

# Senior Health Partners

## Справочник участника



Этот справочник расскажет вам, как использовать ваш план Healthfirst. Храните этот справочник там, где вы сможете с лёгкостью найти его, когда он вам понадобится.

# Служба поддержки участников плана Senior Health Partners

Если вам нужна помощь, вы можете позвонить или написать нам по адресу, указанному ниже.

**Senior Health Partners**  
**100 Church Street, 17th Floor**  
**New York, NY 10007**  
**1-800-633-9717**

Позвоните, если вам нужно поговорить с вашей Командой по обслуживанию, спросить о льготах, получить рекомендации, заменить свою идентификационную карточку участника, сменить или выбрать поставщика.

Страховое покрытие обеспечивается компаниями Healthfirst Health Plan, Inc., Healthfirst PHSP, Inc., и/или Healthfirst Insurance Company, Inc. (в совокупности именуются «Healthfirst»). Страховое покрытие в рамках плана долгосрочного управляемого обслуживания Senior Health Partners, Managed Long-Term Care Plan обеспечивается Healthfirst PHSP, Inc. Планы имеют исключения и ограничения.

Штат Нью-Йорк учредил программу по защите прав участников, именуемую «Независимая сеть по защите прав потребителей» (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN), в которой Участникам предлагается бесплатная и конфиденциальная помощь в связи с обслуживанием, предлагаемым Healthfirst Health Plan, Inc. Свяжитесь с ICAN можно по бесплатному телефону **1-844-614-8800** или онлайн по адресу [icannys.org](http://icannys.org). (Номер телефона для пользователей телетайпа (TTY): 711; после набора этого номера пользователи должны, следуя подсказкам, набрать 844-614-8800).

Людам с ограниченными возможностями предоставляются особые виды услуг. Если вы нуждаетесь в особых услугах, позвоните нам, и мы поможем вам найти услуги (и поставщиков), которые будут соответствовать вашим потребностям. Мы также можем предоставить по запросу материалы, напечатанные крупным шрифтом. С целью упрощения вашего процесса общения мы можем оказать вам помощь в приобретении устройства для распознавания голоса (VCO) или текстового устройства для телефонии (TTY): звоните по телефону 1-888-542-3821 (английский язык); 1-888-867-4132 (испанский язык). Данный справочник участника, напечатанный крупным шрифтом либо записанный на компьютерном компакт-диске, также доступен по вашему запросу.

# Важные номера телефонов плана Senior Health Partners

## ВАЖНЫЕ НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ ПЛАНА SENIOR HEALTH PARTNERS

Команда по обеспечению медицинского обслуживания	1-800-633-9717
Отдел контроля качества	1-800-633-9717
Отдел регистрации	1-866-585-9280
Услуги транспортировки	1-866-202-3874

## ДРУГИЕ ВАЖНЫЕ НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ

Независимая сеть по защите прав потребителей (ICAN)	1-844-614-8800
New York Medicaid Choice	1-888-401-6582
Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк	1-866-712-7197
Управление г. Нью-Йорк по трудовым ресурсам	1-718-557-1399
Nassau *NY Connects	1-516-227-8900
Местный отдел социальной службы в округе Уэстчестер	*1-914-995-5000

\*Общая информация о номерах телефонов городских организаций

# Важные имена и номера телефонов

	ФИО	Номер телефона/адрес
<b>Менеджер по медицинскому обслуживанию</b>		
<b>ФИО, адрес и номера телефонов врачей</b>		
<b>Адрес офиса Senior Health Partners</b>		

**При возникновении неотложного состояния незамедлительно звоните по телефону 911.  
В течении 24 часов свяжитесь с Планом Senior Health Partners.**

# Информация о данном Справочнике участника

Данный справочник предоставляется, чтобы помочь вам получить информацию о плане. Внимательно прочтите его и обращайтесь к нему каждый раз, когда вам потребуется информация о том, как работает План. Например, чтобы узнать:

- Какие услуги покрываются Планом и как их получить.
- Какие действия необходимо предпринять при возникновении неотложного состояния.
- Что делать, если вы не удовлетворены оказываемыми вам услугами.
- Когда вам нужно принять решение о вашем медицинском обслуживании.

Если вы примете решение об участии в Senior Health Partners, данный справочник станет вашим путеводителем по предлагаемым вам услугам, а также, наряду с договором вашей регистрации в Плате, является частью вашего контракта.

**Если вы потеряете справочник, вы можете запросить дополнительный экземпляр по телефону 1-800-633-9717** (TTY 1-888-542-3821, английский язык; 1-888-867-4132, испанский язык), круглосуточно, 7 дней в неделю. Вы получите Справочник участвующих поставщиков услуг по почте.

Чтобы стать участником плана Senior Health Partners, вы должны иметь право на получение Medicaid или иметь возможность самостоятельно оплачивать услуги (это называется «оплатой из собственных средств»). Если вы оплачиваете услуги из собственных средств, прочитайте раздел «Оплата из собственных средств» в конце этого Справочника.

## Карта участника

Ваша идентификационная карта Senior Health Partners (ID-карта участника) будет отправлена вам по почте. Всегда носите с собой эту карту. Вы должны предъявлять её вашему поставщику медицинских услуг.

## Советы для новых участников Плана

- Держите справочник в доступном месте.
- Постоянно носите с собой в бумажнике ID-карту участника, с картами участника Medicaid и Medicare.
- Убедитесь, что контактные номера телефонов Senior Health Partners находятся рядом с вашим телефоном.
- Чтобы помочь вам в организации работы с вашим персональным помощником, мы включили в ознакомительный набор инструкций руководство. Оно включает в себя примеры того, что должен и не должен делать ваш персональный помощник. Вы также можете записать в нем информацию с расписанием о вашем уходе.

# СОДЕРЖАНИЕ

---

**Важные имена и номера телефонов ..... III**

**Информация о данном  
Справочнике участника ..... IV**

---

**Карта участника ..... IV**

**Советы для новых участников Плана ..... IV**

---

**Содержание ..... 1**

Добро пожаловать в план Senior Health Partners ... 2

Ваши права и обязанности в качестве  
клиента плана Senior Health Partners ..... 2

Преимущества регистрации в плане  
Senior Health Partners ..... 5

Право на участие в плане ..... 6

Регистрация и даты вступления в  
силу покрытия ..... 7

Получение ухода/управление уходом ..... 9

Услуги плана и покрытие/управление  
другими медицинскими услугами ..... 11

Планирование медицинского обслуживания .... 18

Неотложная медицинская помощь ..... 19

Медицинская помощь, полученная за  
пределами региона обслуживания  
Senior Health Partners ..... 19

Переходный период и специальное  
обслуживание ..... 20

Исключение из плана, прекращение  
страховых услуг и добровольное  
прекращение участия в плане ..... 20

Условия повторной регистрации ..... 22

Ежемесячные выплаты «излишка по доходу» .... 22

Разрешение проблем и прием  
жалоб участников ..... 23

Программа обеспечения качества  
и улучшения услуг ..... 30

Оплата из собственных средств ..... 31

# Добро пожаловать в план Senior Health Partners!

Благодарим вас за выбор Senior Health Partners в качестве вашего плана управляемого долгосрочного ухода. Мы хотим убедиться, что как новый участник вы успешно начнёте свое участие в плане. Этот справочник поможет вам понять, какие услуги входят в ваш план.

План Senior Health Partners является планом компании Healthfirst. Healthfirst является крупнейшим некоммерческим медицинским страховщиком в Нью-Йорке. Уже более 25 лет мы предлагаем доступные планы ньюйоркцам.

Будучи участником плана Senior Health Partners, вы будете получать услуги от сетевых поставщиков. План и ваши поставщики услуг помогут вам оставаться дома как можно дольше.

## Что такое план управляемого долгосрочного медицинского обслуживания?

Цель управляемого долгосрочного медицинского обслуживания - помочь вам как можно дольше оставаться дома и в местном сообществе. Он обеспечивает вам необходимый уход и поддержку, чтобы вы могли справляться с повседневными делами, которые вы не можете выполнять без посторонней помощи. Он предоставляет вам полезные медицинские, персональные и социальные услуги, которые могут вам понадобиться. Вам будет назначена Команда по обеспечению медицинского обслуживания, которая ознакомится со всеми вашими потребностями. Ваша команда поможет вам найти поставщиков в вашем регионе, а также услуги и поддержку, которые помогут вам удовлетворить ваши потребности.

Вам может быть назначен помощник по уходу на дому или персональный помощник, чтобы оказывать вам помощь с задачами повседневной жизни (ADL), когда вы больше не можете выполнять их самостоятельно.

С такими задачами как:

- приём пищи
- пользование туалетом
- подъём из кровати
- купание
- одевание

Наша цель - помочь вам оставаться как можно более независимым.

# Ваши права и обязанности участника плана Senior Health Partners

## Будучи участником плана Senior Health Partners, вы имеете право:

- получать обслуживание, необходимое с медицинской точки зрения.
- получать уход и услуги в то время, когда они вам нужны.
- запрашивать об увеличении объема вашего обслуживания, в том числе, среди прочего, обслуживания по уходу на дому.
- на конфиденциальность ваших медицинских записей.
- получать информацию о доступных вариантах лечения и альтернативах, предоставленных вам определённым образом (если вы об этом просите) и на понятном вам языке.
- бесплатно пользоваться услугами устного перевода для получения информации на понятном вам языке.
- получать всю информацию, необходимую для предоставления нам разрешения до начала любого лечения.
- получать копию вашей медицинской карты и требовать внесения изменений и дополнений в нее.
- участвовать в принятии решений о вашем лечении и уходе, в том числе вы имеете право отказаться от лечения.
- имеете право на уважительное и достойное отношение.
- ежегодно получать копию документа о вашем праве о выходе из плана.
- получать уведомления о том, где, когда и как можно получить необходимые вам услуги, предусмотренные планом управляемого долгосрочного медицинского обслуживания (Managed Long Term Care Plan), а также о том, как вы можете, на условиях плана, получить покрываемые услуги от внесетевых поставщиков, если такие услуги не предоставляются поставщиками сети плана.
- подать жалобу в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк или в местное отделение Службы социального обеспечения, а также право использовать систему беспристрастных слушаний дела и/или подать внешнюю апелляцию на уровне штата Нью-Йорк в соответствующих случаях.

- получать помощь от Независимой сети по защите прав потребителей (ICAN) (также известной как программа омбудсмена-участника).
- назначить лицо, которое будет представлять вас в вопросах вашего обслуживания и лечения.
- давать инструкции в отношении действий, которые необходимо предпринять в обстоятельствах, когда вы более не можете принимать медицинские решения самостоятельно.
- участвовать в оценке, проводимой каждые шесть месяцев или чаще, если это необходимо.
- обсуждать ваши потребности в уходе во время ежемесячного звонка с вашей рабочей командой по уходу.

## Ваше право на предварительные распоряжения

Если вы не сможете принимать решения в отношении своего медицинского обслуживания (из-за несчастного случая, серьезного заболевания или по другой причине), у вас есть право предварительно выразить ваши пожелания относительно того, что должно быть сделано. Это означает, что вы можете:

- заполнить письменную форму и передать тому или иному лицу законные полномочия принимать решения от вашего имени.
- дать своим врачам письменные инструкции о том, как они должны организовать медицинский уход за вами.

Официальные документы, которые вы можете оформить, чтобы выразить свои пожелания на такой случай, называются «предварительные распоряжения». Существуют различные типы таких распоряжений с различными названиями. Примерами предварительных распоряжений являются документы, называемые «форма доверенности на право представлять интересы больного» (healthcare proxy form) и «доверенность на право принятия решений в отношении медицинского обслуживания» (power of attorney for healthcare). **Если вы хотите отдать предварительные распоряжения и инструкции в этой связи, вы должны сделать следующее:**

- **Получите соответствующую форму.** Если вы хотите отдать предварительные распоряжения, вы можете получить форму у вашего адвоката, у социального работника или в некоторых магазинах, продающих офисные товары. Также для получения форм вы можете обратиться в Отдел обслуживания участников Healthfirst (соответствующие номера телефонов указаны на обороте этой брошюры).
- **Заполните и подпишите форму.** Прежде чем заполнить форму, рассмотрите возможность того, чтобы получить помощь своего адвоката с этой задачей. Это юридический документ о ваших медицинских услугах. После заполнения не забудьте поставить свою подпись.
- **Вручите копии соответствующим людям.** Вы должны передать копию формы вашему врачу и человеку, который будет по вашему распоряжению принимать решения от вашего имени, когда вы не сможете делать это самостоятельно. Вы также можете передать копии формы близким друзьям или членам семьи. Обязательно сохраните копию для себя и положите в безопасное место.

Если вы знаете, что вы поступите в стационарное медицинское учреждение и подписали форму с предварительными распоряжениями, возьмите копию формы с собой в больницу.

- при поступлении в стационарное медицинское учреждение вам будет задан вопрос, подписывали ли вы форму с предварительными распоряжениями, и есть ли у вас с собой ее копия.
- если вы не подписывали такую форму, имейте в виду, что они есть в больнице. Вы можете при желании заполнить и подписать ее там.

**Помните — вы оформляете предварительные распоряжения и подписываете соответствующую форму только по собственному желанию** (в том числе, находясь в больнице). По закону никто не может отказать вам в уходе или применить к вам дискриминационный подход из-за вашего отказа подписать форму с предварительными распоряжениями.



## Что делать, если вашим инструкциям не следуют?

Если вы подписали форму с предварительными распоряжениями, и вы считаете, что ваш врач или лечебное учреждение не выполняет изложенные в ней инструкции, вы можете позвонить или подать жалобу в письменной форме в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по адресу:

**New York State Department of Health  
Division of Long Term Care  
One Commerce Plaza, Room 1620  
Albany, New York 12210  
1-866-712-7197**

В Senior Health Partners мы обязаны соблюдать закон штата Нью-Йорк о предварительных медицинских распоряжениях. Наши сотрудники знают закон и обучают сообщество его соблюдению. Мы будем хранить информацию о вашем предварительном распоряжении как часть вашей медицинской карты. По закону вы должны записать свои пожелания о медицинском уходе (на тот случай, если вы сами не сможете принимать решения), подписать предварительное распоряжение и заверить в присутствии совершеннолетнего свидетеля. Вы можете в любой момент изменить свое мнение о доверенном лице в отношении медицинского обслуживания (это лицо, которое вы назначаете для принятия решения о вашем медицинском обслуживании) и ваши предварительные распоряжения. Просто заполните другую форму, подпишите ее и заверьте в присутствии свидетеля.

## Обязанности клиентов

Для получения максимальной пользы от участия в Плане Senior Health Partners вам следует обеспечить выполнение следующих обязанностей:

1. Участвуйте в принятии решений в области вашего медицинского ухода следующим образом:
  - честно и открыто обсуждайте со своим лечащим врачом и Командой по обеспечению обслуживания вопросы, касающиеся вашего здоровья и предоставляемого медицинского обслуживания.
  - задавайте вопросы, чтобы быть уверенными в понимании условий индивидуального плана обслуживания (Person Centered Service Plan, PCSP) и быть осведомленными о последствиях несоблюдения установленных планом PCSP

правил. Ваш план PCSP и изменения плана PCSP будут обсуждаться и документироваться в рамках нашего ежемесячного телефонного собеседования по вопросу обеспечения эффективного управления обслуживанием.

- участвуйте в принятии решений и несите ответственность за свое здоровье.
  - принимайте меры в рамках ухода за собой в соответствии с планом обслуживания.
  - посещайте медицинские приемы или сообщайте своей Команде по обеспечению обслуживания, если вам нужно перенести прием.
  - пользуйтесь услугами сетевых поставщиков Senior Health Partners, за исключением неотложных случаев.
  - сообщайте Senior Health Partners, если вы получили медицинские услуги от других поставщиков медицинских услуг.
  - вместе с нами участвуйте в мероприятиях, направленных на усовершенствование Плана, высказывая свое мнение по телефону или участвуя в работе клиентского консультационного совета.
  - прочитайте и подпишите документ «Понимание ролей и обязанностей клиента, получающего услуги в рамках Программы управления услугами персональной помощи потребителем (Consumer Directed Personal Assistance Service, CDPAS), клиентом или его/ее уполномоченным представителем» (Consumer/Designated Representative Acknowledgement of the Roles and Responsibilities for Receiving CDPAS), когда получите его.
2. Поддерживайте Senior Health Partners следующим образом:
    - выражайте свое мнение, соображения и предложения персоналу Команды по обеспечению обслуживания, а также посредством процедур подачи претензий или апелляций, действующих в плане Senior Health Partners.
    - прочтите справочник и следуйте предписанным процедурам для получения медицинских услуг.
    - уважайте права, включая право на безопасность, всех лиц, участвующих в предоставлении вам

медицинских услуг, и оказывайте работникам плана Senior Health Partners помощь в поддержании безопасной домашней обстановки.

- сообщайте вашей Команде по обеспечению обслуживания о следующем:
  - Если вы покидаете зону обслуживания
  - Если вы переехали, или сменили номер телефона
  - Если вы сменили лечащих врачей
  - Если произошли изменения обстоятельств, которые повлияли на возможность предоставления вам обслуживания

## Информация, доступная по запросу

Ниже приведена информация, которую вы можете получить по запросу:

- список имен, юридических адресов и должностей членов Совета директоров, должностных лиц, контролирующих лиц и владельцев или партнеров Healthfirst
- копии последнего сертифицированного годового финансового отчета Healthfirst, в том числе баланс и счет прихода и расхода, подготовленный дипломированным присяжным бухгалтером
- информация в отношении жалоб клиента, а также сводная информация, касающаяся поданных претензий и апелляций
- описание процедур плана Senior Health Partners по защите конфиденциальности медицинской документации и прочей информации об участниках/клиентах
- описание организационной структуры и действующих процедур в рамках выполнения программы обеспечения качества реализации плана Senior Health Partners
- информация об используемых планом Senior Health Partners процедурах принятия решений в отношении предоставления услуг в рамках экспериментов или исследований отдельных лекарственных препаратов, медицинского оборудования или методов лечения в ходе клинических исследований
- по запросу в письменной форме может быть предоставлена письменная информация о клинических критериях в отношении конкретного состояния или заболевания, другая клиническая

информация, используемая планом Senior Health Partners в процессе проверки применения, если такая информация используется в проверке применения. Однако, когда такая информация является собственностью Senior Health Partners, существующий или потенциальный участник плана может использовать указанную информацию исключительно в целях рассмотрения услуг, предоставляемых планом Senior Health Partners.

- информация о дочерних структурах оказывающих медицинские услуги, включая больницы и другие учреждения
- лицензии, сертификаты и статус аккредитации сетевых поставщиков
- процедуры предоставления письменных заявок и минимальный уровень квалификации поставщиков медицинских услуг, требуемых планом Senior Health Partners
- информация, касающаяся образования, филиалов и участия в клинических обзорах, приводимых Департаментом здравоохранения, медицинскими специалистами, лицензированными, зарегистрированными и сертифицированными согласно Статье 8 Закона Соединенных Штатов об образовании

## Преимущества регистрации в плане Senior Health Partners

Регистрация в Плане Senior Health Partners является важным решением. Оно повлияет на то, как вы будете получать необходимые медицинские услуги на регулярной основе. Когда вы станете клиентом/участником Плана, вам будет назначена Команда по обеспечению обслуживания. Вам будет назначен менеджер по обслуживанию, который знает, как проводится обслуживание людей, нуждающихся в длительном уходе. Этот человек поможет вам узнать о доступных вам услугах и как использовать ваши льготы Medicaid.

При выборе Плана Senior Health Partners вы даете свое согласие на получение услуг исключительно от плана Senior Health Partners и его сети поставщиков, как описано в вашем Индивидуальном плане обслуживания (Person Centered Service Plan, PCSP).

Некоторые из льгот участников Плана:

- вы получаете личную Команду по обслуживанию, которая будет заниматься вами лично

- координирование вашей Командой медицинского обслуживания, которое вы получаете на дому, в больнице или в доме престарелых
- ваша семья и помощники, оказывающие ход на дому, помогут вам остаться в вашем собственном доме
- вы будете являться участником плана, пока не решите выйти из него
- вы можете получить помощь с повторной сертификацией Medicaid

## Право на участие в плане

Вы имеете право на участие в Senior Health Partners, если:

- вам исполнилось 18 лет.
- вы живете в Манхэттене, Бронксе, Бруклине, Куинсе, Статен-Айленде, Нассау или в округе Уэстчестер.
- вы имеете право на участие в Medicaid или согласны оплачивать услуги из собственных средств, как описано в разделах «Регистрация» и «Оплата из собственных средств». Вариант «Оплата из собственных средств» не применим к жителям округов Статен-Айленд, Нассау или Уэстчестер.
- вы имеете право на получение медицинской помощи на уровне дома престарелых (на момент регистрации) в возрасте от 18 до 20 лет и соответствуете критериям Medicare и Medicaid, или в возрасте 18 лет и более и имеете право только на получение Medicaid.

A. вам необходимы долгосрочные услуги медицинского ухода по месту проживания (CBLTCS)\*, предлагаемые Senior Health Partners, в течение не менее **120 (ста двадцати) дней** с даты вашей регистрации в Плане.

B. Вы должны нуждаться хотя бы одной из следующих услуг:

- Услуги медсестры на дому
- Лечение на дому
- Услуги медицинского помощника на дому
- Услуги персонального ухода на дому
- Центр дневного ухода для взрослых участников Плана
- Услуги персональной медицинской сестры
- Программа управления потребителем услугами персональной помощи (Consumer Directed Personal Assistance Service, CDPAS)

*\*CBLTCS — это услуги медицинского обслуживания и поддержки, предоставляемые лицам всех возрастов, имеющим физические ограничения или хронические заболевания. Эти услуги включают помощь в выполнении повседневных задач, таких как купание, одевание, приготовление пищи и прием лекарственных препаратов. CBLTCS также включает в себя Медицинское обслуживание на дому (Home Health Services), Услуги персональной медицинской сестры (Private Duty Nursing), Управление услугами персональной помощи потребителем (Consumer Directed Personal Assistance Services), программу Центра дневного ухода для совершеннолетних участников Плана, а также Услуги персонального ухода (Personal Care Services).*

Если вы имеете право на участие в Плане Senior Health Partners, вы должны подписать Соглашение о регистрации и согласиться следовать правилам Плана Senior Health Partners.

Регистрация в Плане подлежит утверждению управлением New York Medicaid Choice (NYMC), местным отделом социальных услуг (LDSS) либо организацией, уполномоченной Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк, за исключением лиц, оплачивающих услуги из собственных средств. См. раздел «Оплата из собственных средств».

## Причины для отказа в зачислении в качестве участника Плана

Мы откажем вам в зачислении в качестве участника Плана в следующих случаях:

- вы не соответствовали одному из наших критериев участия в Плате.
- вы ранее были участником Senior Health Partners и в настоящее время не удовлетворяете нашим требованиям к повторной регистрации. См. раздел «Условия повторной регистрации».
- план Senior Health Partners зачислил максимальное количество участников, оплачивающих услуги из собственных средств, которые могут быть зарегистрированы в плане в соответствии с договором со штатом Нью-Йорк.

*После оценки Центром определения права на участие и регистрацию участников Плана (CFEEC) (см. следующий раздел), вы получите уведомление о вашем праве на участие в плане CBLTCS. Если признано, что вы не имеете права, вы получите уведомление о том, что вы можете запросить проведение Беспристрастного слушания (за исключением участников с оплатой из собственных средств) для обсуждения права на участие в Плате. См. раздел «Оплата из собственных средств».*

## Регистрация и даты вступления в силу покрытия

### Центр определения права на участие и регистрацию участников Плана (CFEEC)

CFEEC является организацией New York Medicaid Choice (NYMC), которая заключает договор с Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (NYSDOH) на проведение первоначальной оценки кандидатов для определения права на получение услуг долгосрочного ухода для проживания в сообществе. Они помогают предоставить информацию подающим заявку на участие. Эта оценка не требуется для заявителей, переходящих из одного плана MLTC в другой, за исключением заявителей, не имеющих двойное право, из Medicaid Managed Care. Все кандидаты, которые ранее не получали услуги долгосрочного ухода в сообществе

или не пользовались услугами долгосрочного ухода в сообществе более **45 (сорока пяти) дней**, должны пройти оценку CFEEC и для этого могут позвонить в CFEEC по телефону **1-855-222-8350**, с понедельника по пятницу, с 8:30 до 20:00 или в субботу, с 10:00 до 18:00, чтобы назначить встречу.

После того, как New York Medicaid Choice решит, имеет ли человек право на CBLTCS (на непрерывный период более чем **120 (сто двадцать) дней**), этот человек может выбрать план MLTC. Оценка CFEEC действительна только в течение **75 (семидесяти пяти) дней**. После этого должна быть проведена новая оценка, если человек не выбирает план и все еще хочет воспользоваться услугами CBLTCS.

Регистрация в Плате Senior Health Partners является добровольной. Если вы хотите к нему присоединиться, вы (или кто-то от вашего имени) можете позвонить в Senior Health Partners. Наша команда поможет вам связаться с New York Medicaid Choice, чтобы больше узнать о Senior Health Partners. Если вы соответствуете требованиям и прошли оценку программы New York Medicaid Choice (если требуется), сотрудник Healthfirst проверит ваше соответствие требованиям Medicaid. Мы позвоним вам, чтобы предоставить вам более подробную информацию о плане, и запланируем визит одной из наших зарегистрированных медсестер к вам домой, чтобы оценить ваше право на участие в плане по состоянию здоровья. Мы также попросим вас предоставить информацию о ваших медицинских потребностях.

- ваше соответствие требованиям к участникам Medicaid должно быть утверждено Управлением Нью-Йорка по трудовым ресурсам (HRA) или Местным управлением социальных услуг (LDSS).
- если вы в настоящее время не являетесь участником Medicaid, мы поможем вам подать заявку на получение покрытия Medicaid, если только вы не оплачиваете услуги из собственных средств.

Если вы не имеете права на получение Medicaid, вы все равно можете принять участие в Плате Senior Health Partners. Вы должны оплачивать услуги в частном порядке, и Senior Health Partners не может превышать лимит регистрации для участников, оплачивающих услуги из собственных средств. Если вы хотите оплачивать услуги самостоятельно, см. раздел «Оплата из собственных средств».

Наша медсестра по клиническим вопросам посетит вас на дому, чтобы получить информацию о вас.

- Наша медсестра по клиническим вопросам попросит вас подписать форму одобрения на то, чтобы он/она проверил ваши медицинские потребности и клиническое соответствие.
  - Наша медсестра попросит вас подписать форму согласия, которая позволяет вашим поставщикам медицинских услуг раскрывать нам вашу медицинскую информацию.
  - Наша медсестра также рассмотрит с вами это руководство.
- Наша медсестра по клиническим вопросам посетит вас на дому в течение **30 (тридцати) дней** после того, как вы попросите присоединиться к Плану Senior Health Partners или по рекомендации CFEEC, чтобы:
  - определить ваши потребности в области ухода за здоровьем (провести «первичную оценку»).
  - определить, имеете ли вы право на обслуживание на уровне учреждений сестринского ухода в соответствии с условиями регистрации (если вы зарегистрированы только в Medicaid или в Medicare и Medicaid и вам от 18 до 20 лет).
  - определить, необходимы ли вам долгосрочные услуги медицинского ухода по месту проживания, предлагаемые Senior Health Partners, в течение не менее **120 (ста двадцати) дней**.
  - предоставить вам информацию и форму доверенности на принятие за вас медицинских решений (если вы захотите назначить кого-то, кому вы доверяете, для принятия решений в отношении вашего медицинского ухода).
  - обсудить с вами услуги, которые вам могут понадобиться.
- После первичной оценки наша медсестра попросит вас подписать Договор о регистрации («Enrollment Agreement Transfer Attestation»). Участники плана, оплачивающие услуги и собственных средств, подпишут Договор «Enrollment Agreement for Private Pay Participants». См. раздел «Оплата из собственных средств». Подписывая Договор о регистрации «Enrollment Agreement Transfer Attestation», вы даете согласие:
  - получать все покрываемые услуги в рамках Плана Senior Health Partners и от наших Сетевых поставщиков.
  - принимать участие в работе Плана Senior Health Partners в соответствии со сроками и условиями, описанными в этом Справочнике для участников.
- Мы можем связаться с вами до даты вашей регистрации, чтобы получить ответы на вопросы или дополнительную информацию. Чтобы ускорить ваше зачисление в План, вы должны ответить как можно скорее. После этого вам будет предоставлено письмо с уведомлением о вашем зачислении и идентификационная карточка Senior Health Partners.
- Ваша регистрация вступит в силу и датой вашего вступления в План будет считаться первый день месяца после успешной подачи вашего заявления. После этого ваша Команда по обслуживанию позвонит вам, чтобы обсудить ваш первый план обслуживания PCSP и ответить на любые ваши вопросы. Ваша Команда по обслуживанию также обратится с просьбой к вам, вашему лечащему врачу или члену семьи/опекуну сообщать нам о необходимости внесения любого изменения в ваш индивидуальный план медицинского обслуживания (PCSP).

## Отзыв заявки на участие в плане

Вы можете обратиться к Плану Senior Health Partners с просьбой в устной либо письменной форме удалить вашу заявку или договор о регистрации к полудню 20 числа месяца, предшествующего дате регистрации.

Если ваш запрос будет получен позже этого числа, вы будете исключены из программы Senior Health Partners первого числа следующего месяца. Вы также можете напрямую связаться с Medicaid Choice штата Нью-Йорк, чтобы отозвать вашу заявку или соглашение о регистрации.

# Управление медицинским обслуживанием

## Команда по обеспечению обслуживания Senior Health Partners

После регистрации в Плане вам будет назначен Координатор первичного медицинского обслуживания (Primary Care Manager, PCM). Ваше первичное медобслуживание поддерживается командами специалистов. Эта команда будет заниматься вопросами относительно ваших хронических проблем со здоровьем.

С помощью команд специалистов ваша Команда по обслуживанию будет отслеживать изменения в вашем здоровье и координировать уход и услуги. Ваша Команда может помочь вам с любыми вопросами относительно здоровья. Вы можете в любое время потребовать замену любого члена вашей Команды по обслуживанию.

Ваша Команда по обслуживанию разработает для вас индивидуальный план обслуживания (PCSP) (вместе с вами и теми, кого вы хотите включить в разработку вашего плана обслуживания, включая ваших поставщиков медицинских услуг) для удовлетворения ваших потребностей в области медицинского обслуживания. План PCSP будет учитывать ваши цели, задачи и особые потребности. В процессе обсуждения и составления вашего плана PCSP, ваша Команда будет контактировать с вашим лечащим врачом. Ваш план обслуживания будет меняться по мере изменения ваших потребностей. План будет пересматриваться как минимум каждые **шесть (6) месяцев**. См. раздел «Планирование и управление медицинским обслуживанием».

Ваша Команда по обслуживанию будет работать с вами и вашим поставщиком медицинских услуг для организации приемов и транспортировки, а также обсуждать с другими поставщиками услуги, покрываемые (и не покрываемые) планом Senior Health Partners. Ваша Команда по обслуживанию проведет осмотр вашего дома во время оценки, в целях улучшения его функциональности в выполнении задач повседневной жизни. Помогая организовать все аспекты вашего медицинского обслуживания, ваша Команда по обслуживанию может своевременно выявить проблемы, обеспечить профилактику ухудшений состояния и помочь избежать посещений больницы и пунктов неотложной помощи.

## Доступ к медицинскому обслуживанию

Прежде чем вы сможете получать большую часть из покрываемых медицинских услуг, ваша Команда по обслуживанию должна предоставить вам соответствующее разрешение. Некоторые покрываемые услуги требуют получения разрешения от вашего лечащего врача. Тем не менее, в экстренных или неотложных ситуациях вашему лечащему врачу или Команде по обслуживанию не обязательно давать такое разрешение.

Вы также можете посетить ортопеда (врач, специализирующийся на лечении заболеваний стоп), стоматолога, аудиолога, оптику (специалист по подбору очков) для оценки состояния и проведения плановых процедур без предварительного разрешения со стороны вашей Команды. См. раздел «Страховые выплаты и покрытие».

## Где вы будете получать медицинское обслуживание

Большинство из покрываемых медицинских услуг предоставляются на дому или могут предоставляться в вашем районе проживания поставщиками, входящими в нашу сеть поставщиков. Вы также можете посетить офисы стоматолога, ортопеда, аудиолога и оптики. Вы можете получить услуги сестринского ухода на базе нашего сетевого учреждения с сестринским уходом.

## Поставщики первичных медицинских услуг и другие поставщики, услуги которых не покрываются Планом

Как сказано в данном Справочнике, вы можете сами выбрать лечащего врача. Вы также можете сменить лечащего врача в любое время.

Если у вас еще нет лечащего врача, Команда по обслуживанию поможет вам определиться с выбором.

Если вам нужна помощь в выборе или смене лечащего врача, свяжитесь со специалистом из вашей Команды по телефону, указанному на вашей идентификационной карте участника. Вы можете выбрать любого поставщика на ваше усмотрение для предоставления услуг, не покрываемых Планом Senior Health Partners. Если у вас еще нет поставщика для услуг не покрываемых планом, Команда по обслуживанию поможет вам определиться с выбором. См. раздел «Непокрываемые услуги».

Если вы получите счет за услуги, на которые распространяется страховое покрытие Senior Health Partners, свяжитесь с вашей Командой по организации медицинского обслуживания. Возможно, вам придется оплатить услуги, которые не были одобрены планом Senior Health Partners. Вам может понадобиться оплатить покрываемые услуги, которые были предоставлены поставщиками, не входящими в нашу сеть, чьи услуги вы воспользовались без предварительного одобрения.

## Сетевые поставщики и покрываемые услуги

Вы можете выбирать поставщиков для получения покрываемых медицинских услуг, оплачиваемых программой Medicare. План Senior Health Partners осуществляет доплату Medicare за покрываемые услуги, если Medicare является основным плательщиком. Однако в случаях, когда программа Medicare прекращает оплачивать данные услуги, вы должны обратиться к сетевому поставщику медицинских услуг, чтобы данной услуге было обеспечено покрытие Планом Senior Health Partners. Мы рекомендуем изначально выбрать для себя поставщиков услуг, входящих в нашу сеть.

После регистрации в Плате вы получите Справочник поставщиков услуг. Вы можете выбрать любого сетевого поставщика из списка покрываемых услуг. План Senior Health Partners поможет вам в выборе или смене поставщика покрываемых или непокрываемых услуг.

Вы можете в любое время выбрать другого сетевого поставщика услуг. Мы сменим вашего поставщика, как только это представится возможным. Если у вас есть вопросы в отношении квалификации какого-либо поставщика, свяжитесь с вашей Командой по обслуживанию.

Услуги сетевых поставщиков полностью оплачиваются непосредственно планом Senior Health Partners за каждую утвержденную и предоставленную услугу без необходимости доплаты с вашей стороны. Если ваши доходы превышают верхний лимит для участия в программе Medicaid, вы должны заплатить «излишек по доходу» Medicaid, чтобы сохранить страховые выплаты Medicaid. См. раздел «Ежемесячные выплаты «излишка по доходу». ПРИМЕЧАНИЕ: Обязательства по оплате «излишка по доходу» Medicaid (Medicaid Spend Down/Surplus) не применимы к участникам программы, которые оплачивают услуги из собственных средств.

# Услуги плана и покрытие/управление другими медицинскими услугами

Следующие услуги полностью покрываются планом, если они указаны в вашем Индивидуальном плане услуг (Person Centered Service Plan, PCSP).

Услуги, покрываемые планом Senior Health Partners:

Покрываемые услуги	Определение
<b>Центр дневных медицинских услуг для взрослых</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ уход, предоставляемый в учреждении здравоохранения, который включает медицинские услуги, сестринский уход, питание, социальные услуги, реабилитационную терапию, организацию досуга, стоматологические и другие дополнительные услуги.</li></ul>
<b>Аудиология и слуховые аппараты</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ аудиологические услуги включают обследование, проверку слуха, оценку пригодности слухового аппарата и выписку рецептов.</li><li>■ услуги по предоставлению слуховых аппаратов включают выбор, настройку слуховых аппаратов, ремонт и замену специальных деталей и аккумуляторов.</li></ul>
<b>Управление медицинским обслуживанием</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ управление медицинским обслуживанием помогает координировать услуги, которые вы найдете в Индивидуальном плане обслуживания (PCSP).</li><li>■ услуги по управлению медицинским обслуживанием включают выдачу направлений, помощь или управление услугами для получения медицинских, социальных, образовательных, психосоциальных, финансовых и других услуг в поддержку плана PCSP, независимо от того, включены ли эти услуги в пакет льгот.</li></ul>
<b>Программа услуг персональной помощи, управляемая потребителем (CDPAS)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ позволяет вам (либо лицу, действующему от вашего имени) взять под свой полный контроль вопросы рекрутинга, обучения, контроля, организации запасного обслуживания, при необходимости, ведения платежных ведомостей, а также, в случае необходимости, расторжения контракта с лицами, обеспечивающими уход (см. раздел «Программа услуг персональной помощи, управляемая потребителем (CDPAS)»).</li></ul>
<b>Стоматологические услуги</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ включают, но не ограничиваются плановым обследованием, профилактической и терапевтической стоматологической помощью, зубными имплантатами, протезированием и расходными материалами.</li></ul>



## Покрываемые услуги

## Определение

### Медицинское оборудование длительного использования

- медицинские/хирургические расходные материалы: Немедикаментозные материалы (не лекарства), предназначенные для лечения специфических медицинских состояний таких, как диабет, обработка ран, и другие рецептурные расходные материалы.
- медицинское оборудование: Адаптационное оборудование и приспособления, назначенные медицинским специалистом.
- пищевые добавки для энтерального и парентерального питания: Жидкое диетическое питание, отпускаемое по рецепту. Составы для энтерального питания ограничены питанием через назогастральный зонд, еюнальный зонд или гастростомическую трубку; или лечением врожденного нарушения метаболизма.
- протезы: Искусственная замена конечности.
- ортезы: Ортопедические приспособления и устройства, которые используются для поддержания и коррекции подвижных частей тела.
- ортопедическая обувь: Обувь, ее модификации и дополнения, необходимые для коррекции, адаптации или профилактики физических недостатков или диапазона движения в пораженной или поврежденной части лодыжки или стопы; для поддержки слабой или деформированной структуры лодыжки или стопы или для формирования составной части ортопедической системы.

### Уход на дому

- сестринский уход: Периодические медсестринские услуги, на неполный рабочий день, оказываемые сертифицированными медсестрами (RN) и лицензированными практикующими медсестрами (LPN). Медсестринские услуги включают уход, предоставляемый непосредственно участнику, а также инструкции членам его семьи или опекуну по вопросам процедур, необходимых для лечения или поддержания состояния.
- услуги специалистов, обслуживающих больных на дому: Услуги по оказанию помощи на дому могут включать в себя оценку показателя жизненно важных функций, введение предварительно отмеренного инсулина, легкие двигательные упражнения, услуги по ведению домашнего хозяйства.
- физиотерапия (PT) Упражнения и физические нагрузки необходимы для поддержания мышечного тонуса и стимулирования активности. Физиотерапевтические процедуры должны проводиться лицензированным специалистом в соответствии с вашим планом ухода.
- оккупационная терапия (OT): Терапия с использованием определенных повседневных жизненных действий, чтобы помочь людям с физическими или умственными ограничениями. Процедуры оккупационной терапии должны проводиться лицензированным специалистом в соответствии с вашим планом ухода.
- речевые патологии (SP): Терапевтическое лечение нарушений речи (например, дислалия и заикание) либо затруднений речи, возникших как следствие какого-либо заболевания. Процедуры речевой терапии должны проводиться лицензированным специалистом в соответствии с вашим планом ухода.
- медико-социальные услуги: Помощь в получении и сохранении льгот, чтобы вы могли оставаться в обществе.

Покрываемые услуги	Определение
Доставка питания на дом или коллективное питание	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ питание, предоставляемое вам на дому или в другом месте (например, в доме для взрослых), если у вас нет кухонного оборудования или если у вас есть особые потребности.</li> </ul>
Транспортировка в не экстренных ситуациях	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ транспортировка каретой скорой помощи, специализированным медицинским автомобилем, на такси, арендованным автомобилем или на общественном транспорте, в соответствии с вашим состоянием, для получения необходимой медицинской помощи и услуг.</li> </ul>
Дом престарелых/ Долгосрочное размещение (постоянное размещение)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ уход в лицензированном сетевом учреждении (см. раздел «дом престарелых/долгосрочное размещение (постоянное размещение)»).</li> </ul>
Услуги диетолога	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ услуги дипломированного диетолога (RD) или специалиста по диетологии (DT) Плана Senior Health Partners. Дипломированный диетолог или специалист по диетологии предоставляют специальные рекомендации по вашей диете вам и вашей Команде по обслуживанию.</li> </ul>
Офтальмометрия/подбор очков	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ оптометрия предусматривает услуги оптиков и офтальмологических центров, которые включают подбор очков, контактных линз по медицинским показаниям и другую помощь для улучшения слабого зрения. Также покрывается осмотр глаз для выявления дефектов зрения и заболеваний глаз. Обследования, включающие рефрактометрию, ограничены одним осмотром каждые два (2) года, за исключением случаев, когда по медицинским показаниям требуются более частые обследования. Обычные обследования зрения не требуют одобрения/разрешения. Для получения медицинских услуг может потребоваться предварительное разрешение.</li> </ul>
Услуги амбулаторной реабилитации	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ физиотерапия (ФТ): Услуги амбулаторной реабилитации, которые включают специальные упражнения и оборудование для восстановления физических возможностей.</li> <li>■ оккупационная терапия (ОТ)*: Услуги амбулаторной реабилитации, которые включают специальные упражнения и оборудование, чтобы помочь пациентам вернуть или улучшить свои способности для выполнения задач повседневной жизни.</li> <li>■ речевые патологии (РП)*: Реабилитационные услуги для восстановления вашего функционального уровня речи или языка.</li> </ul> <p><i>*Услуги РП и ОТ ограничены двадцатью (20) визитами в один календарный год, услуги ФТ ограничены сорока (40) визитами в один календарный год. Указанные ограничения неприменимы к участникам в возрасте до 12 лет, к участникам с инвалидностью, вызванной пороками развития, а также к участникам с черепно-мозговыми травмами. План Senior Health Partners может дать разрешение на дополнительные посещения.</i></p>
Персональный уход	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ помощь в реализации одного и более видов повседневной деятельности, таких как прогулки, приготовление пищи, уборка, ваннные процедуры, посещение туалета, личная гигиена, одевание, прием пищи, а также выполнение процедур дополнительного питания и жизнеобеспечения.</li> </ul>

## Покрываемые услуги

## Определение

**Персональная система реагирования в экстренных ситуациях**

- электронное устройство, которое отправляет сигнал в медицинский центр реагирования при возникновении чрезвычайной физической, эмоциональной или окружающей ситуации.

**Подиатрия/услуги по лечению заболеваний стоп**

- регулярный уход за стопами, чтобы помочь с локализованным заболеванием, травмой или симптомами, связанными со стопой; или для медицинской помощи, такой как диабет, язвы и инфекции. Обычная гигиеническая помощь не покрывается, если нет медицинской необходимости.

**Услуги персональной медсестры**

- услуги персональной медицинской сестры — это услуги, обусловленные медицинской необходимостью и предоставляемые вам на территории вашего постоянного или временного места жительства лицензированным медицинским работником или лицензированной младшей медсестрой (RN или LPN) в соответствии с назначениями врача. Услуги могут быть постоянными и могут выходить за рамки обслуживания в сертифицированных агентствах по уходу на дому.

**Респираторная терапия**

- профилактические, поддерживающие и реабилитационные дыхательные методики и процедуры, включая кислородную терапию и другие виды ингаляторного лечения, назначенные лечащим врачом и осуществляемые квалифицированной компанией/врачом.

**Социальные центры дневного пребывания**

- программа, которая предоставляющая участникам плана, имеющим ограниченную функциональность, возможность общения, обеспечивает наблюдение за ними и питание. Уход предоставляется в защищенном учреждении в любое время дня, но в течение не более 24 часов. Дополнительные услуги могут включать, но не ограничиваются личным уходом, расширением спектра навыков, необходимых в повседневной жизни, транспортировкой, помощью лица, осуществляющего уход, а также координированием и помощью в рамках дела.

**Социальная поддержка и поддержка на уровне среды проживания**

- данные услуги и расходные материалы включают, но не ограничиваются выполнением домашних обязанностей, услугами по уборке дома, улучшением жилищных условий и временным уходом за больными и инвалидами в период отдыха лиц, обычно осуществляющих данный уход.

**Телемедицинские услуги**

- использование электронной информации и коммуникационных технологий для предоставление таких медицинских услуг, как оценка состояния, диагностика, консультации, лечение, обучение, управление медицинским обслуживанием и/или самообслуживанием.

### ТРЕБУЕТСЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ОДОБРЕНИЕ

**Следующие услуги не покрываются планом Senior Health Partners. Они покрываются Medicare и/или Medicaid.**

**Непокрываемые услуги:<sup>1</sup>**

## Непокрываемые услуги

## Определение

**Стационарное больничное медицинское обслуживание**

Больничное или другое место в спецучреждении для получения ухода, включая комнату, питание и общее сестринское обслуживание.

**Амбулаторное больничное медицинское обслуживание**

Уход, предоставляемый в клинике, медицинском учреждении либо другом учреждении, сотрудничающем с госпиталем, но без предоставления постоянного койко-места.

**Услуги врача**

Профилактическое обслуживание, первичное медицинское обслуживание, а также специализированные услуги в рамках компетенции вашего врача. Это включает практикующих медсестер и помощников врача, которые работают с ним.

Услуги врача могут включать в себя услуги предоставляемые в офисе, в клинике, в учреждении или на дому.<sup>2</sup>

**Услуги лечения от алкогольной и наркотической зависимости**

Лечение, направленное на устранение чрезмерной зависимости от алкоголя и наркотических препаратов.

**Диализ при хронической почечной недостаточности**

Процесс, используемый для лечения запущенной и хронической форм почечной недостаточности, обеспечиваемый центром гемодиализа.

**Транспортировка в экстренных случаях**

Транспорт на машине скорой помощи, когда у вас возникает чрезвычайная ситуация

**Услуги планирования семьи**

Контрацептивы и услуги по контролю рождаемости.

**Услуги хосписа**

Полный уход за неизлечимо больными людьми (медицинская проблема, которая приводит к смерти). Уход включает в себя обезболивание, консультирование, временный уход за больными в период отдыха лиц, обычно осуществляющих уход за ними, назначение лекарственных препаратов, стационарное и амбулаторное обслуживание, а также услуги, предоставляемые семьям лиц с неизлечимыми заболеваниями.

Если вы, будучи участником плана, нуждаетесь в услугах хосписа и имеете на них право, вы можете получать данные услуги не выходя из Senior Health Partners. Услуги хосписа не покрываются страховыми выплатами в рамках плана; счет выставляется непосредственно Medicare и Medicaid. Однако, если вы проживаете в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF) и регистрируетесь с целью получения услуг хосписа, находясь в SNF, Senior Health Partners оплатит стоимость комнаты и питания в период вашего пребывания в данном учреждении.

**Лабораторные услуги и радиоизотопные услуги**

Обследования и процедуры, назначенные квалифицированными медицинскими работниками.

**Психиатрическая помощь**

Отрасль медицины, которая помогает с профилактикой, диагностикой и лечением психических заболеваний.

## Непокрываемые услуги

## Определение

Лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту и без рецепта, комбинированные рецепты

Медикаменты назначенные и/или рекомендованные врачом. Лекарства подготовленные фармацевтом.

Услуги Управления по делам людей с инвалидностью вследствие пороков развития (OPWDD)

Долгосрочное лечение, обеспечиваемое лечебными учреждениями, сертифицированными OPWDD; комплексные услуги по управлению медицинским обслуживанием Medicaid; обслуживание на дому и предоставление социальных услуг в рамках альтернативных программ для лиц с нарушением развития.

Услуги сельских клиник

Федеральные сертифицированные медицинские центры (Federally Qualified Health Centers, FQHC), обеспечивающие качественные доступные услуги первичного медицинского обслуживания.

Все остальные услуги перечислены в Плане штата под заголовком Title XIX State Plan

Услуги оплачиваются Medicaid за каждую отдельно оказанную услугу.

**Ваши льготы не могут быть переданы в пользу любого другого лица или организации.**

<sup>1</sup>Непокрываемые услуги будут оплачиваться Medicare, Medicaid на основе оплаты отдельных услуг, участниками, оплачивающими услуги из собственных средств, либо третьей стороной в соответствии со страховым договором, если применимо. Мы обеспечим координацию данных услуг для всех участников Плана, включая лиц, оплачивающих услуги из собственных средств. См. раздел «Оплата из собственных средств».

<sup>2</sup>Это включает практикующих медсестер и помощников врача, которые работают с ним.

## Программа услуг персональной помощи, управляемая потребителем (CDPAS)

Эта программа позволяет вам или лицу, действующему от вашего имени (т.е. «потребителю»), нанимать, обучать, контролировать, организовывать запасные варианты обслуживания, вести учет заработной платы и увольнять человека, предоставляющего вам услуги по персональному уходу. Вы можете в любое время запросить использование программы CDPAS. Вы можете в любое время запросить о выходе из этой программы. Работники программы Senior Health Partners рассмотрят необходимый

вам уровень персональных услуг, услуг по уходу за здоровьем на дому и/или услуг квалифицированного медсестринского ухода, и предоставит вам план обслуживания в письменном виде.

Выяснив ваши потребности, работники Senior Health Partners создадут ваш план обслуживания и сообщат вам, сколько часов требуется для предоставления услуг; следующим шагом для вас будет найти достаточное количество персональных помощников (РА), необходимых для оказания услуг в вашем плане обслуживания. Персональным помощником может быть почти любой, кого вы выберете — член семьи, друг, сосед или бывший помощник, но они должны пройти обучение для предоставления необходимых вам услуг. Ваш супруг/супруга или уполномоченный

представитель не могут быть вашим персональным помощником. Потребитель должен вместе с командой Senior Health Partners договариваться о покрываемых услугах с поставщиками или учреждениями здравоохранения.

Как менеджер по вашему уходу, «потребитель» несет ответственность за планирование расписаний персональных помощников. Он должен убеждаться, что, если персональный помощник не может прийти на работу, для него есть замена. «Потребитель» также должен следить за отработанным временем и расписываться в ведомости и других важных документах.

## Дом престарелых/Долгосрочное размещение (постоянное размещение)

Приём в один из наших участвующих в Плане домов престарелых осуществляется на индивидуальной основе и в соответствии с квалификационными требованиями Medicaid. Ваша Команда по обслуживанию проводит все договоренности. План Senior Health Partners будет оплачивать уход в доме престарелых/долгосрочное размещение (постоянное размещение) для участников, которые вместе со своим поставщиком, соглашаются на пребывание в доме престарелых/долгосрочном размещении (постоянном размещении). Вы должны использовать дома престарелых, входящие в сеть поставщиков услуг плана Senior Health Partners. Если у вас есть какие-либо вопросы об уходе в доме престарелых, о вашем страховании Medicaid или Medicare, позвоните вашей Команде по обслуживанию.

## Услуги для ветеранов

Если вы захотите, у вас есть возможность получать медицинское обслуживание в Доме ветеранов. План Senior Health Partners имеет контракты с Домами ветеранов, функционирующими в нашей зоне обслуживания. Эти дома можно найти в Справочнике поставщиков услуг.

Ваше право на обслуживание в Доме ветеранов определяется медицинской необходимостью и наличием места. Право на обслуживание в Доме ветеранов штата Нью-Йорк распространяется только на ветеранов, их супругов и родителей военнослужащих, погибших при исполнении воинского долга.

Если в зоне обслуживания Senior Health Partners не Дома ветеранов, мы оплатим ваше обслуживание в доме ветеранов, не входящем в нашу сеть, до тех пор, пока вы не сможете перейти в другой план, в сеть которого входит Дом ветеранов.

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

Данный раздел объясняет услуги и возможности, доступные в рамках программы *Money Follows the Person (MFP)/Open Doors*. MFP/Open Doors — это программа, которая поможет вам вернуться из дома престарелых в свой дом либо в другое место вашего постоянного проживания. Вы можете претендовать на участие в MFP, если вы:

- прожили в доме престарелых три (3) или более месяцев.
- имеете обусловленные с медицинской точки зрения потребности, которые можно удовлетворить с помощью услуг в вашем сообществе.

Программа MFP/Open Doors предлагает услуги специалистов, именуемых Специалистами переходного периода (Transition Specialists) и их коллег, которые могут встретиться с вами в доме престарелых и обсудить вопрос вашего возвращения домой на ваше постоянное место жительства. Обязанности Специалистов переходного периода и их коллег отличаются от обязанностей Координаторов медицинского обслуживания и Специалистов по планированию выписки. Они могут оказать вам помощь следующего характера:

- обеспечить вас информацией об услугах и возможностях, доступных в вашем регионе
- подобрать информацию об услугах, предлагаемых в вашем регионе, для поддержки вашей независимости
- посещать вас или звонить вам после вашего переезда, чтобы убедиться в том, что вы обеспечены дома всем необходимым

Для получения дополнительной информации о программе MFP/Open Doors, либо для организации встречи со специалистом переходного периода или группой специалистов, позвоните в ньюйоркскую Ассоциацию поддержки независимого образа жизни (New York Association on Independent Living) по телефону **1-844-545-7108** или отправьте сообщение по адресу электронной почты **mfp@health.ny.gov**. Вы также можете посетить веб-сайт программы MFP/Open Doors по ссылкам **www.health.ny.gov/mfp** или **www.ilny.org**.

# Планирование медицинского обслуживания

## Планирование и управление медицинским обслуживанием

С того момента, когда вы стали участником Плана Senior Health Partners, вы, ваш лечащий врач и ваша Команда по организации обслуживания будут сотрудничать для разработки Индивидуального плана обслуживания (PCSP) с учетом ваших потребностей и медицинских показаний. Ваш PCSP план основан на оценке ваших потребностей в уходе за здоровьем, произведенной вашей Командой по организации обслуживания, рекомендациях вашего лечащего врача, а также ваших пожеланиях и пожеланиях членов вашей семьи или лица, обеспечивающего уход. Он будет включать необходимые медицинские услуги для управления вашими текущими проблемами со здоровьем. План PCSP будет также учитывать ваши цели, задачи и особые потребности. Вы получите письменную копию вашего PCSP плана.

Ваша Команда по организации обслуживания будет регулярно контролировать и оценивать состояние вашего здоровья и потребности в медицинской помощи. Важно, чтобы вы поддерживали связь со своей Командой по обслуживанию, чтобы они были в курсе ваших потребностей. Также важно сообщать им о получении непокрываемых услуг. См. раздел «Покрываемые и непокрываемые услуги». Поступая таким образом, вы поможете вашей Команде по организации обслуживания наилучшим образом координировать получаемые вами услуги.

Ваш PCSP план будет обновляться при изменении плана обслуживания и услуг. С целью удовлетворения ваших потребностей, ваша Команда организует и координирует предоставление медицинских, социальных, образовательных, психологических, финансовых и прочих услуг. (См. далее в разделе «Запрос на дополнительные услуги или изменение плана индивидуального медицинского обслуживания (PCSP)» и «Разрешение на предоставление услуг»).

Ваш PCSP план основан на Единой системе оценки штата Нью-Йорк (New York State Uniform Assessment System, сокращенно — UAS), стандартной системе оценки, используемой для определения ваших возможных проблем со здоровьем и того, как вы в целом справляетесь с ежедневными задачами.

Ваша Команда по обслуживанию будет проводить повторную оценку, по крайней мере, каждые **шесть (6) месяцев** или чаще в случае каких-либо серьезных изменений в вашем состоянии здоровья. Ваша Команда по организации обслуживания будет также планировать ежемесячный телефонный разговор с вами в рамках координирования медицинского обслуживания, чтобы ответить на ваши вопросы или обсудить ваши покрываемые услуги.

Сотрудники Команды по обслуживанию организуют предоставление вам необходимых покрываемых услуг. Эти услуги могут включать транспортировку в отделение неотложной помощи и домой, несрочные визиты к специалистам, доставку еды на дом и оказание ухода на дому. Они также помогут вам получить непокрываемые услуги. Например, они могут помочь вам найти поставщиков непокрываемых Планом услуг, договориться о приемах или запланировать транспортировку. Ваша Команда по обслуживанию поможет вам с амбулаторным обслуживанием в больнице.

Сотрудники Команды по организации обслуживания Плана Senior Health Partners готовы ответить на ваши вопросы в любое время суток и в любой день недели.

## Разрешения на получение услуг

Большинство покрываемых услуг требуют получения разрешения от вашей Команды по организации обслуживания. Некоторые услуги также требуют разрешения лечащего врача: Программа услуг персональной помощи, управляемая потребителем (CDPAS), уход на дому, сестринский уход на дому, реабилитационная терапия, респираторная терапия, медицинское оборудование длительного пользования, протезирование и ортопедические приспособления. Транспортировка в неэкстренных случаях, окружающая поддержка и доставки еды на дом необходимо должны быть одобрены вашей Командой по организации обслуживания. Однако для таких услуг не требуется разрешение от лечащего врача. Вы также можете посетить ортопеда, стоматолога, аудиолога, оптика для оценки состояния и проведения плановых процедур без предварительного одобрения со стороны вашей Команды. Если вы решили получить данные услуги самостоятельно, План Senior Health Partners рекомендует вам как можно раньше проинформировать об этом вашу Команду по организации обслуживания.

Если вам нужна помощь с получением любой из покрываемых услуг, свяжитесь со своей Командой по организации обслуживания. Они могут

запланировать для вас прием у поставщика услуг и вашу транспортировку. Для получения неотложной или экстренной медицинской помощи не обязательно получать запрос от лечащего врача или разрешение вашей Команды по организации обслуживания.

## Запрос на дополнительные услуги или внесение изменений в индивидуальный план медицинского обслуживания (PCSP)

Свяжитесь с любым членом вашей Команды по обслуживанию, если:

- вы или ваш поставщик услуг считаете, что вам нужна покрываемая услуга.
- вы хотели бы изменить ваш PCSP план.
- вам необходимо больше услуг по медицинскому обслуживанию на дому.
- вам необходимо больше покрываемых услуг.

Ваша Команда по организации обслуживания изучит запрос и оценит необходимость этих услуг с медицинской точки зрения. Ваша Команда может проконсультироваться с вашим лечащим врачом в отношении услуг или изменений, запрошенных вами.

Если ваша Команда по организации обслуживания одобрит запрос, услуга будет предоставлена, и ваш PCSP план будет изменен. Если ваш запрос будет отклонен, вы получите письмо — Первоначальное решение об отказе (Initial Adverse Determination Letter, сокращенно IAD). План Senior Health Partners предоставит вам письмо IAD, когда мы отклоним или ограничим запрашиваемые услуги. См. раздел «Разрешение проблем и прием жалоб участников»

## Неотложная медицинская помощь

Неотложное состояние<sup>3</sup> – это внезапное серьезное ухудшение медицинского состояния или поведения, которое при неоказании медицинской помощи может серьезно угрожать вашему здоровью. Необходимость оказания неотложной медицинской помощи может быть вызвана острой болью, травмой или внезапной болезнью.

В случае возникновения неотложного медицинского состояния вы или лицо, предоставляющее вам услуги

ухода или лечения, должны позвонить в службу 911. Это лучший способ получить необходимую медицинскую помощь как можно быстрее. Тем не менее, вы всегда можете позвонить нам. Наши специалисты смогут помочь вам круглосуточно в любой день недели.

**Если вам нужно обратиться к сотрудникам Плана в случае неотложного состояния, позвоните по телефону: 1-800-633-9717.**

Вам не нужно одобрение плана Senior Health Partners для получения неотложной помощи. Вам не нужно звонить нам для получения неотложной медицинской помощи. После получения неотложной медицинской помощи, как можно скорее сообщите нам об этом факте. Это поможет нам обеспечить максимально эффективное управление вашим медицинским обслуживанием.

<sup>3</sup>Необходимость оказания неотложной медицинской помощи – это медицинское или поведенческое состояние, наступившее внезапно и проявляющееся в виде достаточно серьезных симптомов, которое по мнению благоразумного человека, не являющегося профессиональным медиком и имеющего средний уровень знаний о медицине и здоровье, при отсутствии немедленной медицинской помощи может привести к серьезному риску для вашего здоровья или здоровья других людей.

## Медицинская помощь, полученная за пределами региона обслуживания Senior Health Partners

Если вы будете находиться вне зоны обслуживания Senior Health Partners в течение некоторого времени (несколько дней или более), вы должны позвонить в своей Команде по обслуживанию. Мы доступны круглосуточно в любой день недели по телефону:

**1-800-633-9717**

Ваша Команда по обслуживанию сможет координировать ваш медицинский уход в течение **тридцати (30) дней** от даты вашего отъезда. В течение этого периода мы сможем помочь вам с решением всех вопросов и проблем, связанных с вашим медицинским обслуживанием, а также с возможностью получения других услуг.

Если вы уезжаете на период времени более чем **тридцать (30) дней** (с уведомлением или без него), нам



придется начать процесс исключения из плана. Процесс исключения начнется в течение **пяти (5) рабочих дней** после того, как станет известно, что вы отсутствовали в зоне обслуживания более **тридцати (30) дней** подряд.

## Переходный период и специальное обслуживание

Если до зачисления в План вы получали медицинское обслуживание от поставщика, не входящего в нашу сеть, и курс этого лечения продолжается на момент вашего зачисления, мы оплатим такому поставщику стоимость соответствующих покрываемых услуг. Эти покрываемые услуги курса лечения и оплата могут продолжаться до **шестидесяти (60) дней** либо до составления Индивидуального плана медицинского обслуживания (Person Centered Service Plan, PCSP). Однако, поставщик должен принять ставки оплаты труда, предлагаемые в качестве полноценной оплаты, согласиться с политикой и процедурами, а также предоставить медицинскую информацию о вашем плане медицинского обслуживания.

Если вы проходите курс лечения у сетевого поставщика как участник Плана, однако поставщик покидает нашу сеть, План продолжит предоставлять поставщику оплату ваших покрываемых услуг. Это будет продолжаться в течение периода до **девяноста (90) дней**, если поставщик продолжает предоставлять вам медицинское обслуживание после своего выхода из сети Плана. Однако, поставщик должен принять ставки оплаты труда, предлагаемые в качестве полноценной оплаты, согласиться с политикой и процедурами, а также предоставить медицинскую информацию о вашем плане медицинского обслуживания.

План Senior Health Partners не может отказать в оплате вашим текущим поставщикам услуг в течение этого переходного периода, даже если они не подают запрос на получение предварительного разрешения.

Если вы переходите с ранее существовавшим планом обслуживания с Medicaid Fee-for-Service (FFS) на MLTC, ваши первые **девяноста (90) дней** членства или до тех пор, пока ваш PCSP план не будет утвержден, в зависимости от того, что наступит позже, будут покрываться.

Ваш текущий план обслуживания будет покрываться в первые **120 (сто двадцать) дней** после зачисления в результате: закрытия предыдущего плана; сокращение зоны обслуживания; или если произошло слияние, приобретение или другое соглашение, одобренное Министерством здравоохранения (DOH), или до

проведения оценки и вашего согласия с новым планом обслуживания, в зависимости от того, что наступит раньше.

Ваша Команда по организации обслуживания может дать разрешение на получение покрываемых услуг от несетевого поставщика. План Senior Health Partners даст разрешение на это, если данные специалисты или услуги недоступны в рамках нашей сети. В таких случаях мы предоставляем оплату за данные покрываемые услуги.

## Исключение из плана, прекращение страховых услуг и добровольное прекращение участия в плане

Вы можете в любое время запросить об исключении из плана Senior Health Partners. Мы будем сотрудничать с вами и/или вашим представителем, чтобы обеспечить вам гладкий переход в альтернативный управляемый план медицинского обслуживания или план управляемого долгосрочного медицинского обслуживания (MLTC). Для того, чтобы быть исключенным из плана, вы или ваш представитель должны направить нам устный или письменный запрос. Вы можете попросить вашу Команду по обслуживанию помочь вам с этим процессом. Если вам по-прежнему будут нужны такие услуги, как персональный уход, ваша Команда по обслуживанию может помочь вам получить их через программу New York Medicaid Choice, обратившись по телефону **1-888-401-6582**. Вы также можете позвонить им напрямую, чтобы присоединиться к другому плану MLTC, плану Управляемого ухода или попросить о льготных услугах для продолжения получения услуг долгосрочного ухода с проживанием в сообществе.

Мы отправим вам письменное уведомление (по вашему запросу об исключении из плана), которое вступит в действие не позднее первого дня второго месяца после того месяца, когда вы запросили об исключении из плана.

Для лиц, оплачивающих услуги из собственных средств, прекращение участия в плане вступает в силу в последний день месяца, в котором был запрошен ваш выход из программы. Письменное уведомление об исключении из плана будет отправлено вам, после вступления в силу вашего исключения.

Если вы являетесь участником плана Senior Health Partners и подаете заявку на получение услуг в рамках другого плана MLTC, альтернативной программы

медицинского обслуживания на дому или по месту жительства, программы дневного лечения Управления по делам людей с инвалидностью вследствие пороков развития, это автоматически инициирует ваше исключение и плана Senior Health Partners.

## Принудительное исключение из программы

В некоторых случаях Senior Health Partners исключает участников из своего плана. Прежде чем это произойдет, мы поможем вам решить любые проблемы (если сможем). Если вас принудительно исключают из плана, вам отправят письменное уведомление. Вам будет необходимо выбрать другой план MLTC, программу управляемого медицинского обслуживания (Managed Care Plan) или альтернативную службу, чтобы продолжать получать ваши долгосрочные медицинские услуги, такие как персональный уход. Если вы не выберете новый план, он будет назначен вам автоматически Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (NYSDOH).

Если ваше исключение будет одобрено NYMC, LDSS или организацией, уполномоченной Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (NYSDOH), вам будет направлено соответствующее уведомление, содержащее информацию о вашем праве на беспристрастное слушание. План Senior Health Partners отправит вам письменное подтверждение вашего исключения из плана.

Для участников, оплачивающих услуги из собственных средств, принудительное исключение из плана не требует утверждения NYMC, LDSS или организации, уполномоченной NYSDOH. Участники плана, оплачивающие услуги из собственных средств, не имеют права на проведение Беспристрастных слушаний. См. раздел «Оплата из собственных средств».

План Senior Health Partners должен инициировать принудительное исключение из плана в течении **пяти (5) рабочих дней** от даты, когда нам стало известно об одном из ниже перечисленных фактов.

- вы переезжаете из Манхэттена, Бронкса, Бруклина, Квинса, Статен-Айленда, Нассау или округа Уэстчестер.
- вы уезжаете из Манхэттена, Бронкса, Бруклина, Квинса, Статен-Айленда, Нассау или округа Уэстчестер по какой-либо причине на период более **тридцати (30) дней** подряд с или без соответствующего уведомления сотрудников нашего плана.

- вы утрачиваете ваше право на услуги, предлагаемые в рамках программы Medicaid, и вы не хотите оплачивать услуги из собственных средств. ПРИМЕЧАНИЕ: Вариант «Опраты из собственных средств» не применим к жителям округов Статен-Айленд, Нассау или Уэстчестер.
- вас госпитализировали, или вы стали участником программы Охраны психического здоровья, программы Управления по делам людей с инвалидностью вследствие пороков развития или программы с проживанием Управления по борьбе с алкогольной и наркотической зависимостью в течение **сорока пяти (45) дней** подряд или более.
- если вам необходимо медицинское обслуживание в доме сестринского ухода, но вы не соответствуете институциональным требованиям программы Medicaid.
- вы утратили право на получение льгот в рамках программы Medicaid.
- вы не имеете права на участие в программе MLTC, поскольку вы получили оценку как лицо более не испытывающее функциональной или клинической необходимости в долгосрочном медицинском обслуживании по месту проживания на ежемесячной основе или как лицо, не имеющее двойного права, которое больше не соответствует уровню для ухода в доме престарелых, как это определено с помощью инструмента оценки, предписанного Департаментом. Вы будете исключены из плана MLTC, если вашей единственной услугой является Социальный центр дневного пребывания. Senior Health Partners предоставит LDSS либо организации, уполномоченной Департаментом, результаты проведенной оценки и рекомендации в отношении исключения из программы в течение **пяти (5) рабочих дней** после оценки с соответствующим заключением.
- вам не нужны или вы не получаете по крайней мере одну из следующих услуг CBLTCS каждый месяц:
  - Услуги медсестры на дому
  - Лечение на дому
  - Услуги медицинского помощника на дому
  - Услуги персонального ухода на дому
  - Центр дневного ухода для взрослых участников Плана

- Услуги персональной медицинской сестры
- Программа услуг персональной помощи, управляемая потребителем (Consumer Directed Personal Assistance Service, CDPAS)

- вы находитесь в заключении. Вы будете исключены из программы с первого дня месяца, следующего за месяцем вашего заключения под арест.
- если вы предоставляете ложную информацию, вводите нас в заблуждение или совершаете мошеннические действия в отношении какого-либо существенного аспекта вашего членства.

План Senior Health Partners может принять решение о вашем исключении из плана, если:

- вы, члены вашей семьи или лица, обеспечивающие уход, демонстрируют ненадлежащее поведение, которое серьезно подрывает нашу способность предоставлять услуги вам или другим людям, даже когда мы пытались решить создаваемые вами проблемы.
- вы не платите или не договорились об оплате из собственных средств (См. раздел «Оплата из собственных средств»).
- вы не выплачиваете или не принимаете меры к уплате выплат «излишка по доходу» Medicaid в течение **30 (тридцати) дней** после того, как они должны быть оплачены (даже несмотря на то, что мы дали вам письменное требование об оплате и сказали, что вы будете исключены из плана за невыплату).

Senior Health Partners не имеет права исключать вас из Плана по причине негативных изменений в состоянии вашего здоровья или вашей потребности в большем количестве услуг, а также по причине ухудшения вашего психического состояния, конфликтного или агрессивного поведения, ставшего результатом ваших медицинских состояний или особых потребностей.

## Дата прекращения участия в программе и координирование перехода к другим поставщикам услуг

Ваше исключение из Плана вступит в силу в последний день месяца после принятия решения NYMC, LDSS либо организацией, уполномоченной Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (NYSDOH). Для лиц, оплачивающих услуги из собственных средств,

прекращение участия в плане вступает в силу в последний день месяца, в котором был запрошено ваше исключение из программы. См. раздел «Оплата из собственных средств». До момента вступления вашего исключения в силу план Senior Health Partners будет продолжать покрывать ваши услуги в соответствии с вашим Индивидуальным планом медицинского обслуживания (PCSP). И в течение этого времени ваша Команда по обслуживанию может помочь вам найти других поставщиков, которые будут удовлетворять ваши потребности в уходе, и передать им ваше обслуживание.

## Условия повторной регистрации

Если вы добровольно выходите из плана, вы можете повторно зарегистрироваться в Senior Health Partners, если вы соответствуете критериям. Если вас принудительно исключили из программы, вы можете повторно зарегистрироваться в плане, если ваши проблемы или споры были решены.

## Ежемесячные выплаты «излишка по доходу»

Сумма, которую вы будете выплачивать Senior Health Partners, зависит от вашего права на участие в программе Medicaid и её ежемесячной программы выплаты «излишка по доходу». Данный раздел не применим к участникам программы, которые оплачивают услуги из собственных средств. См. раздел «Оплата из собственных средств».

**Если вы соответствуете критериям для:**

**Вы должны будете заплатить:**

Medicaid (нет ежемесячного излишка по доходу)

Senior Health Partners — нулевой платеж

Medicaid (с ежемесячным излишком по доходу)

Ежемесячный «излишек по доходу», выплачиваемый Плану Senior Health Partners и установленный Управлением по трудовым ресурсам г. Нью-Йорк или Местным управлением социальных услуг (LDSSA).

Если вы соответствуете требованиям для участия в Medicaid с выплатой «излишка по доходу», но ваш «излишек по доходу» изменяется в период вашего участия в плане Senior Health Partners, ваш месячный платеж будет приведен в соответствие.

Если вы не выплачиваете (или не принимаете меры к уплате выплат) «излишка по доходу» Medicaid в течение **30 (тридцати) дней** после того, как они должны быть оплачены (даже несмотря на то, что мы дали вам письменное требование об оплате и сказали, что вы будете исключены из плана за невыплату), мы можем исключить вас из плана.

## Разрешение проблем и прием жалоб участников

Senior Health Partners рассмотрит ваши проблемы или жалобы как можно быстрее. Вы можете использовать наш процесс подачи жалоб или процесс апелляции. Если вы подаете жалобу или апелляцию, ваши услуги не изменятся, и мы не будем относиться к вам иначе. Мы сохраним конфиденциальность вашей информации. Мы предоставим помощь, которая потребуется вам при подаче жалобы или апелляции. Мы также обеспечим вам услуги переводчика или необходимой помощи, если у вас проблемы со зрением и/или слухом. Вы можете назначить лицо (например, родственника, друга или медицинского работника), которое будет действовать от вашего имени.

Для подачи жалобы или опротестования решения плана позвоните по номеру **1-800-633-9717** или напишите по адресу:

**Senior Health Partners Plan  
Attn: Appeals and Complaints  
P.O. Box 5166  
New York, NY 10274-5166**

При обращении к нам по телефону вы должны назвать своё имя, адрес, номер телефона и подробно изложить суть проблемы. Если вы напишете нам, пожалуйста, включите эти данные в письменном виде.

### Что такое «жалоба»?

Жалоба – это любое сообщение от вас о вашем неудовлетворении обслуживанием и лечением, предоставляемым нашими сотрудниками или поставщиками медицинских услуг в рамках покрытия. Например, если кто-то был груб с вами, или вам не нравится качество ухода или услуг, полученных от нас, вы можете подать жалобу.

## Процесс подачи жалобы

Вы можете подать жалобу по телефону или письменно. Мы примем ее, и один из наших сотрудников рассмотрит вашу жалобу. Мы отправим вам письмо с указанием того, что мы получили вашу жалобу, и описанием процесса рассмотрения. Вы получите письменный ответ в течение стандартного периода времени ответа или в течение ускоренного периода времени (см. ниже).

1. Если задержка с ответом поставит под угрозу ваше здоровье, мы примем решение в течение 48 часов после получения информации, и не более чем через **7 (семь) дней** с момента получения жалобы. Это ускоренный процесс рассмотрения.
2. По всем остальным типам жалоб мы свяжемся с вами в течение **45 (сорока пяти) дней** с момента получения необходимой информации, и не более чем через **60 (шестьдесят) дней** с момента получения жалобы. Это стандартный процесс рассмотрения.

Мы сообщим вам о результатах рассмотрения вашей жалобы. Мы также сообщим вам причину вынесенного нами решения.

## Как опротестовать решение по жалобе?

Если вы не довольны решением, принятым нами по вашей жалобе, вы можете потребовать повторного рассмотрения вашей проблемы, подав письменную апелляцию на решение по жалобе. Апелляцию необходимо подать в течение **60 (шестидесяти) дней**, после получения первичного решения по вашей жалобе. После её получения, мы отправим вам уведомление с данными лица, которое ответит на вашу апелляцию по жалобе. Ваша апелляция будет рассмотрена лицом, не участвовавшим в принятии первичного решения.

По стандартным жалобам мы сообщим вам решение в течение **30 (тридцати) рабочих дней** после получения всей необходимой информации. Если задержка в принятии решения увеличит риск для вашего здоровья, мы применим ускоренную процедуру рассмотрения апелляции на решение по жалобе. Это означает, что мы примем решение по апелляции в течение **2 (двух) рабочих дней** после получения всей необходимой информации. По обоим типам жалоб мы отправим вам уведомление с нашим решением. Это уведомление будет содержать

подробное описание причин, по которым мы приняли именно такое решение, а в случаях, касающихся клинических вопросов, вы получите клиническое обоснование нашего решения.

## Что такое «принимаемая мера»?

В случаях, когда Senior Health Partners отказывает в запрашиваемой вами или поставщиком услуг, ограничивает ее оказание, отказывает в выдаче направления, решает, что запрашиваемая услуга не будет покрываться; ограничивает, сокращает, приостанавливает или прекращает предоставление услуг, которые были утверждены, отказывает в оплате услуг, не предоставляет услуги своевременно или не принимает решений в отношении жалоб или апелляций в течение установленного срока, такие действия считаются «мерами» (или «действиями»), принимаемыми в рамках плана. В отношении принятой меры можно подать апелляцию. (Для получения подробной информации, см. «Как подать апелляцию в отношении принимаемой меры?» ниже).

## Сроки предоставления уведомления об отказном решении

Если мы примем решение об отказе в услугах или ограничении услуг, запрошенных вами, или решим не оплачивать все или часть покрываемых услуг, мы отправим вам уведомление о таком решении. Если мы предлагаем ограничить, сократить, приостановить или прекратить предоставление вам уже разрешенной услуги, мы отправим вам письмо не менее, чем за **10 (десять) дней** до вступления в силу предполагаемых изменений.

## Содержание Уведомления о принимаемых мерах

Любое отправленное вам уведомление о принимаемой мере будет:

- содержать пояснение меры, которую мы уже приняли или собираемся принять;
- содержать причины такого действия, в том числе медицинское обоснование, при наличии;
- описывать ваше право на подачу нам апелляции (это внутренний процесс опротестования);
- описывать ваше право на подачу апелляции штату и включать описание этого процесса (это внешняя апелляция).

- описывать, как подать внутреннюю апелляцию и как вы можете потребовать ускоренного рассмотрения вашей внутренней апелляции;
- описывать, на что мы опирались при принятии решения, если действие касается вопросов медицинской необходимости, или то, были ли рассматриваемые лечение или услуги экспериментальными или исследовательскими;
- описывать информацию, которую вы и/или ваш поставщик предоставили нам, чтобы помочь нам принять решение по апелляции.

Если мы ограничиваем, сокращаем, приостанавливаем или прекращаем оказание разрешенной услуги, мы также дадим вам информацию о том, как продолжить получать ваши услуги, до вынесения нами решения по вашей апелляции; как запросить о продолжении предоставления услуг, а также о том, при каких обстоятельствах вы можете быть обязаны оплатить услугу, которую вы продолжаете получать, в то время как мы рассматриваем вашу апелляцию.

## Как подать апелляцию в отношении принимаемых мер?

Если вы не согласны с принятыми нами мерами, вы можете подать апелляцию. После подачи вами апелляции, мы снова рассмотрим причины принятого нами отказного решения, чтобы определить, правильно ли мы поступили. Вы можете подать апелляцию в отношении принимаемой меры по телефону или письменной форме. Когда план направляет вам письмо с информацией о мерах, которые план намерен принять (к примеру, отказать или ограничить ваши услуги, либо отказать в оплате за услуги), вы должны направить запрос об апелляции в течение **шестидесяти (60) дней** после даты, указанной в письме, сообщающем вам о соответствующих мерах.

## Как я могу связаться со своим Планом, чтобы подать апелляцию?

Позвоните нам по номеру **1-800-633-9717** или напишите по адресу:

**Senior Health Partners Plan  
Attn: Appeals and Complaints  
P.O. Box 5166  
New York, NY 10274-5166**

Мы примем вашу апелляцию, и один из наших сотрудников рассмотрит её. Мы отправим вам уведомление о том, что мы получили вашу апелляцию. Мы приложим к нему копию вашего досье с медицинскими данными и прочими документами, использованными при вынесении нашего первоначального решения. Ваша апелляция будет рассмотрена членом нашей команды, который не участвовал в принятии первичного решения планом или не имеет отношения к принимаемым мерам, в отношении которых вы подаете апелляцию.

## В некоторых случаях вы продолжите получать услуги в процессе рассмотрения апелляции

Если вы подаете апелляцию в отношении ограничения, сокращения, приостановки или прекращения предоставления вам услуг, которые были одобрены, и которые в настоящее время вы имеете право получать, вы продолжите получать эти услуги в течение всего периода рассмотрения вашей апелляции. Мы продолжим предоставлять вам обслуживание, если вы подадите апелляцию не позднее, чем в течение **десяти (10) дней** с даты, указанной на уведомлении или же с планируемой даты принятия соответствующих мер, в зависимости от того, что наступит позже.

Оказание вам услуг будет продолжаться до того момента, пока вы не отзовете поданную апелляцию, или же до истечения **десяти (10) дневного периода** после того, как мы направим вам уведомление о вынесенном нами решении по вашей апелляции, если оно вынесено не в вашу пользу, при условии, что вы не запросили о проведении Беспристрастного слушания в рамках программы Medicaid в штате Нью-Йорк с продолжением предоставления обслуживания. (См. раздел «Беспристрастное слушание» ниже.)

Если вы запросили о продолжении предоставления услуг, а решение по апелляции принимается не в вашу пользу, мы можем взыскать с вас оплату за эти услуги, так как вы получили их во время рассмотрения вашего дела.

## Как долго может рассматриваться моя апелляция в отношении принимаемых мер?

Если вы не попросите об ускоренном рассмотрении апелляции, будет проведено стандартное рассмотрение. Вы получите уведомление с решением не позднее, чем через **тридцать (30) дней** с даты

получения нами апелляции. Вы можете запросить продление (или срок будет продлен, если нам потребуется дополнительная информация) до **14 (четырнадцати) дней**. Во время рассмотрения нами апелляции у вас будет возможность предоставить свои объяснения лично или в письменной форме. У вас также будет возможность доступа к вашей медицинской документации, являющейся частью процесса рассмотрения апелляции.

Мы вышлем вам уведомление о решении с датой принятия решения. Если мы изменим наше решение, мы начнем предоставление вам услуг, в которых было отказано, так быстро, как этого требует состояние вашего здоровья. В некоторых случаях вы можете запросить «ускоренное» рассмотрение апелляции. См. раздел «Ускоренное рассмотрение апелляции» далее.

## Ускоренное рассмотрение апелляции

Если вы или ваш поставщик медицинских услуг считаете, что длительность стандартного рассмотрения апелляции может стать причиной возникновения серьезных проблем со здоровьем или стоить вам жизни, вы можете запросить ускоренное рассмотрение апелляции. Мы сообщим вам наше решение в течение 72 часов. Если вы об этом попросите, или если нам будет необходимо больше информации, а также если задержка осуществляется в ваших интересах, период рассмотрения может быть продлен на срок до **четырнадцати (14) дней**.

Если мы не согласны с вашим запросом на ускоренное рассмотрение апелляции, мы свяжемся с вами лично, чтобы сообщить об отказе в удовлетворении вашего запроса. Мы отправим вам письменное уведомление о нашем решении в течение **двух (2) дней** после получения вашего запроса.

## Что я могу сделать в случае отклонения планом моей апелляции?

Если решение по апелляции вынесено не в вашу пользу, вы получите уведомление о своих правах. В уведомлении вам будет предоставлена информация о том, как подать запрос на проведение беспристрастного слушания Medicaid на уровне штата Нью-Йорк, как получить беспристрастное слушание, кто может явиться на беспристрастное слушание от вашего имени, а для некоторых апелляций обозначено ваше право на получение услуг во время ожидания решения по вашей апелляции.

**Примечание: Вы должны запросить о проведении беспристрастного слушания в течение ста двадцати (120) календарных дней с даты, указанной на уведомлении об окончательном отказном решении.**

Если мы отклоним вашу апелляцию из-за вопросов медицинской необходимости или по причине того, что рассматриваемая услуга носила экспериментальный или исследовательский характер, в уведомление также будет сказано о том, как можно подать «внешнюю апелляцию» на уровне штата Нью-Йорк.

## Беспристрастное слушание дела властями штата

Вы можете запросить проведение беспристрастного слушания Medicaid на уровне штата Нью-Йорк в течение **120 (ста двадцати) дней** с даты отправки нашего решения по апелляции.

Если ваша апелляция относится к ограничению, сокращению, приостановлению или прекращению обслуживания, которое вы получаете в настоящий момент, и, при этом, вы запросили о проведении Беспристрастного слушания, вы будете и далее получать соответствующие услуги в период ожидания вынесения решения по результатам Беспристрастного слушания. Ваш запрос о проведении Беспристрастного слушания должен быть подан в течение **десяти (10) дней** с даты отправки нами решения по вашей апелляции или же до запланированной даты вступления в силу этого решения по ограничению, сокращению, приостановлению или прекращению обслуживания, в зависимости от того, что наступает позже. Вы продолжите получать льготы до тех пор, пока не откажетесь от организации Беспристрастного слушания, или до тех пор, пока эксперт-арбитр, проводящий Беспристрастное слушание дела, не примет решение не в вашу пользу, в зависимости от того, что наступит ранее.

Если эксперт-арбитр беспристрастного слушания отменит наше решение, мы обязаны обеспечить предоставление вам рассматриваемых услуг как можно скорее с учетом состояния вашего здоровья, однако не позднее, чем в течение **72 часов** с даты, в которую план получит решение по Беспристрастному слушанию. Если вы получали оспариваемые услуги во время рассмотрения апелляции, мы несем ответственность за оплату покрываемых услуг, о предоставлении которых было принято решение экспертом-арбитром.

Если решение по Беспристрастному слушанию принято не в вашу пользу, вы можете нести ответственность за оплату услуг, которые были предметом беспристрастного слушания.

Вы можете подать запрос о проведении беспристрастного слушания в Управление временной помощи и помощи по нетрудоспособности (Office of Temporary and Disability Assistance):

- форма Запроса в интернете:  
<http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- отправьте печатный экземпляр формы запроса по почте по адресу (распечатайте с вебсайта):  
NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023
- отправьте экземпляр формы запроса по факсу (распечатайте с вебсайта) по номеру:  
1-518-473-6735
- запросите о проведении слушания по телефону:  
Стандартные беспристрастные слушания – **1-800-342-3334**  
Беспристрастные слушания, проводимые в экстренном режиме – **1-800-205-0110**  
Телетайп – 711 (попросите оператора соединить вас с номером 1-877-502-6155)
- запросите о проведении слушания лично:  
New York City  
14 Boerum Place, 1st Floor Brooklyn,  
New York 11201

Дополнительная информация в отношении запроса беспристрастного слушания приведена по адресу: [otda.ny.gov/hearings/request](http://otda.ny.gov/hearings/request).

## Внешние апелляции, рассматриваемые властями штата

Если мы отклоняем вашу апелляцию вследствие решения об отсутствии медицинской необходимости в услуге или в связи с тем, что она предоставлялась в экспериментальных или исследовательских целях, вы можете подать внешнюю апелляцию на уровне штата Нью-Йорк. Внешняя апелляция будет рассмотрена квалифицированными лицами, утвержденными штатом Нью-Йорк. Вы не должны оплачивать внешнюю апелляцию.

Когда мы примем решение об отклонении апелляции, мы предоставим вам информацию о том, как подать внешнюю апелляцию, а также предоставим вам форму, необходимую для подачи внешней апелляции. Вам нужно подать бланк в Департамент финансовых услуг

штата Нью-Йорк в течение **четырёх (4) месяцев** от даты отказа в удовлетворении вашей апелляции.

Решение по внешней апелляции принимается в течение **тридцати (30) дней**. Если независимый эксперт, рассматривающий такую апелляцию, требует предоставления ему дополнительной информации, на принятие решения по апелляции может потребоваться дополнительное время (до **пяти (5) рабочих дней**). Эксперт сообщит всем сторонам об окончательном решении в течение **двух (2) рабочих дней** после принятия решения.

Вы можете получить решение быстрее, если ваш поставщик услуг сообщит, что задержка во времени нанесет серьезный ущерб вашему здоровью. Такая процедура называется ускоренной внешней апелляцией. Эксперт, рассматривающий внешнюю апелляцию в рамках ускоренной процедуры, примет решение в течение **72 часов** или раньше. Эксперт незамедлительно сообщит по телефону или факсу всем сторонам о своём решении. Затем вам будет направлено письмо с изложением данного решения.

Вы можете потребовать как Беспристрастного слушания дела, так и рассмотрения внешней апелляции. Если вы потребуете как непристрастного слушания, так и рассмотрения внешней апелляции, решение эксперта-арбитра по непристрастному слушанию будет обладать преимущественной силой.

## РАЗРЕШЕНИЕ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ И ТРЕБОВАНИЯ В СВЯЗИ С ПРИНИМАЕМЫМИ МЕРАМИ

### Определения

- **рассмотрение запроса о предварительном разрешении обслуживания:** изучение медицинского запроса, поданного зарегистрированным участником плана или поставщиком услуг от имени зарегистрированного участника, о страховом покрытии новой медицинской услуги (в новом или текущем периоде) или же запроса о замене медицинских услуг в соответствии с определением плана ухода на новый период, до того, как подобная услуга начнет предоставляться зарегистрированному участнику.
- **рассмотрение запроса об увеличении текущих услуг:** изучение медицинского запроса от участника плана или запроса поставщика услуг, поданного от имени участника плана для

получения дополнительных медицинских услуг (увеличения объёма уже получаемых услуг), которые утверждены в плане медицинского обслуживания или для услуг по уходу на дому, покрываемых Medicaid, после госпитализации.

- **ускоренное рассмотрение:** участник плана должен получить результаты рассмотрения своего запроса об утверждении обслуживания в ускоренном режиме в том случае, если план решит или поставщик услуг укажет, что задержка может поставить жизнь, здоровье или возможность достижения, поддержания или восстановления максимальной дееспособности зарегистрированного участника под угрозу. Участник плана может запросить ускоренное рассмотрение для получения Предварительного разрешения или Увеличения текущих услуг. Обжалование решений, принятых по рассмотрению запросов об увеличении текущих услуг, должно осуществляться в ускоренном режиме.

### Общие положения

Любая мера, принимаемая Senior Health Partners в отношении медицинской необходимости или обслуживания в рамках испытаний или исследований, должна утверждаться клиническим экспертом-рецензентом в соответствии с PHL §4900(2)(a).

Отказные решения, помимо тех, которые связаны с медицинской необходимостью или услугами, предоставляемыми в рамках специализированных испытаний или исследований, должны приниматься лицензированным, сертифицированным или зарегистрированным медицинским работником в случае, если такое решение принимается с учетом состояния здоровья зарегистрированного участника или же с учетом адекватности уровня, объема или характера предоставления соответствующего обслуживания. Такое требование применимо к решениям, отказывающим в обслуживании на том основании, что соответствующие услуги не покрываются в обстоятельствах, когда покрытие зависит от состояния здоровья зарегистрированного участника, о также к запросам об утверждении страхового покрытия в отношении, среди прочего: услуг, включенных в Страховой пакет, обслуживания по направлению и услуг, оказываемых внесетевыми поставщиками.

Senior Health Partners сообщат участникам плана, как получить помощь (по языковым, слуховым, речевым вопросам), если участник хочет подать апелляцию. Вы получите от нас уведомление с Первоначальным решением об отказе в услуге MLTC Департамента



здравоохранения штата Нью-Йорк, в котором будет указано, как получить помощь.

## Временные рамки для принятия решений в связи с утверждением обслуживания и уведомлений о решениях

1. При рассмотрении запросов о предварительном разрешении обслуживания план Senior Health Partners должен принять решение об утверждении услуги и известить о нем зарегистрированного участника по телефону и в письменном виде настолько быстро, насколько позволяет состояние здоровья зарегистрированного участника, но не позднее, чем:
  - a. Ускоренное рассмотрение: В течение **72 часов** после получения запроса об утверждении обслуживания
  - b. Стандартное рассмотрение: В течение **трех (3) рабочих дней** после получения необходимой информации, но не позднее, чем через **четырнадцать (14) дней** после получения Запроса на услугу.
2. При рассмотрении запросов о предварительном разрешении обслуживания план Senior Health Partners должен принять решение об утверждении услуги и известить о нем зарегистрированного участника по телефону и в письменном виде настолько быстро, насколько позволяет состояние здоровья зарегистрированного участника, но не позднее, чем:
  - a. Ускоренное рассмотрение: В течение **72 часов** после получения запроса об утверждении обслуживания
  - b. Стандартное рассмотрение: В течение **одного (1) рабочего дня** после получения всей необходимой информации, но не позднее, чем через **четырнадцать (14) дней** после получения Запроса на услугу
  - c. В случае подачи запроса о получении услуг ухода на дому, покрываемых Medicaid, после стационарного лечения, **в течение одного (1) рабочего дня** после получения необходимой информации (за исключением, когда за днем получения запроса об утверждении обслуживания следует выходной или праздничный день), тогда в течение **семидесяти двух (72) часов** после получения необходимой информации

3. Срок может быть продлен до **четырнадцати (14) календарных дней**. Продление срока может быть запрошено зарегистрированным участником или поставщиком зарегистрированного участника от имени зарегистрированного участника (в устном или письменном виде). Senior Health Partners может инициировать отсрочку, если она вызвана потребностью в дополнительной информации, и если отсрочка служит вашим интересам.

- a. Работники плана Senior Health Partners должен уведомить участника плана, когда они просят продлить рассмотрение дела. План должен объяснить участнику причины отсрочки, и каким образом отсрочка может отвечать интересам зарегистрированного участника. План попросит участника предоставить дополнительную информацию (при необходимости), чтобы помочь принять решение, и сообщить источники информации.
4. Участник плана или поставщик могут обжаловать решение – см. раздел «Процедуры в связи с подачей апелляции»
  5. Если план Senior Health Partners отказал в запросе зарегистрированного участника об ускоренном рассмотрении, запрос будет рассматриваться планом в обычных временных рамках.
  6. План Senior Health Partners сообщит зарегистрированному участнику об отказе в ускоренном рассмотрении, а также о том, что запрос будет рассматриваться в обычные установленные сроки

## Прочие временные рамки для принятия мер

1. Если план Senior Health Partners примет решение об ограничении, сокращении, приостановке или прекращении ранее утвержденного вида обслуживания в течение срока действия утверждения/разрешения, как на основании решения, принятого по запросу об утверждении обслуживания, так и в результате принятия других мер, он должен предоставить зарегистрированному участнику письменное уведомление не позднее, чем за **десять (10) дней** до даты принятия соответствующей меры, за исключением следующих случаев:
  - a. период предоставления предварительного уведомления сокращен до **пяти (5) дней**, если подтверждено мошенничество зарегистрированного участника; или

- b. План Senior Health Partners не может отправлять уведомление по почте позже даты,
  - i. сметь зарегистрированного участника плана
  - ii. от участника получено подписанное письменное уведомление с запросом о прекращении предоставления услуг или о предоставлении информации, обуславливающей прекращение предоставления услуг либо сокращение их объема (в случаях, когда зарегистрированный участник понимает, что такое прекращение должно быть связано с предоставлением им информации)
  - iii. участник плана поступил в учреждение, находясь в котором он утрачивает право на дальнейшее обслуживание
  - iv. адрес участника неизвестен и почта, направленная участнику, возвращается без адреса пересылки
  - v. участник плана зачислен в программу Medicaid в другой зоне обслуживания
  - vi. поставщик медицинских услуг участника назначает смену медицинского обслуживания
- c. Для CBLTCS и ILTSS, если план Senior Health Partners примет решение об ограничении, сокращении, приостановке или прекращении ранее утвержденного вида обслуживания или даст одобрение на новый период, который меньше утвержденного ранее, он направит участнику плана письменное уведомление не позднее, чем за **десять (10) дней** до даты начала запланированного действия, независимо от даты истечения первоначального периода, за исключением случаев, указанных в пунктах 1 (а) - (б).
  - i. Для CBLTCS и ILTSS, когда Senior Health Partners хочет сократить, приостановить или прекратить ранее одобренную услугу или дать разрешение на новый период, который меньше ранее утвержденного, действие начнется в рабочий день. Однако, если в плане Senior Health Partners есть «живая» телефонная линия, доступная 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, он может принимать и отвечать на жалобы, апелляции по жалобам и апелляции по принятым действиям в нерабочий день.
- d. План Senior Health Partners отправит письменное уведомление участнику плана в дату принятия мер, если в рамках этой меры предпринимаются действия по отказу в оплате.
- e. Если план Senior Health Partners не примет решения по запросу об утверждении обслуживания в установленные сроки, описанные в этом разделе, датой такой меры в отношении участника является дата истечения установленного срока.

## Содержание уведомлений о принимаемых мерах

1. План Senior Health Partners должен использовать уведомление о Первоначальном решении об отказе MLTC для всех действий, за исключением действий, которые ограничивают использование поставщиков в рамках программы ограничения получателей льгот (медицинский обзор и административный метод, когда некоторые участники со злоупотреблением или неправильным использованием программы Medicaid могут быть ограничены одним или несколькими поставщиками медицинских услуг).
2. Если меры принимаются с целью ограничить доступ к поставщикам услуг по программе ограничений для получателей обслуживания, уведомление о таких мерах должно содержать следующее:
  - a. дату начала периода ограничения;
  - b. последствия и масштаб ограничения;
  - c. причины ограничения;
  - d. оговорку о праве получателя обслуживания на подачу апелляции;
  - e. инструкции по подаче апелляции, в том числе оговорку о праве на дальнейшую помощь, в случае, если запрос подан до даты принятия предполагаемой меры, или же в течение **десяти (10) дней** после отправки уведомления, в зависимости от того, что наступит позже;
  - f. оговорку о праве Senior Health Partners назначать участнику основного поставщика медуслуг

- g. оговорку о праве получателя обслуживания выбрать основного поставщика услуг в течение **двух (2) недель** после даты уведомления об ограничении, если Senior Health Partners предлагает получателю обслуживания ограниченный выбор основных поставщиков услуг;
- h. оговорку о праве получателя обслуживания на запрос о замене основного поставщика услуг каждые **три (3) месяца**, либо ранее, по уважительной причине;
- i. оговорку о праве на консультации с Senior Health Partners по вопросу причин и последствий предусматриваемого ограничения;
- j. оговорку о праве участника плана объяснять и представлять доказательства либо на собрании, либо путем представления документов, показывающих медицинскую необходимость любых услуг, отмеченных как неправильно использованные в пакете с информацией о получателе (сводка, подготовленная фармацевтом, которая показывает злоупотребление услугами аптеки и медицинское оборудование длительного использования и краткий медицинский осмотр, подготовленный зарегистрированной профессиональной медсестрой, подтверждающий неправомерное использование медицинских услуг, и врач должен подписать);
- k. имя и номер телефона лица, с которым следует связываться, чтобы организовать консультацию;
- l. информацию о том, что консультации не переносят фактическое принятие мер на другую дату с даты, указанной в уведомлении о намерении ограничить получение обслуживания;
- m. информацию о том, что консультации не заменяют и не ограничивают право получателя обслуживания на беспристрастное слушание;
- n. оговорку о праве участника просматривать его или ее медицинские записи;
- o. оговорку о праве участника просматривать записи, хранящиеся у Senior Health Partners, в которых указаны услуги Medicare Advantage, оплаченные за участника. Такая информация называется «детали заявления» или «профиль получателя обслуживания».

## Обращение в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк

Если в любое время вы оказались недовольны тем, как к вам отнеслись в программе Senior Health Partners, или тем, как мы рассмотрели вашу жалобу, позвоните или напишите в Управление здравоохранения штата Нью-Йорк:

**Office of Health Insurance Program Bureau  
of Managed Long Term Care  
One Commerce Plaza, Room 1620  
Albany, NY 12210  
1-866-712-7197**

Вы также можете позвонить в Организацию по защите прав клиентов (также известную как Participant Ombudsman), которой является организация под названием «Независимая сеть по защите прав потребителей» (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN), чтобы получить бесплатную консультацию о вашем страховом покрытии и возможностях подачи жалоб и апелляций. Они могут поговорить с вами о Плате управляемого долгосрочного ухода Medicaid Managed Long Term Care (MLTC), таком как Senior Health Partners, до того, как вы решите зарегистрироваться в нем. Они могут предоставить вам консультацию по выбору медицинского плана и общую информацию о плане. Они могут оказать вам помощь с процессом апелляции. Обратитесь в Независимую сеть по защите прав потребителей, чтобы узнать больше о доступных услугах.

По телефону: **1-844-614-8800** (Телетайп (TTY): 711)  
Вебсайт: [www.icannys.org](http://www.icannys.org) | Электронная почта:  
[ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)

План Senior Health Partners будут работать с ICAN (по мере необходимости), чтобы помочь им в выполнении их обязанностей. План Senior Health Partners также будет, по соответствующему запросу, предоставлять организации ICAN список всех своих сетевых поставщиков услуг.

## Программа обеспечения качества и улучшения услуг

Senior Health Partners имеет Систему управления качеством для отслеживания и оценки качества и надлежащего оказания медицинского обслуживания и услуг. Эта комплексная система должна соответствовать стандартам обеспечения качества штата Нью-Йорк в области здравоохранения и долгосрочного ухода.

Наша Система управления качеством предусматривает возможности для усовершенствования:

- качества предоставляемых услуг;
- управления услугами, включая их доступность и непрерывность;
- процедур идентификации проблем и коррекции правил функционирования и управления;
- результатов в клинических и неклинических функциональных областях;

Система управления качеством Плана включает в себя поиск областей, в которых необходимо усовершенствование, непрерывный процесс улучшения производительности, проверку профессиональной квалификации всех поставщиков услуг, усовершенствование процедур ведения медицинской документации и контроль целесообразности предоставления услуг.

Мы с радостью приветствуем ваши предложения по улучшению качества нашей работы.

## Оплата из собственных средств

Вы можете иметь право на участие в плане Senior Health Partners, даже если вы не имеете права участия в программе Medicaid. **Если вы согласитесь оплачивать взносы за страховое покрытие в полном объеме, и если план Senior Health Partners не исчерпал регистрационный лимит на зачисление лиц, оплачивающих услуги из собственных средств.**

Вариант «оплаты из собственных средств» **не** применим к жителям округов Статен-Айленд, Нассау или Уэстчестер.

Размер страхового взноса для лиц, оплачивающих его из собственных средств, равен размеру страховых взносов Medicaid, который утвержден для плана Senior Health Partners Департаментом финансовых услуг штата Нью-Йорк. Вы должны оплачивать страховые взносы в первый день полного первого месяца, в который вы будете получать обслуживание в рамках плана Senior Health Partners. Льготный период для погашения задолженности по взносам равен одному месяцу. План Senior Health Partners вышлет вам письмо, которым вы будете проинформированы о просроченном платеже, а также о том, что неоплата услуг может привести и, в конечном счете, приведет к прекращению обслуживания. Вы будете и далее получать обслуживание в течение льготного периода. Если ваша оплата не будет получена, ваша регистрация в плане будет аннулирована, и вы будете должны заплатить за услуги, полученные вами в течение льготного периода. Вам будет предоставлено письменное уведомление о вашем исключении из плана. Пропорциональный расчет суммы вашего взноса невозможен, а также оплаченные взносы не подлежат возмещению.

Размер ежемесячного взноса Senior Health Partners

останется без изменений вне зависимости от состояния вашего здоровья. Оплачивать ежемесячные взносы можно чеком или платежным поручением к получению:

**Senior Health Partners  
P.O. Box 48344  
Newark, NJ 07101-4844**

Вам не следует аннулировать дополнительный полис Medicare, если таковой у вас есть, поскольку вы будете обязаны осуществлять доплаты и выплачивать нестрахуемый минимум Medicare даже после регистрации в плане Senior Health Partners. Выплачиваемый вами взнос за участие в плане Senior Health Partners покрывает доплаты Medicare за пребывание в учреждении сестринского ухода за период с 21-го до 100-ый день, доплату за медицинское оборудование длительного пользования, а также любые доплаты или нестрахуемый минимум Medicare, предусмотренные в рамках оказания покрываемых услуг, за исключением случаев, когда указанные дополнительные выплаты покрываются дополнительным полисом Medicare. Однако, оплата страховых взносов плана Senior Health Partners из собственных средств не освободит вас от обязанности вносить доплату и оплачивать нестрахуемый минимум Medicare за непокрываемые услуги. К примеру, лица, оплачивающие страховые взносы из собственных средств, должны оплачивать нестрахуемый минимум госпиталю и доплату врачам.

За оплату непокрываемых услуг (см. раздел «Страховые выплаты и покрытие/управление другими медицинскими услугами») ответственность несет клиент, производящий оплату из собственных средств.

Услуги в данном руководстве также относятся к участникам, которые производят оплату из собственных средств. Однако, помимо других исключений, существуют следующие:

- NYC HRA/LDSS регистрация и исключение одновременно не требуется.
- запрос беспристрастного слушания в рамках программы Medicaid в штате Нью-Йорк невозможен.

**Следующие пункты также относятся к участникам, которые производят оплату из собственных средств:**

- процедура подачи внешней апелляции на уровне штата Нью-Йорк
- внутренняя процедура рассмотрения претензий и апелляций плана Senior Health Partners (см. раздел «Разрешение проблем и прием жалоб участников»)
- клиентам, оплачивающим страховые взносы из собственных средств, необходимо подписать декларацию/соглашение о регистрации на условиях оплаты страховых взносов из собственных средств

# УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

Healthfirst соблюдает федеральное законодательство в области гражданских прав. Healthfirst не отказывает в услугах и не относится к людям по-разному из-за их расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

Healthfirst предоставляет следующее:

- лицам с физическими ограничениями – бесплатную помощь и услуги, помогающие им общаться с нами, например:
  - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - письменные материалы в альтернативных форматах (напечатанные крупным шрифтом, в виде аудиозаписи, в электронном и иных форматах);
- лицам, для которых английский не является родным языком, – бесплатные услуги перевода, в том числе:
  - услуги квалифицированных устных переводчиков;
  - информацию на других языках.

Если вы нуждаетесь в таких услугах, обратитесь в Healthfirst по телефону **1-866-305-0408**. Если вы пользуетесь ТТУ, позвоните по телефону **1-888-542-3821**.

Если вы считаете, что компания Healthfirst не предоставила вам эти услуги или подвергла вас дискриминации по причине вашей расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу нашим в Healthfirst:

- **По почте:** Healthfirst Member Services, P.O. Box 5165, New York, NY, 10274-5165
- **По телефону:** **1-866-305-0408** (пользователям ТТУ следует звонить по телефону 1-888-542-3821)
- **По факсу:** 1-212-801-3250
- **Занести лично по адресу:** 100 Church Street, New York, NY 10007
- **По эл. почте:** <http://healthfirst.org/members/contact/>

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США:

- **Через интернет:** На портале для подачи жалоб Управления гражданских прав по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **По почте:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Бланк для подачи жалобы можно найти на веб-сайте  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **По телефону:** **1-800-368-1019** (TTY 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821).	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-867-4132).	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821)。	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Italian
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Tagalog
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৬৬-৩০৫-০৪০৮ (TTY: 1-888-542-3821)।	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821)۔	Urdu

# Общественные офисы рядом с вами

## БРОНКС

### East Tremont

774 E. Tremont Avenue  
(между Prospect Avenue и Marmion Avenue)

### Fordham

412 E. Fordham Road  
(въезд через Webster Avenue)

## БРУКЛИН

### Bensonhurst

2236 86th Street  
(между ул. Bay 31st и Bay 32nd)

### Flatbush

2166 Nostrand Avenue  
(между Avenue H и Hillel Place)

### Sunset Park

5324 7th Avenue  
(между улицами 53rd и 54th Street)

## МАНХЭТТЕН

### Chinatown

128 Mott Street, Room 407  
(между улицами Grand и Hester Street)

28 E. Broadway  
(между улицами Catherine и Market Street)

### Harlem

34 E. 125th Street  
(на углу 125th Street и Madison Avenue)

### Washington Heights

1467 St. Nicholas Avenue  
(между улицами W. 183rd и W. 184th Street)

## КУИНС

### Elmhurst

40-08 81st Street  
(между Roosevelt Avenue и 41st Avenue)

### Flushing

41-60 Main Street  
комнаты 201 и 311  
(между Sanford Avenue и Maple Avenue)

Main Plaza Mall  
37-02 Main Street  
(между 37th Avenue и 38th Avenue)

### Jackson Heights

93-14 Roosevelt Avenue  
(между Whitney Avenue и 94th Street)

### Jamaica

Jamaica Colosseum Mall  
89-02 165th Street,  
основной уровень  
(между 89th Avenue и Jamaica Avenue)

### Richmond Hill

122-01 Liberty Avenue  
(между улицами 122nd Street и 123rd Street)

## ЛОНГ-АЙЛЕНД

### ОКРУГ НАССАУ

### Hempstead

242 Fulton Avenue  
(между улицами N. Franklin и Main Street)

### Valley Stream

Green Acres Mall  
2034 Green Acres Mall  
Sunrise Highway, Уровень 1  
(в крыле магазина Kohl's)

## ЛОНГ-АЙЛЕНД (продолжение)

### ОКРУГ САФФОЛК

### Bay Shore

Westfield South Shore Mall  
1701 Sunrise Highway  
(в крыле магазина JCPenney)

### Lake Grove

Smith Haven Mall  
313 Smith Haven Mall  
(в крыле магазина Sears)

### Patchogue

99 West Main Street  
(между West Avenue и Havens Avenue)

### Shirley

La Placita  
58 D Surrey Circle  
(между William Floyd Parkway и Floyd Road)

## ОКРУГ УЭСТЧЕСТЕР

### Yonkers

13 Main Street  
(между Warburton Avenue и N Broadway)

## ОКРУГ ОРАНЖ

### Middletown

Galleria at Crystal Run  
1 Galleria Drive, Lower Level  
(в крыле магазина Macy's)

Адреса общественных офисов могут изменяться. Чтобы найти текущие адреса, посетите [healthfirst.org/locations](http://healthfirst.org/locations).

# Заметки

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---







Свяжитесь с нами в социальных сетях через **HealthfirstNY**,  
чтобы найти события и мероприятия.

С вопросами о плане Senior Health Partners звоните в Службу поддержки по номеру **1-800-633-9717** (Телетайп: 711), 24/7, 365 дней в году. Чтобы получить доступ к вашей учетной записи Healthfirst, посетите нас по адресу **MyHFNY.org**. Вы можете использовать свой смартфон или любое мобильное устройство для доступа к нашим ресурсам!

---

Страховое покрытие обеспечивается компаниями Healthfirst Health Plan, Inc., Healthfirst PHSP, Inc., и/или Healthfirst Insurance Company, Inc. (в совокупности именуются «Healthfirst»).

Планы предусматривают некоторые исключения и ограничения.