внимание: Если вам требуется помощь в переходный период, но она не связана с программой ССТ, обратитесь к своему персональному координатору медицинского обслуживания. Он поможет организовать необходимые услуги. Помощь в переходный период, **не связанная** с ССТ, — это поддержка, не относящаяся к вашему выходу из учреждения или возвращению в сообщество.

F2. Medi-Cal Dental

Некоторые стоматологические услуги предоставляются в рамках программы Medi-Cal Dental. Подробную информацию можно найти на сайте SmileCalifornia.org. Программа Medi-Cal Dental включает, в том числе, следующие виды помощи:

- первичные стоматологические осмотры, рентген, профессиональная чистка зубов и фторирование;
- пломбирование зубов и установка коронок;
- лечение корневых каналов;
- изготовление, корректировка, ремонт и перебазировка частичных и полных зубных протезов.

Для получения дополнительной информации о стоматологических услугах, доступных в рамках программы Medi-Cal Dental, или если вам нужна помощь в поиске стоматолога, принимающего Medi-Cal, позвоните в Службу поддержки Medi-Cal Dental по телефону 1-800-322-6384 (для пользователей TTY — 1-800-735-2922). Звонок бесплатный. Специалисты службы поддержки Medi-Cal Dental FFS доступны для связи с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. с понедельника по пятницу. Дополнительную информацию также можно найти на сайте: smilecalifornia.org/.

Обратите внимание: Наш план предлагает дополнительные стоматологические услуги. Подробнее — в Таблице льгот в **Разделе D**.

F3. Услуги поддержки на дому (IHSS)

Программа услуг поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS) предоставляет оплату за услуги, которые оказывают зарегистрированные поставщики, чтобы вы могли безопасно продолжать жить у себя дома. Эта программа рассматривается как альтернатива проживанию в учреждениях

длительного пребывания, таких как учреждения сестринского ухода или пансионаты.

Перед началом предоставления услуг проводится индивидуальная оценка, чтобы определить, какие именно виды помощи вам необходимы. В рамках IHSS могут быть одобрены следующие услуги: уборка жилого помещения, приготовление пищи, стирка и покупка продуктов; помощь в личной гигиене и уходе за собой (включая помощь при уходе за кишечником и мочевым пузырем, купание, гигиенические процедуры и парамедицинские услуги); сопровождение на приёмы к врачу; присмотр за людьми с психическими расстройствами.

Ваш персональный координатор медицинского обслуживания поможет вам подать заявление на участие в программе IHSS через Управление социального обеспечения (Social Services Agency) по вашему округу. Для получения информации позвоните в программу IHSS по телефону 1-714-825-3000.

F4. 1915(c) Программы отказа от институционального ухода в пользу предоставления услуг на дому и в сообществе (HCBS Waiver)

Программа отказа от институционального ухода в пользу проживания с поддержкой (ALW)

- Программа отказа от институционального ухода в пользу проживания с поддержкой (Assisted Living Waiver, ALW) предоставляет получателям Medi-Cal возможность жить в учреждениях, предоставляющих услуги с поддержкой, как альтернатива длительному пребыванию в учреждениях сестринского ухода. Основная цель программы ALW — создать условия, максимально приближенные к домашней и комфортной обстановке, способствуя возвращению в более привычную и дружественную среду, а также предотвратить необходимость госпитализации в специализированные учреждения для участников, нуждающихся в постоянной поддержке.
- Участники программы ALW могут продолжать пользоваться всеми льготами, предоставляемыми нашим планом, одновременно оставаясь участниками ALW. Мы тесно сотрудничаем с вашим агентством по координации ухода в рамках программы ALW, чтобы обеспечить согласованное и качественное предоставление всех необходимых вам услуг.
- В настоящее время программа ALW доступна только в следующих округах: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara и Sonoma.

- Ваш персональный координатор медицинского обслуживания может помочь вам подать заявку на участие в программе ALW.

Ниже приведён список местных агентств по координации услуг ALW, обслуживающих округ Ориндж:

- A-Biz Health Systems
  Телефон: 1-818-654-6874
- AARP Care Coordination Agency
  Телефон: 1-805-695-3200
- Access TLC Home Health Care
  Телефон: 1-800-852-9887
- All Hours Adult Care
  Телефон: 1-844-657-4748
- Anthem Hospice Providers
  Телефон: 1-909-533-4553
- Archangel Home Health
  Телефон: 1-562-861-7047
- Bayview Hospice
  Телефон: 1-855-962-4800
- Beta Hospice Care
  Телефон: 1-747-293-5777
- Calstro Hospice
  Телефон: 1-909-929-7312
- Central Coast Healthcare Services
  Телефон: 1-818-852-7260
- Concise Home Health Services
  Телефон: 1-310-912-3156
- Faith in Angels Hospice
  Телефон: 1-818-509-0934
- GrandCare Assisted Living Services
  Телефон: 1-877-405-6990
- Guidant Care Management
  Телефон: 1-844-494-6304
- Home Health Services of California
  Телефон: 1-213-385-9949
- I Care Hospice, Inc
  Телефон: 1-818-238-9188
- Libertana Home Health Care
  Телефон: 1-818-902-5000
- Media Home Health
  Телефон: 1-818-536-7468
- Prestigious Health Services
  Телефон: 1-626-331-7300
- River of Light Hospice
  Телефон: 1-909-748-7999
- Sierra Hospice Care
  Телефон: 1-213-380-1100
- Star Nursing
  Телефон: 1-916-542-1445
- The Caring Connection
  Телефон: 1-818-368-5007
- True Care Home Health
  Телефон: 1-888-944-6248

- Universal Home Care
  Телефон: 1-310-290-8680
- Victor Valley Home Health Services
  Телефон: 1-442-327-9060
- Vigilans Home Health Services
  Телефон: 1-909-748-7980
- Virtue Home Care
  Телефон: 1-888-802-2227

Программа отказа от институционального ухода в пользу предоставления услуг на дому и в сообществе для жителей Калифорнии с нарушениями развития (HCBS-DD Waiver)

Калифорнийская программа отказа от институционального ухода с правом самостоятельного выбора услуг (SDP) для лиц с нарушениями развития

- Существуют две программы по разделу 1915(c) — Программа отказа от институционального ухода в пользу предоставления услуг на дому и в сообществе для жителей Калифорнии с нарушениями развития (HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD) и Калифорнийская программа отказа от институционального ухода с правом самостоятельного выбора услуг (California Self-Determination Program (SDP) Waiver) — предназначенные для поддержки людей с нарушениями развития, которые были диагностированы до достижения 18 лет и, как предполагается, сохранятся на протяжении всей жизни. Обе программы предоставляют финансирование определённых видов помощи, позволяющих людям с нарушениями развития жить дома или в сообществе, а не в лицензированных учреждениях медицинского ухода. Эти услуги финансируются совместно федеральной программой Medicaid и штатом Калифорния. Ваш персональный координатор по медицинскому обслуживанию может помочь вам получить доступ к программам отказа от институционального ухода, предназначенным для лиц с нарушениями развития.

Программа отказа от институционального ухода в пользу предоставления альтернативных услуг на дому и в сообществе (HCBA Waiver)

- Программа отказа от институционального ухода в пользу предоставления альтернативных услуг на дому и в сообществе (Home and Community-Based Alternative Waiver, HCBA) оказывает услуги по координации медицинского обслуживания для людей, которым грозит размещение в учреждении сестринского ухода или другом учреждении длительного пребывания. Услуги по координации медицинского обслуживания предоставляются междисциплинарной командой, в состав которой входят медицинский и социальный работник. Эта команда координирует услуги, предоставляемые в рамках программы HCBA Waiver и государственного плана медицинского страхования (включая медицинскую помощь, услуги в области поведенческого здоровья, услуги поддержки на дому и другие виды помощи), а также организует доступ к дополнительным долгосрочным услугам и ресурсам, доступным в местном сообществе. Услуги по координации медицинского обслуживания и другие услуги HCBA Waiver предоставляются по месту проживания участника, если он живёт в сообществе. Это может быть собственное жильё участника, арендованное жильё по договору найма или дом члена семьи, в котором проживает участник.
- Участники, зарегистрированные в программе HCBA Waiver, могут одновременно пользоваться и другими льготами, предоставляемыми нашим планом. Наш план будет сотрудничать с организацией, предоставляющей услуги HCBA Waiver, чтобы обеспечить согласованность ухода.
- Ваш персональный координатор медицинского обслуживания может помочь вам подать заявку на участие в программе HCBA.

Ниже приведён список местных агентств по координации услуг HCBA, обслуживающих округ Ориндж:

- Agape Congregate Living LLC
  Телефон: 1-909-353-2330
- Optimum Care
  Телефон: 1-714-646-9901
- Tranquility Care, Inc.
  Телефон: 1-805-842-1810

Программа специальных условий Medi-Cal для альтернативного ухода (MCWP)

- Программа специальных условий Medi-Cal для альтернативного ухода (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) предоставляет комплексные услуги по координации медицинского обслуживания и непосредственному уходу для людей, живущих с ВИЧ. Она служит альтернативой размещению в учреждениях сестринского ухода или госпитализации. Координация ухода осуществляется с участием междисциплинарной команды, в которую входят дипломированный фельдшер и социальный работник. Этот подход ориентирован на потребности участника и включает тесное взаимодействие с лечащими врачами, членами семьи, опекунами и другими поставщиками услуг. Команда помогает оценить индивидуальные потребности в уходе и организовать необходимую поддержку, чтобы участник мог безопасно оставаться дома и в привычной социальной среде.
- Цели программы MCWP включают: (1) услуги на дому и в сообществе для людей, живущих с ВИЧ, которые в противном случае могли бы нуждаться в уходе в специализированных учреждениях; (2) поддержка участников в управлении своим здоровьем и состоянием при ВИЧ; (3) расширение доступа к социальной и психологической поддержке; (4) координация между поставщиками услуг и устранение дублирующихся видов помощи.
- Участники, зарегистрированные в программе MCWP, могут продолжать участие в ней, одновременно получая льготы, предусмотренные нашим планом. Наш план будет сотрудничать с агентством, предоставляющим услуги MCWP, чтобы обеспечить согласованность ухода.
- Ваш персональный координатор медицинского обслуживания может помочь вам подать заявку на участие в программе MCWP.

Ниже приведён список местных агентств по координации услуг MCWP, обслуживающих округ Ориндж:

  - Radiant Health Centers (formerly AIDS Services Foundation)
    Телефон: 1-949-809-5700

Многоцелевая программа услуг для пожилых людей (MSSP)

- Многоцелевая программа услуг для пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) предоставляет пожилым людям как медицинские, так и социальные услуги, помогая им оставаться в своих домах и в привычной социальной среде.
- Хотя большинство участников MSSP также получают услуги поддержки на дому (IHHS), программа обеспечивает постоянную координацию ухода, помогает наладить связь с другими необходимыми общественными службами

и ресурсами, координирует взаимодействие с медицинскими поставщиками и, при необходимости, покрывает расходы на определённые услуги, которые иначе были бы недоступны. Всё это направлено на предотвращение или отсрочку госпитализации. Важно отметить, что общая годовая стоимость услуг MSSP, включая координацию ухода и другие виды помощи, должна быть ниже стоимости проживания в учреждении сестринского ухода.

- Для каждого участника программы MSSP команда специалистов в области здравоохранения и социальных служб проводит всестороннюю оценку состояния здоровья и психосоциального благополучия. Это помогает определить, какие именно услуги необходимы. Затем, совместно с участником, его лечащим врачом, членами семьи и другими вовлечёнными лицами, разрабатывается индивидуальный план медицинского обслуживания, адаптированный под конкретные потребности. Программа включает следующие услуги:
  - координация медицинского обслуживания
  - дневной уход за взрослыми
  - мелкий ремонт/обслуживание дома
  - дополнительные услуги по дому, личный уход и услуги по защите
  - услуги временного ухода (для ухаживающих лиц)
  - транспортные услуги
  - консультационные и терапевтические услуги
  - питание
  - услуги связи и коммуникации
- Участники, зарегистрированные в программе MSSP, могут продолжать участие в ней, одновременно получая льготы, предусмотренные нашим планом. Наш план будет сотрудничать с агентством, предоставляющим услуги MSSP, чтобы обеспечить согласованность ухода.
- Ваш персональный координатор медицинского обслуживания поможет вам подать заявку на участие в программе MSSP. Для получения дополнительной информации о программе MSSP или подачи заявки на участие, пожалуйста, позвоните в CalOptima Health MSSP по телефону **1-714-347-5780**.

F5. Услуги поведенческого здоровья, предоставляемые окружной государственной службой вне рамок нашего плана (услуги по охране психического здоровья и лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ)

Вы имеете право на получение необходимых с медицинской точки зрения услуг в области поведенческого здоровья, покрываемых программами Medicare и Medi-Cal. Мы предоставляем доступ к услугам поведенческого здоровья, покрываемым программами Medicare и Medi-Cal. Наш план не предоставляет специализированные услуги Medi-Cal в области психического здоровья или государственные услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Однако эти специализированные услуги доступны вам через агентства по охране психического здоровья по вашему округу, которые находятся под управлением Службы здравоохранения округа Оринджа (Orange County Health Care Agency, OCHCA).

Специализированные услуги в области психического здоровья доступны вам через государственный страховой план охраны психического здоровья по вашему округу, который находится под управлением Службы здравоохранения округа Оринджа (OCHCA), если вы соответствуете критериям для получения специализированных услуг по охране психического здоровья. Эти услуги включают:

- услуги в области психического здоровья
- услуги помощи с лекарствами
- интенсивный курс лечения в дневном стационаре
- дневную реабилитацию
- услуги кризисного вмешательства
- услуги кризисной стабилизации
- услуги по лечению взрослых с проживанием
- услуги по лечению в кризисных ситуациях с проживанием
- услуги психиатрических учреждений
- психиатрические услуги в больничном стационаре
- целевое ведение пациентов
- услуги равного консультирования от людей с аналогичным опытом
- мобильные кризисные службы вмешательства на базе сообщества
- терапевтические поведенческие услуги

- терапевтический патронаж
- координацию интенсивной терапии
- интенсивные услуги на дому
- программы реабилитации после отбытия наказания
- целевую комплексную помощь в сообществе (ACT)
- судебно-ориентированную комплексную помощь в сообществе (FACT)
- специализированную координированную помощь при первом эпизоде психоза (CSC/FEP)
- услуги клубного дома
- услуги расширенной поддержки работников здравоохранения в сообществе (CHW)

Услуги организованной системы доставки лекарств (DMC-ODS) Medi-Cal доступны вам через государственную службу охраны психического здоровья по вашему округу, если вы соответствуете критериям для получения этих услуг. Эти услуги включают:

- услуги интенсивного амбулаторного лечения
- стационарное лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в перинатальный период с проживанием;
- услуги амбулаторного лечения;
- программу лечения наркозависимости
- лекарственные препараты для лечения наркозависимости (так называемая поддерживающая терапия);
- услуги равного консультирования от людей с аналогичным опытом
- мобильные кризисные службы вмешательства на базе сообщества
- услуги раннего вмешательства (для участников младше 21 года)
- ранний и периодический скрининг, диагностику и лечение (EPSDT) (для участников младше 21 года)

Услуги организованной системы доставки лекарств Medi-Cal (DMC-ODS) могут включать:

- услуги амбулаторного лечения;
- услуги интенсивного амбулаторного лечения

- услуги частичной госпитализации
- лекарственные препараты для лечения наркозависимости (так называемая поддерживающая терапия);
- услуги по лечению с проживанием
- услуги по снятию синдрома отмены
- программу лечения наркозависимости
- услуги по восстановлению
- координацию медицинского обслуживания
- услуги равного консультирования от людей с аналогичным опытом
- мобильные кризисные службы вмешательства на базе сообщества
- реагирование в чрезвычайных ситуациях
- услуги раннего вмешательства (для участников младше 21 года)
- ранний и периодический скрининг, диагностику и лечение (EPSDT) (для участников младше 21 года)
- лечение в стационаре

Помимо перечисленных выше видов помощи, вы также можете получить доступ к добровольной детоксикации в условиях стационара, если соответствуете установленным критериям.

Если у вас есть вопросы о доступных услугах в области поведенческого здоровья, необходимости предварительного одобрения (авторизации), или о процессе оценки степени нарушений для подбора подходящих услуг, пожалуйста, позвоните на горячую линию помощи по вопросам поведенческого здоровья CalOptima Health Behavioral Health Line по номеру **1-855-877-3885** (линия TTY: **711**). При звонке выберите опцию CalOptima Health OneCare.

G. Услуги, не покрываемые нашим планом, а также программами Medicare и Medi-Cal

В этом разделе описаны услуги, которые исключены из покрытия нашего плана. Под «исключёнными» услугами понимаются те, которые мы не оплачиваем. Эти услуги также не покрываются программами Medicare и Medi-Cal.

Ниже приведён перечень некоторых услуг и товаров, которые не оплачиваются ни при каких условиях, а также тех, которые могут быть исключены в определённых ситуациях.

Мы не оплачиваем исключённые медицинские услуги, указанные в этом разделе (или в других частях настоящего *Справочника участника*), кроме специально оговорённых случаев. Даже если такие услуги были получены в учреждении экстренной помощи, план не оплачивает их. Если вы считаете, что наш план должен оплатить услугу, несмотря на то что она не входит в покрытие, вы имеете право подать апелляцию. Подробную информацию о процессе подачи апелляции вы найдёте в **Главе 9** настоящего *Справочника участника*.

Помимо всех исключений и ограничений, указанных в Таблице льгот, наш план не покрывает следующие товары и услуги:

- услуги, которые не считаются обоснованными и медицински необходимыми в соответствии с критериями Medicare и Medi-Cal, если только они не указаны как покрываемые;
- экспериментальные методы лечения, хирургические процедуры, медицинские изделия и препараты — за исключением случаев, когда они покрываются программой Medicare, применяются в рамках клинического исследования, одобренного Medicare, включены в перечень покрываемых услуг нашего плана. Подробнее о клинических исследованиях вы можете узнать в **Главе 3** настоящего *Справочника участника*. Под экспериментальными понимаются методы и средства лечения, которые не признаны стандартом медицинской практики и не получили широкого одобрения в профессиональном медицинском сообществе;
- хирургическое лечение морбидного ожирения, за исключением случаев, когда оно признано медицински необходимым и покрывается Medicare;
- размещение в отдельной палате в больнице, за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям;
- услуги частной медсестры;

- личные вещи в больничной палате или учреждении сестринского ухода, например, телефон или телевизор;
- постоянный сестринский уход на дому;
- услуги, предоставляемые членами вашей семьи или ближайшими родственниками;
- доставка еды на дом;
- добровольные процедуры и услуги, направленные на улучшение внешности или функций организма, такие как снижение веса, стимуляция роста волос, повышение сексуальной активности, улучшение спортивных показателей, косметические вмешательства, процедуры для улучшения когнитивных способностей или замедления возрастных изменений, за исключением случаев, когда они признаны медицински необходимыми;
- косметическая хирургия и другие эстетические процедуры, если только они не требуются в результате травмы, полученной при несчастном случае, или не направлены на коррекцию врождённой или приобретённой деформации. Однако наш план покрывает реконструкцию груди после мастэктомии, а также соответствующие процедуры для другой груди, чтобы сохранить симметрию;
- услуги хиропрактики, за исключением мануальных манипуляций на позвоночнике в соответствии с правилами страхового покрытия;
- стандартный уход за стопами, за исключением случаев, описанных в разделе «Услуги подолога» в Таблице льгот в **Разделе D**;
- ортопедическая обувь, за исключением случаев, когда она входит в состав ортеза и включена в его стоимость, либо предназначена для людей с синдромом диабетической стопы;
- поддерживающие приспособления для стоп, за исключением ортопедической или терапевтической обуви, предназначенной для людей с диабетической стопой;
- радиальная кератотомия, операция LASIK и другие процедуры для коррекции зрения;
- обратная стерилизация (восстановление фертильности);
- услуги натуропата, основанные на применении природных или альтернативных методов лечения;

- услуги, предоставляемые ветеранам в учреждениях Министерства по делам ветеранов (Veterans Affairs, VA). Однако, если ветеран получает экстренную помощь в больнице VA, и сумма, которую нужно заплатить в VA, больше, чем та, что покрывается нашим планом, мы вернём вам разницу. Однако вы всё равно должны оплатить свою часть расходов, как предусмотрено условиями плана.
- Услуги парамедиков, оказываемых на месте происшествия. Информацию о покрытии таких услуг можно получить в мэрии вашего города.

Глава 5: Получение препаратов для амбулаторного лечения

Введение

В этой главе разъясняются правила получения рецептурных препаратов для амбулаторного лечения. Это препараты, которые вам назначает врач и вы получаете в аптеке или по почте. К ним относятся препараты, покрываемые в рамках Части D программы Medicare и программой Medi-Cal. Информацию о том, сколько вы платите за эти препараты, вы найдёте в **Главе 6** настоящего *Справочника участника*. Определения ключевых терминов приведены в алфавитном порядке в заключительной главе данного *Справочника участника*.

Мы также покрываем следующие категории лекарств, хотя они подробно не рассматриваются в этой главе:

- **Препараты, покрываемые в рамках Части A программы Medicare.** К ним, как правило, относятся препараты, которые выдаются вам во время пребывания в больнице или учреждении сестринского ухода.
- **Препараты, покрываемые в рамках Части B программы Medicare.** К ним относятся некоторые химиотерапевтические средства и инъекционные препараты, которые выдаются вам во время визита к врачу или другому поставщику услуг, а также препараты, применяемые в клиниках диализа. Дополнительную информацию о том, какие лекарства покрываются в рамках Части B программы Medicare, можно найти в Таблице льгот в **Главе 4** настоящего *Справочника участника*.
- Если вы получаете хосписную помощь в рамках программы Medicare (Medicare Hospice Benefit), ваши лекарственные препараты могут покрываться программой Original Medicare, наряду с покрытием по Части D Medicare и другими медицинскими льготами вашего плана. Подробнее — в **Главе 5, Раздел D** «Если вы участвуете в хосписной программе, сертифицированной Medicare».

Правила покрытия препаратов для амбулаторного лечения в рамках нашего плана

Обычно мы покрываем расходы на ваши лекарства, если вы соблюдаете правила, изложенные в этом разделе.

Рецепт должен быть выписан врачом, стоматологом или другим специалистом, имеющим право на назначение лекарств в соответствии с законодательством штата. Обычно это ваш лечащий врач (PCP) или специалист, к которому вас направил PCP.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Специалист, назначающий лечение **не должен** числиться в списках исключений Medicare или аналогичных списках Medi-Cal.

Рецептурный лекарственный препарат должен быть получен в аптеке, входящей в сеть плана (подробнее — в **Разделе A1**), либо через почтовую доставку, предоставляемую планом.

Назначенное лекарство должно входить в Список покрываемых лекарств, сокращённо — *«Список лекарств»* (подробнее — в **Разделе B** данной главы.)

- Если препарат отсутствует в *Списке лекарств*, мы можем сделать для вас исключение.
- Подробнее о том, как подать запрос об исключении — в **Главе 9**.
- Обратите внимание, что запрос на покрытие выписанного вам препарата будет оцениваться в соответствии со стандартами Medicare и Medi-Cal.

Препарат должен использоваться по медицинским показаниям, то есть его применение должно быть одобрено Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA), или подтверждено авторитетными медицинскими рекомендациями. Специалист, назначивший лекарство, может помочь вам найти авторитетные медицинские рекомендации, подтверждающие необходимость запрашиваемого применения назначенного препарата. Если лекарственные средства, покрываемые программой Medi-Cal Rx, применяются для лечения состояний, не одобренных Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) или не указанных в авторитетных медицинских справочниках, то считается, что они используются «вне одобренных показаний» (off-label). Если препарат используется off-label, он не подлежит покрытию, за исключением случаев, когда его применение описано в рецензируемой медицинской литературе, и оно признано медицински необходимым. В рамках Medi-Cal Rx под медицинской необходимостью понимается использование препарата для сохранения жизни, предотвращения серьёзного заболевания или инвалидности, облегчения сильной боли при диагностике или лечении болезни или травмы.

Для некоторых препаратов может потребоваться предварительная авторизация (разрешение) плана на основании установленных критериев (подробнее — в **Разделе C** данной главы).

Содержание

A. Получение лекарств по рецепту 202
A1. Получение лекарств по рецепту в аптеке, входящей в сеть плана 202
A2. Использование идентификационной карты участника при получении рецептурных препаратов. 202
A3. Что делать, если вы сменили сетевую аптеку 203
A4. Что делать, если ваша аптека вышла из сети плана 203
A5. Использование специализированной аптеки 203
A6. Доставка препаратов по почте 204
A7. Получение долгосрочного запаса лекарств 205
A8. Использование аптеки, не входящей в сеть нашего плана 205
A9. Возмещение расходов на рецептурный препарат 206

B. *Список лекарств* нашего плана. 207
B1. Лекарства, входящие в *Список лекарств* 207
B2. Как найти нужный препарат в *Списке лекарств* 208
B3. Препараты, не входящие в наш *Список лекарств* 208
B4. Категории распределения затрат в Списке лекарств. 209

C. Ограничения на некоторые лекарственные препараты 210

D. Причины, по которым ваш препарат может не покрываться 212
D1. Получение временного запаса 212
D2. Как запросить временный запас лекарства 214
D3. Как подать запрос на исключение 214

E. Изменения в покрытии ваших лекарств 214

F. Покрытие лекарств в особых случаях 217
F1. Во время пребывания в больнице или учреждении сестринского ухода, покрываемого нашим планом 217
F2. Во время пребывания в учреждении длительного ухода. 217
F3. Если вы получаете помощь в рамках хосписной программы, сертифицированной Medicare 218

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

G. Программы по обеспечению безопасности и контролю приёма лекарств 219
G1. Программы, помогающие безопасно использовать лекарства 219
G2. Программы по обеспечению безопасности и контролю приёма лекарств 219
G3. Программа контроля приёма лекарств (DMP) для безопасного использования опиоидных препаратов 220

A. Получение лекарств по рецепту

A1. Получение лекарств по рецепту в аптеке, входящей в сеть плана

В большинстве случаев мы оплачиваем рецептурные препараты только в том случае, если они получены в любой из аптек, входящих в нашу сеть. Сетевая аптека — это аптека, которая согласилась обслуживать участников нашего плана и отпускать им рецептурные лекарственные препараты. Вы можете воспользоваться любой из аптек, входящей в нашу сеть (информацию о случаях, когда возможно покрытие препаратов, полученных в аптеках вне сети, см. в **Разделе A8**).

Чтобы найти сетевую аптеку, воспользуйтесь *Каталогом поставщиков* услуг и аптек, зайдите на наш веб-сайт или обратитесь в Службу поддержки.

A2. Использование идентификационной карты участника при получении рецептурных препаратов

При получении рецептурного препарата в сетевой аптеке **предъявите идентификационную карту участника**. Аптека направит нам счёт на покрываемую часть стоимости препарата. Возможно, вам потребуется внести доплату при получении лекарства.

Обратите внимание, для получения препаратов, покрываемых Medi-Cal Rx, потребуется карта Medi-Cal или идентификационная карта получателя льгот (Benefits Identification Card, BIC).

Если при получении рецептурного препарата у вас нет с собой карты участника или карты BIC, попросите сотрудника аптеки позвонить нам для подтверждения информации, или найти данные о вашей регистрации в плане через систему.

Если аптеке не удастся получить нужную информацию, вам, возможно, придётся оплатить полную стоимость препарата. В этом случае вы можете подать запрос на возврат нашей доли расходов. **Если вы не можете оплатить препарат, немедленно свяжитесь со Службой поддержки** — мы постараемся помочь.

- Подробнее о запросе на возмещение расходов — в **Главе 7** настоящего *Справочника участника*.
- Если вам нужна помощь с получением лекарства по рецепту — обратитесь в Службу поддержки.

A3. Что делать, если вы сменили сетевую аптеку

Если вы решили сменить аптеку и вам нужно пополнить запас рецептурного лекарства, у вас есть два варианта: попросить врача выписать новый рецепт, или попросить текущую аптеку перевести рецепт в новую, если по нему ещё возможны повторные отпуски препарата (рефилы). Рефилы (от англ. refills) — это возможность получить лекарство несколько раз на основании одного рецепта, если это предусмотрено врачом.

Если вам нужна помощь в смене сетевой аптеки, обратитесь в Службу поддержки.

A4. Что делать, если ваша аптека вышла из сети плана

Если аптека, которой вы пользовались, больше не входит в сеть нашего плана, вам необходимо выбрать новую сетевую аптеку.

Найти подходящую аптеку можно с помощью *Каталога поставщиков* услуг и аптек, на нашем сайте или через Службу поддержки.

A5. Использование специализированной аптеки

В некоторых случаях лекарства по рецепту можно получить только через специализированную аптеку. К таким аптекам относятся:

- Аптеки, специализирующиеся на изготовлении рецептурных лекарств для проведения инфузионной терапии на дому.
- Аптеки при учреждениях длительного ухода, таких как учреждения сестринского типа.
    - Обычно учреждения длительного ухода имеют собственные аптеки. Если вы проживаете в учреждении длительного ухода, мы гарантируем, что вы сможете получить необходимые лекарства в аптеке этого учреждения.
    - Если аптека при учреждении длительного ухода не входит в нашу сеть или возникают сложности с получением лекарств в учреждении длительного ухода, обратитесь в Службу поддержки.
- Аптеки, обслуживающие поставщиков медицинских услуг для индейцев (IHCP). Члены коренных народов Америки и Аляски могут пользоваться аптеками, управляемыми поставщиками медицинских услуг для индейцев (Indian Health Care Provider, IHCP), при условии, что у IHCP есть зарегистрированная розничная аптека. Даже не являясь членом коренных народов Америки и Аляски, вы всё равно можете воспользоваться услугами аптеки в IHCP, если вам назначено лечение в клинике IHCP, или если у вас возникла чрезвычайная ситуация и вам необходим немедленный доступ к лекарства.

- Аптеки, отпускающие лекарства, продажа которых разрешена FDA только в определенных местах или которые требуют особого обращения, координации поставщика услуг или обучения по применению (примечание: такие случаи встречаются редко).
- Чтобы найти специализированную аптеку, воспользуйтесь *Каталогом поставщиков услуг и аптек*, посетите наш сайт или свяжитесь со Службой поддержки.

A6. Доставка препаратов по почте

Для определённых видов лекарств вы можете воспользоваться услугой почтовой доставки, предоставляемой нашим планом. Как правило, по почте могут быть доставлены препараты, которые вы принимаете на постоянной основе для лечения хронических или длительных заболеваний.

Почтовая доставка позволяет заказать запас лекарств на срок до 100 дней. При этом размер доплаты за 100-дневный запас такой же, как и за месячный.

Получение рецептурных лекарств по почте

Чтобы получить формы для заказа и подробную информацию о почтовой доставке рецептурных лекарств, свяжитесь со Службой поддержки по телефону **1-877-412-2743** (линия TTY: **711**) — круглосуточно, без выходных.

Обычно доставка рецептурного лекарства, заказанного по почте, занимает от 7 до 10 дней. Однако в некоторых случаях возможны задержки. Если доставка лекарства по почте задерживается, вы можете обратиться к своему лечащему врачу (PCP), чтобы он выписал вам экстренный рецепт. С этим рецептом вы можете обратиться в любую ближайшую аптеку, входящую в сеть. Сотрудники аптеки могут связаться с компанией MedImpact (партнёр CalOptima Health OneCare Complete) по телефону 1-800-788-2949, чтобы получить разрешение на экстренную выдачу лекарства (emergency override) из-за задержки в процессе доставки по почте.

Процедура оформления заказов по почте

Служба почтовой доставки применяет разные правила в зависимости от ситуации: если рецепт был получен от вас, если он поступил напрямую из офиса вашего врача, или если вы пополняете запас рецептурного лекарства по почте.

1. Новые рецепты, полученные от вас

Аптека автоматически оформляет и отправляет такие рецептурные лекарства.

2. Новые рецепты, полученные от врача

После получения рецепта от вашего врача аптека свяжется с вами, чтобы уточнить, хотите ли вы получить препарат сразу или позже.

- Это позволяет вам убедиться, что заказ соответствует вашим ожиданиям (дозировка, количество, форма выпуска), а также при необходимости — отложить или отменить заказ до его отправки и выставления счёта.
- Обязательно отвечайте на звонки из аптеки, чтобы сообщить им что делать с новым рецептом и, таким образом, избежать задержек в доставке.

3. Пополнение запаса рецептурного лекарства по почте

Свяжитесь с аптекой за 21 день до того, как закончится текущий препарат, чтобы убедиться, что ваш следующий заказ будет отправлен вам вовремя.

Уточните, каким способом с вами лучше связаться для подтверждения заказа перед его отправкой. Чтобы указать свои предпочтения в способах получения информации, позвоните в Службу поддержки по телефону **1-877-412-2743** (линия TTY: **711**) — круглосуточно, 7 дней в неделю.

A7. Получение долгосрочного запаса лекарств

Вы можете получить долгосрочный запас поддерживающих препаратов, включённых в Список лекарств нашего плана. Поддерживающие лекарственные препараты (maintenance drugs) предназначены для регулярного приёма при хронических или длительных заболеваниях.

Некоторые аптеки из сети предоставляют возможность получить 100-дневный запас поддерживающих препаратов. При этом размер доплаты за 100-дневный запас такой же, как и за месячный. Информацию о том, какие аптеки могут предоставить вам долгосрочный запас поддерживающих препаратов, можно найти в *Каталоге поставщиков услуг и аптек*. Также вы можете обратиться в Службу поддержки за дополнительной информацией.

Кроме того, вы можете воспользоваться услугой заказа лекарств по почте для получения долгосрочного запаса поддерживающих препаратов. Подробнее о заказе лекарств по почте — в **Разделе A6**.

A8. Использование аптеки, не входящей в сеть нашего плана

Как правило, мы можем оплатить лекарства, полученные в аптеке вне сети, только в тех случаях, когда у вас нет возможности пользоваться услугами сетевой аптеки. За пределами нашей зоны обслуживания есть сетевые аптеки, в которых вы можете получить рецептурные препараты как участник нашего плана. В таких случаях перед покупкой лекарства рекомендуется связаться со Службой поддержки, чтобы узнать о ближайших сетевых аптеках.

? **Если у вас возникли вопросы**, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Мы покрываем расходы на лекарства, приобретённые в аптеках вне сети, в следующих ситуациях:

- Если вы не можете своевременно получить покрываемый рецептурный препарат в пределах нашей зоны обслуживания, поскольку входящая в сеть аптека недоступна или не работает (например, входящая в сеть круглосуточная аптека находится на слишком большом расстоянии).
- Необходимый препарат отсутствует в наличии в сетевых аптеках (например, специализированное лекарство).
- Вы находитесь за пределами зоны обслуживания (в пределах США), и у вас закончилось лекарство, либо вы его потеряли или вы заболели и не имеете возможности обратиться в аптеку, входящую в сеть плана.
- Препарат необходим для оказания экстренной или неотложной помощи, а сетевая аптека недоступна.
- Вы получаете рецептурный препарат во время объявленного на федеральном уровне стихийного бедствия или чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, в результате которой вы эвакуированы или иным образом вынуждены покинуть свой дом и не можете обратиться в сетевую аптеку.

A9. Возмещение расходов на рецептурный препарат

Если вам необходимо воспользоваться услугами аптеки, не входящей в сеть плана, вам, как правило, придется заплатить полную стоимость рецептурного препарата при его получении вместо доплаты. Однако вы можете подать запрос на возмещение нашей доли расходов. Обратите внимание, что вам, возможно, придётся оплатить разницу между фактической стоимостью лекарства и той суммой, которую мы бы покрыли при покупке препарата в сетевой аптеке.

Если вы оплатите полную стоимость рецептурного препарата, который может покрываться программой Medi-Cal Rx, аптека может возместить вам эти средства после того, как Medi-Cal Rx оплатит препарат. Вы также можете запросить у Medi-Cal Rx возмещение расходов, подав заявление по форме “Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan)” — это форма для возврата средств, если вы оплатили лекарства самостоятельно. Подробности можно найти на сайте Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Более подробная информацию об этом представлена в **Главе 7** настоящего *Справочника участника*.

B. *Список лекарств* нашего плана

Наш план имеет Список *покрываемых лекарств (List of Covered Drugs),* сокращённо — *«Список лекарств»*

Мы отбираем препараты для *Списка лекарств* с помощью врачей и фармацевтов. В Списке лекарств также указаны правила, которым необходимо следовать при получении лекарств.

Обычно, если вы соблюдаете правила, изложенные в данной главе, наш план покрывает лекарства, включённые в *Список лекарств* нашего плана.

B1. Лекарства, входящие в *Список лекарств*

В наш *Список лекарств* входят препараты, покрываемые в рамках Части D программы Medicare.

Большинство рецептурных препаратов, которые вы получаете в аптеке, покрываются нашим планом. Некоторые другие препараты, такие как безрецептурные средства (over-the-counter, OTC) и определённые витамины, могут покрываться через программу Medi-Cal Rx. Более подробную информацию можно найти на сайте Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) Вы также можете позвонить в центр обслуживания клиентов Medi-Cal Rx по телефону 1-800-977-2273. При получении рецептурных препаратов через Medi-Cal Rx возьмите с собой идентификационную карту получателя льгот (Beneficiary Identification Card, BIC) программы Medi-Cal.

В наш *Список лекарств* входят фирменные препараты, дженерики и биологические продукты (которые могут включать биосимиляры).

Фирменные препараты — лекарства, продаваемые под торговой маркой производителя. Биологические препараты — более сложные по составу лекарства. В нашем *Списке лекарств* под словом «препарат» может подразумеваться как лекарственный препарат, так и биологический продукт.

Дженерики — препараты с теми же активными веществами, что и фирменные. У биологических продуктов есть альтернативы, которые называются биосимилярами (или биоаналогами). Биосимиляры, как и дженерики, обычно столь же эффективны, как оригинальные фирменные препараты или биологические продукты, но стоят дешевле. Для многих фирменных препаратов существуют дженерики, а для некоторых оригинальных биологических продуктов – биосимиляры. Некоторые биосимиляры являются взаимозаменяемыми, и в зависимости от законодательства штата, они могут быть выданы в аптеке вместо оригинального биологического препарата без необходимости выписывать новый рецепт — так же, как дженерики могут заменять фирменные лекарства.

Определения всех типов препаратов, включённых в *Список лекарств*, приведены в **Главе 12**.

? **Если у вас возникли вопросы**, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

B2. Как найти нужный препарат в *Списке лекарств*

Чтобы узнать, входит ли ваш препарат в *Список лекарств*, вы можете:

- Посетить сайт нашего плана: **www.caloptima.org/OneCare**. Здесь всегда размещена самая актуальная версия *Списка лекарств*.
- Позвонить в Службу поддержки, чтобы уточнить наличие препарата в *Списке лекарств* или запросить печатную копию списка.
- Если препарат не покрывается в рамках Части D, он может быть покрыт через Medi-Cal Rx. Подробнее — на сайте Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)
- Воспользуйтесь нашим «Инструментом проверки льгот в режиме реального времени» на сайте https://www.medimpact.com/, чтобы найти нужный препарат в *Списке лекарств*, узнать ориентировочную сумму доплаты, посмотреть возможные альтернативы для лечения того же состояния/заболевания. Также вы всегда можете обратиться за помощью в Службу поддержки.

B3. Препараты, не входящие в наш *Список лекарств*

Наш план покрывает не все существующие лекарственные препараты.

- Некоторые лекарства не включены в *Список лекарств*, потому что закон запрещает нам их покрывать.
- В других случаях препарат исключён из *Списка лекарств* по решению плана.
- Однако в отдельных ситуациях вы всё же можете получить препарат, не входящий в *Список лекарств*. Подробнее об этом — в **Главе 9**.

Существует категория лекарств, которые не покрываются нашим планом — они называются **исключёнными препаратами**. Если вам выписали такой препарат, возможно, вам придётся оплатить его самостоятельно. Если вы считаете, что в вашем случае препарат должен быть покрыт, вы можете подать апелляцию. Информацию о процессе подачи апелляции вы найдёте в **Главе 9** настоящего *Справочника участника*.

Три основных правила, касающихся исключённых препаратов:

1. Покрытие лекарственных средств для амбулаторного лечения по нашему плану (что включает Часть D программы Medicare) не распространяется на лекарства, которые уже покрываются по Части A или Части B программы Medicare. Наш план полностью оплачивает препараты, покрываемые по Части A программы Medicare или по Части B программы Medicare, но эти лекарства не считаются частью вашей льготы лекарственного обеспечения для амбулаторного лечения.
2. Наш план не покрывает препараты, приобретённые за пределами США и подвластных им территорий.

3. Применение препарата должно быть одобрено FDA или подтверждено официальными медицинскими рекомендациями для лечения вашего состояния/заболевания. Иногда врач может назначить вам препарат для лечения состояния/заболевания, даже если этот препарат официально не одобрен для этого конкретного диагноза. Это называется “off-label use” — то есть “применение не по прямому назначению”. Наш план обычно не покрывает расходы на препараты, выписанные для применения не по прямому назначению.

Кроме того, согласно закону, программы Medicare или Medi-Cal не могут покрывать препараты следующих типов:

- Препараты для повышения фертильности
- Препараты для облегчения кашля или симптомов простуды*
- Средства для косметических целей и стимуляции роста волос
- Витамины и минеральные добавки, отпускаемые по рецепту (за исключением пренатальных витаминов и препаратов фтора)*
- Препараты для лечения сексуальной или эректильной дисфункции
- Препараты для лечения анорексии, а также для набора или снижения веса*
- Препараты для амбулаторного лечения от производителей, требующих прохождения анализов или услуг исключительно у них

*Некоторые из этих препаратов могут покрываться программой Medi-Cal. Для получения дополнительной информации посетите сайт Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov).

B4. Категории распределения затрат в *Списке лекарств*

Каждое лекарство в нашем *Списке лекарств* отнесено к одной из двух категорий. Категория (tier) — это группа препаратов одного типа, например, дженерики, фирменные или безрецептурные лекарства. Как правило, чем выше категория, тем выше может быть ваша доля оплаты за препарат.

Препараты 1-й категории — это дженерики. Доплата: $0.

Препараты 2-й категории — это фирменные препараты. Доплата: от $0 до $12.65, в зависимости от вашего дохода.

Чтобы узнать, к какой категории относится ваш препарат, найдите его в нашем *Списке лекарств.*

Размер вашей оплаты для каждой категории подробно описан в **Главе 6** настоящего *Справочника участника*.

C. Ограничения на некоторые лекарственные препараты

Для определённых лекарств действуют специальные правила, которые ограничивают, как и когда наш план может покрывать их. Эти правила направлены на то, чтобы вы получали безопасные, эффективные и подходящие препараты для вашего состояния/заболевания. Если существует более безопасный и менее дорогой препарат, который действует так же эффективно, как более дорогой, мы ожидаем, что ваш лечащий врач назначит именно более доступный вариант.

Обратите внимание: иногда один и тот же препарат может быть указан в *Списке лекарств* несколько раз. Это связано с тем, что препарат может различаться по дозировке (например, 10 мг и 100 мг), частоте приёма (один раз в день или два), форме выпуска (таблетка или жидкость). Для разных вариантов одного и того же препарата могут применяться разные ограничения.

Если для вашего лекарства установлено специальное правило, это обычно означает, что вы или ваш поставщик услуг должны предпринять дополнительные шаги, чтобы препарат был покрыт. Например, ваш поставщик услуг может быть обязан предоставить диагноз или результаты анализов крови. Если вы или ваш поставщик услуг считаете, что правило не должно применяться в вашем случае, вы можете потребовать оформить для вас исключение. Мы можем разрешить (или не разрешить) вам применять препарат без дополнительных шагов.

Подробнее о процессе запроса исключений — в **Главе 9** настоящего *Справочника участника*.

1. **Ограничение на использование фирменных препаратов и оригинальных биологических продуктов при наличии дженериков или взаимозаменяемых биосимиляров**

   Как правило, дженерики или биосимиляры действуют так же, как и фирменные препараты или оригинальные биологические продукты, но стоят дешевле. Если доступна дженериковая версия или взаимозаменяемый биосимиляр, аптеки нашей сети, как правило, выдают именно их.

   - Обычно мы не покрываем фирменные препараты или оригинальные биологические продукты, если есть доступная дженериковая альтернатива.
   - Однако, если ваш врач предоставит медицинское обоснование, почему дженерик или взаимозаменяемый биосимиляр или другой покрываемый препарат для лечения вашего заболевания/состояния не подходит именно вам, мы можем покрыть фирменный препарат.
   - Обратите внимание: доплата за фирменный препарат может быть выше, чем за дженерик или взаимозаменяемый биосимиляр.

? **Если у вас возникли вопросы**, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

2. **Необходимость предварительного одобрения плана**

   Для некоторых препаратов требуется предварительное одобрение от нашего плана до того, как вы сможете получить лекарство по рецепту в аптеке. Это называется предварительной авторизацией (prior authorization). Этот процесс необходим для обеспечения безопасности и правильного использования определённых лекарств. Если вы не получите одобрение заранее, препарат может не покрываться. Для получения более подробной информации о предварительной авторизации, свяжитесь со Службой поддержки по номеру, указанному внизу страницы, или посетите наш веб-сайт **www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy**.

3. **Использование других препаратов перед применением назначенного лекарства**

   В некоторых случаях мы просим вас сначала попробовать менее дорогой препарат, прежде чем мы покроем более дорогой. Например, если препараты A и B лечат одно и то же заболевание/состояние, но A дешевле, мы можем потребовать, чтобы вы сначала попробовали A.

   Если препарат A **не подействует**, мы покроем препарат B. Это называется поэтапной терапией (step therapy). Для получения более подробной информации о поэтапной терапии, свяжитесь со Службой поддержки по номеру, указанному внизу страницы, или посетите наш веб-сайт **www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy**.

4. **Ограничения по количеству**

   Для некоторых препаратов мы ограничиваем количество, которое вы можете получить. Это называется ограничением по количеству (quantity limits). Например, если для определённого препарата безопасной считается доза — одна таблетка в день, мы можем ограничить выдачу именно этим количеством.

Чтобы узнать, распространяются ли какие-либо из указанных выше правил на препарат, который вы принимаете или хотите принимать, ознакомьтесь с нашим *Списком лекарств*. Для получения наиболее актуальной информации, свяжитесь со Службой поддержки по номеру, указанному внизу страницы, или посетите наш веб-сайт **www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy**. Если вы не согласны с нашим решением о покрытии по любому из вышеуказанных оснований, вы можете подать апелляцию. Подробности — в **Главе 9** настоящего *Справочника участника*.

D. Причины, по которым ваш препарат может не покрываться

Мы стараемся сделать лекарственное обеспечение максимально удобным для вас, но иногда препарат может не покрываться так, как вам хотелось бы. Например:

- Наш план не покрывает нужный вам препарат. Препарат может отсутствовать в нашем *Списке лекарств*. Мы можем покрывать дженерик, но не фирменный препарат, который вы предпочитаете. Препарат может быть новым, и мы ещё не завершили его оценку на безопасность и эффективность.
- Препарат покрывается, но на него действуют особые правила или ограничения покрытия. Как объяснялось в разделе выше, на некоторые препараты, покрываемые нашим планом, распространяются правила, ограничивающие их применение. В некоторых случаях вы или ваш врач, назначивший вам препарат, можете подать запрос на исключение из этих правил.

Если препарат не покрывается так, как вам нужно, возможны различные варианты действий.

D1. Получение временного запаса

В определённых ситуациях мы можем предоставить вам временный запас препарата, если он не входит в наш *Список лекарств* или на него наложены ограничения. Это даст вам время обсудить с врачом альтернативный препарат или подать запрос на покрытие нужного лекарства.

Чтобы получить временный запас, должны выполняться два условия:

1. Препарат, который вы принимаете:
   - больше не входит в *Список лекарств*, **или**
   - никогда не входил в *Список лекарств*, **или**
   - теперь на него распространяются какие-либо ограничения.
2. Вы должны находиться в одной из следующих ситуаций:
   - Вы являлись участником плана в прошлом году.
     - Мы покроем временный запас препарата **в течение первых 90 дней календарного года.**
     - Этот временный запас рассчитан на срок до 30 дней.

- Если ваш рецепт выписан на меньший срок, мы допускаем многократное получение препарата в аптеке для обеспечения 30-дневного запаса. Получать препарат по рецепту необходимо в аптеке, входящей в сеть плана.
- Аптеки при учреждениях длительного ухода могут отпускать препарат небольшими партиями, чтобы избежать потерь.

- Вы только что присоединились к нашему плану.
  - Мы покроем временный запас препарата **в течение первых 90 дней вашего участия в нашем плане.**
  - Такой запас предоставляется на срок до 30 дней
  - Если ваш рецепт выписан на меньший срок, мы допускаем многократное получение препарата в аптеке для обеспечения 30-дневного запаса. Получать препарат по рецепту необходимо в аптеке, входящей в сеть плана.
  - Аптеки при учреждениях длительного ухода могут отпускать препарат небольшими партиями, чтобы избежать потерь.
- Вы являетесь участником нашего плана более 90 дней, находитесь в учреждении длительного ухода и вам срочно нужен препарат.
  - Мы покроем один запас на 31 день (или меньше, если рецепт выписан на меньший срок). Это дополнительно к временному запасу, о котором говорилось выше.
- Вы переходите из одного места лечения в другое (изменение уровня ухода).
  - Примеры таких переходов: перевод из отделения интенсивной терапии больницы в учреждение длительного ухода, выписка из больницы домой, завершение пребывания в учреждении квалифицированного сестринского ухода по Части A и переход на покрытие по Части D, отказ от хосписного статуса и возврат к стандартным льготам по Частям A и B, возвращение из учреждения длительного ухода в сообщество, выписка из психиатрической больницы.
  - Если ваш уровень ухода изменился, мы покроем временный запас препарата на срок до 30 дней. Если ваш рецепт выписан на меньший срок, мы допускаем многократное получение препарата в аптеке для обеспечения 30-дневного запаса. Получать препарат по рецепту необходимо в аптеке, входящей в сеть плана.

D2. Как запросить временный запас лекарства

Чтобы запросить временный запас препарата, позвоните в Службу поддержки.

После получения временного запаса обязательно как можно скорее обсудите с врачом, что делать, когда препарат закончится. У вас есть два варианта:

- Перейти на другой препарат.

  Наш план может покрывать альтернативный препарат, который подойдёт вам. Позвоните в Службу поддержки, чтобы получить *список покрываемых препаратов*, которые используются для лечения вашего состояния/заболевания. Этот список поможет вашему врачу подобрать подходящую замену оригинальному препарату.

  ИЛИ

- Подать запрос на исключение.

  Вы и ваш врач можете подать запрос на исключение. Например, вы можете попросить нас покрыть препарат, который не входит в *Список лекарств* или снять ограничения на препарат, который уже покрывается. Если врач считает, что у вас есть веские медицинские основания, он поможет вам оформить такой запрос.

D3. Как подать запрос на исключение

Подробнее о процессе подачи запроса на исключение — в **Главе 9** настоящего *Справочника участника*.

Если вам нужна помощь с запросом на исключение, обратитесь в Службу поддержки.

E. Изменения в покрытии ваших лекарств

Большинство изменений в покрытии лекарств происходит 1 января, однако в течение года мы также можем добавлять или удалять препараты из нашего *Списка лекарств* и вносить изменения в правила их использования. Например, мы можем:

- Ввести или отменить требование предварительной авторизации (PA) (то есть нашего разрешения до отпуска препарата).
- Ввести или изменить ограничение количества получаемого вами препарата (ограничение по количеству).
- Ввести или изменить правила поэтапной терапии (необходимость сначала попробовать один препарат перед другим).

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Заменить оригинальный биологический препарат на его взаимозаменяемый биосимиляр.

Перед внесением изменений в *Список лекарств* мы обязаны соблюдать требования Medicare. Подробнее об этих правилах в отношении лекарств — в **Разделе С**.

Если вы принимаете препарат, который мы покрывали в **начале** года, мы, как правило, не отменяем или не меняем покрытие этого препарата **до конца года**, за исключением следующих случаев:

- на рынке появился новый, более дешёвый аналог, который работает так же эффективно, как препарат, включенный в текущую версию *Списка лекарств*, **или**
- нам стало известно, что препарат небезопасен, **или**
- препарат снят с продажи.

Что происходит, если изменяется покрытие препарата, который вы принимаете?

Чтобы получить более подробную информацию о том, что произойдет при изменении нашего *Списка лекарств*:

- Ознакомьтесь с нашим актуальным *Списком лекарств* на сайте **https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy**, **или**
- Позвоните в Службу поддержки по номеру, указанному внизу страницы, чтобы свериться с нашим актуальным *Списком лекарств*.

Изменения, которые мы можем внести в *Список лекарств*, и которые повлияют на вас в течение текущего года действия плана

Некоторые изменения, вносимые в *Список лекарств*, вступают в силу немедленно. Например:

- Появляется новый дженерик. Иногда на рынке появляется новый дженерик или биосимиляр, который действует так же, как фирменный препарат или оригинальный биологический продукт, включённый в текущий *Список лекарств*. В таких случаях мы можем удалить фирменный препарат из списка и добавить дженерик, при этом ваша доплата останется прежней или станет ниже. Когда мы добавляем дженерик, мы можем оставить фирменный препарат в списке, но изменить условия его покрытия или ограничения по его использованию.
    - Мы можем не уведомлять вас об изменении заранее, но обязательно отправим уведомление после внесения изменений.

- Вы или ваш врач можете подать запрос на исключение (exception) в отношении этих изменений. Мы направим вам уведомление с инструкциями, как это подать запрос на исключение. Подробнее о порядке подачи запроса на исключение — в **Главе 9** настоящего *Справочника участника*.

Удаление из списка небезопасных или снятых с производства препаратов. Если препарат признан небезопасным или исключён с рынка по иным причинам, мы можем немедленно удалить его из *Списка лекарств*. Если вы принимаете такой препарат, мы отправим вам уведомление об изменении. Вы сможете обсудить со своим врачом или другим специалистом, назначившим лекарство, использование альтернативного препарата для лечения того же состояния/заболевания, который наш план покрывает. Также вы можете запросить список альтернативных покрываемых препаратов, которые используются для лечения вашего состояния/заболевания, позвонив в Службу поддержки.

Мы можем вносить и другие изменения, влияющие на препараты, которые вы принимаете. О таких изменениях нашего *Списка лекарств* мы сообщим вам заранее. Эти изменения возможны в следующих случаях:

- FDA выпускает новые рекомендации или в отношении препарата вводятся новые клинические рекомендации.

В случае таких изменений мы:

- Сообщаем вам не менее чем за 30 дней до внесения изменений в наш *Список лекарств*, или
- Сообщаем вам об изменениях и предоставляем 30-дневный запас вашего препарата после того, как вы попросите его пополнить.

Это даст вам время поговорить с вашим врачом или другим специалистом, назначившим препарат. Они помогут вам решить:

- Есть ли в нашем *Списке лекарств* аналогичный препарат, который вы можете принимать, **или**
- Следует ли вам запросить исключение в отношении этих изменений, чтобы мы продолжали покрывать стоимость вашего текущего препарата. Подробнее о процессе запроса исключений — в **Главе 9** настоящего *Справочника участника*.

Изменения в *Списке лекарств*, которые не повлияют на вас в течение текущего года действия плана

Мы можем внести изменения, которые не затрагивают препараты, которые вы уже принимаете. Если вы начали принимать препарат в **начале** года, мы обычно не меняем условия его покрытия **до конца года**.

Например, если ваш текущий препарат будет удалён из списка или на него введут ограничения, это не повлияет на ваше лечение или доплату до конца текущего года.

Если какие-либо из этих изменений касаются принимаемого вами препарата (за исключением изменений, указанных в разделе выше), эти изменения вступят в силу с 1 января следующего года.

Мы не будем сообщать вам об изменениях такого рода в текущем году. Вам необходимо будет свериться со *Списком лекарств* на следующий год действия плана (когда список станет доступен в течение периода открытой регистрации), чтобы узнать, внесены ли в него какие-либо изменения, которые повлияют на вас в следующем году.

F. Покрытие лекарств в особых случаях

F1. Во время пребывания в больнице или учреждении сестринского ухода, покрываемого нашим планом

Если вы находитесь в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility), и это пребывание покрывается нашим планом, мы, как правило, оплачиваем стоимость всех необходимых вам лекарств на время пребывания. В этом случае вам не нужно вносить доплату. После выписки из больницы или учреждения квалифицированного сестринского ухода, мы продолжим покрывать ваши лекарства, если они соответствуют всем правилам покрытия нашего плана.

Подробнее о покрытии лекарств и возможных личных расходах см. в **Главе 6** настоящего *Справочника участника*.

F2. Во время пребывания в учреждении длительного ухода

Обычно учреждения с длительным пребыванием, такие как учреждения сестринского ухода, имеют собственную аптеку или сотрудничают с аптекой, которая обеспечивает лекарствами всех проживающих. Если вы проживаете в таком учреждении, вы можете получать лекарства через его аптеку, если она входит в нашу сеть.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Чтобы узнать, входит ли аптека вашего учреждения с длительным пребыванием в сеть нашего плана, ознакомьтесь с *Каталогом поставщиков услуг и аптек*. Если аптека не входит в сеть или вам нужна дополнительная информация, пожалуйста, свяжитесь со Службой поддержки.

F3. Если вы получаете помощь в рамках хосписной программы, сертифицированной Medicare

Лекарственные препараты никогда не покрываются одновременно и хосписной программой, и нашим планом.

- Возможно, вы зарегистрированы в программе хосписной помощи Medicare и вам требуются определенные лекарства (например, обезболивающие, средства от тошноты, слабительные или противотревожные препараты), которые не покрываются вашим хосписом, поскольку они не связаны с вашим неизлечимым заболеванием в терминальной стадии. В этом случае наш план должен получить от специалиста, назначившего лекарство, или от поставщика хосписных услуг уведомление о том, что препарат не связан с вашим неизлечимым заболеванием, прежде чем мы сможем обеспечить его покрытие.
- Чтобы избежать задержек в получении какого-либо препарата, не связанного с вашим неизлечимым заболеванием, который должен покрывать наш план, вы можете попросить своего поставщика хосписных услуг или специалиста, назначающего препарат, направить нам уведомление о том, что применение этого препарата не связано с вашим неизлечимым заболеванием, прежде чем вы обратитесь за ним в аптеку.

Если вы выписываетесь из хосписа, наш план покрывает все ваши лекарства. Чтобы избежать задержек при получении рецептурных лекарств в аптеке после завершения хосписной помощи Medicare, возьмите с собой документ, подтверждающий, что вы вышли из хосписа, и предъявите его в аптеке.

Подробнее о том, какие лекарства покрывает наш план, смотрите в предыдущих разделах этой главы. Подробнее о программе хосписной помощи — в **Главе 4** настоящего *Справочника участника*.

G. Программы по обеспечению безопасности и контролю приёма лекарств

G1. Программы, помогающие безопасно использовать лекарства

Каждый раз, когда вы получаете рецептурное лекарство, мы проверяем рецепт на наличие возможных проблем или ошибок, например:

- препарат может не понадобиться, если вы уже принимаете другое лекарство с аналогичным действием;
- использование препарата может быть небезопасно для вашего возраста или пола;
- препарат может взаимодействовать с другими лекарствами, которые вы принимаете, и нанести вред;
- в составе препарата могут быть ингредиенты, на которые у вас есть или может быть аллергия;
- может быть ошибка в количестве (дозировке);
- препарат может содержать небезопасное количество опиоидных обезболивающих средств

Если мы обнаружим потенциальную проблему, мы свяжемся с вашим поставщиком услуг, чтобы её исправить.

G2. Программы по обеспечению безопасности и контролю приёма лекарств

Наш план предлагает специальную программу для участников со сложными медицинскими потребностями. В таких случаях вы можете иметь право на участие в программе управления медикаментозной терапией (Medication Therapy Management, MTM) — бесплатно и на добровольной основе. Эта программа помогает вам и вашему поставщику услуг убедиться, что все назначенные лекарства действительно приносят пользу вашему здоровью. Если вы соответствуете критериям участия, фармацевт или другой медицинский специалист проведёт для вас всесторонний обзор всех принимаемых вами препаратов и обсудит с вами:

- как получить максимальную пользу от принимаемых лекарств;
- любые ваши вопросы или опасения, например, по поводу стоимости или побочных эффектов;
- наилучший способ приёма каждого препарата;

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- любые проблемы или вопросы, связанные с рецептурными и безрецептурными средствами

После консультации вы получите:

- Письменное резюме (краткое изложение) этого разговора, включающее план действий, в котором указано, что можно сделать для более эффективного использования лекарств;
- Индивидуальный список всех принимаемых препаратов — с указанием дозировки, частоты и цели приёма;
- Информацию о безопасной утилизации рецептурных препаратов, которые относятся к контролируемым веществам.

Обсудите план действий и список лекарств со своим врачом, назначающим препарат.

- Берите план действий и список принимаемых препаратов с собой на приём к врачу, в аптеку или при обращении к другим специалистам.
- Обязательно имейте список лекарств при себе, если вы обращаетесь в больницу или отделение экстренной помощи (ER).

Программа MTM является добровольной и бесплатной для всех, кто соответствует условиям. Если мы определим, что программа подходит вам, мы автоматически зачислим вас и отправим всю необходимую информацию. Если вы не хотите участвовать, просто сообщите нам, и мы исключим вас из программы.

Если у вас есть вопросы о программе, пожалуйста, свяжитесь со Службой поддержки.

G3. Программа контроля приёма лекарств (DMP) для безопасного использования опиоидных препаратов

У нас есть специальная программа, которая помогает участникам безопасно использовать рецептурные опиоиды и другие препараты с высоким риском злоупотребления. Эта программа называется Программа контроля приёма лекарств (Drug Management Program, DMP).

Если вы получаете опиоидные препараты от нескольких врачей или в разных аптеках, или если у вас недавно была передозировка опиоидами, мы можем связаться с врачами, которые прописали вам эти лекарства, чтобы убедиться, что их приём медицински обоснован и целесообразен. Если после консультации с врачами, которые прописали вам эти лекарства, мы решим, что использование опиоидов или бензодиазепинов может быть небезопасным для вас, мы можем ввести ограничения на получение этих препаратов. Если вы будете зачислены в программу DMP, ограничения могут включать:

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Обязательное получение таких рецептурных препаратов в определённой аптеке (аптеках)
- Обязательное получение рецептурных опиоидов или бензодиазепинов только от определённого специалиста (специалистов)
- Ограничение количества опиоидов или бензодиазепинов, которое покрывается нашим планом

Если мы планируем ввести такие ограничения, вы заранее получите от нас письмо, в котором будет указано, будет ли ограничено покрытие этих препаратов, или нужно ли будет получать рецепты только у определённого врача или в конкретной аптеке.

У вас будет возможность сообщить нам, каких врачей или аптек вы предпочитаете, а также предоставить любую важную информацию, которую мы должны учитывать. После того как вы предоставите свои комментарии, если мы примем решение об ограничении на данные препараты, мы направим вам второе письмо с подтверждением установленных ограничений.

Если вы считаете, что мы допустили ошибку, или не согласны с решением об ограничении на препараты, вы и врач, назначивший вам эти препараты, можете подать апелляцию. Если вы подадите апелляцию, мы пересмотрим ваш случай и примем новое решение. Если мы отклоняем апелляцию, связанную с решением об ограничении, ваш случай будет автоматически передан в независимую экспертную организацию (Independent Review Organization, IRO) для дополнительного рассмотрения (подробнее об апелляциях и IRO — в **Главе 9** настоящего *Справочника участника*).

Программа DMP может не применяться к вам, если:

- у вас есть определённые медицинские состояния/заболевания, например рак или серповидноклеточная анемия,
- вы получаете хосписную, паллиативную или терминальную помощь, **или**
- вы проживаете в учреждении длительного ухода.

Глава 6: Сколько вы платите за препараты по программам Medicare и Medi-Cal

Введение

В этой главе приведена информация о том, сколько вы платите за препараты для амбулаторного лечения. Под «препаратами» мы подразумеваем:

- Рецептурные препараты по Части D программы Medicare, **и**
- Препараты и товары, покрываемые программой Medi-Cal Rx, **и**
- Препараты и товары, покрываемые нашим планом в рамках дополнительных льгот.

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medi-Cal, вы также получаете дополнительную помощь от Medicare — программу Extra Help, которая помогает оплачивать рецептурные препараты по Части D. Мы включили в комплект документов отдельный вкладыш, который разъясняет ваше покрытие расходов на лекарства и называется: «Дополнение к Свидетельству о страховом покрытии для лиц, получающих помощь в оплате рецептурных препаратов», также известный как «Дополнение к документу о субсидии для малообеспеченных» (LIS Rider). Если у вас нет этого вкладыша, пожалуйста, позвоните в Службу поддержки и запросите документ LIS Rider.

> **дополнительную помощь** —это программа Medicare, которая помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами сократить расходы на рецептурные препараты по Части D программы Medicare, включая страховые взносы, франшизы и доплаты. Программу Extra Help также называют «субсидией для малообеспеченных» (LIS).”

Определения ключевых терминов приведены в алфавитном порядке в заключительной главе данного *Справочника участника.*

Дополнительную информацию о рецептурных препаратах вы можете найти в следующих материалах плана:

- *Список покрываемых лекарств*.
  - Мы называем его сокращенно — *«Список лекарств».* Он содержит:
    - Перечень препаратов, за которые платит наш план;

  - Категорию, к которой относится препарат;
  - Возможные ограничения на получение препарата
- Если вам нужен экземпляр *Списка лекарств*, позвоните в Службу поддержки. Актуальную версию нашего *Списка лекарств* вы можете найти на сайте: **www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy**.
- Большинство рецептурных препаратов, которые вы получаете в аптеке, покрываются планом CalOptima Health OneCare Complete. Некоторые другие препараты, такие как безрецептурные средства (over-the-counter, OTC) и определённые витамины, могут покрываться через программу Medi-Cal Rx. Подробнее — на сайте Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) Вы также можете позвонить в Службу поддержки Medi-Cal Rx по телефону 1-800-977-2273. При получении рецептурных препаратов через Medi-Cal Rx имейте при себе вашу идентификационную карту получателя льгот Medi-Cal (Beneficiary Identification Card, BIC).

- **Глава 5** данного *Справочника участника*. В ней объясняется:
  - Как получать рецептурные препараты для амбулаторного лечения в рамках нашего плана.
  - Какие правила вам необходимо соблюдать и какие препараты не покрываются нашим планом.
  - При использовании «Инструмента для проверки льгот в режиме реального времени» плана для проверки покрытия расходов на лекарства (см. **Главу 5, Раздел B2**), отображаемая стоимость — это оценка ваших личных расходов на препарат. Вы можете обратиться в Службу поддержки за дополнительной информацией.
- *Каталог поставщиков услуг и аптек*.
  - В большинстве случаев вам нужно будет получать покрываемые препараты в сетевых аптеках. Сетевые аптеки — это аптеки, которые соглашаются сотрудничать с нашим планом.
  - Список наших сетевых аптек приведён в *Каталоге поставщиков услуг и аптек*. Более подробную информацию об аптеках нашей сети можно найти в **Главе 5** настоящего *Справочника участника*.

Содержание

A. *Разъяснение страховых выплат* (EOB) 225

B. Как отслеживать свои расходы на лекарства 226

C. Этапы оплаты лекарственных препаратов по Части D программы Medicare 229

D. Этап 1: Этап начального покрытия 229

D1. Аптеки, которые вы выбираете. 230

D2. Получение долгосрочного запаса лекарств 230

D3. Ваша доля оплаты 230

D4. Завершение этапа начального покрытия 232

E. Этап 2: Этап «катастрофического» (расширенного) покрытия 232

F. Стоимость лекарств при назначении меньшего объёма, чем месячный запас 232

G. Сколько вы платите за вакцины, покрываемые в рамках Части D. 233

G1. Что важно знать перед вакцинацией 234

G2. Сколько вы платите за вакцину, покрываемую в рамках Части D Medicare 234

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

A. *Разъяснение страховых выплат* (EOB)

Наш план ведёт учёт стоимости рецептурных препаратов и платежей, которые вы производите при получении лекарств в аптеке. Мы фиксируем два типа затрат:

- Ваши **личные расходы (из собственных средств)**. Это сумма, которую вы или другие лица от вашего имени заплатили за рецептурные препараты. Сюда входят: платежи, произведённые вами при получении лекарства, покрываемого по Части D; платежи, сделанные вашей семьёй или друзьями; платежи, сделанные программой Extra Help от Medicare; платежи от других источников, таких как страховые планы работодателя или профсоюза, TRICARE, Служба здравоохранения для индейцев, программы помощи для оплаты лекарств при ВИЧ/СПИДе, благотворительные организации, государственные программы фармацевтической помощи (SPAPs).
- **Общие расходы на лекарства**. Это общая сумма всех платежей за ваши покрываемые препараты по Части D, включая сумму, оплаченную нашим планом, и суммы, оплаченные другими программами или организациями за ваши покрываемые препараты по Части D.

Когда вы получаете рецептурные препараты через наш план, мы отправляем вам документ под названием *«Разъяснение льгот»* (Explanation of Benefits, EOB). Для краткости мы называем этот документ EOB. EOB — это не счёт на оплату. В отчёте EOB содержится дополнительная информация о принимаемых вами препаратах, например, о повышении цен и о других доступных препаратах с более низкой долей личных расходов, которые могут быть доступны. Вы можете обсудить более дешёвые альтернативы со специалистом, назначающим вам эти препараты. Что включает в себя EOB:

- **Данные за месяц**. Это перечень рецептурных препаратов, полученных за предыдущий месяц. Здесь указана общая стоимость лекарств, сколько заплатили мы, а также сколько заплатили вы и другие лица, которые вносили оплату от вашего лица.
- **Итоги с начала года (с 1 января)**. Здесь указана общая стоимость лекарств и общая сумма платежей за них с начала года.
- **Информация о ценах на лекарства**. Здесь указана общая цена препарата и изменения в его цене с момента первой выдачи по каждому рецепту на одно и то же количество препарата.
- **Более дешёвые альтернативы**. При наличии — информация о других доступных препаратах с более низкой долей личных расходов по каждому рецепту.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Мы предлагаем покрытие расходов на лекарства, не покрываемые программой Medicare.

- Однако платежи за такие препараты не учитываются в ваших общих личных расходах.
- Большинство рецептурных препаратов, которые вы получаете в аптеке, покрываются нашим планом. Некоторые другие препараты, такие как безрецептурные средства (over-the-counter, OTC) и определённые витамины, могут покрываться через программу Medi-Cal Rx. Более подробную информацию можно найти на сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) Вы также можете позвонить в центр обслуживания клиентов Medi-Cal Rx по телефону 1-800-977-2273. При получении рецептурных препаратов через Medi-Cal Rx имейте при себе вашу идентификационную карту получателя льгот Medi-Cal (Beneficiary Identification Card, BIC).
- Чтобы узнать, какие препараты покрывает наш план, ознакомьтесь с нашим *Списком лекарств*.

B. Как отслеживать свои расходы на лекарства

Чтобы отслеживать ваши расходы на рецептурные препараты и произведённые вами платежи, мы используем информацию, которую получаем от вас и вашей аптеки. Как вы можете нам помочь:

1. Используйте свою идентификационную карту участника.

Показывайте карту участника каждый раз, когда получаете рецептурный препарат. Это помогает нам точно отслеживать, какие рецептурные лекарства вы получаете и сколько вы за них платите.

2. Убедитесь, что у нас есть необходимая информация.

Вы можете потребовать от нас возмещения нашей доли расходов на препарат. Получите квитанции, подтверждение оплаты и отправьте запрос на возмещение со всеми подтверждающими документами в CalOptima Health OneCare Complete. Примеры ситуаций, когда нужно предоставить копии чеков:

- Вы приобрели покрываемый препарат в аптеке сети по специальной цене или с использованием дисконтной карты, не связанной с нашим планом;
- Вы внесли доплату за препарат, полученный через программу помощи пациентам от производителя
- Вы купили покрываемый препарат в аптеке, не входящей в сеть плана;

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Вы оплатили полную стоимость покрываемого препарата в особых обстоятельствах

Более подробную информацию о том, как попросить нас возместить вам нашу долю расходов на препарат, см. в **Главе 7** настоящего *Справочника участника*.

3. Сообщайте нам о платежах, сделанных другими от вашего имени.

Платежи, произведённые от вашего имени другими лицами или организациями, также засчитываются в ваши личные расходы. Например, платежи, произведённые государственной программой фармацевтической помощи (SPAPs), Службой здравоохранения для индейцев, программой помощи для оплаты лекарств при ВИЧ/СПИДе (ADAP) или благотворительными организациями, засчитываются в ваши личные расходы. Это может помочь вам получить право на «катастрофическое» (расширенное) покрытие. Когда вы достигаете Этапа катастрофического покрытия (Catastrophic Coverage Stage), наш план покрывает все ваши расходы на лекарства по Части D программе Medicare до конца года.

4. Проверяйте документы EOB, которые мы вам отправляем.

После получения очередного EOB по почте убедитесь, что в нем указаны полные и достоверные сведения.

- **Узнаете ли вы название каждой аптеки?** Проверьте даты. Получили ли вы лекарства в тот день?
- **Получили ли вы перечисленные препараты?** Соответствуют ли они тем, что указаны в ваших чеках? Соответствуют ли препараты тем, что прописал вам врач?

Что делать, если вы нашли ошибки в EOB?

Если что-либо в EOB вам не понятно или кажется неправильным, позвоните в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete. Ответы на многие вопросы вы также найдете на нашем сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Существует ли риск мошенничества?

Если в вашей выписке (EOB) указаны препараты, которые вы не принимаете, или есть другая информация, которая кажется вам подозрительной, пожалуйста, немедленно свяжитесь с нами.

- Позвоните в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete, или
- Позвоните в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048. Звонки на эти номера бесплатные.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Если вы подозреваете, что поставщик услуг, сотрудничающий с программой Medi-Cal, совершил мошенничество, растраты или злоупотребления, вы имеете право сообщить об этом, позвонив по конфиденциальному бесплатному номеру 1-800-822-6222. Другие способы сообщить о мошенничестве в рамках программы Medi-Cal можно найти по адресу: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Если вам кажется, что вы нашли ошибки или пропуски информации, или у вас есть какие-либо вопросы, звоните в Службу поддержки. Ответы на многие вопросы вы также найдете на нашем сайте: **www.caloptima.org/OneCare**. Рекомендуем хранить выписки EOB для личного учёта и возможных проверок. Ваши выписки EOB — это важные документы, отражающие ваши расходы на рецептурные препараты.

C. Этапы оплаты лекарственных препаратов по Части D программы Medicare

В рамках Части D Medicare наше покрытие лекарств предусматривает два этапа оплаты. Сумма, которую оплачиваете вы, зависит от того, на каком этапе вы находитесь в момент получения лекарства впервые или пополнения его запаса. Вот эти два этапа оплаты:

Этап 1: Этап начального покрытия	Этап 2: Этап «катастрофического» (расширенного) покрытия
На этом этапе наш план оплачивает часть стоимости ваших лекарств, а оставшуюся сумму — вы. Ваша доля называется доплатой (copay). Этот этап начинается с момента получения лекарства впервые в календарном году.	На этом этапе план покрывает все расходы на ваши лекарства до 31 декабря 2026 года. Переход на этот этап происходит после того, как вы ваши личные расходы достигнут определенной суммы.

D. Этап 1: Этап начального покрытия

На этапе начального покрытия (Initial Coverage Stage) наш план оплачивает часть стоимости ваших покрываемых рецептурных препаратов, а вы вносите доплату (copay). Размер доплаты зависит от того, в какую категорию совместного покрытия расходов отнесён препарат и где именно вы его получаете.

Категория совместного покрытия расходов (cost-sharing tier) — это группа препаратов, для которых установлен одинаковый размер доплаты. Каждый препарат в нашем *Списке лекарств* отнесён к одной из двух категорий совместного покрытия расходов. Как правило, чем выше номер категории, тем выше доплата. Чтобы узнать категории совместного покрытия расходов на ваши лекарства, ознакомьтесь с нашим *Списке лекарств*.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Препараты 1-й категории — это дженерики. Доплата: $0.
- Препараты 2-й категории — это фирменные препараты. Доплата: от $0 до $12.65, в зависимости от вашего дохода.

D1. Аптеки, которые вы выбираете

Стоимость лекарства зависит от того, где именно вы его приобретаете:

- в розничной аптеке, входящей в сеть плана, **или**
- в аптеке, не входящей в сеть плана. В некоторых ограниченных случаях мы покрываем расходы на рецептурные лекарства, приобретённые во внесетевых аптеках. Чтобы узнать, когда мы это делаем, обратитесь к **Главе 5** настоящего *Справочника участника*.
- в аптеке сети нашего плана, в которой можно оформить заказ по почте.

Более подробную информацию обо всех вариантах получения лекарств вы найдёте в **Главе 5** настоящего *Справочника участника*, а также в нашем *Каталоге поставщиков услуг и аптек.*

D2. Получение долгосрочного запаса лекарств

Некоторые рецептурные препараты вы можете получить с запасом (так называемое «расширенное обеспечение»). Долгосрочный запас рассчитан на 100 дней. Он стоит столько же, сколько и месячный запас.

Информацию о том, где и как можно получить долгосрочный запас, вы найдёте в **Главе 5** настоящего *Справочника участника*, а также в нашем *Каталоге поставщиков услуг и аптек.*

D3. Ваша доля оплаты

На этапе начального покрытия возможно вы будете вносить доплату за каждый рецептурный препарат. Если стоимость препарата ниже размера доплаты, вы платите меньшую сумму.

Чтобы узнать точный размер вашей доплаты за конкретный препарат, обратитесь в Службу поддержки.

Ваша доля в оплате при получении месячного или долгосрочного запаса покрываемого препарата зависит от типа аптеки:

	Сетевая аптека Запас на месяц (до 30 дней).	**Аптека сети нашего плана, в которой можно оформить заказ по почте** Запас на три месяца (до 100 дней).	**Сетевая аптека при учреждении длительного ухода** Запас на срок до 31 дня.	**Внесетевая аптека** Запас на срок до 30 дней. Покрытие в этом случае ограничено и зависит от конкретных обстоятельств Подробнее — в **Главе 5** настоящего *Справочника участника.*
Препараты 1-й категории 1 совместного покрытия расходов (дженерики)	$0	$0	$0	$0
Препараты 1-й категории 1 совместного покрытия расходов (фирменные препараты)	$0, $4.90 или $12.65 — в зависимости от уровня вашей «Дополнительной помощи» (Extra Help)	$0, $4.90 или $12.65 — в зависимости от уровня вашей «Дополнительной помощи» (Extra Help)	$0, $4.90 или $12.65 — в зависимости от уровня вашей «Дополнительной помощи» (Extra Help)	$0, $4.90 или $12.65 — в зависимости от уровня вашей «Дополнительной помощи» (Extra Help)

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Информацию о том, какие аптеки предоставляют долгосрочные запасы, вы найдёте в нашем *Каталоге поставщиков услуг и аптек*.

D4. Завершение этапа начального покрытия

Этап начального покрытия заканчивается, когда сумма ваших личных расходов достигает $2,100. После этого наступает Этап катастрофического покрытия (Catastrophic Coverage Stage), в рамках которого план полностью оплачивает стоимость ваших лекарств до конца года.

Мы также предлагаем дополнительные препараты, которые обычно не входят в стандартное покрытие лекарственного обеспечения программы Medicare Drug Plan. Однако платежи за такие препараты не учитываются в ваших общих личных расходах.

Ваш ежемесячный отчёт EOB поможет отслеживать общую сумму, потраченную на лекарства в течение года. Мы обязательно уведомим вас, если вы достигнете лимита в $2,100. Многие участники не достигают этой суммы в течение года.

E. Этап 2: Этап «катастрофического» (расширенного) покрытия

Как только ваши личные расходы на лекарства достигают $2,100, начинается Этап катастрофического покрытия. Этап катастрофического покрытия действует до конца календарного года. На этапе катастрофического покрытия вы не оплачиваете лекарства, покрываемые Частью D. Некоторые лекарства, даже если они обычно не покрываются стандартным планом, включены в наше дополнительное расширенное покрытие. За них вы также платите $0.

F. Стоимость лекарств при назначении меньшего объёма, чем месячный запас

Как правило, доплата рассчитывается за полный месячный запас покрываемого лекарства. Однако врач может назначить меньшее количество.

- Иногда вам может понадобиться попросить врача назначить препарата в объёме меньше месячного запаса (например, если вы пробуете препарат впервые).
- Если ваш врач согласен, вы не оплачиваете стоимость полного месячного запаса препарата.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Если вы получаете препарат в объёме меньше месячного запаса, ваша сумма оплаты будет зависеть от количества дней, на которые выписан препарат. Мы рассчитываем сумму, которую вы платите за препарат в день (так называемую «ежедневную ставку совместного покрытия расходов») и умножаем её на количество дней приёма.

- Пример: Если доплата за месячный (30-дневный) запас составляет $1.35, то сумма, которую вы платите за препарат, составляет менее $0.05 в день. Если вы приобретаете 7-дневный запас препарата, вы заплатите менее $0.35 ($0.05 в день × 7 дней).
- Учёт ежедневного распределения расходов даёт возможность покупать лекарства не сразу на месяц, а, например, на несколько дней. Так вы сможете сначала попробовать лекарство и убедиться, что оно вам подходит, прежде чем оплачивать весь месячный запас.
- Вы можете обсудить с врачом возможность получения меньшего количества препарата, чтобы:
  - удобнее планировать пополнение запасов (рефил);
  - координировать пополнение запасов с другими принимаемыми вами препаратами, **и**
  - реже ходить в аптеку.

G. Сколько вы платите за вакцины, покрываемые в рамках Части D

Важное сообщение о том, сколько вы платите за вакцины: Некоторые вакцины считаются медицинскими льготами и покрываются по Части B программы Medicare. Другие вакцины относятся к лекарственным препаратам, покрываемым по Части D программы Medicare. Вы можете найти перечень таких вакцин в нашем *Списке лекарств*. Наш план покрывает большинство вакцин для взрослых по Части D Medicare, и вы за них ничего не платите. Ознакомьтесь со *Списком лекарств* плана или обратитесь в Службу поддержки, чтобы получить подробную информацию о покрытии и распределении расходов на конкретные вакцины.

Покрытие расходов на вакцинацию по Части D Medicare состоит из двух компонентов:

1. Первый компонент покрытия — это стоимость **самой вакцины**.
2. Второй компонент покрытия — это стоимость **введения вакцины,** то есть процедуры вакцинации (например, если прививку делает врач).

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

G1. Что важно знать перед вакцинацией

Перед тем как сделать прививку, рекомендуется связаться со Службой поддержки.

- Мы расскажем, как именно покрывается вакцина по вашему плану, объясним вашу долю в расходах.
- Мы подскажем, как снизить затраты, обратившись в сетевые аптеки и к сетевым поставщикам медицинских услуг. Сетевые аптеки и поставщики — это те, у кого заключён договор со страховым планом. Сетевые поставщики сотрудничают с нашим планом, чтобы вам не пришлось ничего предварительно платить за вакцины, покрываемые Частью D.

G2. Сколько вы платите за вакцину, покрываемую в рамках Части D Medicare

Сумма ваших расходов на вакцину зависит от её типа (от какого заболевания она защищает).

- Некоторые вакцины считаются медицинскими услугами, а не препаратами. Такие вакцины покрываются планом полностью, и вы не платите за них. Чтобы узнать о покрытии этих вакцин, обратитесь к таблице льгот в **Главе 4** настоящего *Справочника участника*.
- Другие вакцины считаются препаратами и покрываются в рамках Части D Medicare. Вы можете найти их в *Списке лекарств* нашего плана. Возможно, вам придется внести доплату за вакцины, покрываемые в рамках Части D Medicare. Если вакцина рекомендована для взрослых **Консультативным комитетом по иммунизации (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP),** она предоставляется бесплатно.

Вот три распространённых способа получить вакцину, покрываемую в рамках Части D Medicare:

1. Вы получаете вакцину и делаете прививку в аптеке, входящей в сеть.
   - За большинство вакцин для взрослых, покрываемых Частью D, вы не платите.
   - За некоторые вакцины в рамках Части D может потребоваться доплата.
2. Вы получаете вакцину в кабинете врача, и он делает вам прививку.
   - Вы вносите доплату врачу за вакцину.
   - Наш план покрывает стоимость самой процедуры вакцинации.
   - Врач должен связаться с нашим планом, чтобы подтвердить, что вы должны внести доплату только за вакцину.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

3. Вы приобретаете вакцину, покрываемую в рамках Части D Medicare, в аптеке и приносите её в кабинет врача для введения.
   - За большинство вакцин для взрослых, покрываемых Частью D, вы не платите.
   - За некоторые вакцины в рамках Части D может потребоваться доплата за сам препарат.
   - Наш план покрывает стоимость самой процедуры вакцинации.

Глава 7: Как попросить нас оплатить нашу долю счёта, полученного вами за покрываемые услуги или лекарства

Введение

В этой главе объясняется, как и когда вы можете отправить нам счёт на оплату. Также здесь описано, как подать апелляцию, если вы не согласны с решением о покрытии. Определения ключевых терминов приведены в алфавитном порядке в заключительной главе *Справочника участника*.

Содержание

A. Как запросить оплату за услуги или лекарства 237

B. Подача запроса на возмещение расходов 242

C. Решения о покрытии 243

D. Апелляции 243

A. Как запросить оплату за услуги или лекарства

Поставщики услуг, входящие в нашу сеть, должны выставлять счёт за покрываемые услуги и лекарства плану после того, как вы их получите. Поставщик услуг, входящий в сеть — это поставщик, сотрудничающий с планом.

Мы не разрешаем поставщикам сети CalOptima Health OneCare Complete выставлять вам счёт за услуги и лекарства. Мы платим нашим поставщикам напрямую и защищаем вас от любых сборов.

Если вы всё же получили счёт на полную стоимость медицинской услуги или лекарства, не оплачивайте его, а отправьте нам. Как отправить нам счёт — см. **Раздел B**.

- Если услуга или препарат покрываются нашим планом, мы оплатим счёт напрямую поставщику.
- Если мы покрываем расходы на услуги или лекарства, а вы уже оплатили сумму, превышающую вашу долю расходов, вы имеете право на возврат средств.
    - Если вы оплатили услугу, покрываемую Medicare, мы вернём вам деньги.
- Если вы оплатили услугу, которая покрывается программой Medi-Cal, вы можете получить компенсацию (возврат средств) при соблюдении следующих условий:
    - Услуга входит в перечень медицинских услуг, покрываемых Medi-Cal, которая должна была быть оплачена нашим планом. Мы не возмещаем расходы за услуги, не входящие в покрытие плана CalOptima Health OneCare Complete.
    - Услуга, подлежащая покрытию, была получена после того, как вы стали участником плана CalOptima Health OneCare Complete и приобрели на неё право.
    - Запрос на возврат средств подаётся в течение одного года с даты получения покрываемой услуги.
    - Вы представили документальное подтверждение оплаты покрываемой услуги, например, подробную квитанцию или счёт от поставщика.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

  - Услуга, подлежащая покрытию, была оказана поставщиком, зарегистрированным в Medi-Cal и входящим в сеть CalOptima Health OneCare Complete. Это требование не применяется, если вы получили экстренную помощь, услуги по планированию семьи, или другую услугу, которую Medi-Cal разрешает получать вне сети без предварительного одобрения (предварительной авторизации).
- Если услуга обычно требует предварительного одобрения (предварительной авторизации), вы должны предоставить доказательство от поставщика, подтверждающее медицинскую необходимость в покрываемой услуге.
- План CalOptima Health OneCare Complete сообщит вам о решении по вашему запросу на возмещение расходов в официальном письме под названием “Уведомление о решении” (Notice of Action). Если вы соответствуете всем вышеуказанным условиям, поставщик медицинских услуг, участвующий в программе Medi-Cal, обязан вернуть вам полную сумму, которую вы оплатили. В случае отказа со стороны поставщика, CalOptima Health OneCare Complete возместит вам всю уплаченную сумму. Мы вернём деньги в течение 45 рабочих дней с момента получения требования. Если поставщик зарегистрирован в программе Medi-Cal, но не входит в нашу сеть и отказывается вернуть вам деньги, CalOptima Health OneCare Complete возместит вам сумму, не превышающую ту, которую бы оплатила программа Medi-Cal FFS (модель «плата за услугу»). CalOptima Health OneCare Complete полностью возместит вам расходы, понесённые из собственных средств, за услуги экстренной помощи, услуги по планированию семьи и другие виды помощи, которые Medi-Cal разрешает получать у поставщиков вне сети без предварительного согласования (предварительной авторизации). Если хотя бы одно из перечисленных условий не выполнено, мы не сможем вернуть вам деньги.
- Мы не возмещаем расходы, если:
  - Вы получили и оплатили услугу, не покрываемую Medi-Cal, например, косметическую процедуру.
  - Услуга не входит в перечень покрываемых CalOptima Health OneCare Complete.
  - Вы обратились к врачу, не принимающему Medi-Cal, и подписали согласие, что все равно хотите получить услугу и оплатите её самостоятельно.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Если услуга или препарат не покрываются нашим планом, мы сообщим вам об этом.

Если у вас есть вопросы, обратитесь в Службу поддержки. Если вы не уверены, сколько должны были заплатить, или если вы получили счёт и не знаете, что с ним делать, мы сможем помочь. Также вы можете позвонить, если хотите сообщить дополнительную информацию по уже отправленному запросу на оплату.

Примеры ситуаций, когда вам может понадобиться обратиться к нам за возмещением расходов или оплатой полученного счёта:

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

   Попросите поставщика выставить счёт напрямую нам.

   - Если вы оплатили всю сумму самостоятельно во время получения помощи, обратитесь к нам за возмещением нашей доли расходов. Отправьте нам счёт и подтверждение вашей оплаты.
   - Поставщик услуг может выставить вам счёт с требованием оплаты, которую вы, по вашему мнению, не должны. Отправьте нам счёт и подтверждение вашей оплаты.
     - Если поставщику действительно положена оплата, мы оплатим счёт напрямую.
     - Если вы уже оплатили сумму, превышающую вашу долю расходов по программе Medicare, мы рассчитаем, сколько вы должны были заплатить, и вернем вам разницу.

2. **Если поставщик из сети прислал вам счёт**

   Поставщики из сети всегда должны выставлять счета напрямую нам. Очень важно предъявлять вашу идентификационную карту участника при получении любых медицинских услуг или рецептурных лекарств. Однако иногда поставщики из сети ошибаются и требуют от вас оплату услуг или сумму, превышающую вашу долю расходов. **Позвоните в Службу поддержки** по номеру, указанному внизу страницы, **если вы получили счё.**

   - Как участник плана, вы оплачиваете только установленную сумму доплаты (copay) за услуги, покрываемые нашей страховкой. Мы не разрешаем поставщикам взимать с вас больше этой суммы доплаты — даже если сумма, которую мы выплачиваем поставщику, меньше его обычной стоимости услуги. Даже в случаях, когда мы не покрываем определённые расходы, вы не обязаны их оплачивать.

- Если вы получили счёт от поставщика из сети, который, по вашему мнению, превышает положенную сумму, пожалуйста, направьте этот счёт нам. Мы свяжемся с поставщиком напрямую и решим проблему.
- Если вы уже оплатили счёт за услуги, покрываемые Medicare, но считаете, что переплатили, отправьте нам счёт и подтверждение вашей оплаты. Мы вернем вам разницу между уплаченной суммой и той, которую вы действительно должны были заплатить по условиям нашего плана.

3. Если вы были зачислены в наш план задним числом

Иногда ваше зачисление в план может быть оформлено задним числом (то есть дата начала действия страхового покрытия уже прошла — возможно, даже в прошлом году).

- Если вы были зачислены задним числом и оплатили счёт после даты начала действия покрытия, вы можете обратиться к нам за возмещением.
- Отправьте нам счёт и подтверждение вашей оплаты.

4. Если вы воспользовались аптекой вне сети для получения рецептурного препарата

Если вы пользуетесь аптекой, не входящей в нашу сеть, вы оплачиваете полную стоимость рецептурных препаратов.

- В некоторых случаях мы можем покрыть расходы на рецептурные лекарства, приобретенные в аптеках вне сети. При обращении за возмещением нашей доли расходов отправьте нам копию чека.
- Подробнее об использовании аптек вне сети — в **Главе 5** настоящего *Справочника участника.*
- Мы можем не возместить разницу между суммой, которую вы заплатили в аптеке вне сети, и той суммой, которую мы бы оплатили в аптеке из сети.

5. Если вы оплатили полную стоимость рецептурного лекарства по Части D программы Medicare, потому что у вас не было с собой идентификационной карты участника

Если у вас не оказалось идентификационной карты участника при себе, вы можете попросить сотрудников аптеки позвонить нам или найти информацию о вашей регистрации в плане.

- Если аптеке не удастся сразу получить информацию, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость рецептурного лекарства самостоятельно или вернуться позже с идентификационной картой участника.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- При обращении за возмещением нашей доли расходов отправьте нам копию чека.
- Мы можем не возместить вам полную сумму, если цена, которую вы заплатили наличными, превышает согласованную нами цену на данный рецептурный препарат.

6. Если вы оплатили полную стоимость рецептурного лекарства по Части D программы Medicare, потому что оно не входит в перечень покрываемых

Вам может потребоваться оплатить полную стоимость лекарства, если оно не покрывается планом.

- Препарат может отсутствовать в *Списке покрываемых лекарств (Списке лекарств)*, размещённом на нашем сайте, или на него могут распространяться определённые условия или ограничения, о которых вы не знали или считаете, что они к вам не применимы. Если вы всё же решите приобрести препарат, возможно, вам придётся оплатить его полностью.
  - Если вы не стали оплачивать препарат, и считаете, что он должен покрываться, вы можете подать запрос на решение о покрытии (подробнее об этом — в **Главе 9** настоящего *Справочника участника)*.
  - Если вы и ваш врач или другой специалист, назначивший лечение, считаете, что вам необходим препарат немедленно (в течение 24 часов), вы можете запросить ускоренное решение о покрытии (см. **Главе 9** настоящего *Справочника участника)*.
- При обращении за возмещением нашей доли расходов отправьте нам копию чека. В некоторых случаях нам может потребоваться дополнительная информация от вашего врача или другого специалиста, назначившего лекарство, чтобы рассмотреть возможность возмещения нашей доли стоимости препарата. Мы можем не возместить полную сумму, если цена, которую вы заплатили, превышает согласованную нами стоимость данного рецептурного лекарства.

Когда вы направляете нам запрос на возмещение, мы рассматриваем его и принимаем решение о покрытии услуги или лекарства. Это называется «решением о покрытии» (coverage decision). Если мы решим, что услуга или препарат должны покрываться, мы оплатим нашу долю расходов.

Если мы откажем в возмещении, вы можете обжаловать наше решение. Подробнее о порядке подачи апелляции — в **Главе 9** настоящего *Справочника участника.*

B. Подача запроса на возмещение расходов

Отправьте нам счёт и подтверждение оплаты услуги, покрываемой Medicare, или позвоните нам. В качестве подтверждения оплаты подойдёт копия выписанного вами чека или квитанция от поставщика услуг. **Рекомендуем сохранить копии всех счетов и квитанций для себя.** Вы также можете обратиться за помощью к вашему персональному координатору медицинского обслуживания.

Чтобы убедиться, что вы предоставили всю необходимую информацию для принятия решения, вы можете заполнить нашу форму заявления на возмещение.

- Использование формы не является обязательным, но она помогает нам быстрее обработать ваш запрос.
- Форму можно скачать на нашем сайте (**www.caloptima.org/OneCare**), или заказать по телефону через Службу поддержки.

Отправьте ваш запрос на возмещение вместе со всеми счетами и квитанциями по следующему адресу:

CalOptima Health OneCare Complete Customer Service
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Для запросов на возмещение расходов на лекарства (со всеми счетами и квитанциями):

CalOptima Health OneCare Complete
Pharmacy Management Reimbursements
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Вы должны подать заявление на возмещение в течение трёх (3) лет с даты получения услуги, товара или лекарства.

C. Решения о покрытии

Когда мы получаем ваш запрос на возмещение, мы принимаем решение о покрытии. Это означает, что мы определяем, покрывает ли наш план соответствующую услугу, товар или лекарство. Мы также определяем, какую сумму вы должны оплатить самостоятельно (если применимо).

- Мы сообщим вам, если нам потребуется дополнительная информация от вас.
- Если мы решим, что услуга, товар или лекарство покрываются нашим планом и вы выполнили все правила их получения, мы оплатим нашу долю расходов. Если вы уже оплатили услугу или лекарство, мы вышлем вам чек на сумму, соответствующую нашей доле расходов. Если вы оплатили полную стоимость лекарства, вы можете не получить полное возмещение (например, если вы приобрели препарат в аптеке вне сети или если цена, которую вы заплатили, превышает согласованную нами цену). Если вы ещё не произвели оплату, мы заплатим напрямую поставщику.

В **Главе 3** настоящего *Справочника участника* объясняются правила покрытия ваших услуг. В **Главе 5** настоящего *Справочника участника* объясняются правила покрытия расходов на рецептурные препараты по Части D Medicare.

- Если мы решим не оплачивать нашу долю расходов за услугу или лекарство, мы направим вам письмо с объяснением причин. В письме также будет указано, как вы можете подать апелляцию.
- Подробнее о решениях по страховому покрытию читайте в **Главе 9, Раздел E**.

D. Апелляции

Если вы считаете, что мы ошиблись, отказав в возмещении, вы можете попросить нас пересмотреть решение. Это называется «подачей апелляции». Вы также можете подать апелляцию, если не согласны с суммой, которую мы оплачиваем.

Формальный процесс подачи апелляции включает чётко установленные процедуры и сроки. Подробнее об апелляциях — в **Главе 9** настоящего *Справочника участника:*

- Чтобы подать апелляцию по вопросу возмещения расходов на медицинскую услугу, см. **Раздел F**.
- Чтобы подать апелляцию по вопросу возмещения расходов на лекарство, см. **Раздел G**.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Глава 8: Ваши права и обязанности

Введение

В этой главе подробно изложены ваши права и обязанности в рамках участия в нашем плане. Мы обязаны уважать и соблюдать ваши права. Определения ключевых терминов приведены в алфавитном порядке в заключительной главе настоящего *Справочника участника*.

Содержание

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs . . . 246

A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades. . . . 247

A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị. . . . 248

A. شما حق دارید اطلاعات و خدمات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را براورده میکند **249**

A. 귀하의 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리 . . . 250

A. 您透過符合您需求的方式取得服務和信息的權利. . . . 251

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك. **252**

A. Ваше право на получение услуг и информации в доступной и удобной для вас форме . . . 253

B. Наша обязанность обеспечить вам своевременный доступ к услугам и лекарствам, покрываемым планом . . . 254

C. Наша обязанность защищать вашу персональную медицинскую информацию (PHI) . . . 255

C1. Как мы защищаем вашу PHI . . . 256

C2. Ваше право на доступ к вашей медицинской документации . . . 257

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

D. Наша обязанность предоставлять вам информацию 257

E. Запрет на прямое выставление счетов участникам со стороны поставщиков сети 259

F. Ваше право выйти из нашего плана 259

G. Ваше право принимать решения о вашем медицинском обслуживании 259

G1. Ваше право знать о вариантах лечения и принимать решения 259

G2. Ваше право указать, что должно происходить, если вы не сможете самостоятельно принимать медицинские решения 260

G3. Что делать, если ваши указания не были выполнены 262

H. Ваше право подавать жалобы и просить пересмотра решений 262

H1. Что делать в случае несправедливого обращения или если вы хотите узнать больше о своих правах 262

I. Ваши обязанности как участника плана 263

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your personal care coordinator or Customer Service. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Spanish, Vietnamese, Farsi, Korean, Chinese, Arabic, and Russian and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - To make a standing request for materials in a threshold language or in an alternative format, call Customer Service at the number at the bottom of the page or by accessing our secure online member portal at **https://member.caloptima.org/#/user/login**.
  - Your standing request will be kept in our system for all future mailings and communications.
  - To cancel or make a change to your standing request, please call **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 1-916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades

Es nuestra responsabilidad brindarle **todos** los servicios, tanto médicos como no médicos, de manera respetuosa, culturalmente apropiada y accesible. Esto incluye a personas con dominio limitado del inglés, dificultad para leer, problemas auditivos o alguna discapacidad, así como aquellas personas con distintos antecedentes culturales y étnicos. También debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera clara y fácil de entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted sea miembro de nuestro plan.

- Para obtener información de manera que usted pueda entenderla, llame a su Coordinador de atención personal o a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en idiomas distintos al inglés, como español, vietnamita, persa, coreano, chino, árabe y ruso, así como en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - Para hacer una solicitud permanente de materiales en un idioma principal o en un formato alternativo, llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra al pie de la página o visite nuestro portal seguro para miembros en línea en **https://member.caloptima.org/#/user/login**.
  - Su solicitud permanente será almacenada en nuestro sistema para correspondencia y comunicados futuros.
  - Para cancelar o cambiar su solicitud permanente, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o alguna discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 1-916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 711.

- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải bảo đảm rằng **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và không lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, bị khiếm thính, hoặc những người từ các nền văn hóa và sắc tộc đa dạng. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và các quyền hạn của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền hạn của quý vị mỗi năm khi quý vị ở trong chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho điều phối viên chăm sóc cá nhân của quý vị hoặc văn phòng Dịch Vụ. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các thắc mắc bằng những ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị những tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung Đông, tiếng Hàn Quốc, tiếng Trung Quốc, tiếng Ả Rập, và tiếng Nga và bằng các định dạng như chữ in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc đĩa thu âm. Để nhận tài liệu bằng một trong những định dạng thay thế này, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ hoặc gửi thư đến:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - Để thực hiện yêu cầu thường trực để nhận các tài liệu bằng một ngôn ngữ chính hoặc bằng hình thức khác, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ ở số điện thoại ở cuối trang hoặc vào trang thông tin trực tuyến an toàn dành cho thành viên của chúng tôi tại **https://member.caloptima.org/#/user/login**
  - Yêu cầu thường trực của quý vị sẽ được lưu lại trong hệ thống của chúng tôi cho tất cả các thư từ và liên lạc trong tương lai.
  - Để hủy bỏ hoặc thay đổi yêu cầu thường trực của quý vị, xin gọi số **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn than phiền, xin gọi cho:

- Medicare ở số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Văn phòng Dân quyền của Medi-Cal ở số 1-916-440-7370. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 711.
- Bộ Dịch vụ Y tế và Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân quyền ở số 1-800-368-1019. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

A. شما حق دارید اطلاعات و خدمات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را براورده میکند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که **تمام** خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، به شیوه‌ای متناسب با فرهنگ شما و با قابلیت دسترسی آسان ارائه می‌شوند، از جمله برای افرادی که تسلط محدودی به زبان انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی یا پیشینه‌های فرهنگی و قومی متنوعی دارند. ما همچنین باید مزایای طرح درمانی و حقوق شما را به شیوه‌ای که برای شما قابل درک باشد، برای شما شرح دهیم. ما باید هر سال که در طرح ما هستید، در مورد حقوقی که در برنامه دارید شما را مطلع کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به شیوه‌ای که برای شما قابل فهم باشد، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف ارائه می‌دهد.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی، عربی و روسی و در قالب‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی در اختیار شما قرار دهد. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به آدرس زیر نامه بنویسید:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - برای ارائه درخواست دائمی دریافت مطالب به زبان دلخواه خود یا در یکی از قالبهای جایگزین، با خدمات مشتریان توسط شماره تلفنی که در پایین صفحه آمده است تماس بگیرید یا به پورتال آنلاین امن اعضا ما در **https://member.caloptima.org/#/user/login** مراجعه نمایید.
  - درخواست دائمی شما برای تمام مکاتبات و ارتباطات آینده در سیستم ما نگهداری خواهد شد.
  - برای لغو یا ایجاد تغییر در درخواست دائمی خود، لطفاً با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایتی ثبت کنید، با شماره زیر تماس بگیرید:

- Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal Office of Civil Rights با شماره 1-916-440-7370 کاربران TTY میتوانند با 711 تماس بگیرند.
- وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S Department of Health and Human Services)، دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights)، شماره تلفن 1-800-368-1019 کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. 귀하의 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리

저희는 **모든** 서비스가 영어 능력에 제한이 있거나, 글 읽기 능력이 제한적이거나, 청각 장애가 있거나, 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 임상적, 비임상적 서비스가 문화적으로 적절하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 권리에 대해 알려야 합니다. 저희는 귀하가 매년 저희 플랜에 가입되어 있는 한 귀하의 권리에 대해 알려야 합니다.

- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으려면 개인 관리 코디네이터 또는 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 저희 플랜에서는 영어 이외의 스페인어, 월남어, 페르시아어, 한국어, 중국어, 아랍어 및 러시아어 등의 언어로 된 자료 및 큰글자, 점자 또는 오디오와 같은 대체 형식의 자료도 제공해 드립니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받으려면 고객 서비스로 전화하거나 주소로 편지를 보내십시오:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - 특정 언어 또는 대체 형식으로 자료를 영구 요청을 하려면 페이지 하단의 번호로 고객 서비스에 전화하거나 온라인 회원 포털 **https://member.caloptima.org/#/user/login**에 접속하십시오.
  - 회원의 영구 요청은 향후 우편 소통 및 기타 소통을 위해 저희 시스템에 보관됩니다.
  - 영구 요청을 취소 또는 변경하려면 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

언어 문제나 장애로 인해 저희 플랜에 대한 정보를 받는 데 어려움이 있고 불만을 제기하길 원시면 다음 번호로 전화하십시오:

- Medicare 번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.
- Medi-Cal Office of Civil Rights (시민 권리 사무부) 전화번호는 1-916-440-7370 입니다. TTY 사용자는 전화 711을 이용하십시오.
- Department of Health and Human Services(보건복지부), Office for Civil Rights (시민 권리 사무부)에 번호1-800-368-1019로 연락하십시오. TTY 사용자는 번호 1-800-537-7697 로 전화하십시오.

A. 您透過符合您需求的方式取得服務和信息的權利

我們必須確保**所有**臨床和非臨床服務均以符合文化規範且易於理解的方式提供給您，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人士。我們還必須以您能夠理解的方式告知您我們計劃的福利和您的權利。在您加入我們的計劃期間，我們每年都必須將您的權利告訴您。

- 為了以您能理解的方式獲取信息，請致電您的個人護理協調員或客戶服務部。我們的計劃提供免費口譯服務，可用不同語言解答您的疑問。
- 我們的計劃還可以為您提供英語以外其他語言的資料，包括西班牙語、越南語、波斯語、韓語、中文、阿拉伯語和俄語，以及大字體印刷、盲文或音頻等格式。如需這些其他格式的資料，請致電客戶服務部或寫信至:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - 如需長期要求取得主要語言或其他格式的資料，請撥打頁面底部的客戶服務電話，或瀏覽我們的安全線上會員入口網站：
    https://member.caloptima.org/#/user/login
  - 您的長期請求將保留在我們的系統中，用於以後的所有郵件和通信
  - 這是免費電話。若要取消或更改您的長期請求，請撥打 **1-877-412-2734**（TTY **711**），每週 7 天、每天 24 小時提供服務。這是免費電話。

如果您因語言障礙或殘障而無法獲取我們計劃的信息，並希望提出投訴，請致電：

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal Office of Civil Rights (民權辦公室): 1-916-440-7370。TTY 使用者請撥打 711。
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (美國衛生與公眾服務部，民權辦公室): 1-800-368-1019。TTY 使用者應撥打 1-800-537-7697。

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب علينا التأكد من تقديم **جميع** الخدمات، السريرية وغير السريرية، لك بطريقة مناسبة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية و عرقية متنوعة. يجب علينا أيضًا أن نخبرك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك في كل عام تكون فيه ضمن خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يسهل عليك فهمها، قم بالاتصال بمنسق الرعاية الشخصية الخاص بك أو بخدمة العملاء. توفر خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متعددة اللغات للرد على جميع استفساراتك.
- يمكن لخطتنا أيضًا أن توفر لك مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك الإسبانية، والفيتنامية، والفارسية، والكورية، والصينية، والعربية، والروسية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة، أو الكتابة بطريقة برايل، أو الصوتيات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء أو الكتابة إلى:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - لتقديم طلب دائم للمواد بلغة العتبة أو بتنسيق بديل، اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو عن طريق الوصول إلى بوابة الأعضاء الآمنة عبر الإنترنت على **https://member.caloptima.org/#/user/login**
  - سيتم الاحتفاظ بطلبك الدائم في نظامنا لجميع المراسلات والاتصالات المستقبلية
  - لإلغاء طلبك الدائم أو إدخال تعديل عليه، يرجى الاتصال على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية.

إذا واجهت صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة مشكلات تتعلق باللغة أو باعاقة وأردت تقديم شكوى، فاتصل بـ :

- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights (مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية) على الرقم 1-916-440-7370. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية) على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

A. Ваше право на получение услуг и информации в доступной и удобной для вас форме

Мы обязаны обеспечить, чтобы **все** услуги — как медицинские, так и немедицинские — предоставлялись в культурно компетентной и доступной форме, с учётом потребностей людей с ограниченным знанием английского языка, низким уровнем чтения, нарушениями слуха, а также представителей различных культурных и этнических групп. Мы также обязаны информировать вас о преимуществах нашего плана и ваших правах так, чтобы информация была вам понятна. Ежегодно, пока вы являетесь участником плана, мы будем напоминать вам об этих правах.

- Чтобы получить информацию в понятной для вас форме, свяжитесь с вашим координатором по уходу или Службой поддержки. В рамках нашего плана предоставляются бесплатные услуги устного перевода на различных языках, а также перевод языка жестов.
- Мы также можем предоставить вам материалы на других языках, кроме английского, включая испанский, вьетнамский, фарси, корейский, китайский, арабский и русский, а также в альтернативных форматах — например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудиоформате. Чтобы получить такие материалы, позвоните в Службу поддержки или напишите по адресу:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - Чтобы подать постоянный запрос на получение материалов на других языках порогового уровня (т.е. обязательных для перевода) или в альтернативных форматах, позвоните в нашу Службу поддержки по телефону, указанному внизу страницы, или зайдите в свою учётную запись на онлайн-портале участника по ссылке: **https://member.caloptima.org/#/user/login**.
  - Ваш постоянный запрос будет сохранён в нашей системе для всех будущих почтовых отправлений и уведомлений
  - Чтобы отменить или изменить постоянный запрос, пожалуйста, позвоните по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) – круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный.

Если вы сталкиваетесь с трудностями при получении информации нашего страхового плана из-за языкового барьера или инвалидности и хотите подать жалобу, вы можете позвонить:

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- В Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Для пользователей TTY – 1-877-486-2048.
- В Управление по гражданским правам (Office of Civil Rights) Medi-Cal по телефону 916-440-7370. Для пользователей TTY – 711.
- В Управление по гражданским правам при Департаменте здравоохранения и социальных служб США (U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) по телефону 1-800-368-1019. Для пользователей TTY – 1-800-537-7697.

B. Наша обязанность обеспечить вам своевременный доступ к услугам и лекарствам, покрываемым планом

Как участник нашего плана, вы обладаете рядом важных прав.

- Вы имеете право самостоятельно выбрать лечащего врача — поставщика первичной медицинской помощи (Primary Care Provider, PCP) — из числа специалистов, входящих в нашу сеть. Специалист нашей сети – это поставщик услуг, сотрудничающий с нами. Подробную информацию о том, какие специалисты могут выступать в роли PCP и как выбрать подходящего врача, вы найдете в **Главе 3** настоящего *Справочника участника*.
    - Чтобы узнать больше о поставщиках услуг нашей сети и о том, кто из них принимает новых пациентов, вы можете позвонить в Службу поддержки или воспользоваться *Каталогом поставщиков услуг и аптек*.
- В том числе вы имеете право на своевременное получение услуг от узкопрофильных специалистов.
- Если в разумный срок услуга не может быть оказана в сети, мы обязаны оплатить обращение к поставщику вне сети.
    - В том числе вы имеете право на своевременное получение услуг от узкопрофильных специалистов.
    - Если в разумный срок услуга не может быть оказана в сети, мы обязаны оплатить обращение к поставщику вне сети.
- Вы имеете право получать неотложную или экстренную медицинскую помощь без предварительного одобрения (PA).
- Вы имеете право получать рецептурные лекарства в любой аптеке нашей сети без длительных задержек.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Вы имеете право быть проинформированными о случаях, когда можно воспользоваться услугами поставщика, не входящего в сеть. Подробнее о поставщиках услуг, не входящих в нашу сеть, см. в **Главе 3** настоящего *Справочника участника*.
- При первичном вступлении в наш страховой план вы имеете право в течение первых 12 месяцев продолжать получать медицинские услуги у своих текущих врачей и по ранее выданным разрешениям, при соблюдении определённых условий. Подробности о возможности продолжить обслуживание у текущих поставщиков и сохранении ранее выданных разрешений на услуги вы найдете в **Главе 1** настоящего *Справочника участника*.
- Вы имеете право принимать самостоятельные решения в отношении своего здоровья при поддержке вашей медицинской команды и персонального координатора медицинского обслуживания.

Если вы считаете, что не получаете услуги или лекарства в разумные сроки, обратитесь к **Главе 9** настоящего *Справочника участника*. В ней также указано, что вы можете сделать, если мы отказали вам в покрытии услуг или лекарств и вы с этим не согласны.

C. Наша обязанность защищать вашу персональную медицинскую информацию (PHI)

Мы защищаем вашу персональную медицинскую информацию (Personal health information, PHI) в строгом соответствии с требованиями федерального и регионального законодательства.

Ваша PHI включает в себя как персональные данные, которые вы предоставили при регистрации в нашем плане, так и вашу медицинскую документацию и другую информацию, связанную с состоянием здоровья.

Вы обладаете правами в отношении своей PHI, включая право контролировать, как она используется и передаётся. Мы предоставляем вам письменное уведомление, в котором подробно разъясняются эти права и описываются меры, которые мы принимаем для обеспечения конфиденциальности вашей PHI. Этот документ называется «Уведомление о политике конфиденциальности» (Notice of Privacy Practices).

Участники, имеющие право на получение деликатных (sensitive) медицинских услуг, могут воспользоваться ими без необходимости получать разрешение от других участников или подавать отдельный запрос на деликатные услуги. CalOptima Health OneCare Complete направляет всю корреспонденцию, связанную с деликатными услугами, на альтернативный почтовый адрес, адрес электронной почты или номер телефона, указанный участником. Если альтернативные контактные данные не предоставлены, информация будет направлена на имя участника по имеющемуся адресу или номеру телефона. CalOptima Health OneCare Complete не раскрывает медицинскую информацию, связанную с деликатными услугами, другим участникам без письменного согласия участника, получающего услуги. CalOptima Health OneCare Complete стремится удовлетворять запросы на конфиденциальную коммуникацию в предпочитаемой форме и формате, если это возможно, либо по альтернативным контактным данным. Запрос участника на конфиденциальную коммуникацию, касающуюся деликатных услуг, будет оставаться в силе до тех пор, пока участник не отзовет запрос или не подаст новый запрос на конфиденциальную коммуникацию.

Запрос на конфиденциальную коммуникацию

Вы можете попросить нас связываться с вами удобным для вас способом (например, по домашнему или рабочему телефону), либо направлять корреспонденцию по другому адресу.

Мы всегда стараемся учитывать такие просьбы, особенно если вы объясните, что это важно для вашей безопасности.

Мы защищаем вашу персональную медицинскую информацию (PHI) в строгом соответствии с требованиями федерального и регионального законодательства.

C1. Как мы защищаем вашу PHI

Мы принимаем все необходимые меры, чтобы никто посторонний не мог просматривать или изменять ваши медицинские данные.

За исключением случаев, предусмотренных законом (описаны ниже), мы не передаём вашу PHI третьим лицам, если они не участвуют в вашем лечении или не оплачивают его. В остальных случаях мы обязаны получить от вас письменное разрешение. Такое разрешение может дать либо вы лично, либо уполномоченное вами лицо.

В некоторых ситуациях закон позволяет нам использовать или раскрывать вашу PHI без предварительного согласия. Вот основные исключения:

- Мы обязаны предоставлять PHI государственным органам, которые проверяют качество обслуживания, оказываемого нашим планом.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Мы можем раскрыть PHI по решению суда, но только если это разрешено законодательством штата Калифорния.
- Мы обязаны передавать вашу PHI в Medicare, включая данные о лекарствах в рамках Части D программы Medicare. Если Medicare раскрывает вашу PHI для исследований или других целей, это происходит строго в соответствии с федеральными законами. В большинстве случаев, если мы хотим использовать или передать вашу PHI вне рамок лечения, оплаты или административных операций, нам потребуется ваше письменное согласие. Если у вас есть особые пожелания относительно того, как мы можем делиться вашей информацией, пожалуйста, свяжитесь с нами. Более подробную информацию вы можете найти в Уведомлении о политике конфиденциальности.

C2. Ваше право на доступ к вашей медицинской документации

- Вы имеете право просматривать свою медицинскую документацию и получать её копии.
- Также вы можете запросить внесение обновлений или исправлений в свою медицинскую документацию. Если вы подадите такой запрос, мы совместно с вашим поставщиком медицинских услуг рассмотрим, необходимо ли внести изменения.
- Вы также имеете право знать, кому и с какой целью мы передаём вашу PHI, если это не связано с обычными процедурами.

Если у вас есть вопросы или опасения по поводу конфиденциальности вашей PHI, пожалуйста, свяжитесь со Службой поддержки.

D. Наша обязанность предоставлять вам информацию

Как участник нашего плана, вы имеете право получать от нас информацию о нашем страховом плане, нашей сети поставщиков и покрываемых услугах.

Если вы не говорите по-английски, мы предоставим вам услуги устного перевода, в том числе, перевод языка жестов, чтобы ответить на ваши вопросы о плане. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните в Службу поддержки. Эта услуга предоставляется бесплатно. Материалы для участников CalOptima Health OneCare Complete доступны на английском, испанском, вьетнамском, фарси, корейском, китайском, арабском и русском языках. Мы также можем предоставить вам информацию крупным шрифтом, шрифтом Брайля, на CD-диске или в аудиоформате.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Если вы хотите получить информацию по любому из следующих вопросов, пожалуйста, свяжитесь со Службой поддержки:

- Как выбрать или сменить план
- Информация о нашем плане, включая:
  - финансовые сведения
  - оценки, которые дали нам участники
  - количество апелляций, поданных нашими участниками
  - как выйти из нашего плана
- Наша сеть поставщиков услуг и аптек, включая:
  - как выбрать или сменить лечащего врача (PCP)
  - квалификацию наших сетевых поставщиков услуг и аптек
  - как мы оплачиваем услуги поставщиков в нашей сети
- Покрываемые услуги и лекарства, включая:
  - услуги (см. **Главы 3 и 4** настоящего *Справочника участника*) и лекарства (см. **Главы 5 и 6** настоящего *Справочника участника*), которые покрываются нашим планом
  - ограничения покрытия и лекарственного обеспечения
  - правила, которым нужно следовать, чтобы получить покрываемые услуги и лекарства
- Почему какая-либо услуга или лекарство не покрываются и что вы можете с этим сделать (см. **Главу 9** настоящего *Справочника участника*), включая возможность:
  - получить письменное объяснение причин отказа в покрытии
  - запросить пересмотр нашего решения
  - подать запрос на оплату полученного счёта

E. Запрет на прямое выставление счетов участникам со стороны поставщиков сети

Врачи, больницы и другие поставщики, входящие в нашу сеть, не имеют права требовать от вас оплату за услуги, покрываемые планом. Они также не могут выставлять вам счёт на разницу между суммой, которую они запросили, и суммой, которую мы оплатили (так называемый «баланс по счёту»). Если поставщик из сети пытается взимать с вас плату за покрываемые услуги, обратитесь к **Главе 7** настоящего *Справочника участника*, чтобы узнать, как действовать в такой ситуации.

F. Ваше право выйти из нашего плана

Никто не может заставить вас оставаться в нашем плане, если вы этого не хотите.

- Вы имеете право получать большинство медицинских услуг через программу Original Medicare или другой план Medicare Advantage (MA).
- Вы также можете получать лекарственные льготы в рамках Части D программы Medicare через отдельный план лекарственного обеспечения или другой план MA.
- Обратитесь к **Главе 10** настоящего *Справочника участника*, чтобы узнать:
    - Когда вы можете присоединиться к новому плану MA или плану лекарственного обеспечения;
    - Как вы будете получать льготы Medi-Cal, если покинете наш план.

G. Ваше право принимать решения о вашем медицинском обслуживании

Вы имеете право на получение полной информации от ваших врачей и других поставщиков медицинских услуг, которая поможет вам принимать решения о вашем медицинском обслуживании.

G1. Ваше право знать о вариантах лечения и принимать решения

Ваш лечащий врач обязан объяснять вам ваше состояние и возможные варианты лечения в понятной и доступной форме. Вы имеете право:

- **Знать свои варианты.** Вы имеете право быть проинформированным обо всех возможных методах лечения.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- **Знать о рисках.** Вы имеете право получить информацию о любых рисках, связанных с лечением. Мы обязаны заранее сообщить вам, если какая-либо услуга или лечение являются частью исследовательского эксперимента. Вы имеете право отказаться от участия в экспериментальном лечении.
- **Получить второе мнение.** Вы имеете право проконсультироваться с другим врачом перед принятием решения о лечении.
- **Сказать «нет».** Вы имеете право отказаться от любого лечения. Это включает право покинуть больницу или другое медицинское учреждение, даже если врач советует остаться. Вы также имеете право прекратить приём назначенного лекарства. Если вы отказываетесь от лечения или прекращаете приём лекарства, мы не исключим вас из плана. Однако, если вы отказываетесь от лечения или прекращаете приём лекарства, вы берёте на себя полную ответственность за возможные последствия.
- **Запросить объяснение, почему поставщик услуг отказал в медицинской помощи.** Вы имеете право получить от нас объяснение, если поставщик отказал вам в услуге, которую, по вашему мнению, вы должны были получить.
- **Попросить нас покрыть услугу или лекарство, в которых было отказано или которые обычно не покрываются.** Это называется решением о покрытии. В **Главе 9** настоящего *Справочника участника* описано, как подать запрос на принятие решения о покрытии.

G2. Ваше право указать, что должно происходить, если вы не сможете самостоятельно принимать медицинские решения

Иногда люди оказываются в ситуации, когда не могут принимать решения о своём здоровье. Чтобы быть готовым к такому случаю, вы можете заранее:

- Заполнить письменную форму, в которой **назначите человека, уполномоченного принимать медицинские решения за вас**, если вы сами не сможете этого сделать.
- **Дать врачам письменные инструкции** о том, как осуществлять медицинский уход за вами, если вы не сможете принимать решения самостоятельно, включая указания о том, какую помощь вы **не хотите** получать.

Такой юридический документ называется «предварительным распоряжением» (advance directive). Существует несколько видов предварительных распоряжений, и у них могут быть разные названия — например, волеизъявление о жизни (living will) или доверенность на принятие медицинских решений (power of attorney for health care).

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Вы не обязаны иметь предварительное распоряжение, но можете его оформить. Вот что нужно сделать, если вы хотите оформить предварительное распоряжение:

- **Получите форму.** Форму можно взять у врача, юриста, социального работника или в некоторых магазинах канцтоваров. Часто такие формы есть в аптеках и медицинских учреждениях. Вы также можете бесплатно скачать форму в интернете или запросить её через Службу поддержки.
- **Заполните и подпишите форму.** Эта форма является юридическим документом. Рекомендуется заполнить её с помощью юриста или доверенного лица — например, члена семьи или вашего лечащего врача (PCP).
- **Передайте копии формы тем, кому это важно знать.** Обязательно дайте копию формы вашему врачу. Также передайте копию человеку, которого вы назначили принимать решения за вас. При желании можно дать копии близким друзьям или членам семьи. Храните копию дома.
- Если вас госпитализируют и у вас есть подписанное предварительное распоряжение, **возьмите его копию с собой.**
    - В больнице вас спросят, есть ли у вас подписанное предварительное распоряжение и принесли ли вы его с собой.
    - Если у вас нет подписанного предварительного распоряжения, вам предложат заполнить и подписать форму на месте.

Вы имеете право:

- Внести своё предварительное распоряжение в свою медицинскую документацию.
- В любое время изменить или отменить предварительное распоряжение.
- Получать информацию об изменениях в законодательстве, касающемся предварительных распоряжений. CalOptima Health OneCare Complete уведомит вас о таких изменениях не позднее чем через 90 дней после вступления закона в силу.

По закону, никто не имеет права отказать вам в медицинской помощи или относиться к вам предвзято на основании того, подписали вы предварительное распоряжение или нет. Для получения дополнительной информации обратитесь в Службу поддержки.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

G3. Что делать, если ваши указания не были выполнены

Если вы подписали предварительное распоряжение и считаете, что врач или медицинское учреждение не выполнили изложенные в нём инструкции, вы можете подать жалобу в Офис омбудсмена Департамента здравоохранения Калифорнии (DHCS) по телефону 1-888-452-8609**.**

H. Ваше право подавать жалобы и просить пересмотра решений

В **Главе 9** настоящего *Справочника участника* описано, что вы можете сделать, если у вас возникли проблемы или замечания, связанные с покрываемыми услугами или получаемой медицинской помощью. Например, вы можете подать запрос на принятие решения о покрытии услуги или лекарства, подать апелляцию, если не согласны с решением о покрытии, или подать жалобу.

Вы также имеете право получить информацию о жалобах и апелляциях, которые другие участники подавали в адрес нашего плана. Чтобы получить такую информацию, обратитесь в Службу поддержки.

H1. Что делать в случае несправедливого обращения или если вы хотите узнать больше о своих правах

Если вы считаете, что с вами обошлись несправедливо (и это **не связано** с дискриминацией по причинам, указанным в **Главе 11** настоящего *Справочника участника*), или если вы хотите получить дополнительную информацию о своих правах, вы можете обратиться:

- В Службу поддержки.
- В Программу консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222 или 1-714-560-0424. Подробнее о HICAP — в **Главе 2**.
- В омбудсмену по вопросам Medi-Cal по телефону 1-888-452-8609. Подробнее об этой программе — в **Главе 2** настоящего *Справочника участника*.
- В Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048 (вы также можете прочитать или скачать брошюру «Права и защита участников Medicare» на официальном сайте Medicare: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Ваши обязанности как участника плана

Как участник плана, вы несёте ответственность за выполнение следующих действий. Если у вас возникнут вопросы, пожалуйста, свяжитесь со Службой поддержки.

- **Прочитайте настоящий *Справочник участника*** чтобы узнать, какие услуги и лекарства покрываются нашим планом, а также какие правила необходимо соблюдать для их получения. В нём вы найдёте подробную информацию:
  - о покрываемых услугах — см. **Главы 3 и 4** настоящего *Справочника участника*. Эти главы расскажут, что входит и не входит в покрытие, какие правила нужно соблюдать и сколько вы платите.
  - о покрываемых лекарствах — см. **Главы 5 и 6** настоящего *Справочника участника*.
- **Сообщите нам о любом другом медицинском или лекарственном покрытии,** которое у вас есть. Это важно, чтобы вы могли использовать все доступные вам источники покрытия при получении медицинской помощи. Позвоните в Службу поддержки, если у вас есть другое покрытие.
- **Сообщайте своему врачу и другим поставщикам медицинских услуг,** что вы являетесь участником нашего плана. Показывайте свою идентификационную карту участника при получении медицинских услуг или рецептурных лекарств.
- **Помогайте своим врачам** и другим поставщикам медицинских услуг оказывать вам наилучшую помощь.
  - Предоставляйте им необходимую информацию о себе и своём здоровье. Старайтесь как можно больше узнать о своих заболеваниях/состояниях. Следуйте назначенному плану лечения и рекомендациям, которые вы согласовали со своим врачом.
  - Сообщайте врачам и другим поставщикам медицинских услуг обо всех лекарствах, которые вы принимаете, включая рецептурные препараты, безрецептурные средства, витамины и добавки.
  - Не стесняйтесь задавать вопросы. Медицинский персонал обязан объяснять всё понятным языком. Если что-то осталось непонятным, просите объяснить снова.
- **Сотрудничайте с вашим персональным координатором медицинского обслуживания,** в том числе проходите ежегодную оценку состояния здоровья.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- **Будьте уважительны**. От всех участников программы ожидается уважение прав других людей, Мы также ожидаем, что вы будете вести себя уважительно в кабинетах врачей, больницах и других медицинских учреждениях.
- **Оплачивайте то, что вы обязаны**. Как участник плана, вы несёте ответственность за оплату:
    - страховых взносов по Части A и Части B программы Medicare. Для большинства участников CalOptima Health OneCare Complete взносы по Части A и Части B программы Medicare оплачиваются программой Medi-Cal.
    - **Если вы воспользуетесь услугами или получите лекарства, которые не покрываются нашим планом, вы обязаны оплатить их полную стоимость самостоятельно** (**примечание**: если вы не согласны с нашим решением о том, что услуга или лекарство не покрываются, вы можете подать апелляцию. Подробнее о том, как подать апелляцию, читайте в **Главе 9** настоящего *Справочника участника*).
- **Сообщите нам, если вы переезжаете**. Если вы собираетесь переехать, немедленно сообщите нам об этом. Позвоните в Службу поддержки.
    - **Если вы переезжаете за пределы зоны обслуживания, вы не сможете оставаться участником нашего плана.** Участниками плана могут быть только те, кто проживает в зоне его обслуживания. Ознакомьтесь с **Главой 1** настоящего *Справочника участника*, чтобы узнать больше о нашей зоне обслуживания.
    - Мы поможем вам определить, входит ли ваш новый адрес в нашу зону обслуживания.
    - При переезде обязательно сообщите новый адрес в Medicare и Medi-Cal. Контактные телефоны Medicare и Medi-Cal указаны в **Главе 2** настоящего *Справочника участника*.
    - **Если вы переезжаете в пределах зоны обслуживания, нам всё равно нужно знать об этом.** Нам важно знать ваши актуальные контактные данные, чтобы иметь возможность связаться с вами при необходимости.
    - **Если вы переезжаете, сообщите о смене адреса в Службу социального страхования (Social Security) или Железнодорожный пенсионный совет (Railroad Retirement Board).**

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- **Если у вас изменился номер телефона** или появился более удобный способ связи — пожалуйста, сообщите нам.
- **Если у вас есть вопросы или замечания, обратитесь в Службу поддержки**.

Глава 9. Что делать, если у вас возникла проблема или жалоба (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

Введение

В этой главе содержится информация о ваших правах. Прочитайте её, чтобы узнать, как действовать, если:

- У вас возникла проблема или жалоба, связанная с вашим планом медицинского страхования.
- Вам нужна услуга, медицинское изделие или лекарство, которые, по заявлению вашего плана, он не оплатит.
- Вы не согласны с решением, которое план принял в отношении вашего лечения.
- Вы считаете, что срок действия покрываемых вами услуг истекает слишком рано.
- У вас есть жалоба или проблема, связанная с долгосрочными услугами и поддержкой (LTSS), включая услуги центров дневного пребывания для взрослых (CBAS) и услуги учреждений сестринского ухода (NF).

Эта глава разбита на разделы, чтобы вам было проще найти нужную информацию. **Если у вас возникла проблема или есть какое-либо замечание, обратитесь к тем частям главы, которые соответствуют вашей ситуации.**

Вы имеете право получать медицинскую помощь, лекарства и долгосрочные услуги и поддержку, которые, по мнению вашего врача и других специалистов, необходимы вам в рамках индивидуального плана медицинского обслуживания. **Если у вас возникли трудности с медицинским обслуживанием, вы можете обратиться за поддержкой в Программу омбудсмена Medicare-Medi-Cal по телефону 1-855-501-3077.** В этой главе описаны различные варианты действий в зависимости от характера вашей проблемы или жалобы. Тем не менее, вы всегда можете позвонить в Программу омбудсмена, чтобы получить помощь и сопровождение в решении вашей ситуации. Дополнительные ресурсы и способы связи с ними вы найдёте в **Главе 2** настоящего *Справочника участника*.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Содержание

A. Что делать, если у вас возникла проблема или замечание. 269
A1.О юридических терминах 269

B. Где можно получить помощь 269
B1. Дополнительная информация и поддержка 269

C. Жалобы и апелляции по программам Medicare и Medi-Cal в рамках нашего плана 271

D. Проблемы, связанные с вашими льготами. 271

E. Решения о покрытии и апелляции 272
E1. Решения о покрытии 272
E2. Апелляции. 272
E3. Помощь в вопросах решений о покрытии и подаче апелляций 273
E4. Какой раздел этой главы поможет вам 274

F. Медицинское обслуживание 274
F1. Как пользоваться этим разделом 275
F2. Запрос на принятие решения о покрытии 276
F3. Подача апелляции Уровня 1. 278
F4. Подача апелляции Уровня 2. 282
F5. Проблемы с оплатой. 287

G. Лекарственное обеспечение в рамках Части D программы Medicare 288
G1. Решения о покрытии и апелляции по препаратам в рамках Части D программы Medicare 289
G2. Исключения в отношении лекарственного обеспечения в рамках Части D программы Medicare. 291
G3. Важная информация о подаче запроса на исключение. 292
G4. Как подать запрос на принятие решения о покрытии, включая запрос на исключение 293
G5. Подача апелляции Уровня 1 296
G6. Подача апелляции Уровня 2 298

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

H. Запрос на покрытие более длительного пребывания в больнице 301
H1. Знакомство с вашими правами в рамках программы Medicare. 301
H2. Подача апелляции Уровня 1 302
H3. Подача апелляции Уровня 2 304

I. Запрос на продолжение покрытия определённых медицинских услуг 305
I1. Предварительное уведомление о прекращении покрытия 306
I2. Подача апелляции Уровня 1 306
I3. Подача апелляции Уровня 2 308

J. Продолжение апелляционного процесса после Уровня 2 309
J1. Следующие шаги по услугам и изделиям, покрываемым программой Medicare 309
J2. Дополнительные апелляции по программе Medi-Cal. 311
J3. Апелляции Уровня 3, 4 и 5 по запросам в отношении лекарственного обеспечения в рамках Части D программы Medicare 311

K. Как подать жалобу 312
K1. Какие проблемы считаются основанием для подачи жалобы 312
K2. Внутренние жалобы 315
K3. Внешние жалобы 316

A. Что делать, если у вас возникла проблема или замечание

В этой главе объясняется, как действовать в случае возникновения проблем или замечаний. Выбор процедуры зависит от характера вашей ситуации. Один порядок применяется для **решений о покрытии и подачи апелляций**. Другой — для **подачи жалоб** (также называемых претензиями).

Чтобы обеспечить справедливость и оперативность, каждая процедура имеет свои правила, порядок действий и сроки, которые должны соблюдать как вы, так и мы.

A1. О юридических терминах

В этой главе используются некоторые юридические термины, связанные с правилами и сроками. Многие из этих терминов могут быть трудными для понимания, поэтому вместо определенных юридических терминов мы, по возможности, используем более простые слова. Мы стараемся использовать минимальное количество сокращений.

Например, мы говорим:

- «Подача жалобы» вместо «подача претензии (grievance)»
- «Решение о покрытии» вместо «определение организации», «определение льготы», «определение риска» или «определение покрытия»
- «Срочное решение о покрытии» вместо «ускоренное определение покрытия».
- «Независимая контролирующая организация» (Independent Review Organization, IRO) вместо «Независимая контролирующая юридическая структура» (Independent Review Entity, IRE)

Тем не менее, мы также предоставляем официальные юридические термины, чтобы вы могли при необходимости использовать их для более точного общения.

B. Где можно получить помощь

B1. Дополнительная информация и поддержка

Иногда бывает сложно начать или пройти весь путь решения проблемы — особенно если вы плохо себя чувствуете или у вас мало сил. В других случаях может просто не хватать информации, чтобы сделать следующий шаг.

Помощь от Программы консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования

?

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Вы можете обратиться в Программу консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Консультанты HICAP ответят на ваши вопросы и помогут разобраться, что делать, чтобы решить вашу проблему. HICAP не связана с нашей организацией, страховыми компаниями или медицинскими планами. В каждом округе работают квалифицированные консультанты HICAP, и все услуги предоставляются бесплатно. Телефон HICAP: 1-800-434-0222.

Помощь от Программы омбудсмена Medicare-Medi-Cal

Вы также можете позвонить в Программу омбудсмена Medicare-Medi-Cal, чтобы поговорить с представителем, который поможет вам разобраться с вопросами, связанными с медицинским покрытием. В некоторых случаях они могут предложить бесплатную юридическую помощь. Программа омбудсмена не связана с нашей организацией, страховыми компаниями или медицинскими планами. Телефон программы: 1-855-501-3077. Веб-сайт программы: www.healthconsumer.org.

Информация и помощь от Medicare

Для получения дополнительной информации и помощи вы можете напрямую обратиться в Medicare. Получить помощь от программы Medicare можно двумя способами:

- Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Посетите сайт Medicare (www.medicare.gov).

Помощь от Департамента здравоохранения (DHCS) Калифорнии

Омбудсмен по вопросам управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal при Департаменте здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS) Калифорнии может помочь вам: если у вас возникли трудности со вступлением в план медицинского страхования, сменой или выходом из него; если вы переехали и испытываете сложности с переводом ваших льгот Medi-Cal в новый округ. Вы можете позвонить омбудсмену с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. по телефону 1-888-452-8609.

C. Жалобы и апелляции по программам Medicare и Medi-Cal в рамках нашего плана

Вы являетесь участником программ Medicare и Medi-Cal. Информация в этой главе относится ко всем вашим льготам в рамках управляемого медицинского обслуживания по обеим программам. Процедура рассмотрения жалоб и апелляций в таких случаях часто называется «интегрированной», она объединяет или интегрирует процессы Medicare и Medi-Cal.

Однако в некоторых случаях объединение процессов Medicare и Medi-Cal невозможно. В некоторых ситуациях вам придётся использовать отдельные процессы: один — для обращения по поводу льгот Medicare, другой — для льгот Medi-Cal. Подробнее об этих случаях рассказано в **Разделе F4**.

D. Проблемы, связанные с вашими льготами

Если у вас возникла проблема или замечание, обратитесь к тем разделам этой главы, которые соответствуют вашей ситуации. Следующая таблица поможет вам определить, куда именно следует обратиться в зависимости от характера вашей жалобы или вопроса.

Ваша проблема или замечание касаются ваших льгот или страхового покрытия? Сюда входят вопросы о том, покрывается ли определённая медицинская помощь (медицинские услуги, изделия и/или рецептурные препараты по Части B), как именно осуществляется покрытие, а также проблемы, связанные с оплатой медицинской помощи.	
Да. Моя проблема связана со льготами или покрытием. Перейдите к **Разделу E** — «Решения о покрытии и апелляции».	**Нет.** Моя проблема не связана со льготами или покрытием. Перейдите к **Разделу K** — «Как подать жалобу».

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

E. Решения о покрытии и апелляции

Процедура запроса на принятие решения о покрытии и подачи апелляции применяется в случаях, когда возникают проблемы, связанные с вашими льготами и покрытием медицинской помощи — будь то медицинские услуги, изделия или лекарства по Части B, включая вопросы оплаты. Для упрощения, мы используем обобщённый термин «медицинская помощь», имея в виду все медицинские услуги, изделия и лекарства по Части B.

E1. Решения о покрытии

Решение о покрытии — это решение, которое мы принимаем в отношении ваших льгот, объёма покрытия или суммы, которую мы платим за медицинские услуги или лекарства. Вы или ваш врач можете обратиться к нам с запросом на принятие решения о покрытии. Иногда вы или врач можете не быть уверены, покрывается ли конкретная медицинская услуга, или опасаетесь, что мы можем отказать в предоставлении необходимой вам помощи. **Если вы хотите заранее узнать, будет ли медицинская услуга покрыта, вы можете направить нам запрос на принятие решения о покрытии.**

Мы принимаем решение о покрытии, когда рассматриваем ваш запрос на предоставление услуги или поступившее требование на оплату. В некоторых случаях мы можем решить, что услуга или препарат не покрываются или больше не покрываются в рамках программ Medicare или Medi-Cal. Если вы не согласны с этим решением о покрытии, вы имеете право подать апелляцию.

E2. Апелляции

Если мы приняли решение о покрытии, и вы не согласны с этим решением, вы можете подать апелляцию. Апелляция — это официальный способ попросить нас пересмотреть и изменить принятое решение о покрытии.

Первая поданная апелляция называется апелляцией Уровня 1 (Level 1 Appeal). На этом этапе мы повторно рассматриваем принятое решение о покрытии, чтобы убедиться, что все правила были соблюдены. Вашу апелляцию рассматривают другие специалисты, не участвовавшие в принятии первоначального решения, с которым вы не согласны.

После завершения рассмотрения мы сообщим вам о нашем новом решении. В определённых случаях, описанных далее в **Разделе F2**, вы можете запросить ускоренное рассмотрение — так называемое «срочное решение о покрытии» или «срочную апелляцию».

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Если мы **откажем** в удовлетворении вашей апелляции полностью или частично, вы получите письменное уведомление. Если ваша жалоба касается медицинской помощи по программе Medicare, в письме будет указано, что ваше дело передано в Независимую контролирующую организацию (IRO) для апелляции Уровня 2 (Level 2 Appeal). Если ваша жалоба касается покрытия услуг или изделий в рамках Части D программы Medicare или Medi-Cal, в письме будет объяснено, как самостоятельно подать апелляцию Уровня 2. Дополнительную информацию об апелляциях Уровня 2 вы найдёте в **Разделе F4**.

Если вы останетесь неудовлетворены решением по апелляции Уровня 2, у вас может быть возможность пройти дальнейшие уровни апелляционного процесса.

E3. Помощь в вопросах решений о покрытии и подаче апелляций

Вы можете обратиться за помощью к любому из следующих источников:

- **Служба поддержки** — номера телефонов указаны внизу страницы.
- **Программа омбудсмена Medicare-Medi-Cal по телефону 1-855-501-3077.**
- **Программа консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (HICAP)** по телефону 1-800-434-0222.
- **Ваш врач или другой поставщик медицинских услуг.** Ваш врач или другой поставщик услуг может подать запрос на принятие решения о покрытии или апелляцию от вашего имени.
- **Друг или член семьи.** Вы можете назначить другого человека своим представителем, который сможет от вашего имени направить запрос на принятие решения о покрытии или подать апелляцию.
- **Адвокат.** Вы имеете право на юридическое представительство, но **наличие адвоката не является обязательным** для подачи запроса на принятие решения о покрытии или апелляции.
    - Вы можете обратиться к своему адвокату или получить контакт через местную коллегию адвокатов или службу юридических консультаций. Если вы соответствуете определёнными требованиями, некоторые юридические группы предоставят вам юридические услуги бесплатно.
    - Попросите связать вас с юристом по правовой помощи через Программу омбудсмена Medicare-Medi-Cal по телефону 1-855-501-3077.

Если вы хотите, чтобы адвокат или другой человек действовал от вашего имени, необходимо заполнить форму назначения представителя (Appointment of Representative). Эта форма официально предоставляет выбранному лицу право действовать от вашего имени.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Позвоните в Службу поддержки клиентов (номера указаны внизу страницы) и попросите форму назначения представителя. Вы также можете скачать её по ссылке www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или с нашего веб-сайта **https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare#DocumentsandForms**. **Вы должны предоставить нам копию подписанной формы.**

E4. Какой раздел этой главы поможет вам

Существует четыре ситуации, в которых применяются процедуры принятия решений о покрытии и подачи апелляций. Каждая из них имеет свои правила и сроки, и для каждой предусмотрен отдельный раздел в этой главе. Пожалуйста, обратитесь к соответствующему разделу:

- **Раздел F** — «Медицинское обслуживание»
- **Раздел G** — «Лекарственное обеспечение в рамках Части D программы Medicare»
- **Раздел H** — «Запрос на покрытие более длительного пребывания в больнице»
- **Раздел I** — «Запрос на продолжение покрытия определённых медицинских услуг» (этот раздел применяется только к следующим видам помощи: медицинское обслуживание на дому, медицинское обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода и услуги учреждения комплексной амбулаторной реабилитации (CORF))

Если вы не уверены, какой раздел вам подходит, позвоните в Службу поддержки по номерам, указанным внизу страницы.

F. Медицинское обслуживание

В этом разделе объясняется, что делать, если у вас возникли трудности с получением покрытия на медицинскую помощь или если вы хотите, чтобы мы возместили вам часть расходов, которую должен покрыть наш план. Если вас интересует подача запроса на покрытие более длительного пребывания в больнице, см. **Раздел H**.

Этот раздел касается льгот на медицинское обслуживание, описанных в таблице льгот в **Главе 4** настоящего *Справочника участника*. В некоторых случаях к лекарствам, покрываемым по Части B программы Medicare, применяются отдельные правила. Когда это происходит, мы объясняем, чем правила для рецептурных препаратов по Части B программы Medicare отличаются от правил, применяемых к другим медицинским услугам и изделиям.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

F1. Как пользоваться этим разделом

В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в следующих ситуациях:

1. Вы считаете, что нуждаетесь в медицинской помощи, которая должна покрываться, но вы её не получаете.

   Что можно сделать: Вы можете подать запрос на принятие решения о покрытии. См **Раздел F2**.

2. Мы не одобрили медицинскую помощь, которую вам рекомендует врач или другой поставщик медицинских услуг, а вы считаете, что должны были.

   Что можно сделать: Вы можете обжаловать наше решение (подать апелляцию). См **Раздел F3**.

3. Вы получили медицинскую помощь, которая, по вашему мнению, должна покрываться, но мы отказались её оплачивать.

   Что можно сделать: Вы можете обжаловать наш отказ в оплате. См. **Раздел F5**.

4. Вы оплатили оказанную медицинскую помощь, думая, что она покрывается, и теперь хотите, чтобы мы возместили вам расходы.

   Что можно сделать: Вы можете подать запрос на возмещение расходов. См. **Раздел F5**.

5. Мы сократили или прекратили покрытие определённой медицинской помощи, и вы считаете, что это может навредить вашему здоровью.

   Что можно сделать: Вы можете обжаловать наше решение о сокращении или прекращении покрытия медицинской помощи. См. **Раздел F4**.

   - Если речь идёт о медицинском обслуживании на дому, медицинском обслуживании в учреждении квалифицированного сестринского ухода и услугах учреждения комплексной амбулаторной реабилитации (CORF), применяются особые правила. См. **Раздел H** или **Раздел I** для получения подробной информации.
   - Во всех других случаях, связанных с сокращением или прекращением покрытия медицинской помощи, используйте этот раздел (**Раздел F**) в качестве руководства.

6. У вас возникают задержки в получении помощи или вы не можете найти врача.

   Что можно сделать: Вы можете подать жалобу. См. **Раздел K2**.

F2. Запрос на принятие решения о покрытии

> Когда решение о покрытии касается вашей медицинской помощи, оно называется **«комплексное организационное решение» (integrated organization determination)**.

Вы, ваш врач или ваш представитель можете подать запрос на принятие решения о покрытии одним из следующих способов:

- По телефону: **1-877-412-2734**, линия: **711**
- По факсу: **1-714-246-8711**
- По почте: CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West,
  Orange, CA 92868

Стандартное решение о покрытии

Когда мы принимаем решение, мы используем «стандартные» сроки, если только не согласуем с вами применение «сокращённых» сроков. Стандартное решение о покрытии означает, что вы получите ответ в течение:

- **7 календарных дней** с момента получения запроса **в отношении медицинской услуги или изделия, требующих предварительной авторизации**.
- **14 календарных дней** с момента получения запроса **в отношении всех других медицинских услуг или изделий**.
- **72 часов** с момента получения запроса **в отношении рецептурного лекарства по Части B программы Medicare**.

Срочное решение о покрытии

> Юридический термин для срочного решения о покрытии — **ускоренное определение (expedited determination)**.

Если вы подаёте запрос на покрытие медицинской помощи и вам нужен быстрый ответ, подайте запрос на принятие «срочного решения о покрытии». Срочное решение о покрытии означает, что вы получите ответ в течение:

- **72 часов** с момента получения запроса **в отношении медицинской услуги или изделия**.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- **24 часов** с момента получения запроса **в отношении рецептурного лекарства по Части B программы Medicare**.

Чтобы мы приняли срочное решение о покрытии, вы должны соответствовать двум требованиям:

- Вы запрашиваете покрытие медицинских услуг и/или изделий, которые ещё **не были получены**. Вы не можете просить срочное решение по оплате уже оказанных услуг и выданных изделий.
- Использование стандартных сроков **может серьёзно навредить вашему здоровью** или ухудшить вашу способность к нормальному функционированию.

Если ваш лечащий врач сообщает нам, что срочное решение необходимо по состоянию здоровья, мы автоматически предоставим его. Если вы подаёте запрос без поддержки врача, мы самостоятельно решим, соответствует ли ваш случай критериям для срочного принятия решения о покрытии.

- Если мы решим, что ваше состояние не требует срочного принятия решения о покрытии, мы отправим вам письмо с объяснением и применим стандартные сроки рассмотрения. В письме будет указано:
  - что срочное принятие решения о покрытии предоставляется автоматически, если его запрашивает ваш врач;
  - как вы можете подать «срочную жалобу» на наше решение рассматривать ваш запрос в стандартные сроки вместо сокращённых. Подробнее о подаче жалоб, включая срочные, см. **Раздел K**.

Если мы откажем в удовлетворении вашего запроса полностью или частично, вы получите от нас письмо с объяснением причин.

- Если мы **откажем**, вы имеете право подать апелляцию (то есть обжаловать наше решение). Если вы считаете, что мы допустили ошибку, апелляция — это официальный способ попросить нас пересмотреть и изменить принятое решени.
- Если вы решите подать апелляцию, вы перейдёте на 1-й уровень апелляционного процесса (см. **Раздел F3**).

В некоторых случаях мы можем отклонить ваш запрос на принятие решения о покрытии. Это означает, что ваш запрос не будет рассматриваться. Запрос может быть отклонён в следующих случаях:

- если запрос неполный,

- если запрос подаёт лицо, не имеющее на это юридических полномочий, **или**
- если вы отозвали свой запрос.

Если мы отклоним запрос на принятие решения о покрытии, мы отправим вам уведомление с объяснением причины отклонения запроса и того, как подать запрос на пересмотр решения об отклонении. Такое рассмотрение называется «апелляция». Апелляции описаны в следующем разделе.

F3. Подача апелляции Уровня 1

Чтобы начать процесс апелляции, вы, ваш лечащий врач или уполномоченный представитель должны связаться с нами. Позвоните нам по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно, 7 дней в неделю.

Вы можете подать стандартную или срочную апелляцию письменно или по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно, 7 дней в неделю.

- Если ваш врач или другой назначающий специалист (например, выписывающий лекарства) подаёт запрос на продолжение услуги или предоставление изделия, которое вы уже получаете, возможно, вам потребуется официально назначить его своим представителем.
- Если апелляцию подаёт кто-то другой (не ваш врач), необходимо приложить форму назначения представителя (Appointment of Representative), которая даёт этому человеку право действовать от вашего имени. Форму можно скачать с сайта Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или с нашего сайта **https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare#DocumentsandForms**.
- Мы можем принять ваш запрос на апелляцию без формы, но не сможем начать или завершить рассмотрение, пока не получим её. Если мы не получим форму до истечения установленного срока для принятия решения по вашей апелляции:
    - ваш запрос будет отклонён, и
    - вы получите письменное уведомление с разъяснением вашего права обратиться в Независимую контролирующую организацию (IRO) для пересмотра нашего решения об отклонении апелляции.
- Вы должны подать апелляцию в течение 65 календарных дней с даты письма, в котором мы сообщили вам о нашем решении.

- Если вы пропустили срок, но у вас есть уважительная причина, мы можем предоставить вам дополнительное время на подачу апелляции. Примеры уважительных причин: серьёзное заболевание или получение от нас неверной информации о сроках подачи. Обязательно объясните причину просрочки, когда подаёте апелляцию.
- Вы имеете право запросить бесплатную копию всей информации, связанной с вашей апелляцией. Вы и ваш врач также можете предоставить дополнительные документы или сведения в поддержку вашей апелляции.

Если состояние здоровья требует, подайте срочную апелляцию.

Юридический термин для срочной апелляции — **«ускоренный пересмотр» (expedited reconsideration)**.

- Если вы обжалуете наше решение о покрытии медицинской помощи, вы и/или ваш врач можете запросить срочную апелляцию.

Если ваш врач сообщает нам, что срочная апелляция необходима по состоянию здоровья, мы автоматически предоставим её. Если вы подаёте запрос без поддержки врача, мы самостоятельно решим, соответствует ли ваш случай критериям для срочного рассмотрения.

- Если мы решим, что ваше состояние не соответствует требованиям для срочной апелляции, мы направим вам письмо с объяснением, и применим стандартные сроки рассмотрения. В письме будет указано:
  - что срочная апелляция предоставляется автоматически, если её запрашивает ваш врач;
  - как вы можете подать срочную жалобу на наше решение рассматривать ваш запрос на апелляцию в стандартные сроки. Более подробная информация о подаче жалобы, в том числе срочной, приведена в **Разделе K**.

Если мы уведомили вас о прекращении или сокращении покрытия уже предоставляемых услуг или изделий, вы можете продолжить их получать на время рассмотрения апелляции.

- Если мы приняли решение прекратить или сократить покрытие услуги или изделия, которые вы уже получаете, мы заранее отправим вам уведомление, прежде чем предпринять какие-либо действия.
- Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать апелляцию Уровня 1 (Level 1 Appeal).

- Чтобы сохранить непрерывность оказания услуги или предоставления изделия, вы должны подать апелляцию Уровня 1 в течение 10 календарных дней с даты письма, или до даты вступления решения в силу — в зависимости от того, какая дата наступит позже.
  - Если вы соблюдаете этот срок, услуга или изделие будут предоставляться без изменений до завершения рассмотрения апелляции Уровня 1.
  - Все остальные услуги и изделия, не связанные с апелляцией, также будут предоставляться в обычном порядке.
  - Если вы не подадите апелляцию вовремя, предоставление услуги или изделия будет прекращено до принятия решения по апелляции.

Мы рассматриваем вашу апелляцию и сообщаем вам наше решение.

- Когда мы получаем вашу апелляцию, мы внимательно просматриваем всю информацию, связанную с вашим запросом на покрытие медицинской помощи.
- Мы проверяем, соблюдены ли все правила, когда мы ранее **отказали** в вашем запросе.
- При необходимости мы запрашиваем дополнительную информацию — у вас или у вашего врача.

Для рассмотрения срочной апелляции предусмотрены определенные сроки.

- Если применяется срочная процедура, мы обязаны предоставить вам ответ **в течение 72 часов с момента получения — или раньше, если состояние вашего здоровья требует более быстрого ответа**.
  - Если мы не предоставляем вам ответ в течение 72 часов, мы обязаны передать вашу апелляцию на 2-й уровень рассмотрения (Level 2). На этом этапе её рассматривает Независимая контролирующая организация (IRO). Подробнее об этой организации и апелляционном процессе 2-го уровня вы узнаете в **Разделе F4** этой главы. Если ваша жалоба касается покрытия услуги или изделия по программе Medicaid, вы можете самостоятельно подать апелляцию Уровня 2 в виде запроса на Государственное слушание (State Hearing), как только истечёт срок ожидания. Ваше дело будет рассматривать независимое агентство по государственным слушаниям на уровне штата (State Hearing agency), не связанное с CalOptima Health OneCare Complete. Оно же примет решение по вашей апелляции. Как подать запрос на Государственное слушание — см. **Разделе F4**.

- **Если мы вынесем положительное решение по вашему запросу полностью или частично**, мы обязаны одобрить или предоставить покрытие, с которым согласились, в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции — или раньше, если это необходимо по состоянию здоровья.
- **Если мы откажем в удовлетворении вашего запроса полностью или частично**, мы передаём вашу апелляцию в IRO для рассмотрения на 2-м уровне (Level 2 Appeal).

Для рассмотрения стандартной апелляции предусмотрены определенные сроки.

- Если применяется стандартная процедура, мы обязаны предоставить вам ответ **в течение 30 календарных дней** с момента получения вашей апелляции, если она касается покрытия услуг, которые вы ещё не получили.
- Если ваш запрос касается рецептурного лекарства по Части B программы Medicare, которое вы ещё не получили, мы предоставляем вам ответ **в течение 7 календарных дней** — или раньше, если состояние вашего здоровья требует более быстрого ответа.
    - Если мы не предоставим ответ в установленный срок, мы обязаны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса (Level 2). На этом этапе её рассматривает Независимая контролирующая организация (IRO). Подробнее об этой организации и апелляционном процессе 2-го уровня вы узнаете в **Разделе F4** этой главы. Если ваша жалоба касается покрытия услуги или изделия по программе Medicaid, вы можете самостоятельно подать апелляцию Уровня 2 в виде запроса на Государственное слушание (State Hearing), как только истечёт срок ожидания. Ваше дело будет рассматривать независимое агентство по государственным слушаниям на уровне штата (State Hearing agency), не связанное с CalOptima Health OneCare Complete. Оно же примет решение по вашей апелляции. Как подать запрос на Государственное слушание — см. **Разделе F4**.

Если мы вынесем положительное решение по вашему запросу полностью или частично, мы обязаны одобрить или предоставить покрытие, с которым согласились, в течение 30 календарных дней с даты получения вашей апелляции, или в течение 72 часов с момента изменения нашего решения, если состояние здоровья требует срочного ответа, либо в течение 7 календарных дней с даты получения вашей апелляции, если ваш запрос касается рецептурного лекарства по Части B Medicare.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Если мы **отказываем** в удовлетворении вашего запроса полностью или частично, **у вас есть дополнительные права на апелляцию**:

- Если мы **отказываем** в удовлетворении вашего запроса полностью или частично, вы получите письмо с объяснением причин.
- Если ваша проблема касается покрытия услуги или изделия по программе Medicare, в письме будет указано, что ваше дело передано в IRO для рассмотрения апелляции на 2-м уровне.
- Если ваша проблема касается покрытия услуги или изделия по программе Medi-Cal, в письме будет объяснено, как самостоятельно подать апелляцию Уровня 2.

F4. Подача апелляции Уровня 2

Если мы **отказываем** вам полностью или частично в апелляции Уровня 1, вы получите от нас письмо с объяснением. В этом письме будет указано, покрывается ли обычно услуга или изделие, о которых идёт речь, программой Medicare, Medi-Cal или обеими.

- Если ваша проблема касается услуги или изделия, которые обычно покрываются **Medicare**, мы автоматически передаём ваше дело на 2-й уровень апелляционного процесса сразу после завершения рассмотрения апелляции Уровня 1.
- Если ваша жалоба касается услуги или изделия, которые обычно покрываются **Medi-Cal**, вы можете самостоятельно подать апелляцию Уровня 2. В письме будет указано, как это сделать. Дополнительную информацию вы также найдёте в **Разделе G6** этой главы.

Если при подаче апелляции Уровня 1 вы имели право на продолжение получения услуги, изделия или лекарства, то это покрытие может продолжаться и во время рассмотрения апелляции Уровня 2. Подробнее о продолжении льгот во время апелляции Уровня 1 — см. **Раздел F3**.

- Если ваша проблема касается услуги, которая покрывается только Medicare, то покрытие этой услуги не продолжается во время рассмотрения апелляции Уровня 2 в IRO.
- Если ваша проблема касается услуги, которая покрывается только Medi-Cal, то покрытие продолжается, если вы подадите апелляцию Уровня 2 в течение 10 календарных дней с момента получения письма с нашим решением.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Если ваша жалоба касается услуги или изделия, которые обычно покрываются Medicare

Вашу апелляцию рассматривает Независимая контролирующая организация (IRO). Это независимая организация, нанятая Medicare.

Официальное название Независимой контролирующей организации (IRO) — **Независимая контролирующая юридическая структура (Independent Review Entity, IRE)**.

- Эта организация не связана с нами и не является государственным органом. Medicare самостоятельно выбирает IRO и осуществляет надзор за её работой.
- Мы передаём в IRO всю информацию по вашей апелляции (так называемое «дело» или case file). Вы имеете право получить бесплатную копию всех материалов по вашему делу.
- Вы имеете право предоставить организации IRO дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.
- Специалисты IRO внимательно изучают все материалы, связанные с вашей апелляцией.

Если ваша апелляция рассматривалась в срочном порядке на 1-м уровне, то и на 2-м уровне она будет рассматриваться так же в срочном порядке.

- Если вы подали срочную апелляцию нам на 1-м уровне, вы автоматически получаете срочное рассмотрение и на 2-м уровне. IRO обязана предоставить вам ответ по апелляции Уровня 2 **в течение 72 часов** с момента её получения.

Если ваша апелляция рассматривалась в стандартном порядке на 1-м уровне, то и на 2-м уровне она будет рассматриваться в стандартном порядке.

- Если вы подали стандартную апелляцию нам на 1-м уровне, вы автоматически получаете стандартное рассмотрение и на 2-м уровне.
- Если ваш запрос касается медицинского изделия или услуги, IRO обязана предоставить ответ по апелляции Уровня 2 **в течение 30 календарных дней** с момента её получения.
- Если ваш запрос касается рецептурного лекарства по Части B программы Medicare, IRO обязана предоставить ответ по апелляции Уровня 2 **в течение 7 календарных дней** с момента её получения.

IRO предоставляет письменный ответ с объяснением причин принятого решения.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- **Если IRO удовлетворяет ваш запрос полностью или частично по поводу медицинского изделия или услуги,** мы обязаны оперативно выполнить это решение:
  - Одобрить покрытие медицинского обслуживания **в течение 72 часов, или**
  - Предоставить услугу **в течение 5 рабочих дней** после получения решения IRO **по стандартному запросу, или**
  - Предоставить услугу **в течение 72 часов** с даты получения решения IRO **по срочному запросу**.
- **Если IRO удовлетворяет ваш запрос полностью или частично в отношении рецептурного лекарства по Части B программы Medicare, мы обязаны одобрить или предоставить препарат:**
  - **В течение 72 часов** после получения решения IRO **по стандартному запросу, или**
  - **В течение 24 часов** с даты получения решения IRO **по срочному запросу**.
- **Если IRO отклоняет ваш запрос полностью или частично**, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос (полностью или частично) на покрытие медицинской помощи. Это называется «подтверждением решения» или «отклонением апелляции».
  - Если ваш случай соответствует установленным требованиям, вы можете решить, хотите ли продолжить процесс обжалования.
  - После 2-го уровня предусмотрены ещё три уровня апелляции — всего их пять.
  - Если ваша апелляция Уровня 2 отклонена, и вы соответствуете критериям для продолжения процесса, вам нужно принять решение о переходе к Уровню 3 и подаче следующей апелляции. Подробная информация о том, как это сделать, будет указана в письменном уведомлении, которое вы получите после рассмотрения апелляции Уровня 2.
  - Апелляции Уровня 3 рассматриваются судьёй по административным делам (ALJ) или юристом-арбитром. Дополнительную информацию об апелляциях Уровня 3, 4 и 5 вы найдёте в **Разделе J**.

Когда ваша проблема касается услуги или изделия, которые обычно покрываются Medi-Cal

(1) Государственное слушание на уровне штата (State Hearing)

Вы можете запросить проведение Государственного слушания на уровне штата по вопросам, связанным с услугами и изделиями, покрываемыми Medi-Cal. Если ваш врач или другой поставщик медицинских услуг запрашивает услугу или изделие, которое мы отказываемся одобрить, или если мы отказываемся продолжать оплачивать услугу или изделие, которое вы уже получаете, и ваша апелляция Уровня 1 была отклонена, вы имеете право запросить Государственное слушание на уровне штата.

В большинстве случаев **у вас есть 120 дней для подачи запроса на Государственное слушание** с момента отправки вам уведомления «Решение по апелляции» (Appeal Decision Letter).

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы подаёте запрос на Государственное слушание на уровне штата из-за того, что мы уведомили вас об изменении или прекращении услуги, которую вы уже получаете, **у вас будет меньше времени, чтобы подать запрос**, если вы хотите продолжать получать эту услугу до завершения Государственного слушания. Подробнее об этом читайте в разделе «Продолжатся ли мои льготы во время апелляции Уровня 2» на стр. 282.

Существует два способа подать запрос на Государственное слушание:

1. Заполните форму «Запрос на Государственное слушание», которая находится на оборотной стороне уведомления о принятии решения (Notice of Action). Укажите всю необходимую информацию: ваше полное имя, адрес, номер телефона, название страхового плана или государственной службы, принявшей решение не в вашу пользу, название задействованной программы помощи и подробное объяснение причин, по которым вы хотите запросить слушание. Затем отправьте заполненный запрос одним из следующих способов:
   - По почте в отдел социального обеспечения округа по адресу, указанному в уведомлении.
   - По почте в Отдел по вопросам государственных слушаний при Департаменте социальных служб (DSS) Калифорнии:

     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
     Sacramento, California 94244-2430

- В Отдел по вопросам государственных слушаний: факсом на номер 1-916-309-3487 или позвонив на бесплатную линию поддержки по номеру 1-833-281-0903.

2. Вы также можете позвонить в Департамент социальных служб (DSS) Калифорнии по телефону 1-800-743-8525. Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-800-952-8349. Если вы решите подать запрос на Государственное слушание по телефону, учтите, что линии часто бывают перегружены.

Отдел по вопросам государственных слушаний выносит решение в письменной форме с объяснением причин.

- Если Отдел по вопросам государственных слушаний **удовлетворяет** ваш запрос полностью или частично по поводу медицинской услуги или изделия, мы обязаны одобрить или предоставить услугу/изделие **в течение 72 часов** после получения их решения.
- Если Отдел по вопросам государственных слушаний **отказывает** в удовлетворении вашего запроса полностью или частично, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос (полностью или частично) на покрытие медицинской помощи. Это называется «подтверждением решения» или «отклонением апелляции».

Если IRO или Отдел по вопросам государственных слушаний **отказывает** в удовлетворении вашего запроса полностью или частично, у вас могут быть дополнительные права на апелляцию.

Если ваша апелляция Уровня 2 рассматривалась **IRO**, вы можете подать апелляцию снова, только если стоимость желаемой вами услуги или изделия превышает установленный минимум. Апелляции Уровня 3 рассматриваются судьёй по административным делам (ALJ) или юристом-арбитром. **Письмо, которое вы получите от IRO, будет содержать информацию о ваших дополнительных правах в отношении апелляции**.

В письме, которое вы получите от Отдела по вопросам государственных слушаний, описан следующий вариант апелляции.

Дополнительную информацию о ваших правах на апелляцию после рассмотрения на 2-м уровне смотрите в **Разделе J**.

F5. Проблемы с оплатой

Мы не разрешаем нашим поставщикам медицинских услуг, входящим в сеть, выставлять вам счета за услуги и изделия, покрываемые планом. Это правило действует даже в тех случаях, когда мы выплачиваем поставщику сумму, меньшую, чем он обычно взимает за покрытую услугу или изделие. Вы никогда не обязаны оплачивать оставшуюся часть счета.

Если вы получили счёт за услуги или изделия, которые подлежат покрытию, отправьте его нам. Не оплачивайте счёт самостоятельно. Мы свяжемся с поставщиком напрямую и решим проблему. Если вы всё же оплатили счёт, вы можете получить возмещение от нашего плана, при условии, что вы соблюдали все правила получения услуги или изделия.

Дополнительную информацию вы найдёте в **Главе 7** настоящего *Справочника участника*. В ней описаны ситуации, в которых вы можете обратиться к нам с просьбой вернуть вам деньги или оплатить счёт, выставленный поставщиком. Также в этой главе объясняется, как правильно отправить нам документы, необходимые для запроса оплаты.

Если вы просите нас вернуть вам деньги, это считается запросом на принятие решения о покрытии. Мы проверим, покрывается ли услуга или изделие, за которое вы заплатили, и соблюдены ли все правила использования вашей страховки.

- Если услуга или изделие действительно покрываются, и вы соблюдали все правила, мы отправим плату за услугу или изделие вам или вашему поставщику, как правило, в течение 30 календарных дней, но не позднее 60 календарных дней с момента получения вашего запроса. Если оплата произведена поставщику, он затем обязан вернуть вам деньги.
- Если вы ещё не оплатили услугу или изделие, мы направим плату непосредственно поставщику. Когда мы отправляем плату, это означает, что мы **одобрили** ваш запрос на покрытие.
- Если услуга или изделие не покрываются или вы не соблюли все правила, мы направим вам письмо с объяснением причин отказа в оплате за услугу или изделие.

Если вы не согласны с нашим решением об отказе в оплате, **вы можете подать апелляцию**. Следуйте процедуре, описанной в **Разделе F3**. При соблюдении этих инструкций обратите внимание:

- Если вы подаёте апелляцию с просьбой вернуть вам деньги, мы обязаны предоставить вам ответ в течение 30 календарных дней с момента получения апелляции.

Если мы **отказываем** в удовлетворении вашей апелляции, но услуга или изделие обычно покрываются **Medicare**, мы передадим ваше дело в IRO. В этом случае вы получите от нас письменное уведомление.

- Если IRO отменяет наше решение и считает, что мы должны произвести оплату, мы обязаны отправить деньги вам или поставщику в течение 30 календарных дней. Если на любом этапе процесса апелляции после Уровня 2 ваш запрос **удовлетворяется**, мы обязаны произвести оплату вам или поставщику в течение 60 календарных дней.
- Если IRO **отказывает** в удовлетворении вашей апелляции, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос. Это называется «подтверждением решения» или «отклонением апелляции». Вы получите письмо с разъяснением дополнительных прав на апелляцию, которые могут вам быть доступны. Подробнее о дополнительных уровнях апелляции читайте в **Разделе J**.

Если мы **отказываем** в удовлетворении вашей апелляции, но услуга или изделие обычно покрываются Medi-Cal, вы можете самостоятельно подать апелляцию Уровня 2. Подробнее об этом читайте в **Разделе F4**.

G. Лекарственное обеспечение в рамках Части D программы Medicare

Как участник нашей программы, вы имеете право на покрытие многих лекарственных препаратов. Большинство из них покрываются в рамках Части D программы Medicare. Существуют также некоторые препараты, не покрываемые по Части D Medicare, но которые могут покрываться программой Medi-Cal. **Этот раздел касается только апелляций по препаратам, покрываемым в рамках Части D программы Medicare**. В дальнейшем в этом разделе мы будем использовать слово «препарат» вместо полного выражения «препарат, покрываемый в рамках Части D программы Medicare». Если препарат покрывается только Medi-Cal, следуйте процедуре, описанной в **Разделе J2**, или посетите сайт Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) чтобы узнать больше. Вы также можете позвонить в Службу поддержки Medi-Cal Rx по телефону 1-800-977-2273.

Чтобы препарат подлежал покрытию, он должен использоваться по медицинским показаниям, признанным допустимыми, то есть его применение должно быть одобрено Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA), или подтверждено авторитетными медицинскими рекомендациями. Подробнее о допустимых медицинских показаниях — в **Главе 5** настоящего *Справочника участника*.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

G1. Решения о покрытии и апелляции по препаратам в рамках Части D программы Medicare

Ниже приведены примеры ситуаций, когда вы можете обратиться к нам с запросом на принятие решения о покрытии рецептурного лекарства в рамках Части D программы Medicare:

- Вы просите нас сделать исключение, включая:
  - покрытие препарата по Части D программы Medicare, который не включён в Список лекарств нашего плана, или
  - отмену ограничения, связанного с покрытием препарата (например, ограничение на количество, которое вы можете получить)
- Вы спрашиваете, покрывается ли препарат для вас (например, если препарат есть в Списке лекарств нашего плана, но для его покрытия требуется предварительное одобрение).

ПРИМЕЧАНИЕ: Если в аптеке вам сообщают, что рецептурный препарат не может быть отпущен по назначению, вам выдадут письменное уведомление с информацией о том, как связаться с нами для запроса на принятие решения о покрытии.

Первоначальное решение о покрытии рецептурного лекарства в рамках Части D программы Medicare называется **«определение покрытия» (coverage determination).**

- Вы просите нас возместить стоимость препарата, который вы уже приобрели. Это также считается запросом на принятие решения о покрытии, но в части оплаты.

Если вы не согласны с решением, которое мы приняли по вашему запросу, вы можете обжаловать это решение. В этом разделе объясняется, как подать запрос на принятие решения о покрытии и как подать апелляцию. Воспользуйтесь таблицей ниже, чтобы определить, что делать в вашей ситуации.

В какой ситуации вы находитесь?			
Вам нужен препарат, которого нет в нашем *Списке лекарств*, или вы хотите, чтобы мы отменили правило или ограничение на препарат, который мы покрываем.	Вы хотите, чтобы мы покрыли препарат из нашего *Списка лекарств*, и считаете, что соответствуете правилам плана (например, получили предварительное одобрение).	Вы хотите, чтобы мы возместили вам стоимость препарата, который вы уже получили и оплатили.	Мы сообщили вам, что не будем покрывать или оплачивать препарат так, как вы хотите.
Вы можете подать запрос на исключение. (это вид запроса на принятие решения о покрытии).	**Вы можете подать запрос на принятие решения о покрытии.**	**Вы можете подать запрос на возмещение расходов.** (это вид запроса на принятие решения о покрытии).	**Вы можете подать апелляцию** (это означает, что вы просите нас пересмотреть решение)
Начните с **Раздела G2**, затем переходите к **Разделам G3 и G4.**	См. **Раздела G4**.	См. **Раздела G4**.	См. **Раздела G5**.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

G2. Исключения в отношении лекарственного обеспечения в рамках Части D программы Medicare

Если мы не покрываем препарат так, как вам нужно, вы можете подать запрос на «исключение». Если мы отклоняем ваш запрос на исключение, вы имеете право обжаловать наше решение.

Когда вы подаёте запрос на исключение, ваш врач или другой назначающий специалист должен предоставить медицинское обоснование, объясняющее, почему вам необходимо это исключение.

> Запрос на покрытие препарата, не включённого в Список лекарств, или на отмену ограничения на препарат иногда называют **«исключением в отношении формуляра»**.

Вот примеры исключений, которые вы или ваш врач (или другой назначающий специалист) можете у нас запросить:

1. **Покрытие препарата, не включённого в наш *Список лекарств***
   - Если мы соглашаемся сделать исключение и покрыть препарат, не входящий в наш *Список лекарств*, вы оплачиваете фиксированную сумму доплаты (copay), соответствующую препаратам 2-й категории (tier 2) для фирменных лекарств.
   - Вы не можете запросить исключение в отношении размера доплаты за препарат.
2. **Отмена ограничения на покрываемый препарат**
   - Некоторые препараты из нашего *Списка лекарств* подлежат дополнительным правилам и ограничениям (подробнее об этом читайте в **Главе 5** настоящего *Справочника участника*).
   - К таким дополнительным правилам и ограничениям относятся:
     - Обязательное использование дженерика вместо фирменного препарата.
     - Наше предварительное одобрение до того, как мы согласимся покрыть ваш препарат. Это иногда называется «предварительной авторизацией» (prior authorization, PA).
     - Необходимость сначала попробовать другой препарат, прежде чем мы согласимся покрыть тот, который вы запрашиваете. Это иногда называется «поэтапной терапией» (step therapy).

- Ограничения по количеству. Для некоторых препаратов установлены ограничения по объёму, который вы можете получить.

G3. Важная информация о подаче запроса на исключение

Ваш врач или другой назначающий специалист обязан указать медицинские причины.

Ваш врач или другой назначающий специалист должен предоставить письменное обоснование, объясняющее, почему необходимо сделать исключение. Чтобы получить более быстрое решение, рекомендуется сразу приложить это медицинское обоснование к вашему запросу на исключение.

В нашем *Списке лекарств* часто указано несколько препаратов для лечения одного и того же состояния/заболевания. Такие препараты называются «альтернативными». Если альтернативный препарат настолько же эффективен, как и тот, который вы запрашиваете, и не вызывает больше побочных эффектов или других проблем со здоровьем, мы, как правило, **не одобряем** запрос на исключение.

Мы можем одобрить или отклонить ваш запрос.

- Если мы **одобряем** ваш запрос на исключение, оно, как правило, действует до конца календарного года — при условии, что ваш врач продолжает назначать вам этот препарат, и препарат остаётся безопасным и эффективным для лечения вашего состояния.
- Если мы **отклоняем** ваш запрос на исключение, вы можете подать апелляцию. Информацию о том, как подать апелляцию в случае нашего **отказа**, смотрите в **Разделе G5**.

В следующем разделе объясняется, как подать запрос на принятие решения о покрытии, включая запрос на исключение.

G4. Как подать запрос на принятие решения о покрытии, включая запрос на исключение

- Вы можете подать запрос на нужный вам тип решения о покрытии, позвонив по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно, 7 дней в неделю, а также отправив нам письмо или факс. Сделать это можете вы, ваш представитель, ваш врач или другой назначающий специалист. Пожалуйста, укажите в запросе ваше имя, контактную информацию и сведения о требовании.
- Запрос на решение о покрытии можете подать вы лично, ваш врач или другой назначающий специалист, или другое лицо, действующее от вашего имени. Вы также можете поручить адвокату действовать от вашего имени.
- Подробнее о том, как назначить представителя, смотрите в **Разделе E3**.
- Вам не нужно предоставлять письменное разрешение вашему врачу или другому назначающему специалисту, чтобы он подал запрос на принятие решения о покрытии от вашего имени.
- Если вы хотите, чтобы мы возместили вам стоимость рецептурного препарата, смотрите **Главу 7** настоящего *Справочника участника*.
- Если вы подаёте запрос на исключение, предоставьте нам обоснующее заявление (supporting statement). Обоснующее заявление должно содержать медицинские причины, по которым ваш врач или другой назначающий специалист считает необходимым сделать исключение.
- Ваш врач или другой назначающий специалист может отправить нам обоснующее заявление по факсу или почте, или сначала сообщить информацию по телефону, а затем направить письменное подтверждение.

Если ваше состояние требует «срочного решения о покрытии»

По умолчанию мы используем «стандартные сроки», если только не согласимся использовать «сокращённые сроки»

- **Стандартное решение о покрытии** означает, что вы получите ответ в течение 72 часов после того, как мы получим обоснующее заявление от вашего врача.
- **Срочное решение о покрытии** означает, что вы получите ответ в течение 24 часов после получения обоснующего заявление от вашего врача.

Срочное решение о покрытии также называется **«ускоренным определением покрытия» (expedited coverage determination)**.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Вы можете получить срочное решение о покрытии, если:

- Речь идёт о препарате, который вы ещё не получили. Вы не можете получить срочное решение, если просите нас возместить стоимость препарата, который вы уже приобрели.
- Ваше здоровье или способность функционировать могут серьёзно пострадать, если мы будем использовать стандартные сроки рассмотрения запроса.

Если ваш врач или другой назначающий специалист сообщает нам, что ваше состояние требует срочного решения о покрытии, мы рассмотрим ваш запрос в сокращённые сроки. Вы получите письменное уведомление с этой информацией.

- Если вы подаёте запрос на срочное решение без обоснования от вашего врача, мы самостоятельно примем решение, соответствует ли ваше состояние критериям для ускоренного рассмотрения вашего запроса.
- Если мы решим, что ваше состояние не соответствуют требованиям для ускоренного рассмотрения, мы применим стандартные сроки.
    - В этом случае вы получите письмо, в котором будет указано, что мы используем стандартный срок, а также будет объяснено, как подать апелляцию на это решение.
    - Вы также можете подать срочную жалобу и получить ответ в течение 24 часов. Более подробная информация о подаче жалобы, в том числе срочной, приведена в **Разделе K**.

Сроки ускоренного решения о покрытии

- Если применяется ускоренный график, мы обязаны предоставить вам ответ в течение 24 часов после получения вашего запроса. Если вы запрашиваете исключение, мы обязаны дать ответ в течение 24 часов после получения медицинского обоснования от вашего врача. Если ваше состояние требует, мы можем дать ответ раньше.
- Если мы не укладываемся в срок, ваш запрос автоматически передаётся на второй уровень апелляции для рассмотрения IRO. Дополнительную информацию об апелляциях Уровня 2 вы найдёте в **Разделе G6**.
- Если мы **одобрим** ваш запрос полностью или частично, мы предоставим покрытие в течение 24 часов после получения запроса или медицинского обоснования от врача.
- Если мы **откажем** в вашем запросе полностью или частично, вы получите от нас письмо с объяснением причин, а также информацией о том, как подать апелляцию.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Сроки стандартного решения о покрытии, если препарат ещё не получен

- Если мы используем стандартные сроки, мы обязаны предоставить вам ответ в течение 72 часов после получения вашего запроса. Если вы запрашиваете исключение, мы обязаны дать ответ в течение 72 часов после получения медицинского обоснования от врача. Если ваше состояние требует, мы можем дать ответ раньше.
- Если мы не укладываемся в срок, ваш запрос передаётся на 2-й уровень апелляции для рассмотрения IRO.
- Если мы **одобрим** ваш запрос полностью или частично, мы предоставим покрытие в течение 72 часов после получения запроса или медицинского обоснования от врача.
- Если мы **откажем** в вашем запросе полностью или частично, вы получите от нас письмо с объяснением причин, а также информацией о том, как подать апелляцию.

Сроки стандартного решения о покрытии, если препарат уже куплен

- Мы обязаны предоставить ответ в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- Если мы не укладываемся в срок, ваш запрос передаётся на 2-й уровень апелляции для рассмотрения IRO.
- Если мы **одобрим** ваш запрос полностью или частично, мы возмещаем вам средства в течение 14 календарных дней.
- Если мы **откажем** в вашем запросе полностью или частично, вы получите от нас письмо с объяснением причин, а также информацией о том, как подать апелляцию.

G5. Подача апелляции Уровня 1

Апелляция по решению нашего плана о покрытии рецептурных препаратов в рамках Части D Medicare называется **«пересмотром решения плана» (redetermination).**

- Вы можете начать **стандартную** или **срочную апелляцию**, позвонив по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно, 7 дней в неделю, либо отправив нам письмо или факс. Сделать это можете вы, ваш представитель, ваш врач или другой назначающий специалист. Пожалуйста, укажите в запросе ваше имя, контактную информацию и сведения об апелляции.
- Вы должны подать апелляцию **в течение 65 календарных дней** с даты письма, в котором мы сообщили вам о нашем решении.
- Если вы пропустили срок, но у вас есть уважительная причина, мы можем предоставить вам дополнительное время на подачу апелляции. Примеры уважительных причин: серьёзное заболевание или получение от нас неверной информации о сроках подачи. Обязательно объясните причину просрочки, когда подаёте апелляцию.
- Вы имеете право запросить бесплатную копию всей информации, связанной с вашей апелляцией. Вы и ваш врач также можете предоставить дополнительные документы или сведения в поддержку вашей апелляции.

Если состояние здоровья требует, подайте срочную апелляцию.

Срочная апелляция также называется **«ускоренным пересмотром решения плана» (expedited redetermination)**.

- Если вы обжалуете решение по препарату, который ещё не получили, вы и ваш врач (или другой назначающий специалист) вместе решаете, нужна ли срочная апелляция.
- Требования к срочной апелляции такие же, как и к срочному решению о покрытии. Подробнее об этом — в **Разделе G4**.

Мы рассматриваем вашу апелляцию и сообщаем вам наше решение.

- Мы внимательно изучим вашу апелляцию и вновь рассмотрим всю информацию, связанную с вашим запросом на покрытие.
- Мы проверим, соблюдены ли правила, когда мы **отказали** в покрытии.

- При необходимости мы можем связаться с вами, вашим врачом или другим назначающим специалистом, чтобы получить дополнительную информацию.

Сроки рассмотрения срочной апелляции Уровня 1

- Если применяется срочный порядок рассмотрения, мы обязаны предоставить вам ответ **в течение 72 часов** с момента получения вашей апелляции.
  - Если ваше состояние требует, мы можем дать ответ раньше.
  - Если мы не предоставим ответ в течение 72 часов, мы обязаны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. На этом этапе апелляцию рассматривает IRO. Подробнее об этом — в **Разделе G6**, где описана процедура апелляции Уровня 2 и информация о независимой контролирующей организации.
- Если мы **одобрим** ваш запрос полностью или частично, мы обязаны предоставить покрытие, на которое согласились, в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции.
- Если мы **откажем** в вашем запросе полностью или частично, вы получите от нас письмо с объяснением причин, а также информацией о том, как подать апелляцию.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции Уровня 1

- Если применяется стандартный порядок рассмотрения, мы обязаны предоставить вам ответ **в течение 7 календарных дней** с момента получения вашей апелляции, если речь идёт о препарате, который вы ещё не получили.
- Если вы не получили препарат, и ваше состояние требует срочного рассмотрения, мы дадим ответ раньше. Если вы считаете, что ваше здоровье в опасности, подайте срочную апелляцию.
  - Если мы не предоставим решение в течение 7 календарных дней, мы обязаны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где его рассмотрит IRO. Подробнее об этом — в **Разделе G6**, где описана процедура апелляции Уровня 2 и информация о независимой контролирующей организации.

Если мы **одобрим** ваш запрос полностью или частично:

- Мы обязаны **предоставить покрытие** как можно быстрее, в зависимости от вашего состояния, но **не позднее чем через 7 календарных дней** с момента получения апелляции.
- Если вы уже купили препарат, **мы обязаны возместить вам средства в течение 30 календарных дней** с момента получения апелляции.

Если мы **откажем** в вашем запросе полностью или частично:

- Вы получите от нас письмо с объяснением причин, а также информацией о том, как подать апелляцию.
- Мы обязаны предоставить вам ответ **в течение 14 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.
  - Если мы не предоставим решение в срок, мы обязаны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где его рассмотрит IRO. Подробнее об этом — в **Разделе G6**, где описана процедура апелляции Уровня 2 и информация о независимой контролирующей организации.
- Если мы **одобрим** ваш запрос полностью или частично, мы обязаны возместить вам средства в течение 30 календарных дней с момента получения запроса.
- Если мы **откажем** в вашем запросе полностью или частично, вы получите от нас письмо с объяснением причин отказа и информацией о том, как подать апелляцию.

G6. Подача апелляции Уровня 2

Если мы **отказали** в удовлетворении вашей апелляции Уровня 1, вы можете либо принять наше решение, либо подать повторную апелляцию. Если вы решаете продолжить, вы переходите к процедуре апелляции 2-го уровня. На этом этапе **IRO** пересматривает наше решение об **отказе** в удовлетворении вашей апелляции Уровня 1. Эта организация принимает решение о том, следует ли нам изменить своё первоначальное решение.

Официальное название Независимой контролирующей организации (IRO) — **Независимая контролирующая юридическая структура (Independent Review Entity, IRE).**

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Чтобы подать апелляцию Уровня 2, вы, ваш представитель, ваш врач или другой назначающий специалист должны направить **письменный** запрос в IRO с просьбой пересмотреть ваше дело.

- Если мы **отказываем** в удовлетворении вашей апелляции Уровня 1, вы получите письмо с **инструкциями, как подать апелляцию Уровня 2** через IRO. В письме будет указано кто может подать апелляцию Уровня 2, какие сроки необходимо соблюдать, и как связаться с организацией.
- Когда вы подаёте апелляцию в IRO, мы передаём в организацию всю информацию, связанную с вашей апелляцией. Этот пакет документов называется «дело» (case file). **Вы имеете право бесплатно получить копию своего дела**. Если вам нужна помощь в получении копии, позвоните по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно, 7 дней в неделю.
- Вы имеете право предоставить организации IRO дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

IRO рассматривает вашу апелляцию Уровня 2 в отношении лекарственного обеспечения в рамках Части D Medicare и предоставляет вам письменный ответ. Подробнее об IRO читайте в **Разделе F4**.

Сроки рассмотрения срочной апелляции Уровня 2

Если ваше медицинское состояние требует, вы можете обратиться в IRO с просьбой о срочном рассмотрении апелляции.

- Если организация согласится, она обязана предоставить вам ответ в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции
- Если мы **одобрим** ваш запрос полностью или частично, мы обязаны предоставить одобренное покрытие на препарат **в течение 24 часов** с момента получения решения IRO.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции Уровня 2

Если ваша апелляция второго уровня рассматривается в стандартном порядке, IRO обязана предоставить вам ответ:

- **в течение 7 календарных дней,** если речь идёт о препарате, который вы ещё не получили;
- **в течение 14 календарных дней,** если вы просите возмещение стоимости препарата, который уже приобрели.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Если IRO **одобряет** ваш запрос полностью или частично:

- Мы обязаны предоставить одобренное покрытие на препарат **в течение 72 часов** после получения решения IRO.
- Мы обязаны возместить вам средства за приобретённый препарат в течение 30 календарных дней после получения решения IRO.
- Если IRO **отказывает** в удовлетворении вашей апелляции, это означает, что организация подтверждает наше решение об отказе в покрытии. Это называется «подтверждением решения» или «отклонением апелляции».

Если IRO **отклоняет** вашу апелляцию Уровня 2, вы имеете право подать апелляцию Уровня 3, если стоимость запрашиваемого покрытия препарата превышает установленный минимальный порог. Если стоимость запрашиваемого покрытия рецептурного препарата ниже установленного минимума, вы не можете продолжить процесс апелляции, и решение 2-го уровня считается окончательным. IRO направит вам письмо, в котором будет указано, какова минимальная сумма, необходимая для перехода к апелляции Уровня 3.

Если стоимость запрашиваемого покрытия соответствует требованиям, вы сами решаете, хотите ли продолжить апелляционный процесс.

- После 2-го уровня предусмотрены ещё три уровня апелляции — всего их пять.
- Если IRO **отказывает** в удовлетворении вашей апелляции Уровня 2, и вы соответствуете условиям для продолжения, вы:
  - Принимаете решение, подавать ли апелляцию Уровня 3.
  - Можете обратиться к письму от IRO, полученному после апелляции Уровня 2, где указано, как подать апелляцию Уровня 3.

Апелляции Уровня 3 рассматриваются судьёй по административным делам (ALJ) или юристом-арбитром. Дополнительную информацию об апелляциях Уровня 3, 4 и 5 вы найдёте в **Разделе J**.

H. Запрос на покрытие более длительного пребывания в больнице

Когда вас госпитализируют, вы имеете право получать все больничные услуги, покрываемые нашим планом, которые необходимы для диагностики и лечения вашего заболевания или травмы. Более подробную информацию о покрытии расходов на госпитализацию вы можете найти в **Главе 4** настоящего *Справочника участника*.

Во время вашего пребывания в больнице, покрываемого нашим планом, ваш врач и медицинский персонал будут взаимодействовать с вами, чтобы подготовить вас к выписке. Они также помогут организовать последующий уход, который может понадобиться после вашего возвращения домой.

- День, когда вы покидаете больницу, называется «датой выписки».
- Ваш врач или сотрудники больницы сообщат вам, когда наступит эта дата.

Если вы считаете, что вас выписывают слишком рано, или у вас есть опасения по поводу медицинского ухода после выписки, вы можете подать запрос на продление пребывания в больнице. В этом разделе объясняется, как это сделать.

H1. Знакомство с вашими правами в рамках программы Medicare

В течение двух дней после вашей госпитализации кто-либо из персонала больницы — например, медсестра или социальный работник — вручит вам письменное уведомление под названием «Важная информация от Medicare о ваших правах». Каждому пациенту, застрахованному по программе Medicare, выдается такой документ при поступлении в больницу.

Если вы не получили уведомление, попросите любого сотрудника больницы предоставить его. Если вам нужна помощь, позвоните в Службу поддержки по номерам, указанным внизу страницы. Также вы можете позвонить по телефону 1800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

- **Внимательно прочитайте уведомление** и задавайте вопросы, если что-то непонятно. В нем изложены ваши права как пациента, находящегося на лечении в больнице, включая право:
  - Получать услуги, покрываемые Medicare, как во время пребывания в больнице, так и после выписки. Вы имеете право знать, какие именно услуги вам положены, кто их оплачивает и где вы можете их получить.
  - Участвовать в принятии решений о продолжительности вашего пребывания в больнице.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Знать, куда обращаться, если у вас есть претензии к качеству медицинской помощи, полученной в больнице.
- Подать апелляцию, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано.

- **Подпишите уведомление,** чтобы подтвердить, что получили его и ознакомились со своими правами.
  - Подписать документ можете вы лично или ваш представитель.
  - Подпись означает **только** то, что вы получили информацию о своих правах — это **не означает**, что вы соглашаетесь с датой выписки, которую вам могли назвать врач или персонал больницы.
- **Сохраните подписанный экземпляр уведомления** — он может понадобиться вам в будущем.

Если вы подпишете уведомление более чем за два дня до выписки, вам выдадут еще один экземпляр перед тем, как вы покинете больницу.

Вы также можете заранее ознакомиться с текстом уведомления, если:

- позвоните в Службу поддержки по номеру, указанному внизу страницы.
- позвоните в Medicare по телефону 1-800 MEDICARE (1800-633-4227). Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048.
- посетите www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Подача апелляции Уровня 1

Если вы хотите, чтобы мы продлили покрытие вашего пребывания в больнице, подайте апелляцию. Апелляция Уровня 1 рассматривается Организацией по улучшению качества медицинской помощи (Quality Improvement Organization, QIO), которая определяет, является ли запланированная дата вашей выписки медицински обоснованной.

QIO — это группа врачей и других специалистов в области здравоохранения, финансируемая федеральным правительством. Эти эксперты занимаются проверкой и улучшением качества медицинских услуг для участников программы Medicare. Они не являются частью нашего страхового плана.

В Калифорнии функции QIO выполняет организация Commence Health. Позвоните им по телефону 1-877-588-1123. Контактная информация также указана в уведомлении «Важная информация от Medicare о ваших правах» и в **Главе 2**.

Позвоните в QIO до того, как покинете больницу, но не позднее запланированной даты выписки.

- **Если вы обратитесь до выписки,** вы сможете остаться в больнице после запланированной даты без дополнительной оплаты — пока QIO рассматривает вашу апелляцию.
- **Если вы не подадите апелляцию** и решите остаться в больнице после назначенной даты выписки, вы можете быть обязаны оплатить все расходы за медицинскую помощь, полученную после этой даты.

Обратитесь за помощью, если она вам нужна. Если у вас возникли вопросы или требуется поддержка в любой момент:

- Позвоните в Службу поддержки по номерам, указанным внизу страницы.
- Позвоните в Программу консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222.

Запросите срочное рассмотрение. Действуйте быстро и свяжитесь с QIO, чтобы запросить срочное рассмотрение вопроса о вашей выписке из больницы.

> Юридический термин для понятия **«срочное рассмотрение» — «немедленное рассмотрение»** или «ускоренное рассмотрение» (immediate review или expedited review).

Что происходит во время срочного рассмотрения

- Сотрудники QIO (Организации по улучшению качества медицинской помощи) связываются с вами или вашим представителем, чтобы узнать, почему вы считаете, что покрытие медицинских услуг должно продолжаться после запланированной даты выписки. Вы не обязаны предоставлять письменное объяснение, но можете это сделать, если хотите.
- Эксперты QIO изучают вашу медицинскую документацию, консультируются с вашим лечащим врачом и рассматривают информацию, предоставленную больницей и нашим страховым планом.
- К полудню следующего дня после того, как QIO уведомит нас о вашей апелляции, вы получите письмо с указанием запланированной даты выписки. В письме также будут изложены причины, по которым ваш врач, больница и наша программа считают эту дату медицински обоснованной.

Юридическое название этого документа — **«Подробное уведомление о выписке»** (Detailed Notice of Discharge). Вы можете запросить образец уведомления, позвонив в Службу поддержки по номерам, указанным внизу страницы, или по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048. Также вы можете ознакомиться с образцом уведомления онлайн по ссылке: www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

В течение одного полного дня после получения всей необходимой информации QIO предоставит вам решение по вашей апелляции.

Если QIO **удовлетворит** вашу апелляцию:

- Мы продолжим покрытие ваших стационарных услуг в больнице на весь период, пока они будут медицински необходимы.

Если QIO **откажет** в удовлетворении вашей апелляции:

- Это означает, что они считают запланированную дату выписки медицински обоснованной.
- Покрытие ваших стационарных услуг в больнице прекратится в полдень следующего дня после того, как QIO сообщит вам о своем решении.
- Вы можете быть обязаны оплатить полную стоимость медицинской помощи, полученной после этого времени.
- Если вы останетесь в больнице после запланированной даты выписки **и** ваша апелляция Уровня 1 будет отклонена, вы можете подать апелляцию Уровня 2.

H3. Подача апелляции Уровня 2

Апелляция Уровня 2 — это повторный запрос в QIO на пересмотр решения, принятого по вашей апелляции Уровня 1. Позвоните в QIO по телефону 1-877-588-1123.

Вы должны подать запрос на пересмотр **в течение 60 календарных дней** с момента, когда QIO **отказала** в удовлетворении вашей апелляции Уровня 1. Подать такой запрос на пересмотр можно **только** в том случае, если вы остались в больнице после даты, когда покрытие медицинского обслуживания было прекращено.

Сотрудники QIO:

- Повторно и внимательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией.
- Сообщат вам свое решение по апелляции Уровня 2 в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса на пересмотр.

Если QIO **удовлетворит** вашу апелляцию:

- Мы обязаны возместить вам нашу долю расходов на больничное обслуживание, начиная с полудня того дня, когда QIO **отказала** в удовлетворении вашей апелляции Уровня 1.
- Мы также продолжим покрытие ваших услуг в стационаре больницы на весь период, пока они будут медицински необходимы.

Если QIO **откажет** в удовлетворении вашей апелляции:

- Это означает, что они согласны с первоначальным решением по вашей апелляции Уровня 1 и не будут его изменять.
- Вы получите письмо, в котором будет указано, что вы можете сделать, если хотите продолжить процесс обжалования и подать апелляцию Уровня 3.

Апелляции Уровня 3 рассматриваются судьёй по административным делам (ALJ) или юристом-арбитром. Информацию об апелляциях Уровня 3, 4 и 5 смотрите в **Разделе J**.

I. Запрос на продолжение покрытия определённых медицинских услуг

Этот раздел касается только трёх видов медицинской помощи, которую вы можете получать:

- медицинское обслуживание на дому,
- квалифицированный сестринский уход в учреждении сестринского ухода, **и**
- восстановительное лечение в амбулаторных условиях в одобренном Medicare Центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF).

При получении любого из этих трёх видов помощи вы имеете право на покрытие услуг до тех пор, пока врач считает их необходимыми.

Если мы принимаем решение прекратить покрытие таких услуг, мы обязаны уведомить вас **до того**, как они будут завершены. Когда покрытие прекращается, мы больше не оплачиваем эти услуги.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Если вы считаете, что мы прекращаем покрытие слишком рано, **вы можете обжаловать это решение**. В этом разделе объясняется, как подать апелляцию.

I1. Предварительное уведомление о прекращении покрытия

Мы направим вам письменное уведомление не менее чем за два дня до того, как прекратим оплату вашей медицинской помощи. Это уведомление называется «Уведомление о непокрытии льгот Medicare» (Notice of Medicare Non-Coverage). В нём будет указана дата, с которой мы прекращаем покрытие, а также информация о том, как подать апелляцию на это решение.

Вы или ваш представитель должны подписать уведомление, чтобы подтвердить его получение. Подпись означает **только** то, что вы получили информацию. Она **не означает**, что вы согласны с нашим решением.

I2. Подача апелляции Уровня 1

Если вы считаете, что мы преждевременно прекращаем покрытие вашей медицинской помощи, вы можете обжаловать это решение. В этом разделе описан процесс подачи апелляции Уровня 1 и ваши действия.

- **Соблюдайте сроки.** Сроки имеют значение. Важно понимать и соблюдать установленные сроки для всех необходимых действий. Наш план также обязан соблюдать установленные сроки. Если вы считаете, что мы нарушаем сроки, вы можете подать жалобу. Подробнее о жалобах читайте в **Разделе K**.
- **Обратитесь за помощью, если она вам нужна.** Если у вас возникли вопросы или требуется поддержка:
  - позвоните в Службу поддержки по номерам, указанным внизу страницы.
  - позвоните в Программу консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222.
- **Свяжитесь с QIO.**
  - Подробнее о QIO и способах связи с ними смотрите в **Разделе H2** или **Главе 2** настоящего *Справочника участника*.
  - Попросите их пересмотреть вашу апелляцию и принять решение о возможном изменении решения нашего плана.
- **Действуйте быстро — запросите «ускоренную апелляцию».** Попросите QIO оценить, является ли прекращение покрытия ваших медицинских услуг медицински обоснованным.

Срок обращения в эту организацию

- Вы должны связаться с QIO до полудня дня, предшествующего дате, указанной в уведомлении «Уведомление о непокрытии льгот Medicare» (Notice of Medicare Non-Coverage), которое мы вам направили.

Это уведомление называется **«Уведомление о непокрытии льгот Medicare»** (Notice of Medicare Non-Coverage). Чтобы получить образец уведомления, позвоните в Службу поддержки по номерам, указанным внизу страницы, или в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048.
Также вы можете скачать образец уведомления по ссылке: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Что происходит во время ускоренной апелляции

- Сотрудники QIO связываются с вами или вашим представителем, чтобы узнать, почему вы считаете, что покрытие должно быть продолжено. Вы не обязаны предоставлять письменное объяснение, но можете это сделать.
- Эксперты QIO изучают вашу медицинскую документацию, консультируются с вашим врачом и рассматривают информацию, которую мы им предоставили.
- Наш план также направит вам письменное уведомление с объяснением причин прекращения покрытия. Вы получите это уведомление до конца дня, в который QIO уведомит нас о вашей апелляции.

Юридическое название нашего уведомления с объяснением
«Подробное объяснение непокрытия»
(Detailed Explanation of Non-Coverage).

- После получения всей необходимой информации QIO примет решение в течение одного полного дня.

Если QIO **удовлетворит** вашу апелляцию:

- Мы продолжим покрытие ваших медицинских услуг на весь период, пока они будут медицински необходимы.

Если QIO **откажет** в удовлетворении вашей апелляции:

- Покрытие прекратится в дату, указанную в уведомлении.
- Мы прекратим оплату медицинской помощи с этой даты.
- Если вы решите продолжить получение услуг по уходу на дому, в учреждении сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) после даты окончания покрытия, вы будете оплачивать их полностью самостоятельно.
- Вы сами решаете, хотите ли продолжать получать эти услуги и подавать апелляцию Уровня 2.

I3. Подача апелляции Уровня 2

Апелляция Уровня 2 — это повторный запрос в QIO на пересмотр решения, принятого по вашей апелляции Уровня 1. Позвоните в QIO по телефону 1-877-588-1123 (линия TTY: 1-855-887-6668).

Вы должны подать запрос на пересмотр **в течение 60 календарных дней** с момента, когда QIO **отказала** в удовлетворении вашей апелляции Уровня 1. Подать такой запрос на пересмотр можно **только** в том случае, если вы продолжили получать медицинскую помощь после даты окончания покрытия.

Сотрудники QIO:

- Повторно и внимательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией.
- Сообщат вам свое решение по апелляции Уровня 2 в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса на пересмотр.

Если QIO **удовлетворит** вашу апелляцию:

- Мы возместим вам расходы на медицинскую помощь, полученную с даты, когда мы сообщили о прекращении покрытия.
- Мы также продолжим покрытие этой помощи на весь период, пока она будет медицински необходима.

Если QIO **откажет** в удовлетворении вашей апелляции:

- Это означает, что они согласны с нашим решением о прекращении вашей медицинской помощи и не будут его изменять.
- Вы получите письмо, в котором будет указано, что вы можете сделать, если хотите продолжить процесс обжалования и подать апелляцию Уровня 3.

Апелляции Уровня 3 рассматриваются судьёй по административным делам (ALJ) или юристом-арбитром. Информацию об апелляциях Уровня 3, 4 и 5 смотрите в **Разделе J**.

J. Продолжение апелляционного процесса после Уровня 2

J1. Следующие шаги по услугам и изделиям, покрываемым программой Medicare

Если вы подали апелляцию Уровня 1 и 2 по поводу услуг или изделий, покрываемых Medicare, и в удовлетворении обеих апелляций было отказано, вы можете иметь право на подачу апелляции на следующих уровнях.

Однако, если стоимость услуги или изделия Medicare, по которому вы подали апелляцию, не достигает установленного минимального порога, дальнейшее обжалование невозможно. Если стоимость достаточно высока, вы можете продолжить процесс апелляции. Письмо, которое вы получите от Независимой контролирующей организации (IRO) по результатам апелляции Уровня 2, объяснит, к кому обратиться и что делать, чтобы подать апелляцию Уровня 3.

Апелляция Уровня 3

Третий уровень апелляционного процесса — это слушание у судьи по административным делам (ALJ). Решение принимает судья по административным делам или юрист-арбитр, работающий на федеральное правительство.

Если ALJ или юрист-арбитр **удовлетворит** вашу апелляцию, мы имеем право обжаловать это решение, принятое на третьем уровне и вынесенное в ваше пользу.

- Если мы **будем обжаловать** решение, вы получите копию запроса на апелляцию Уровня 4 и все сопроводительные документы. Мы можем дождаться решения по апелляции Уровня 4, прежде чем одобрить или предоставить спорную услугу.
- Если мы **не будем обжаловать** решение, мы обязаны одобрить или предоставить услугу в течение 60 календарных дней с момента получения решения ALJ или юриста-арбитра.
    - Если ALJ или юрист-арбитр **откажет** в удовлетворении вашей апелляции, это не обязательно означает завершение апелляционного процесса.

- Если вы **согласны принять** это решение, процесс апелляции завершится.
- Если вы **не согласны принимать** это решение и хотите продолжить, вы можете перейти к следующему уровню рассмотрения. Уведомление, которое вы получите, объяснит, что нужно сделать для подачи апелляции Уровня 4.

Апелляция Уровня 4

Совет по апелляциям Medicare (далее — Совет) (Medicare Appeals Council) рассматривает вашу апелляцию и выносит официальное решение по ней. Совет является частью федерального правительства.

Если Совет **удовлетворяет** вашу апелляцию Уровня 4 или отклоняет наш запрос на пересмотр благоприятного для вас решения по апелляции Уровня 3, мы имеем право подать апелляцию Уровня 5.

- Если мы **будем обжаловать** решение Совета, мы уведомим вас об этом в письменной форме.
- Если мы не **будем обжаловать** решение Совета, мы обязаны одобрить или предоставить вам услугу в течение 60 календарных дней с момента получения решения Совета.

Если Совет **откажет** в удовлетворении вашей апелляции или отклонит наш запрос на пересмотр, это не обязательно означает завершение апелляционного процесса.

- Если вы **согласны принять** это решение, процесс апелляции завершится.
- Если вы **не согласны принимать** это решение и хотите продолжить, вы можете перейти к следующему уровню рассмотрения. Уведомление, которое вы получите, объяснит, что нужно сделать для подачи апелляции Уровня 5.

Апелляция Уровня 5

- Апелляция пятого уровня рассматривается судьёй Федерального окружного суда (Federal District Court). Судья изучит вашу апелляцию и всю сопутствующую информацию и вынесет окончательное решение — **«Да»** или **«Нет»**. Это последний уровень апелляционного процесса. Дальнейших уровней обжалования после Федерального окружного суда не существует.

J2. Дополнительные апелляции по программе Medi-Cal

Если ваша апелляция касается услуг или изделий, которые обычно покрываются программой Medi-Cal, у вас есть и другие права на обжалование. Письмо, которое вы получите от Отдела по вопросам государственных слушаний (State Hearings Division), объяснит, что делать, если вы хотите продолжить процесс апелляции.

J3. Апелляции Уровня 3, 4 и 5 по запросам в отношении лекарственного обеспечения в рамках Части D программы Medicare

Этот раздел может быть полезен вам, если вы уже подали апелляции Уровня 1 и Уровня 2, и обе были отклонены.

Если стоимость лекарства, по которому вы подали апелляцию, достигает установленного минимального порога, вы можете иметь право на подачу апелляции на следующих уровнях. Письменный ответ, который вы получите по результатам апелляции Уровня 2, объяснит, к кому обратиться и что делать, чтобы подать апелляцию Уровня 3.

Апелляция Уровня 3

Третий уровень апелляционного процесса — это слушание у судьи по административным делам (ALJ). Решение принимает судья по административным делам или юрист-арбитр, работающий на федеральное правительство.

Если ALJ или юрист-арбитр **удовлетворит** вашу апелляцию:

- Апелляционный процесс считается завершённым.
- Мы обязаны одобрить или предоставить покрытие на одобренный препарат в течение 72 часов (или в течение 24 часов при ускоренной апелляции), либо осуществить оплату не позднее 30 календарных дней с момента получения решения.

Если ALJ или юрист-арбитр **откажет** в удовлетворении вашей апелляции, это не обязательно означает завершение апелляционного процесса.

- Если вы **согласны принять** это решение, процесс апелляции завершится.
- Если вы **не согласны принимать** это решение и хотите продолжить, вы можете перейти к следующему уровню рассмотрения. Уведомление, которое вы получите, объяснит, что нужно сделать для подачи апелляции Уровня 4.

Апелляция Уровня 4

Совет по апелляциям Medicare (далее — Совет) (Medicare Appeals Council) рассматривает вашу апелляцию и выносит официальное решение по ней. Совет является частью федерального правительства.

Если Совет **удовлетворяет** вашу апелляцию:

- Апелляционный процесс считается завершённым.
- Мы обязаны одобрить или предоставить покрытие на одобренный препарат в течение 72 часов (или в течение 24 часов при ускоренной апелляции), либо осуществить оплату не позднее 30 календарных дней с момента получения решения.

Если Совет **откажет** в удовлетворении вашей апелляции или отклонит наш запрос на пересмотр, это не обязательно означает завершение апелляционного процесса.

- Если вы **согласны принять** это решение, процесс апелляции завершится.
- Если вы **не согласны принимать** это решение и хотите продолжить, вы можете перейти к следующему уровню рассмотрения. Уведомление, которое вы получите, объяснит, что нужно сделать для подачи апелляции Уровня 5.

Апелляция Уровня 5

- Апелляция пятого уровня рассматривается судьёй Федерального окружного суда (Federal District Court). Судья изучит вашу апелляцию и всю сопутствующую информацию и вынесет окончательное решение — **«Да»** или **«Нет»**. Это последний уровень апелляционного процесса. Дальнейших уровней обжалования после Федерального окружного суда не существует.

К. Как подать жалобу

К1. Какие проблемы считаются основанием для подачи жалобы

Процедура подачи жалобы применяется только к определённым видам проблем, таким как вопросы качества медицинской помощи, длительное ожидание, недостаточная координация лечения и неудовлетворительное обслуживание. Ниже приведены примеры ситуаций, которые рассматриваются в рамках процедуры подачи жалобы:

Тип жалобы	Пример
Качество медицинской помощи	• Вы недовольны качеством оказанной помощи, например, лечением в больнице.
Соблюдение конфиденциальности	• Вы считаете, что кто-то нарушил ваше право на конфиденциальность или раскрыл личную информацию без вашего согласия.
Неуважительное отношение, плохое обслуживание или иное негативное поведение	• Медицинский работник или сотрудник учреждения был груб с вами или проявил неуважение. • Наши сотрудники плохо с вами обращались. • Вы считаете, что вас пытаются исключить из нашего плана.
Доступность и языковая поддержка	• Вы не можете физически получить доступ к медицинским услугам или помещениям поставщика. • Ваш врач или поставщик услуг не предоставляет переводчика на ваш язык (например, американский язык жестов или испанский). • Вам не предоставляют другие разумные условия, в которых вы нуждаетесь и о которых просили.
Время ожидания	• Вам трудно записаться на приём или приходится слишком долго ждать. • Врачи, фармацевты, другие специалисты, сотрудники службы поддержки или другие представители плана заставляют вас ждать слишком долго.
Чистота	• Вы считаете, что клиника, больница или кабинет врача находятся в неудовлетворительном санитарном состоянии.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Тип жалобы	Пример
Информация, которую вы получаете от нас	• Вы считаете, что мы не предоставили уведомление или письмо, которое вы должны были получить. • Вы считаете, что направленная вам письменная информация слишком сложна для понимания.
Соблюдение сроков, связанных с решением о покрытии или апелляцией	• Вы считаете, что мы не соблюдаем сроки принятия решений о покрытии или ответа на вашу апелляцию. • Вы считаете, что после принятия решения о покрытии в вашу пользу мы не соблюдаем сроки одобрения или предоставления услуги либо не возвращаем вам средства за определённые медицинские услуги. • Вы считаете, что мы не передали ваше дело в Независимую контролирующую организацию (IRO) вовремя.

Существуют разные виды жалоб. Вы можете подать внутреннюю и/или внешнюю жалобу. Внутренняя жалоба подаётся в наш план и рассматривается им. Внешняя жалоба подаётся в организацию, не связанную с нашим планом, и рассматривается ею. Если вам нужна помощь в подаче внутренней и/или внешней жалобы, вы можете позвонить в Службу поддержки по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно, 7 дней в неделю.

Юридический термин для понятия «жалоба» — **«претензия» (grievance)**.

Юридический термин для выражения «подача жалобы» — **«подача претензии» (filing a grievance)**.

K2. Внутренние жалобы

Чтобы подать внутреннюю жалобу, позвоните в Службу поддержки по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно, 7 дней в неделю. Вы можете подать жалобу в любое время, если она не касается лекарственного обеспечения в рамках Части D программы Medicare. Если жалоба касается лекарственного обеспечения в рамках Части D программы Medicare, вы должны подать её **в течение 60 календарных дней** с момента возникновения проблемы, на которую вы жалуетесь.

- Если потребуется выполнить какие-либо дополнительные действия, сотрудники Службы поддержки сообщат вам об этом.
- Вы также можете направить жалобу в письменной форме. Если вы пададите жалобу письменно, мы также ответим вам письменно.
- Если вы подаёте жалобу потому, что мы отклонили ваш запрос на «срочное решение о покрытии» или «срочную апелляцию», мы автоматически рассматриваем её как «срочную жалобу» и отвечаем в течение 24 часов. Если у вас срочная проблема, которая представляет непосредственную и серьёзную угрозу для вашего здоровья, вы можете подать «срочную жалобу», и мы ответим в течение 72 часов.

> **Юридический термин**для «срочной жалобы» — **«ускоренная претензия» (expedited grievance)**.

Если это возможно, мы постараемся ответить вам немедленно. Если вы звоните с жалобой, мы можем дать ответ прямо во время звонка. Если ваше состояние здоровья требует быстрого ответа — мы обязательно учтём это.

- Большинство жалоб мы рассматриваем в течение 30 календарных дней. Если мы не можем принять решение в течение 30 календарных дней из-за нехватки информации, мы уведомим вас об этом письменно, а также предоставим обновлённую информацию о статусе жалобы и предполагаемое время ответа.
- Если вы подаёте жалобу из-за того, что мы отклонили ваш запрос на срочное решение или апелляцию, мы автоматически рассматриваем её как срочную и отвечаем в течение 24 часов.
- Если вы подаёте жалобу из-за того, что мы затянули сроки принятия решения, мы автоматически рассматриваем её как срочную и отвечаем в течение 24 часов.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Если мы не согласны с вашей жалобой полностью или частично, мы сообщим вам об этом и объясним причины. Мы всегда предоставляем ответ, независимо от того, согласны мы с жалобой или нет.

К3. Внешние жалобы

Medicare

Вы можете сообщить о своей жалобе напрямую в Medicare или направить её через официальный сайт. Форма подачи жалобы в Medicare доступна по ссылке: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Вам не нужно сначала подавать жалобу в CalOptima Health OneCare Complete, прежде чем обращаться в Medicare.

Medicare серьёзно относится к жалобам и использует полученную информацию для улучшения качества программы Medicare.

Если у вас есть другие замечания или опасения, или вы считаете, что ваша проблема не решается со стороны плана медицинского страхования, вы также можете позвонить по телефону: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048. Звонок бесплатный.

Medi-Cal

Вы можете подать жалобу в Службу омбудсмена по вопросам программы управляемого обслуживания Medi-Cal при Департаменте здравоохранения (DHCS) штата Калифорния, позвонив по телефону: 1-888-452-8609. Пользователи TTY могут звонить по номеру 711. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m.

Управление по гражданским правам (OCR)

Если вы считаете, что с вами обошлись несправедливо, вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights, OCR) при Министерстве здравоохранения и социальных служб (DHHS). Например, вы можете пожаловаться на нарушение прав, связанных с доступом для людей с инвалидностью или отсутствием языковой поддержки. Телефон OCR: 1-800-368-1019. Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-800-537-7697. Дополнительную информацию можно найти на сайте www.hhs.gov/ocr.

Вы также можете связаться с местным офисом Управления по гражданским правам (OCR:

- По телефону. Позвоните по номеру 1-916-440-7370. Если у вас имеются трудности со слухом или речью, воспользуйтесь линией TTY: 711 (служба ретрансляции).

- В письменной форме. Заполните форму жалобы на официальном сайте 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 доступны по ссылке
  http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- В электронном виде. Направьте жалобу по электронной почте на адрес CivilRights@dhcs.ca.gov.

Вы также можете иметь права в соответствии с Законом об американцах с ограниченными возможностями (Americans with Disability Act, ADA) и Разделом 1557 Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act). Вы можете обратиться в Управление по гражданским правам (OCR) при Департаменте здравоохранения и социальных служб США (DHHS) по телефону 1-800-368-1019 (линия TTY: 1-800-537-7697) или в местное отделение OCR.

QIO (Организация по улучшению качества медицинской помощи)

Если ваша жалоба касается качества медицинской помощи, у вас есть два варианта:

- Вы можете подать жалобу непосредственно в QIO.
- Вы можете подать жалобу одновременно в QIO и в наш план. Если вы подаёте жалобу в QIO, мы будем сотрудничать с ними для её рассмотрения.

QIO — это группа практикующих врачей и других медицинских экспертов, финансируемая федеральным правительством, которая занимается проверкой и улучшением качества медицинской помощи, предоставляемой пациентам Medicare. Чтобы узнать больше о QIO, обратитесь к **Разделу H2** или **Главе 2** настоящего *Справочника участника*.

В Калифорнии функции QIO выполняет организация Commence Health. Телефон Commence Health — 1-877-588-1123 (линия TTY: 1-855-887-6668).

Глава 10: Прекращение вашего участия в нашем плане

Введение

В этой главе объясняется, как можно прекратить участие в нашем плане, а также какие варианты медицинского страхования вам доступны после выхода из нашего плана. Если вы покинете наш план, вы по-прежнему будете участвовать в программах Medicare и Medi-Cal до тех пор, пока имеете на это право. Определения ключевых терминов приведены в алфавитном порядке в заключительной главе *Справочника участника.*

Содержание

A. Когда вы можете прекратить свое участие в нашем плане 319

B. Как прекратить участие в нашем плане 320

C. Как получать услуги Medicare и Medi-Cal отдельно 321

C1. Ваши услуги Medicare 321

C2. Ваши услуги Medi-Cal 326

D. Ваши медицинские услуги, товары и лекарства до окончания участия в нашем плане 326

E. Другие случаи, при которых ваше участие в нашем плане прекращается 326

F. Правила о запрете исключать вас из плана по причинам, связанным с состоянием здоровья 328

G. Ваше право подать жалобу, если мы прекращаем ваше участие в нашем плане 328

H. Как получить дополнительную информацию о прекращении участия в плане 328

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

A. Когда вы можете прекратить свое участие в нашем плане

Большинство участников Medicare могут менять свой план только в определённые периоды в течение года. Поскольку вы зарегистрированы в Medi-Cal,

- у вас есть несколько вариантов прекращения участия в нашем плане в любой месяц года.

Кроме того, вы можете выйти из нашего плана в следующие сроки:

- **Период открытой регистрации (Open Enrollment Period)** — с 15 октября по 7 декабря. Если в этот период вы выберете другой план, ваше участие в нашем плане завершится 31 декабря, а новый план начнёт действовать с 1 января следующего года.
- **Период открытой регистрации в планах Medicare Advantage (MA) (Medicare Advantage Open Enrollment Period)** — с 1 января по 31 марта, а для новых участников Medicare, зачисленных в план – с месяца, в котором они получают право на регистрацию в Части A и Части B, до последнего дня 3-го месяца после получения такого права. Если в этот период вы выберете новый план, он начнёт действовать с первого дня последующего месяца.

Также есть и другие ситуации, когда вы вправе внести изменения в своё страховое покрытие. Например:

- если вы переехали за пределы нашей зоны обслуживания;
- если изменилось ваше право на участие в программе Medi-Cal или программе дополнительной помощи Extra Help; **или**
- если вы недавно переехали в учреждение сестринского ухода или в больницу длительного пребывания, в настоящее время получаете уход в одном из таких учреждений или недавно его покинули.

Ваше участие в нашем плане заканчивается в последний день месяца, в котором мы получаем ваш запрос на смену плана. Например, если мы получим ваш запрос 18 января, ваше покрытие по нашему плану завершится 31 января. Новое покрытие начнётся с первого дня следующего месяца — в данном случае, с 1 февраля.

Если вы покинете наш план, вы можете получить информацию о:

- Вариантах Medicare — см. таблицу в **Разделе C1**.
- Вариантах и услугах Medi-Cal — в **Разделе C2**.

Дополнительную информацию о том, как прекратить участие в плане, можно получить, позвонив:

- В Службу поддержки по номеру, указанному внизу этой страницы. Также указан номер для пользователей TTY.

?

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- В Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Для пользователей TTY: 1-877-486-2048.
- В Программу консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) по телефону 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу, с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-800-735-2929. Чтобы узнать больше или найти ближайший офис HICAP, посетите сайт: www.aging.ca.gov/HICAP.
- В службу по вопросам выбора плана медицинского страхования Health Care Options по телефону 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу, с 8:00 a.m. до 6:00 p.m. Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-800-430-7077.
- В Офис омбудсмена по вопросам программы управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal по телефону 1-888-452-8609, с понедельника по пятницу, с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. или по электронной почте: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы участвуете в программе контроля приёма лекарств (Drug Management Program, DMP), вы можете не иметь возможности сменить план. Подробнее о программах контроля приёма лекарств читайте в **Главе 5** настоящего ***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 в программу Original Medicare. Однако, если вы хотите перейти с нашего плана на Original Medicare, но при этом не выбрали отдельный страховой план лекарственного обеспечения Medicare, вам необходимо подать заявление на выход из нашего плана. Сделать это можно двумя способами:

- Отправить нам письменный запрос на прекращение участия. Если вам нужна дополнительная информация о том, как это сделать, свяжитесь со Службой поддержки по номеру, указанному внизу этой страницы.
- Позвонить в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи TTY (люди с нарушениями слуха или речи) могут звонить по номеру 1-877-486-2048. Позвонив по номеру 1-800-MEDICARE, вы также можете записаться в другой страховой план медицинского обслуживания или лекарственного обеспечения Medicare. Дополнительную информацию о получении услуг Medicare после выхода из нашего плана вы найдёте в таблице на странице 321.

?

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- В **Разделе C** ниже описаны шаги, которые вы можете предпринять для записи в другой план — это также приведёт к прекращению вашего участия в нашем плане.

C. Как получать услуги Medicare и Medi-Cal отдельно

Если вы решите выйти из нашего плана, у вас есть несколько вариантов получения услуг Medicare и Medi-Cal.

C1. Ваши услуги Medicare

У вас есть три варианта получения услуг Medicare, перечисленных ниже, в любой месяц года. В определённые периоды, включая **Период открытой регистрации** и **Период открытой регистрации в Medicare Advantage** или в иных случаях, описанных в **Разделе A**, у вас есть дополнительная (четвёртая) возможность сменить план. При выборе одного из этих вариантов ваше участие в нашем плане прекращается автоматически.

1. Вы можете перейти на: **Medi-Medi Plan — разновидность плана Medicare Advantage. Этот план предназначен для людей, у которых есть и Medicare, и Medi-Cal — он объединяет льготы обеих программ в единый пакет. Планы Medi-Medi обеспечивают координацию всех льгот и услуг, предоставляемых в рамках обеих программ, включая все услуги, покрываемые Medicare и Medi-Cal. Дополнительно планы Medi-Medi могут включать программу PACE (Program of All inclusive Care for the Elderly — Программа комплексного обслуживания пожилых людей), если вы соответствуете условиям.** **Примечание.** В Калифорнии термин «План Medi-Medi» используется для обозначения интегрированного плана специализированного обслуживания для лиц с двойным правом на участие (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP).	**Что нужно сделать:** Позвоните в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Для пользователей TTY: 1-877-486-2048. По вопросам Программы комплексного обслуживания пожилых людей (PACE) звоните по номеру 1-855-921-PACE (7223). Если вам нужна помощь или дополнительная информация: • Позвоните в Программу консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу, с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-800-735-2929. Чтобы узнать больше или найти ближайший офис HICAP, посетите сайт: www.aging.ca.gov/HICAP/. **ИЛИ** Оформите новый план Medi-Medi. После начала действия покрытия нового страхового плана вы будете автоматически исключены из нашего плана Medicare. Ваш план Medi-Cal будет изменён, чтобы соответствовать новому плану Medi-Medi.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

2. Вы можете перейти на: **Original Medicare с отдельным планом лекарственного обеспечения Medicare и планом Medi-Cal.**	**Что нужно сделать:** Позвоните в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Для пользователей TTY: 1-877-486-2048. Если вам нужна помощь или дополнительная информация: ● Позвоните в Программу консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу, с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-800-735-2929. Чтобы узнать больше или найти ближайший офис HICAP, посетите сайт: www.aging.ca.gov/HICAP/. **ИЛИ** Оформите новый план лекарственного обеспечения Medicare. После начала действия Original Medicare вы будете автоматически исключены из нашего плана. Вы останетесь участником вашего плана Medi-Cal, если только не выберете другой.

3. Вы можете перейти на: **Original Medicare без отдельного плана лекарственного обеспечения Medicare** **ПРИМЕЧАНИЕ**: Если вы перейдёте на Original Medicare и не оформите отдельный план лекарственного обеспечения Medicare, программа Medicare может автоматически зачислить вас в такой план, если вы заранее не уведомите, что не хотите этого. Отказываться от лекарственного покрытия рекомендуется только в том случае, если у вас есть другая страховка на лекарства, например через работодателя или профсоюз. Если вы не уверены, нужно ли вам такое лекарственное покрытие, позвоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222 — с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Чтобы узнать больше или найти ближайший офис HICAP, посетите сайт www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Что нужно сделать:** Позвоните в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Для пользователей TTY: 1-877-486-2048. Если вам нужна помощь или дополнительная информация: ● Позвоните в программу консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу, с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-800-735-2929. Чтобы узнать больше или найти ближайший офис HICAP, посетите сайт: www.aging.ca.gov/HICAP/. После начала действия Original Medicare вы будете автоматически исключены из нашего плана. Вы останетесь участником вашего плана Medi-Cal, если только не выберете другой.

4. Вы можете перейти на: **Любой другой план Medicare** в определённые периоды года, включая **Период открытой регистрации** и **Период открытой регистрации в Medicare Advantage** или в иных случаях, описанных в **Разделе А**.	**Что нужно сделать:** Позвоните в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Для пользователей TTY: 1-877-486-2048. По вопросам Программы комплексного обслуживания пожилых людей (PACE) звоните по номеру 1-855-921-PACE (7223). Если вам нужна помощь или дополнительная информация: ● Позвоните в Программу консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу, с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Пользователи TTY могут звонить по номеру 1-800-735-2929. Чтобы узнать больше или найти ближайший офис HICAP, посетите сайт: www.aging.ca.gov/HICAP/. **ИЛИ** Оформите новый план Medicare. После начала действия покрытия нового страхового плана вы будете автоматически исключены из нашего плана Medicare. Ваш план Medi-Cal может измениться.

C2. Ваши услуги Medi-Cal

Если у вас есть вопросы о получении услуг Medi-Cal после выхода из нашего плана, свяжитесь со службой помощи по вопросам выбора плана медицинского страхования Health Care Options по телефону 1-800-430-7272 — 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. Вы также можете посетить сайт: www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Узнайте, как переход на Original Medicare или оформление другого страхового плана повлияет на порядок получения вашего покрытия Medi-Cal.

Если у вас есть вопросы о ваших льготах Medi-Cal, позвоните в Службу поддержки CalOptima Health по телефону **1-888-587-8088** (линия TTY: **711**).

D. Ваши медицинские услуги, товары и лекарства до окончания участия в нашем плане

Если вы завершаете своё участие в нашем плане, может пройти некоторое время, прежде чем вы выйдете из плана и начнёт действовать новое покрытие по Medicare и Medi-Cal. В течение этого переходного периода вы продолжаете получать лекарства и медицинскую помощь через наш план до начала действия нового.

- Обращайтесь за медицинской помощью к поставщикам из нашей сети.
- Получайте рецептурные препараты в аптеках нашей сети, включая нашу аптеку с доставкой по почте, если вы оформляете рецептурные лекарства почтовым заказом.
- Если вы окажетесь в больнице в день окончания вашего участия в CalOptima Health OneCare Complete, наш план продолжит покрывать ваше пребывание в больнице до момента выписки — даже если ваше новое медицинское покрытие начнёт действовать до выписки.

E. Другие случаи, при которых ваше участие в нашем плане прекращается

Существуют ситуации, в которых мы обязаны прекратить ваше участие в нашем плане:

- Если у вас прерывается покрытие по Части A и Части B программы Medicare.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Если вы больше не имеете права на участие в программе Medi-Cal. Наш план предназначен для людей, имеющих право на оба вида страхования — Medicare и Medi-Cal. Примечание: если вы утратили право на Medi-Cal, вы можете временно продолжить участие в нашем плане и получать льготы Medicare. Подробнее об этом читайте ниже в разделе о периоде предполагаемого продолжения участия (deeming period). Если вы теряете право на Medi-Cal по решению властей штата Калифорния, CalOptima Health OneCare Complete продолжит покрытие вашего медицинского обслуживания и лекарственного обеспечения Medicare в течение шести (6) месяцев с даты утраты права на Medi-Cal. Если по истечении шести (6) месяцев вы не восстановите право на Medi-Cal, мы обязаны прекратить ваше участие в нашем плане.
- Если вы переезжаете за пределы зоны обслуживания нашего плана.
- Если вы находитесь вне зоны обслуживания более шести месяцев.
    - Если вы планируете переезд или длительную поездку, пожалуйста, свяжитесь со Службой поддержки, чтобы уточнить, входит ли новое место проживания или пребывания в зону обслуживания нашего плана.
- Если вы попадаете в тюрьму или исправительное учреждение за совершение уголовного преступления.
- Если вы предоставляете ложную информацию или скрываете сведения о другом страховании, покрывающем лекарства.
- Если вы не являетесь гражданином США или не имеете законного статуса пребывания в стране.
    - Чтобы быть участником нашего плана, вы должны быть гражданином США или находиться на территории страны на законных основаниях.
    - Центры услуг Medicare и Medicaid (CMS) уведомляют нас, если вы не соответствуете этому требованию.
    - В таком случае мы обязаны прекратить ваше участие в плане.

Если вы находитесь в пределах 6-месячного периода предполагаемого продолжения участия, мы продолжим предоставлять вам все услуги, покрываемые в рамках Medicare Advantage и Части D Medicare. Однако в течение этого периода мы не будем покрывать льготы Medicaid, которые включены в Medi-Cal. Мы также не будем оплачивать страховые взносы по Medicare и долю расходов, которые покрывались бы государством, если бы вы не утратили право на участие в Medicaid. В течение этого периода ваши личные расходы на услуги, покрываемые Medicare, могут увеличиться.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Мы можем прекратить ваше участие в плане по следующим причинам и только с разрешения Medicare и Medi-Cal:

- Если при подаче заявки на участие вы намеренно предоставили ложную информацию, которая повлияла на ваше право на участие в плане.
- Если вы постоянно ведёте себя неадекватно, мешая нам оказывать медицинскую помощь вам и другим участникам плана.
- Если вы передаёте свою идентификационную карту участника другим лицам для получения медицинских услуг (если мы исключим вас из плана по этой причине, Medicare может передать ваше дело на рассмотрение Генеральному инспектору).

F. Правила о запрете исключать вас из плана по причинам, связанным с состоянием здоровья

Мы не имеем права просить вас покинуть наш план по какой-либо причине, связанной с вашим здоровьем. Если вы считаете, что мы пытаемся исключить вас из плана по причине, связанной с 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. Ваше право подать жалобу, если мы прекращаем ваше участие в нашем плане

Если мы прекращаем ваше участие в нашем плане, мы обязаны предоставить вам письменное объяснение причин такого решения. Мы также обязаны разъяснить, как вы можете подать жалобу или выразить несогласие с нашим решением. Дополнительную информацию о подаче жалоб вы также можете найти в **Главе 9** настоящего *Справочника участник*.

H. Как получить дополнительную информацию о прекращении участия в плане

Если у вас есть вопросы или вы хотите получить дополнительную информацию о прекращении участия в плане, пожалуйста, свяжитесь со Службой поддержки по номеру, указанному внизу этой страницы.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Глава 11: Юридические уведомления

Введение

В этой главе содержатся юридические уведомления, которые распространяются на ваше участие в нашем плане. Определения ключевых терминов приведены в алфавитном порядке в заключительной главе настоящего *Справочника участника*.

Содержание

A. Уведомление о применимом законодательстве 330

B. Федеральное уведомление о недопущении дискриминации 330

C. Уведомление о недопущении дискриминации в рамках программы Medi-Cal 331

D. Уведомление о Medicare как вторичном плательщике и Medi-Cal как плательщике последней инстанции 332

E. Уведомление о возмещении расходов Medi-Cal из имущества умершего 333

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

A. Уведомление о применимом законодательстве

Этот *Справочник участника* подпадает под действие множества законов. Эти законы могут повлиять на ваши права и обязанности, даже если они не включены в *Справочник участника* или не разъяснены в нём. Основными являются федеральные и региональные законы, регулирующие программы Medicare и Medi-Cal. Кроме того, могут применяться и другие нормативные акты на федеральном и региональном уровнях.

B. Федеральное уведомление о недопущении дискриминации

Мы не допускаем дискриминации по признаку расы, этнической принадлежности, национального происхождения, цвета кожи, религии, пола, возраста, психических или физических ограничений, состояния здоровья, количества поданных страховых требований, истории обращений за медицинской помощью, генетической информации, страховой истории или места проживания в пределах обслуживаемой территории. Все организации, предоставляющие планы Medicare Advantage, включая наш план, обязаны соблюдать федеральные законы, запрещающие дискриминацию. Среди них Раздел VI Закона о гражданских правах 1964 года, Закон о реабилитации 1973 года, Закон о недопущении дискриминации по возрасту 1975 года, Закон об американцах с ограниченными возможностями, Раздел 1557 Закона о доступном медицинском обслуживании, а также все иные применимые законы и нормативные акты, регулирующие деятельность организаций, получающих федеральное финансирование.

Если вам нужна дополнительная информация или у вас есть замечания, связанные с дискриминацией или несправедливым обращением:

- Позвоните в Управление по защите гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социального обслуживания (DHHS) по телефону 1-800-368-1019. TTY-пользователи могут звонить по номеру 1-800-537-7697. Более подробную информацию можно найти на сайте www.hhs.gov/ocr.

C. Уведомление о недопущении дискриминации в рамках программы Medi-Cal

Мы не допускаем дискриминации или неравного обращения с людьми на основании расы, этнической принадлежности, национального происхождения, цвета кожи, религии, пола, возраста, психических или физических ограничений, состояния здоровья, количества поданных страховых требований, истории обращений за медицинской помощью, генетической информации, страховой истории или места проживания в пределах обслуживаемой территории. Кроме того, мы не допускаем незаконной дискриминации, исключения или неравного обращения с людьми на основании их родословной, этнической идентичности, гендерной идентичности, семейного положения или наличия медицинских состояний/заболеваний.

Если вам нужна дополнительная информация или у вас есть замечания, связанные с дискриминацией или несправедливым обращением:

- Позвоните в Управление по защите гражданских прав при Департаменте здравоохранения (DHCS) по телефону 1-916-440-7370. Пользователи линии TTY могут звонить по номеру 711 (служба ретрансляции). Если вы считаете, что подверглись дискриминации, и хотите подать жалобу на дискриминацию, обратитесь к координатору Службы рассмотрения жалоб и апелляций (Grievance & Appeals Resolution Services)
  - По телефону: **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно, 7 дней в неделю.
  - По почте: Attn:

    Grievance and Appeals Resolution Services Discrimination Coordinator
    505 City Parkway West
    Orange, CA 92868
  - На веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**

Если ваша жалоба связана с дискриминацией в программе Medi-Cal, вы также можете подать жалобу в Управление по защите гражданских прав при Департаменте здравоохранения (DHCS) по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- По телефону: позвоните по номеру 1-916-440-7370. Если у вас имеются трудности со слухом или речью, воспользуйтесь линией TTY: 711 (служба ретрансляции).

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- В письменной форме: заполните форму жалобы с официального сайта 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 для подачи жалобы доступны по ссылке: www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- В электронном виде: направьте жалобу по электронной почте на адрес CivilRights@dhcs.ca.gov

Если у вас есть инвалидность и вам требуется помощь в получении медицинских услуг или доступе к поставщику услуг, пожалуйста, свяжитесь со Службой поддержки. Если у вас есть жалоба, например, связанная с отсутствием доступа для инвалидных колясок, Служба поддержки также готова вам помочь.

D. Уведомление о Medicare как вторичном плательщике и Medi-Cal как плательщике последней инстанции

В некоторых случаях за предоставленные вам медицинские услуги сначала должен заплатить другой источник. Например, если вы попали в автомобильную аварию или получили травму на работе, в первую очередь расходы покрываются автостраховкой или страховкой по производственным травмам (Workers' Compensation).

Мы имеем право и обязанность взыскивать оплату за услуги, покрываемые Medicare, в тех случаях, когда Medicare не является основным плательщиком.

Мы соблюдаем все федеральные и региональные законы, а также нормативные акты, касающиеся юридической ответственности третьих сторон за оплату медицинских услуг участникам плана. Мы предпринимаем все разумные меры, чтобы Medi-Cal оставался плательщиком последней инстанции.

Участники Medi-Cal обязаны использовать все другие доступные виды медицинского страхования (Other Health Coverage, OHC) до обращения к Medi-Cal, если та же услуга покрывается другим страховщиком, поскольку Medi-Cal оплачивает услуги только в последнюю очередь. Это означает, что в большинстве случаев Medi-Cal выступает в роли вторичного плательщика по отношению к Medicare и другой медицинской страховке, покрывая допустимые расходы, не оплаченные нашим планом или другим страховщиком, но не выше установленной ставки Medi-Cal.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

E. Уведомление о возмещении расходов Medi-Cal из имущества умершего

Программа Medi-Cal обязана добиваться возмещения расходов из имущества, подлежащего завещательному распределению, определённых умерших участников, за полученные ими льготы Medi-Cal, начиная с 55-летнего возраста. Возмещению подлежат расходы по программам оплаты за оказанные услуги (Fee-For-Service), а также страховые взносы и выплаты по программам управляемого медицинского обслуживания, включая услуги в учреждениях сестринского ухода, услуги на дому и в рамках программ поддержки в сообществе, сопутствующие услуги, такие как госпитализация и обеспечение рецептурными препаратами, оказанные, когда участник находился на стационарном лечении в учреждении сестринского ухода или получал услуги на дому и в рамках программ поддержки в сообществе. Сумма возмещения не может превышать стоимость имущества, подлежащего завещательному распределению.

Чтобы узнать больше, зайдите на веб-страницу Департамента здравоохранения (DHCS), посвященную вопросам взыскания задолженности за счет имущества по ссылке www.dhcs.ca.gov/er или позвоните по телефону 1-916-650-0590.

Глава 12: Определения важных терминов

Введение

В этой главе представлены ключевые термины, используемые в настоящем *Справочнике участника*, с их определениями. Термины перечислены в алфавитном порядке на английском языке. Если вы не можете найти нужный термин или вам требуется более подробная информация, чем указано в определении, пожалуйста, свяжитесь со Службой поддержки.

Повседневные действия (Activities of Daily Living, ADL): Обычные действия, которые человек выполняет каждый день, такие как приём пищи, пользование туалетом, одевание, купание или чистка зубов.

Судья по административным делам (Administrative Law Judge): Судья, рассматривающий дела, связанные с государственными учреждениями, и принимающий решения по ним. Такой судья рассматривает апелляции Уровня 3.

Программа помощи в оплате препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): Программа, предоставляющая доступ к жизненно важным лекарствам для ВИЧ/СПИДа для соответствующих критериям лиц, живущих с ВИЧ.

Амбулаторный хирургический центр (Ambulatory Surgical Center): Медицинское учреждение, в котором проводится хирургическое лечение пациентов, не нуждающихся в госпитализации и не требующих более 24 часов медицинского наблюдения.

Апелляция (Appeal): Способ оспорить принятое нами решение, если вы считаете, что была допущена ошибка. Вы можете подать апелляцию с просьбой пересмотреть наше решение о покрытии. Апелляции и процедура подачи апелляции подробно описаны в **Главе 9** настоящего *Справочника участника*.

Поведенческое здоровье (Behavioral Health): Относится к нашему эмоциональному, психологическому и социальному благополучию. Проще говоря: это то, как мы думаем, чувствуем и взаимодействуем с другими. Это обобщающий термин, охватывающий услуги в сфере охраны психического здоровья и лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Биологический продукт (Biological Product): Лекарственное средство, изготовленное из природных и живых источников, таких как клетки животных, растительные клетки, бактерии или дрожжи. Биологические продукты более сложны по составу, чем обычные лекарства, и не могут быть точно воспроизведены, поэтому их альтернативные формы называются биосимилярами (см. также: «Оригинальный биологический продукт» и «Биосимиляр»).

Биосимиляр (Biosimilar): Биологический препарат, который очень похож, но не идентичен оригинальному биологическому продукту. Биосимиляры столь же безопасны и эффективны, как и оригинальные биологические продукты. Некоторые биосимиляры могут заменять оригинальный препарат в аптеке без нового рецепта (см. также: «Взаимозаменяемый биосимиляр»).

Фирменный препарат (Brand Name Drug): Лекарство, производимое и продаваемое компанией, которая его изначально разработала. Фирменные препараты содержат те же активные вещества, что и их дженериковые версии. Дженерики обычно производятся другими фармацевтическими компаниями и, как правило, становятся доступными после окончания патентной защиты на фирменный препарат.

План медицинского обслуживания (Care Plan): См. «Индивидуальный план медицинского обслуживания».

Команда медицинской помощи (Care Team): См. «Междисциплинарная команда медицинской помощи».

Этап катастрофического покрытия (Catastrophic Coverage Stage): Этап покрытия в рамках лекарственной льготы по Части D программы Medicare, на котором наш план полностью оплачивает стоимость ваших рецептурных препаратов до конца календарного года. Вы переходите на этот этап, когда вы (или другие уполномоченные лица от вашего имени) потратили $2,100 долларов на лекарства, покрываемые в рамках Части D программы Medicare, в течение года. На этом этапе вы ничего не платите за рецептурные препараты.

Центры услуг Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Федеральное агентство, ответственное за администрирование программы Medicare. Как связаться с CMS, описано в **Главе 2** настоящего *Справочника участника*.

Программа дневного пребывания для взрослых (Community-Based Adult Services, CBAS): Амбулаторная программа, предоставляемая в специализированных учреждениях, включающая квалифицированный сестринский уход, социальные услуги, эрготерапию и логопедическую терапию, уход за собой, обучение и поддержку для семьи и ухаживающих лиц, питание, транспорт и другие услуги для участников, соответствующих установленным критериям.

Жалоба (Complaint): Устное или письменное заявление о том, что у вас есть проблема или обеспокоенность, связанная с покрываемыми услугами или получаемой медицинской помощью. Это может включать любые замечания, касающиеся качества обслуживания, качества медицинской помощи, поставщиков из нашей сети или аптек из нашей сети. Официальный термин для подачи жалобы — «подача претензии» (filing a grievance).

Комплексный амбулаторный реабилитационный центр (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): Учреждение, специализирующееся на реабилитации после болезни, травмы или серьёзной операции. Предоставляет широкий спектр услуг, включая физиотерапию, социальную или психологическую помощь, респираторную терапию, эрготерапию, логопедическую терапию и оценку условий проживания на дому.

Доплата (Copay): Фиксированная сумма, которую вы оплачиваете каждый раз при получении определённых рецептурных лекарств. Например, вы можете доплачивать $2 или $5 за препарат.

Доля расходов или Распределение затрат (Cost-sharing): Суммы, которые вы обязаны оплачивать при получении определённых рецептурных лекарств. Доля расходов включает в себя доплаты (copays).

Категория распределения затрат (Cost-sharing tier): Группа лекарств с одинаковой доплатой. Каждое лекарство из *Списка покрываемых лекарств (сокращённо - Список лекарств)* относится к одной из двух категорий распределения затрат. Как правило, чем выше категория распределения затрат, тем выше ваша стоимость за препарат.

Решение о покрытии (Coverage decision): Решение о том, какие льготы и услуги покрываются нашим планом. Это включает решения о покрываемых лекарствах и услугах, или о сумме, которую мы выплачиваем за ваше медицинское обслуживание. Подробнее о том, как запросить решение о покрытии, читайте в **Главе 9** настоящего *Справочника участника*.

Покрываемые препараты (Covered drugs): Термин, который мы используем для обозначения всех рецептурных и безрецептурных (over-the-counter, OTC) препаратов, покрываемых нашим планом.

Покрываемые услуги (Covered services): Обобщённый термин, обозначающий все виды медицинской помощи, включая долгосрочные услуги и поддержку, медицинские изделия, рецептурные и безрецептурные препараты, оборудование и другие услуги, покрываемые нашим планом.

Обучение культурной компетентности (Cultural Competence Training): Обучение, которое предоставляет дополнительную подготовку нашим медицинским работникам, помогая им лучше понимать ваш жизненный опыт, ценности и убеждения, чтобы адаптировать медицинские услуги с учётом ваших социальных, культурных и языковых потребностей.

Служба поддержки: Отдел нашего плана, отвечающий на ваши вопросы, связанные с членством, льготами, жалобами и апелляциями. Подробнее о Службе поддержки см. в **Главе 2** настоящего *Справочника участника.*

Ставка ежедневного распределения затрат (Daily Cost-Sharing Rate): Ставка, которая может применяться, если ваш врач назначает вам не полный месячный курс определённого препарата, и вы обязаны внести доплату. Ежедневная ставка рассчитывается как фиксированная доплата, поделённая на количество дней в месячном курсе.

Пример: Допустим, фиксированная доплата за месячный курс (30-дневный запас) составляет $1.35. Это означает, что вы платите менее $0.05 в день. Если вы получаете препарат на 7 дней, сумма вашей оплаты составит менее $0.05 × 7 дней, то есть менее $0.35.

Департамент здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS): Государственный департамент штата Калифорния, который управляет программой Medicaid (в Калифорнии известной как Medi-Cal).

Прекращение участия (Disenrollment): Процесс прекращения вашего членства в нашем плане. Прекращение может быть добровольным (по вашему желанию) или принудительным (не по вашему выбору).

Программа контроля приёма лекарств (Drug management program, DMP): Программа, направленная на обеспечение безопасного использования рецептурных опиоидов и других препаратов с высоким риском злоупотребления среди участников.

Категории лекарств (Drug Tiers): Группы препаратов, представленные в нашем Списке лекарств. Примеры включают дженерики, фирменные препараты, безрецептурные (OTC) препараты. Каждое лекарство в Списке лекарств относится к одной из двух категорий.

План для лиц с особыми потребностями, имеющих двойное право на участие (Dual eligible special needs plan, D-SNP): План медицинского страхования, предназначенный для людей, имеющих право на участие одновременно в Medicare и Medicaid. Наш план является D-SNP.

Медицинское оборудование длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME): Определённые медицинские изделия, которые ваш врач назначает для использования в домашних условиях. Примеры: инвалидные кресла, костыли, противопролежневые матрасы, диабетические принадлежности, больничные кровати, инфузионные насосы, устройства для генерации речи, кислородное оборудование, небулайзеры и ходунки.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Экстренная медицинская ситуация (Emergency): Медицинская ситуация, при которой вы или любой человек со средними знаниями в области здравоохранения и медицины считает, что у вас есть симптомы, требующие немедленной медицинской помощи, чтобы предотвратить смерть, потерю части тела или серьёзное нарушение функции организма (для беременных женщин — также потерю плода). Симптомы могут включать болезнь, травму, сильную боль или быстро ухудшающееся состояние.

Экстренная медицинская помощь (Emergency care): Покрываемые услуги, оказываемые специалистом, прошедшим подготовку по оказанию экстренной медицинской помощи, и необходимые для лечения медицинского или поведенческого экстренного состояния.

Исключение (Exception): Разрешение на получение покрытия для препарата, который обычно не входит в перечень покрываемых, или на использование препарата без соблюдения определённых правил и ограничений.

Исключённые услуги (Excluded Services): Услуги, которые не покрываются данным планом медицинского страхования.

Дополнительная помощь (Extra Help): Программа Medicare, которая помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами сократить расходы на рецептурные препараты по Части D программы Medicare — такие как страховые взносы, франшизы (deductibles) и доплаты. Эта программа также называется «Субсидия для малообеспеченных» (Low-Income Subsidy, или LIS).

Дженерик (Generic drug): Препарат, одобренный Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) в качестве замены фирменного препарата. Дженерик содержит те же активные вещества, что и фирменный препарат, но обычно стоит дешевле и действует так же эффективно.

Претензия (Grievance): Жалоба, которую вы подаёте на нас или на одного из наших поставщиков медицинских услуг или аптек, входящих в сеть. Это может быть жалоба на качество медицинской помощи или качество обслуживания, предоставленного вашим планом медицинского страхования.

Программа консультирования и защиты интересов в области медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Программа, предоставляющая бесплатную и объективную информацию и консультации по вопросам Medicare. Как связаться с HICAP, описано в **Главе 2** настоящего *Справочника участника*.

План медицинского страхования (Health Plan): Организация, включающая в себя врачей, больницы, аптеки, поставщиков долгосрочных услуг и других специалистов. Также в неё входят персональные координаторы медицинского обслуживания, которые помогают вам управлять всеми вашими поставщиками и услугами. Все они работают сообща, чтобы обеспечить вам необходимую медицинскую помощь.

Оценка состояния здоровья (HRA, Health Risk Assessment): Анализ вашей медицинской истории и текущего состояния здоровья. Используется для того, чтобы понять текущее состояние здоровья и возможные изменения в будущем.

Помощник по уходу на дому (Home Health Aide): Специалист, оказывающий услуги, не требующие лицензии медсестры или терапевта, например: помощь в личной гигиене (купание, пользование туалетом, одевание) или выполнение назначенных упражнений. Помощники по уходу на дому не имеют лицензии медсестры и не предоставляют терапевтические услуги.

Хоспис (Hospice): Программа ухода и поддержки, предназначенная для людей с неизлечимым диагнозом (неизлечимым заболеванием в терминальной стадии), чтобы помочь им прожить оставшееся время с комфортом и достоинством. Неизлечимый диагноз означает, что врач официально подтвердил, что ожидаемая продолжительность жизни составляет 6 месяцев или меньше.

- Участник с таким диагнозом имеет право выбрать хосписную помощь.
- Уход предоставляется специально обученной командой специалистов и ухаживающих лиц, с учётом физических, эмоциональных, социальных и духовных потребностей пациента.
- Мы обязаны предоставить вам список хосписных учреждений, доступных в вашем районе.

Неправильное / неуместное выставление счетов (Improper/Inappropriate Billing): Ситуация, при которой поставщик медицинских услуг (например, врач или больница) выставляет вам счёт на сумму, превышающую вашу долю расходов. Если вы получили счёт, который вам непонятен, свяжитесь со Службой поддержки.

Поскольку мы оплачиваем полную стоимость ваших услуг, у вас **нет** никакой доли расходов. Поставщики не должны выставлять вам счёт за эти услуги.

Услуги поддержки на дому (IHSS, In-Home Supportive Services): Программа IHSS помогает оплачивать услуги зарегистрированных помощников по уходу, чтобы вы могли безопасно оставаться в собственном доме. IHSS является альтернативой проживанию в учреждениях, таких как дома сестринского ухода и другие учреждения с долгосрочным пребыванием. Для получения услуг проводится оценка потребностей, на основании которой определяется, какие виды помощи могут быть вам назначены. К числу услуг, которые могут быть предоставлены через IHSS, относятся уборка дома, приготовление пищи, стирка, покупка продуктов, личная гигиена (уход за кишечником и мочевым пузырём, купание, уход за внешностью, услуги парамедиков), сопровождение на приёмы к врачу, присмотр за людьми с психическими нарушениями. Управление программой IHSS осуществляют окружные государственные социальные службы.

Независимая контролирующая организация (Independent Review Organization, IRO): Независимая организация, нанятая Medicare для рассмотрения апелляций Уровня 2. Она не связана с нашим планом и не является государственным учреждением. Эта организация принимает решение о том, было ли наше решение правильным или его следует изменить. Работа IRO контролируется Medicare. Официальное название — **Независимая контролирующая юридическая структура (Independent Review Entity).**

Индивидуальный план медицинского обслуживания (ICP или Care Plan): Это план, в котором указано, какие услуги вы будете получать и каким образом. Ваш план медицинского обслуживания может включать медицинские услуги, услуги в сфере поведенческого здоровья, а также долгосрочные услуги и поддержку.

Начальный этап покрытия (Initial coverage stage): Вы начинаете с этого этапа, когда получаете рецептурное лекарство первый раз в году. На этом этапе мы оплачиваем часть стоимости ваших препаратов, а вы оплачиваете свою долю.

Стационарное обслуживание (Inpatient): Термин используется, когда вас официально госпитализируют для получения квалифицированной медицинской помощи. Если госпитализация не была оформлена официально, вы можете считаться амбулаторным пациентом, даже если остаетесь в больнице на ночь.

Междисциплинарная команда медицинской помощи (ICT или Care team): Команда по уходу может включать врачей, медсестёр, консультантов и других специалистов, которые помогают вам получить необходимую помощь. Они также помогают вам составить индивидуальный план медицинского обслуживания.

Интегрированный D-SNP: Это специальный план для лиц с особыми потребностями, имеющих право на участие как в Medicare, так и в Medicaid. Он объединяет покрытие обеих программ в рамках одного плана для определённых

категорий лиц. Такие лица называются «полностью соответствующими критериям двойного участия».

Взаимозаменяемый биосимиляр (Interchangeable Biosimilar): Это биосимиляр, который может быть заменён в аптеке без нового рецепта, так как он соответствует дополнительным требованиям для автоматической замены. Возможность такой автоматической замены зависит от законодательства конкретного штата.

***Список покрываемых лекарств (Список лекарств)*:** Это перечень рецептурных и безрецептурных (OTC) лекарств, которые входят в покрытие нашего плана. Мы формируем этот список при участии врачей и фармацевтов. *Список лекарств* указывает, существуют ли какие-либо правила, которые необходимо соблюдать для получения лекарств. Иногда *Список лекарств* называют «формуляром».

Долгосрочные услуги и поддержка (Long-term services and supports, LTSS): Долгосрочные услуги и поддержка направлены на улучшение состояния при хронических заболеваниях/состояниях. Большинство таких услуг помогают вам оставаться дома, чтобы избежать необходимости помещения в учреждение сестринского ухода или в больницу. В рамках нашего плана покрываются такие LTSS, как услуги центров дневного пребывания для взрослых (CBAS), услуги учреждений сестринского ухода (NF) и социальная поддержка (Community Supports). Программы услуг поддержки на дому (IHSS) и программы отказа от институциональных учреждений по разделу 1915(c) предоставляются через Medi-Cal и не входят в наш план медицинского страхования.

Субсидия для малообеспеченных (Low-income subsidy, LIS): См. раздел «Дополнительная помощь» (Extra Help).

Программа заказа рецептурных лекарств по почте (Mail Order Program): Мы предлагаем программу заказа лекарств по почте, которая позволяет получить до трёхмесячного запаса покрываемых рецептурных препаратов прямо на дом. Это может быть удобным и экономичным способом получать рецептурные лекарства, которые вы принимаете на постоянной основе.

Medi-Cal: Это название программы Medicaid в штате Калифорния. Medi-Cal управляется штатом и финансируется совместно властями штата и федеральным правительством.

- Она помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами оплачивать медицинские расходы и услуги долгосрочной поддержки.
- Medi-Cal также покрывает дополнительные услуги и некоторые лекарства, не входящие в покрытие Medicare.

- Программы Medicaid различаются в зависимости от штата, но, если вы имеете право на участие и в Medicare, и в Medi-Cal, большинство медицинских расходов будет покрыто.

Планы Medi-Cal: Это планы, покрывающие только услуги Medi-Cal, такие как долгосрочные услуги и поддержка (LTSS), медицинское оборудование и транспортировка. Льготы Medicare предоставляются отдельно.

Medicaid (или Medical Assistance, то есть Программа медицинской помощи): Программа, управляемая федеральным правительством и властями штата, которая помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами оплачивать медицинские расходы и услуги долгосрочной поддержки. В Калифорнии эта программа называется Medi-Cal.

Медицинская необходимость (Medically necessary): Это услуги, изделия или лекарства, которые необходимы для предотвращения, диагностики или лечения заболевания, либо для поддержания текущего состояния здоровья. Сюда также относится помощь, позволяющая избежать госпитализации или помещения в учреждение сестринского ухода. Такие услуги, изделия или лекарства должны соответствовать признанным стандартам медицинской практики.

Medicare: Федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет и старше, а также для некоторых лиц младше 65 лет с определёнными инвалидностями, и для людей с терминальной стадией почечной недостаточности (как правило, это пациенты с постоянной почечной недостаточностью, нуждающиеся в диализе или пересадке почки). Получатели Medicare могут получать медицинское обслуживание через программу Original Medicare или через план управляемого медицинского обслуживания (см. раздел «План медицинского страхования»).

Medicare Advantage: Программа Medicare, также известная как «Часть С» или «MA», в рамках которой частные страховые компании предлагают планы Medicare Advantage. Medicare оплачивает этим компаниям предоставление вам всех положенных услуг по программе Medicare.

Совет по апелляциям Medicare (Medicare Appeals Council): Это орган, рассматривающий апелляции Уровня 4. Совет по апелляциям Medicare (сокращённо — Совет) является частью федерального правительства США.

Услуги, покрываемые Medicare: Это услуги, входящие в покрытие Части A и Части B программы Medicare. Все планы медицинского страхования Medicare, включая

наш, обязаны покрывать все услуги, предусмотренные Частями A и B программы Medicare.

Программа профилактики диабета Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Структурированная программа по изменению поведения, направленная на обучение долгосрочным изменениям в питании, повышение физической активности и преодоление трудностей, связанных с поддержанием снижения веса и здорового образа жизни.

Застрахованное лицо по программам Medicare и Medi-Cal: Человек, имеющий право на страховое покрытие услуг как по программе Medicare, так и по программе Medicaid. Таких людей также называют «лицами с двойным правом на участие» (dually eligible individuals).

Часть A программы Medicare: Раздел программы Medicare, покрывающий большинство медицински необходимых услуг в больницах, учреждениях сестринского ухода, на дому и в хосписах.

Часть B программы Medicare: Раздел программы Medicare, покрывающий услуги (например, лабораторные анализы, операции, визиты к врачу) и оборудование (например, инвалидные кресла и ходунки), медицински необходимые для лечения заболеваний или состояний. Также включает множество профилактических и скрининговых услуг.

Часть C программы Medicare: Также известна как «Medicare Advantage» или «MA». Это программа, в рамках которой частные страховые компании предоставляют услуги Medicare через план MA.

Часть D программы Medicare: Программа лекарственного обеспечения Medicare. Сокращённо называется «Часть D». Покрывает рецептурные лекарства для амбулаторного лечения, вакцины и некоторые медицинские изделия, не входящие в покрытие Частей A и B программы Medicare или программы Medicaid. Наш план включает покрытие по Части D программы Medicare.

Препараты, покрываемые в рамках Части D программы Medicare: Это лекарства, входящие в покрытие по Части D программы Medicare. Конгресс специально исключает определённые категории препаратов из покрытия по Части D Medicare. Некоторые из этих препаратов могут покрываться программой Medicaid.

Программа управления медикаментозной терапией (Medication Therapy Management, MTM): Часть D программы Medicare для людей со сложными медицинскими потребностями, которые соответствуют определённым критериям

или участвуют в Программе контроля приёма лекарств (DMP). Услуги MTM обычно включают консультацию с фармацевтом или медицинским специалистом для обзора принимаемых препаратов. Подробности см. в **Главе 5** настоящего *Справочника участника*.

Medi-Medi Plan: Medi-Medi Plan — это разновидность плана Medicare Advantage. Предназначен для людей, имеющих право на участие как в Medicare, так и в Medi-Cal. Объединяет льготы обеих программ в одном плане. Планы Medi-Medi координируют все услуги и льготы, предоставляемые и покрываемые в рамках Medicare и Medi-Cal.

Участник (член нашего плана): Это человек, застрахованный по программам Medicare и Medi-Cal, который зарегистрировался в нашем плане, и чья регистрация была подтверждена Центрами услуг Medicare и Medicaid (CMS) и властями штата.

***Справочник участника* и правила пользования планом (Member Handbook and Disclosure Information):** Этот документ, вместе с формой регистрации и любыми приложениями или дополнениями, объясняет, что входит в ваше покрытие, какие обязательства есть у нас, какие права есть у вас и что вы должны делать как участник нашего плана.

Сетевая аптека (Network pharmacy): Это аптека, которая согласилась обслуживать участников нашего плана и отпускать им лекарства по рецептам. Мы называем такие аптеки «сетевыми», потому что они сотрудничают с нашим планом. В большинстве случаев мы покрываем стоимость рецептурных лекарств только при условии, что они были получены в одной из сетевых аптек.

Сетевой поставщик услуг (Network provider): Термин «поставщик» или «поставщик услуг» (provider) используется для обозначения врачей, медсестёр и других специалистов, оказывающих вам медицинские услуги и уход. Сюда также входят больницы, агентства по уходу на дому, клиники и другие учреждения, предоставляющие медицинские услуги, оборудование и долгосрочную помощь и поддержку.

- Они имеют соответствующую лицензию или сертификацию от Medicare и штата на оказание медицинской помощи.
- Мы называем их «сетевыми поставщиками», если они сотрудничают с нашим планом, принимают нашу оплату и не взимают с участников дополнительных платежей.
- Пока вы являетесь участником нашего плана, вы должны получать покрываемые услуги только у поставщиков, входящих в нашу сеть. Сетевых поставщиков также называют «поставщиками плана».

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Дом или учреждение сестринского ухода (Nursing home or facility): Это учреждение, предоставляющее уход людям, которые не могут получать необходимую помощь у себя дома, но при этом не нуждаются в госпитализации.

Омбудсмен (Ombudsman): Это государственная служба в вашем штате, представляющая ваши интересы. Омбудсмен может ответить на ваши вопросы, если у вас возникла проблема или жалоба, и помочь разобраться, что делать дальше. Услуги омбудсмена предоставляются бесплатно. Дополнительную информацию можно найти в **Главах 2 и 9** настоящего *Справочника участника*.

Определение организации (Organization determination): Наш план принимает организационное определение, когда мы или один из наших поставщиков определяем, покрываются ли определённые услуги и сколько вы должны заплатить за покрываемые услуги. Такие решения также называются «решениями о покрытии». Подробнее о них рассказано в **Главе 9** настоящего *Справочника участника*.

Оригинальный биологический продукт (Original Biological Product): Это биологический продукт, одобренный Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA), который используется в качестве эталона для производителей, разрабатывающих биосимиляры. Также называется «референтным препаратом» (reference product).

Original Medicare (традиционная Medicare или Medicare с оплатой за услугу): Программа Original Medicare предоставляется государством. В рамках программы Original Medicare услуги оплачиваются напрямую врачам, больницам и другим поставщикам медицинских услуг по тарифам, установленным Конгрессом.

- Вы можете обращаться к любому врачу, в любую больницу или другое медицинское учреждение, если они принимают Medicare. Original Medicare состоит из двух частей: Часть А программы Medicare (больничное страхование) и Часть В программы Medicare (страхование медицинского обслуживания).
- Original Medicare доступна по всей территории США.
- Если вы не хотите участвовать в нашем плане, вы можете выбрать Original Medicare.

Аптека вне сети (Out-of-network pharmacy): Это аптека, которая не заключила соглашение с нашим планом на предоставление или координацию отпуска покрываемых рецептурных лекарств для участников нашего плана. Наш план, как правило, не покрывает лекарства, полученные в аптеках вне сети, за исключением определённых случаев.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Поставщик или учреждение вне сети (Out-of-network provider / facility): Это поставщик или учреждение, которые не работают в составе нашего плана, не принадлежат ему и не заключили с ним договор на оказание покрываемых услуг участникам нашего плана. Подробнее о внесетевых поставщиках или учреждениях см. в **Главе 3** настоящего *Справочника участника*.

Личные расходы (Out-of-pocket costs): Это часть стоимости услуг или лекарств, которую участник оплачивает самостоятельно. Такие расходы также называются «личными расходами». См. также определение термина «Доля расходов или Распределение затрат» (cost-sharing).

Безрецептурные препараты (Over-the-counter, OTC): Это лекарства или средства, которые можно приобрести без рецепта медицинского специалиста.

Часть A (Part A): См. раздел «Часть A программы Medicare».

Часть B (Part B): См. раздел «Часть B программы Medicare».

Часть C (Part C): См. раздел «Часть C программы Medicare».

Часть D (Part D): См. раздел «Часть D программы Medicare».

Препараты по Части D Medicare: См. раздел «Препараты, покрываемые в рамках Части D программы Medicare».

Персональный координатор медицинского обслуживания: Главный специалист, который работает с вами, с медицинским планом и с вашими поставщиками медицинских услуг, чтобы вы получали всю необходимую помощь.

Персональная медицинская информация или Охраняемая медицинская информация (Personal health information или Protected health information, PHI): Информация о вас и вашем здоровье, такая как имя, адрес, номер социального страхования, визиты к врачу и история болезни. См. наше «Уведомление о политике конфиденциальности» (Notice of Privacy Practices), чтобы узнать, как мы защищаем, используем и раскрываем вашу PHI, а также о ваших правах в отношении этой информации.

Профилактические услуги (Preventive services): Медицинская помощь, направленная на предотвращение заболеваний или их выявление на ранней стадии, когда лечение наиболее эффективно. Примеры профилактических услуг: мазок Папаниколау, прививки от гриппа, маммография.

Поставщик первичных медицинских услуг или Лечащий врач (Primary Care Provider, PCP): Врач или другой специалист, к которому вы обращаетесь в первую очередь при большинстве проблем со здоровьем. Он следит за тем, чтобы вы получали необходимую помощь для поддержания здоровья.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

- Может консультироваться с другими специалистами и поставщиками услуг и направлять вас к ним.
- Во многих медицинских планах Medicare вы должны сначала обратиться к своему лечащему врачу, прежде чем пользоваться услугами других поставщиков медицинских услуг.
- Подробнее о получении услуг лечащего врача см. в **Главе 3** настоящего *Справочника участника*.

Предварительная авторизация (Prior authorization, PA): Это одобрение, которое вы должны получить от нас до того, как сможете воспользоваться определённой услугой, получить рецептурное лекарство или обратиться к поставщику вне сети. Если вы не получите предварительное одобрение, наш план может не покрыть соответствующую услугу или препарат.

Некоторые медицинские услуги в сети покрываются только в том случае, если ваш лечащий врач или другой сетевой поставщик получит предварительную авторизацию от нашего плана.

- Услуги, требующие предварительной авторизации, отмечены в **Главе 4** настоящего *Справочника участника*.

Некоторые лекарства покрываются только при наличии предварительной авторизации.

- Такие препараты указаны в *Списке покрываемых лекарств*, а правила получения одобрения размещены на нашем веб-сайте.

Программа комплексного обслуживания пожилых людей (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Программа, объединяющая льготы Medicare и Medicaid для людей в возрасте 55 лет и старше, которым требуется более высокий уровень ухода, чтобы продолжать жить дома.

Протезы и ортезы: Медицинские изделия, назначаемые врачом или другим специалистом, включая (но не ограничиваясь): корсеты для рук, спины и шеи; искусственные конечности; искусственные глаза; а также устройства, заменяющие внутренние органы или их функции, включая принадлежности для стом и питание через зонд (энтеральное и парентеральное).

Организация по улучшению качества (Quality improvement organization, QIO): Группа врачей и других медицинских экспертов, работающих над повышением качества медицинской помощи для получателей Medicare. Федеральное правительство финансирует QIO для проверки и улучшения качества предоставляемой помощи. Подробнее о QIO см. в **Главе 2** настоящего *Справочника участника*.

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

Ограничения по количеству (Quantity limits): Ограничение на количество рецептурного препарата, которое вы можете получить. Мы можем ограничить объём лекарства, покрываемого по одному рецепту.

Инструмент доступа к информации о льготах в реальном времени (Real Time Benefit Tool): Портал или компьютерное приложение, в котором участники могут найти полную, точную, актуальную и клинически обоснованную информацию о покрываемых препаратах и льготах, с учётом их индивидуального плана. Информация включает размер вашей доли расходов, альтернативные препараты для лечения того же состояния/заболевания, а также ограничения на покрытие (предварительное одобрение, поэтапная терапия, ограничения по количеству), применимые к этим альтернативам.

Направление (Referral): Направление — это одобрение от вашего лечащего врача (PCP) или от нашего плана на получение медицинской помощи у другого поставщика услуг, не являющегося вашим PCP. Если вы не получите предварительное одобрение, мы можем не покрыть соответствующие услуги. Для обращения к некоторым специалистам, например, по вопросам женского здоровья, направление не требуется. Дополнительную информацию о направлениях см. в **Главах 3 и 4** настоящего *Справочника участника*.

Реабилитационные услуги (Rehabilitation services): Лечение, которое вы получаете для восстановления после болезни, травмы или серьёзной операции. Подробнее о реабилитационных услугах см. в **Главе 4** настоящего *Справочника участника*.

Деликатные услуги (Sensitive services): Услуги, связанные с психическим и поведенческим здоровьем, сексуальным и репродуктивным здоровьем, планированием семьи, инфекциями, передающимися половым путём (ИППП), ВИЧ/СПИДом, сексуальным насилием и абортами, расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, гендерно-утверждающей помощью и насилием со стороны интимного партнёра.

Зона обслуживания (Service area): Географическая территория, в пределах которой медицинский план принимает новых участников, если участие ограничено местом проживания. Для планов, ограничивающих выбор врачей и больниц, зона обслуживания — это, как правило, территория, где вы можете получать плановую (неэкстренную) медицинскую помощь. Только лица, проживающие в зоне обслуживания, могут вступить в наш план.

Доля расходов (Share of cost): Часть расходов на медицинское обслуживание, которую вы должны оплачивать самостоятельно каждый месяц до того, как начнут действовать ваши льготы. Размер этой доли зависит от вашего дохода и ресурсов.

Учреждение квалифицированного сестринского ухода (Skilled Nursing Facility, SNF): Это учреждение, в котором есть персонал и оборудование для оказания квалифицированного сестринского ухода, а в большинстве случаев — также реабилитационных и других связанных медицинских услуг.

Медицинское обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода (Skilled nursing facility (SNF) care): Квалифицированный сестринский уход и реабилитационные услуги, предоставляемые на постоянной, ежедневной основе в учреждении SNF. Примеры такого ухода включают физиотерапию или внутривенные (IV) инъекции, которые может выполнять дипломированный медработник или врач.

Специалист (Specialist): Врач, который лечит определенные типы проблем со здоровьем. Например, хирург-ортопед лечит переломы костей, аллерголог лечит аллергии, а кардиолог специализируется на проблемах с сердцем. В большинстве случаев для обращения к специалисту участнику потребуется направление от PCP.

Специализированная аптека (Specialized pharmacy): Подробнее о специализированных аптеках см. в **Главе 5** настоящего *Справочника участника*.

Государственное слушание на уровне штата (State Hearing): Если ваш врач или другой поставщик запрашивает услугу Medi-Cal, которую мы не одобряем, или если мы отказываемся продолжать оплачивать услугу Medi-Cal, которую вы уже получаете, вы можете подать запрос на проведение Государственного слушания на уровне штата. Если решение слушания будет в вашу пользу, мы обязаны предоставить вам запрошенную услугу.

Поэтапная терапия (Step therapy): Правило покрытия, согласно которому вы должны сначала попробовать альтернативный препарат, прежде чем мы покроем тот, который вы запрашиваете.

Дополнительный доход по линии социального страхования (Supplemental Security Income, SSI): Ежемесячное пособие, выплачиваемое Управлением социального страхования людям с ограниченными доходами и ресурсами, которые являются инвалидами, незрячими или достигли возраста 65 лет. Пособия SSI отличаются от обычных выплат по линии социального страхования.

Неотложная помощь (Urgently needed care): Медицинская помощь при внезапной болезни, травме или состоянии, которое не является экстренным, но требует немедленного вмешательства. Вы можете получить такую помощь у поставщиков вне сети, если в силу времени, места или обстоятельств невозможно или нецелесообразно обратиться к сетевому поставщику (например, если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана и нуждаетесь в срочной медицинской помощи в связи с непредвиденным заболеванием, но ситуация не является экстренной).

Служба поддержки CalOptima Health OneCare Complete

ТЕЛЕФОН	**1-877-412-2734** Звонки на этот номер бесплатные. График работы: 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Служба поддержки также предлагает бесплатные услуги устного перевода для лиц, не владеющих английским языком, в том числе перевод языка жестов.
ЛИНИЯ TTY	**711** Для звонков на этот номер требуется специальное телефонное оборудование. Он предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатные. График работы: 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.
ФАКС	**1-714-246-8711**
ПОЧТА	CalOptima Health OneCare Complete Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 **OneCarecustomerservice@caloptima.org**
ВЕБ-САЙТ	**www.caloptima.org/OneCare**

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь в Службу поддержки CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** вы можете найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health, A Public Agency
505 City Parkway West, Orange, CA 92868

caloptima.org/OneCare

Если у вас возникли вопросы или вам нужна помощь с медицинским обслуживанием, позвоните в службу поддержки клиентов OneCare компании CalOptima Health по номеру **1-877-412-2734** (звонок бесплатный), работаем круглосуточно и без выходных. У нас работают сотрудники, говорящие на вашем языке. Пользователи линии TTY могут звонить на номер **711**. Вы также можете посетить наш веб-сайт **www.caloptima.org/OneCare**.

PRI-030-790 R (08/25)