



New York Essential Plan 3

Договор на участие в программе

Январь 2018 г.

Обслуживание членов плана

1-866-265-1893, ТТУ 711



Это Ваш

**ДОГОВОР
ESSENTIAL PLAN,**

выданный

UnitedHealthcare Community Plan

Это Ваш индивидуальный Договор для покрытия Essential Plan, составленный UnitedHealthcare Community Plan. Данный Договор, вместе с прилагаемыми Перечнем льгот, формами и различными поправками или дополнениями к условиям данного Договора, составляет полную договоренность между Вами и нами.

Вы имеете право вернуть данный Договор. Внимательно прочитайте его. Если Вас не удовлетворяет содержание Договора, Вы имеете право вернуть его нам, попросив аннулировать его. Ваша просьба должна быть подана в письменной форме в течение десяти (10) дней с даты получения Вами данного Договора. Мы возвратим Вам сумму уплаченного страхового взноса, включая любые расходы, связанные с заключением данного Договора или другие сборы.

Возобновляемость. Дата возобновления данного Договора составляет 12 месяцев с даты вступления в силу покрытия. Действие данного Договора автоматически возобновляется каждый год на дату возобновления при условии, если Договор не был расторгнут ранее нами согласно положениям этого Договора или Вами с предварительным письменным уведомлением нас за 30 дней.

Данный Договор позволяет Вам получать покрываемые услуги в сети:

Внутрисетевые льготы. Данный Договор покрывает только внутрисетевые льготы. Чтобы получить внутрисетевые льготы, Вы должны получать медицинское обслуживание только у поставщиков нашей сети UnitedHealthcare Community Plan и находятся на Территории, обслуживаемой нами. Медицинское обслуживание, покрываемое в рамках данного Договора (включая госпитализацию), предоставляется, организовывается и санкционируется предварительно Вашим основным лечащим врачом, и, при необходимости, нашей организацией. До получения услуг по данному Контракту, за исключением услуг, направленных на лечение экстренного или неотложного состояния, описанных в разделе «Услуги экстренной помощи и срочная медицинская помощь» данного Договора, Вам необходимо обращаться к своему основному лечащему врачу. Вы будете должны оплатить стоимость всех медицинских услуг, предоставленных поставщиками, которые не участвуют в программе.

ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ВЕСЬ ДОГОВОР. В ДОГОВОРЕ ОПИСАНЫ ЛЬГОТЫ СОГЛАСНО ГРУППОВОМУ ДОГОВОРУ. ВЫ НЕСЕТЕ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПОНИМАНИЕ УСЛОВИЙ ДАННОГО ДОГОВОРА.

Данный Договор регулируется законом штата Нью-Йорк.



Pat Celli
Исполнительный Директор
UnitedHealthcare Community Plan

Оглавление

Раздел I. Определения	4
Раздел II. Как работает страховое покрытие?	12
Поставщики, участвующие в плане	12
Роль основного лечащего врача	12
Услуги, подлежащие предварительному разрешению	13
Медицинская необходимость	14
Важные телефонные номера и адреса	18
Раздел III. Доступ к медицинскому обслуживанию и промежуточному медицинскому обслуживанию	19
Раздел IV. Участие в издержках и допустимая сумма	21
Раздел V. Кого покрывает план?	23
Раздел VI. Профилактическое лечение	24
Раздел VII. Скорая помощь и экстренные медицинские услуги до госпитализации	27
Раздел VIII. Услуги экстренной помощи и срочная медицинская помощь	29
Раздел IX. Амбулаторные и специализированные услуги	32
Раздел X. Дополнительные льготы, оборудование и устройства	41
Раздел XI. Стационарное обслуживание	49
Раздел XII. Услуги в области психиатрии и лечения зависимостей от психоактивных веществ	53
Раздел XIII. Страховое покрытие рецептурных лекарственных средств	55
Раздел XIV. Льготы Wellness	67
Раздел XV. Дополнительные льготы	68
Раздел XVI. Исключения и ограничения	71
Раздел XVII. Принятие решений по страховым требованиям	75
Раздел XVIII. Жалобы и порядок их рассмотрения	77
Раздел XIX. Проверка использования	79
Раздел XX. Независимые апелляции	88
Раздел XXI. Прекращение предоставления страхового покрытия	94
Раздел XXII. Право на Временное приостановление страхового покрытия для личного состава вооруженных сил	95
Раздел XXIII. Общие положения	96
Раздел XXIV. Перечень льгот	106
Уведомление о недопущении дискриминации	121

Раздел I

Определения

Термины, которые имеют определения, в настоящем Договоре написаны с заглавной буквы.

Острое: Приступ заболевания, травма или изменение состояния Участника, требующие оказания неотложной медицинской помощи.

Предельная сумма: Максимальная сумма, на которой основывается наша оплата Покрываемых услуг. См. раздел «Участие в издержках и допустимые суммы» в данном Договоре, где указано описание расчета Предельной суммы.

Амбулаторный хирургический центр: Учреждение, которое получило лицензию соответствующего регуляторного органа штата на предоставление хирургических и связанных с хирургией медицинских услуг в амбулаторном порядке.

Апелляция: Направленная нам просьба о пересмотре решения о Проверке использования или Жалобы.

Выставление счета по остатку: Когда поставщик, не включенный в сеть, выставляет Вам счет за разницу между платой Поставщика услуг, не включенного в сеть, и Предельной суммой. Поставщик услуг, участвующий в плане, не имеет права выставлять Вам счет по остатку за Покрываемые услуги.

Договор: Данный Договор составлен UnitedHealthcare Community Plan, включая Перечень льгот и любые другие дополнения к нему.

Личное участие: Ваша доля в оплате Покрываемых услуг, рассчитываемая в виде процента от Предельной суммы за услуги, которые Вы должны оплатить Поставщику услуг. Такая сумма варьируется в зависимости от типа Покрываемых услуг.

Доплата: Фиксированная сумма, которую Вы выплачиваете непосредственно Поставщику услуг за Покрываемую услугу, когда Вы получаете данную услугу. Такая сумма варьируется в зависимости от типа Покрываемых услуг.

Участие в издержках: Суммы, которые Вы оплачиваете за Покрываемые услуги в виде Доплаты и/или Личного участия.

Покрытие, Покрываемое или Покрываемые услуги: Услуги, необходимые по медицинским показаниям, оплаченные, организованные или авторизованные для Вас нашей организацией согласно условиям данного Договора.

Медицинское оборудование длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME):

Медицинское оборудование длительного пользования — это оборудование, которое:

- разработано и предназначено для повторного использования;
- главным образом и обычно используется по медицинскому назначению;
- как правило, не нужно при отсутствии заболеваний или травм; и
- подходит для использования на дому.

Экстренное состояние: Медицинское или психическое расстройство, проявляющееся острыми симптомами достаточной степени тяжести, в том числе сильной болью, в отношении которых здравомыслящий непрофессионал со средним уровнем знаний о здоровье и медицине мог бы с достаточной вероятностью ожидать, что отсутствие немедленной медицинской помощи может:

- Поставить под угрозу здоровье человека с таким заболеванием или, в случае беременной женщины, ее здоровье или здоровье ее не рожденного ребенка; в случае психического расстройства, поставить здоровье такого человека и окружающих под серьезную угрозу;
- Привести к серьезному повреждению функций организма такого человека;
- Привести к серьезной дисфункции какого-либо органа или части тела такого человека; или
- Привести к обезображиванию такого человека.

Обращение в отделении скорой помощи: Услуги экстренной помощи, которые Вы получаете в отделении скорой помощи Больницы.

Услуги экстренной помощи: Медицинский осмотр, который может быть выполнен в отделении скорой помощи Больницы, включая дополнительные услуги, как правило, доступные в отделении скорой помощи, для оценки такого экстренного состояния. Персонал Больницы и ее возможности должны также позволять провести дальнейший медицинский осмотр и лечение, необходимые для стабилизации состояния пациента. «Стабилизация» — это предоставление медицинского лечения при экстренном состоянии в таком объеме, в котором это необходимо, чтобы гарантировать с разумной медицинской вероятностью отсутствие ухудшения состояния из-за или во время перемещения пациента из Учреждения или рождения ребенка (включая плаценту).

Исключения: Медицинские услуги, не оплачиваемые или не покрываемые нами.

Независимый апелляционный орган: Учреждение, получившее разрешение Финансового отдела Государственного департамента штата Нью-Йорк (New York State Department of Financial Services) на проведение независимых апелляций согласно законодательству штата Нью-Йорк.

Учреждение: Больница; Амбулаторный хирургический центр; родильный дом; центр гемодиализа; реабилитационный центр; Учреждения долговременного ухода; хоспис; Агентство по медицинскому обслуживанию на дому агентство услуг ухода на дому, сертифицированные или получившие лицензию согласно Статье 36 Закона о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк (Article 36

Договор Участника New York Essential Plan 3

of the New York Public Health Law); центр комплексного подхода к лечению расстройств пищевого поведения согласно Статье 27-J Закона о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк (Article 27-J of the New York Public Health Law); а также учреждение, получившее определение в Разделах 1.03(10) и (33) Закона о психогигиене штата Нью-Йорк (New York Mental Hygiene Law Sections), сертифицированное Управлением по оказанию услуг по лечению алкоголизма и наркомании штата Нью-Йорк (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse) или сертифицированное согласно Статье 28 Закона о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк (Article 28 of the New York Public Health Law) (в других штатах похожее сертифицированное учреждение). Если Вы проходите лечение от зависимости от психоактивных веществ вне штата Нью-Йорк, то Учреждение такого рода должно также быть аккредитовано Объединенной Комиссией (Joint Commission) для предоставления программ лечения таких зависимостей.

Федеральный уровень бедности (Federal Poverty Level, FPL): Мера уровня дохода, публикуемая ежегодно Министерством здравоохранения и социальных услуг США (U.S. Department of Health and Human Services). Федеральный уровень бедности используется для определения Вашего права на участие в конкретной программе и на получение льгот, включая Essential Plan. Этот уровень обновляется каждый год.

Жалоба: Жалоба, которую Вы подаете нам, которая не касается установления Проверки использования.

Услуги по восстановлению: Медицинские услуги, которые помогают человеку выучить новые или улучшить существующие навыки и повседневное функционирование. Услуги по восстановлению подразумевают умение справляться с ограничениями и инвалидностью, включая услуги и программы, которые помогают поддерживать или предотвращать ухудшение физической, когнитивной или психической функции. Такие услуги включают физиотерапию, трудовую терапию и восстановление нарушений речи.

Услуги врачей других специальностей: Врач, должным образом получивший лицензию, регистрацию или прошедший сертификацию; стоматолог; оптометрист; хиропрактик; психолог; социальный работник; врач-ортопед, специализирующийся на заболеваниях стоп; физиотерапевт; специалист по трудотерапии; акушерка; логопед; аудиолог; фармацевт; специалист по изучению поведения; другой получивший лицензию, зарегистрированный или сертифицированный специализированный врач согласно разделу 8 Закона об образовании штата Нью-Йорк (или, если применимо, других сопоставимых законов штата), соблюдения которых требует Закон о страховании штата Нью-Йорк, который выставляет счета пациентам за Покрываемые услуги. Услуги врачей других специальностей предоставляются в рамках, предписанных законом о практике такого рода Поставщика услуг, которые могут быть покрыты согласно данному Договору.

Агентство по медицинскому обслуживанию на дому: Организация, которая имеет сертификат или лицензию, выданные штатом Нью-Йорк или штатом, в котором она работает и предоставляет медицинское обслуживание на дому.

Уход в хосписе: Уход, который предоставляет комфорт и поддержку лицам, которые проходят последние стадии смертельных заболеваний, а также их семьям. Такой уход предоставляет хоспис, сертифицированный согласно статье 40 Закона о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк или согласно другому процессу получения разрешения, необходимого в штате местонахождения хосписа.

Больница: Больница общего назначения для краткосрочного нахождения с целью получения помощи при острых состояниях, которая:

- Занимается главным образом предоставлением госпитализированным пациентам диагностических и лечебных услуг под руководством или наблюдением врачей с целью диагностики, лечения и оказания медицинской помощи травмированным или больным людям;
- Имеет организованные лечебные и хирургические отделения значительных размеров;
- Требуется, чтобы все пациенты обязательно находились под наблюдением врача или стоматолога;
- Предоставляет услуги по уходу за больными 24 часа в сутки под руководством или наблюдением профессиональной дипломированной медсестры (RN);
- Если такая Больница находится в штате Нью-Йорк, у нее имеется действующий план контрольно-ревизионной деятельности, который относится ко всем пациентам и соответствует, по меньшей мере, стандартам, изложенным в статье 1395x(k) раздела 42 Свода законов США (42 U.S.C. 1395x(k));
- Обладает соответствующей лицензией от учреждения, которое имеет право выдавать лицензии таким Больницам; и
- Не является, за исключением особого стечения обстоятельств, санаторием, учреждением, предназначенным, в первую очередь, для лечения туберкулеза, домом престарелых, учреждением для лечения больных алкоголизмом и наркоманией, или учреждением, оказывающим уход за выздоравливающими, а также патронажным, учебным или реабилитационным учреждением.

Оздоровительные учреждения, спа-салоны или изоляторы при школах или лагерях не являются Больницами.

Госпитализация: Лечение в Больнице, которое требует нахождения пациента в стационаре и, как правило, предполагает нахождение пациента в Больнице ночью.

Амбулаторное лечение в больнице: Лечение в Больнице, которое не требует нахождения пациента в учреждении ночью.

Законно пребывающий в стране иммигрант: Понятие «законно пребывающий» относится к иммигрантам, которые обладают:

- Иммиграционным статусом «не граждане, соответствующие определенным критериям» без периода ожидания

Договор Участника New York Essential Plan 3

- Гуманитарным статусом или находятся в определенных обстоятельствах (включая статус временной защиты, специальный статус несовершеннолетних, соискатели убежища, Конвенция против пыток, жертвы торговли людьми)
- Действующая неиммиграционная виза
- Легальный статус, предоставленный другими законами (статус временного проживания, акт LIFE, лица, подпадающие под процедуру Воссоединения семьи).
Полный перечень иммиграционных статусов, которые имеют право участия в плане, можно прочитать на нашем веб-сайте: www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status/ или позвонив в Министерство здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 1-855-355-5777.

Необходимый по медицинским показаниям: Для этого определения см. Раздел Как работает Ваше покрытие в данном Договоре.

Medicare: Раздел XVIII Закона о социальном страховании с правами (Title XVIII of the Social Security Act).

New York State of Health (NYSON): Официальная биржа планов медицинских услуг New York State of Health. NYSON — это ресурс, где отдельно взятый человек, семьи и мелкие бизнесы могут получить информацию о своих вариантах медицинского страхования; сравнить планы на основе их стоимости, льгот и других важных качеств; выбрать план и стать его пользователем. NYSON также предоставляет информацию о программах, которые помогают людям с уровнем дохода и средствами от низкого до среднего оплачивать покрытие, включая Medicaid, Child Health Plus, Налоговые кредиты на страховые взносы и Сокращение участия в издержках.

Поставщики, не участвующие в плане: Поставщик услуг, у которого не подписан договор с нашей организацией для предоставления услуг Вам. Услуги Поставщиков, не участвующих в плане, покрываются только как Услуги экстренной помощи или в случае нашего разрешения.

Предел расходов за свой счет: Максимальная сумма Участия в издержках, которую Вы оплачиваете за Год плана до того, как мы начинаем выплачивать 100 % Предельной суммы Покрывааемых услуг. Этот предел расходов не включает Ваш страховой взнос, выставление счета по остатку или стоимость медицинских услуг, которые мы не покрываем.

Поставщики, участвующие в плане: Поставщик услуг, у которого подписан договор с нашей организацией для предоставления услуг Вам. Перечень поставщиков, участвующих в плане, и их адреса указаны на нашем сайте myuhc.com/CommunityPlan или могут быть высланы Вам по запросу. Мы можем время от времени вносить изменения в список.

Врачи или Услуги врача: Медицинские услуги, которые предоставляет или координирует врач (M.D. — врач или D.O. — врач-остеопат).

Год плана: 12-месячный период, который начинается на дату вступления в силу Договора или любую ежегодную дату впоследствии, пока действует Договор.

Предварительное разрешение: Решение, принимаемое нами до того, как Вы получите необходимую по медицинским показаниям Покрываемую услугу, процедуру, план лечения, устройство или Рецептурный препарат, которые покрывает Услуга покрытия, процедура, план лечения, устройство или рецептурный препарат. Покрываемые услуги, которые требуют получения предварительного разрешения, указаны в Перечне льгот в данном Договоре.

Страховой взнос: Сумма, которая должна быть оплачена за Ваше страховое медицинское покрытие.

Рецептурные препараты: Лекарственный препарат, продукт или устройство, утвержденные Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA), которые, согласно федеральному закону или закону штата, могут отпускаться только на основании рецепта или в порядке пополнения запаса и включены в наш фармацевтический справочник. К рецептурным препаратам относятся медикаменты, которые в силу своих характеристик могут вводиться самостоятельно или нетренированным лицом, осуществляющим уход.

Основной лечащий врач (ОЛВ): Врач, принимающий участие в плане, как правило, специализирующийся на терапии или семейной практике, который непосредственно предоставляет или координирует весь спектр услуг медицинских услуг для Вас.

Поставщик услуг: Врач, Медицинский работник или Учреждение, которое имеет лицензию, регистрацию, сертификат или аккредитовано согласно законодательству штата. К Поставщикам услуг также относятся продавцы или распространители оборудования и расходных материалов для больных диабетом, медицинского оборудования длительного применения, медицинских расходных материалов или другого оборудования, или материалов, которые покрывает данный Договор. Такой Поставщик услуг имеет лицензию, регистрацию, сертификацию или аккредитацию согласно законодательству штата.

Направление: Направление на посещение Поставщика услуг, принимающего участие в плане, выданное другим Поставщиком услуг, также принимающим участие (как правило, ОЛВ выдает направление на посещение Участвующего специалиста) для организации дополнительного лечения Пользователя плана. Направление может пересылаться в электронной или бумажной форме, заполненной Вашим Поставщиком услуг. За исключением случаев, указанных в разделе «Доступ к медицинскому обслуживанию и промежуточному медицинскому обслуживанию» данного Договора, или указаний нашей компании об обратном, Направление для посещения Поставщика услуг, не участвующего в плане, не выдается. Направление не является обязательным, но необходимо для того, чтобы Вы могли платить меньшую сумму при Участии в издержках за определенные услуги, указанные в разделе «Перечень льгот» настоящего Договора.

Услуги по реабилитации: Медицинские услуги, которые помогают пациенту сохранить, восстановить или улучшить навыки и функции для ежедневных дел, которые были утрачены или

Договор Участника New York Essential Plan 3

повреждены из-за болезни, травмы или инвалидности. Такие услуги включают физиотерапию, трудовую терапию и восстановление нарушений речи в стационаре и/или амбулатории.

Перечень льгот: В разделе настоящего Договора описаны Доплаты, Личное участие, Пределы расходов за свой счет, требования к Предварительному разрешению, Направлениям и другим ограничениям Покрывааемых услуг.

Зона обслуживания: Географическая территория, обозначенная нами и утвержденная штатом Нью-Йорк, в рамках которой мы предоставляем страховое покрытие. Территория нашего обслуживания включает округа Олбани, Бронкс, Брум, Кайюга, Чатоква, Шиманг, Шенанго, Клинтон, Колумбия, Эссекс, Франклин, Фултон, Дженеси, Джефферсон, Кингз, Льюис, Мэдисон, Монро, Нассау, Нью-Йорк, Ниагара, Онайда, Онондага, Онтарио, Оранж, Орлеан, Осуиго, Куинс, Ренсселер, Ричмонд, Рокленд, Саратога, Скенектади, Сенека, Сент-Лоренс, Саффолк, Тайога, Олстер, Уоррен, Уэйн, Уэстчестер и Йейтс.


Лечебное учреждение, оказывающее квалифицированный сестринский уход за больными: Учреждение или его отдельная часть, которое: имеет лицензию или разрешение согласно местному законодательству или законодательству штата; прежде всего, предоставляет квалифицированный сестринский уход и аналогичные услуги в качестве лечебного учреждения, оказывающего квалифицированный сестринский уход за больными, учреждения длительного ухода или учреждения с медицинским уходом, утвержденного Joint Commission, или Больничным комитетом Американской остеопатической ассоциации (Bureau of Hospitals of the American Osteopathic Association), или в качестве Лечебного учреждения, оказывающего квалифицированный сестринский уход за больными в программе Medicare; любое другое наше определение для соответствия стандартам какому-либо из выше упомянутых органов власти.

Специалист: Врач, который работает в конкретной области медицины или с группой пациентов для постановки диагноза, профилактики или лечения определенных видов симптомов и заболеваний.

Участник: Лицо, которому выдается данный Договор. Когда Участнику необходимо предоставить уведомление по поводу Жалобы или поступления в Отделение скорой помощи, или визита, «Участник» также означает лицо, назначенное Участником.

UCR (обычная, традиционная и разумная плата): Стоимость медицинской услуги на географической территории, которая составлена на основании суммы, и которую, как правило, запрашивают Поставщики за такую же или похожую медицинскую услугу на данной территории.

Неотложная медицинская помощь: Медицинская помощь при заболевании, травме или состоянии, настолько серьезном, что здравомыслящий человек немедленно обратился бы за помощью, но не настолько тяжелом, чтобы такое состояние требовало внимания в отделении скорой помощи. Срочная медицинская помощь может быть предоставлена в кабинете Врача, принимающего участие в программе, или Центре оказания скорой медицинской помощи.



Центр оказания скорой медицинской помощи: Учреждение с лицензией (кроме больницы), которое оказывает скорую медицинскую помощь.

Нас, Мы, Наш/и: UnitedHealthcare Community Plan и любое лицо, которому Мы в законном порядке делегируем выполнение обязанностей от нашего имени и согласно данному Договору.

Проверка использования: Проверка для определения того, являются ли либо были ли услуги необходимы по медицинским показаниям и были ли они экспериментальными или исследовательскими (т. е. лечение редкого заболевания или клиническое исследование).

Вы, Ваш: Участник.

Раздел II

Как работает Ваше страховое покрытие

А. Ваше покрытие согласно данному Договору.

Вы приобрели или зарегистрировались в плане Essential Plan. Мы предоставим Вам льготы, описанные в данном Договоре. Вам следует хранить данный Договор вместе с другими важными документами, чтобы в будущем, при необходимости, Вы могли его найти.

Б. Покрываемые услуги.

Вы получите Покрываемые услуги согласно условиям данного Договора только в том случае, если Покрываемая услуга:

- Необходима по медицинским показаниям;
- Предоставляется Поставщиком услуг, принимающим участие в плане;
- Входит в перечень Покрываемых услуг;
- Не превышает никакие льготные ограничения, описанные в разделе Перечня льгот в данном Договоре; и
- Получена Вами в течение срока действия данного Договора.

Если Вы находитесь вне Территории нашего обслуживания, то покрытие ограничивается Услугами экстренной помощи, Экстренной медицинской помощью до госпитализации и услугами скорой помощи, которые окажут Вам помощь в Экстренном состоянии и при необходимости срочной помощи.

В. Поставщики, участвующие в плане.

Чтобы узнать, участвует ли Поставщик услуг в плане:

- Проверьте по справочнику Ваших Поставщиков, который предоставляется по запросу;
- Звоните по телефону 1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711, или
- посетите наш веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan.

Г. Роль Основного лечащего врача.

Согласно данному Договору Вы должны выбрать ОЛВ (основного лечащего врача). Хотя лечение у Вашего ОЛВ поощряется, у Вас нет необходимости в письменном Направлении от Вашего ОЛВ для того, чтобы получить Специализированную помощь у Поставщика услуг, участвующего в плане. Вы можете выбрать любого ОЛВ, участвующего в плане, который перечислен в перечне ОЛВ сети Essential Plan UnitedHealthcare Community Plan. В некоторых случаях Вы можете назначить Специалиста в качестве своего ОЛВ. Чтобы получить более подробную информацию о назначении Специалиста, см. раздел «Доступ к медицинскому обслуживанию и промежуточному медицинскому

обслуживанию» в данном Договоре.

С целью Участия в издержках, если Вы обращаетесь к ОЛВ (или Врачу, который действует как ОЛВ), у которого есть первичная или вторичная специализация, а не общая врачебная или семейная практика, терапевтическое направление, педиатрия и акушерство и гинекология, Вы должны оплатить визит к специалисту такого рода согласно Участию в издержках по данному Договору при условии, что оказанные услуги были связаны со специализированной медицинской помощью.

- 1. Доступ к Поставщикам услуг и смена Поставщика услуг.** Иногда Поставщики, указанные в нашем справочнике, могут быть недоступны. Прежде чем сообщить нам о выбранном ОЛВ, Вам следует позвонить Поставщику услуг, чтобы удостовериться, что он или она принимают новых пациентов.

Чтобы посетить Поставщика услуг, свяжитесь с его или ее офисом и сообщите им о том, что Вы являетесь участником плана UnitedHealthcare Community Plan, объяснив причину своего визита. Держите при себе Вашу ID-карточку. Офис Поставщика услуг может попросить Вас показать номер ID-карточки. При посещении кабинета Поставщика услуг возьмите с собой Вашу ID-карточку.

Вы можете сменить Вашего ОЛВ, позвонив в отдел обслуживания участников по телефону 1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711.

Д. Услуги за пределами сети.

Услуги Поставщиков, которые не участвуют в плане, не покрываются. Исключение составляют Услуги экстренной помощи или конкретные условия Покрытия в данном Договоре.

Е. Услуги, подлежащие предварительному разрешению.

Перед получением некоторых Покрываемых услуг наше Предварительное разрешение не требуется. Вы несете ответственность за подачу запроса на получение Предварительного разрешения за внутрисетевые услуги, указанные в разделе «Перечень льгот» в данном Договоре. Ваш ОЛВ или Поставщик услуг, принимающий участие в плане, несет ответственность за подачу запроса на получение Предварительного разрешения за внутрисетевые услуги, указанные в разделе «Перечень льгот» в данном Договоре.

Ж. Процедура получения Предварительного разрешения/Уведомления.

Если Вам нужно получить покрытие услуг, которые требуют Предварительного разрешения, Ваш Поставщик услуг должен связаться с отделом предварительных разрешений UnitedHealthcare по телефону 1-866-604-3267.

Ваш Поставщик услуг должен связаться с нами для получения Предварительного разрешения следующим образом:

- Как минимум за две (2) недели до планируемой госпитализации или хирургического

Договор Участника New York Essential Plan 3

вмешательства, если Ваш Поставщик услуг рекомендует Госпитализацию в стационаре. Если это невозможно, то как можно скорее в рабочее время до госпитализации.

- Как минимум за две (2) недели до амбулаторного хирургического вмешательства или любой амбулаторной процедуры, если Ваш Поставщик услуг рекомендует выполнить хирургическое вмешательство или процедуру в отделении амбулаторной хирургии Больницы или в Амбулаторном хирургическом центре. Если это невозможно, то как можно скорее в рабочее время до хирургического вмешательства или процедуры.
- В течение первых трех (3) месяцев после наступления беременности или как только это возможно, и повторно в течение 48 часов после родов, если Ваше пребывание в больнице может продлиться более 48 часов в случае естественных родов или 96 часов при кесаревом сечении.
- До оказания услуг санитарного самолета для Неэкстренных случаев.

Вы должны связаться с нами и подать Уведомление в следующей форме:

- Как можно скорее после оказания услуг санитарного самолета в Экстренном состоянии.
- Если Вы госпитализированы в случае Экстренного состояния, Вы должны позвонить нам в течение 48 часов после госпитализации или как только это будет возможно.

И. Неполучение Предварительного разрешения.

Если Вы не получили наше Предварительное разрешение на льготы, указанные в данном разделе, мы оплатим на \$500 меньше, чем мы бы могли заплатить за лечение, или только 50 % от суммы, которую мы могли бы заплатить за лечение (в зависимости от того, что будет выгоднее для Вас). Оставшуюся часть стоимости услуг Вы должны будете оплатить самостоятельно. Мы оплатим сумму, указанную выше, только в том случае, если мы установим, что лечение было необходимо с клинической точки зрения, даже если Вы не получили Предварительное разрешение. Если мы установим, что услуги не были необходимы по медицинским показаниям, Вам придется полностью оплатить стоимость оказанной Вам услуги.

К. Руководство медицинской службой.

Льготы, которые доступны Вам на основании данного Договора, проходят предварительные, параллельные и ретроспективные оценки, чтобы установить, когда мы должны покрывать такие услуги. Целью таких оценок является предоставление рентабельных медицинских услуг путем оценки применения процедур, условий или места оказания таких услуг (если это уместно). Покрываемые услуги должны быть обусловлены медицинской необходимостью.

Л. Медицинская необходимость.

Мы покрываем льготы, описанные в данном Договоре, если в медицинских услугах, процедуре, лечении, анализе, устройстве, Рецептурном препарате или расходном материале (вместе «услуга») есть медицинская необходимость. Факт того, что Поставщик услуг предоставил, выписал, заказал,

рекомендовал или одобрил услугу, не делает ее необходимой по медицинским показаниям и не значит, что мы должны ее покрывать.

Мы можем основывать наше решение на оценке:

- Медицинской документации;
- наших медицинских стратегий и клинических рекомендаций;
- Медицинской точки зрения профессионального сообщества, комитета экспертов или других групп врачей;
- Сообщений в реферируемой медицинской литературе;
- Сообщений и рекомендаций, опубликованных общенациональными учреждениями здравоохранения, включающие научные данные, на которые опираются данные рекомендации;
- Профессиональных стандартов безопасности и эффективности, общепризнанных на территории США для диагностики, ухода или лечения;
- Мнения специалистов в общепризнанной специализированной медицинской области;
- Мнения лечащих Поставщиков, которые внушают доверие, но не опровергают противоположные точки зрения.

Услуги считаются необходимыми с медицинской точки зрения в случае, если:

- Они клинически обоснованы по типу, частоте, степени, месту, продолжительности и считаются эффективными при Вашем заболевании, травме или заболевании;
- Они необходимы для оказания непосредственного ухода и лечения или купирования данного заболевания;
- Ваше состояние ухудшится, если данные услуги не будут предоставлены;
- Они предоставляются согласно общепринятым стандартам медицинской практики;
- Они первоначально не предназначены для Вашего удобства, удобства Вашей семьи или Вашего Поставщика услуг;
- Они не стоят дороже, чем альтернативная услуга или набор услуг, которые могут предоставить как минимум эквивалентный лечебный или диагностический результат;
- Когда обстановка или место оказания услуги также проходят оценку, услуги, которые могут быть безопасно оказаны Вам в обстановке с меньшей стоимостью, не будут необходимы с медицинской точки зрения, если они проводятся в условиях более дорогостоящей обстановки. Например, мы не предоставляем покрытие для госпитализации в стационаре для выполнения хирургического вмешательства, если такое хирургическое вмешательство может быть выполнено амбулаторно. Точно таким же образом, инфузия или инъекция препарата не будет выполняться в амбулаторном отделении Больницы, если такой препарат может быть предоставлен в кабинете врача или на дому.

Чтобы узнать о Вашем праве подавать внутреннюю или независимую апелляцию по поводу нашего

Договор Участника New York Essential Plan 3

решения о медицинской нецелесообразности услуги, см. раздел «Проверка использования и независимые апелляции».

М. Защита от неожиданных счетов.

1. Неожиданный счет — это счет, который Вы получаете за Покрытые услуги при следующих обстоятельствах:
 - За услуги, предоставленные Врачом, не принимающим участие в плане при Больнице или Амбулаторном хирургическом центре, который принимает участие в плане, если:
 - Врач, принимающий участие в плане, недоступен в момент оказания медицинской услуги;
 - Врач, не принимающий участие в плане, выполняет услуги без Вашего ведома; или
 - Возникают непредвиденные медицинские проблемы или услуги в момент оказания медицинских услуг.

Неожиданный счет не включает счет за медицинские услуги, если Врач, участвующий в плане, доступен на момент оказания медицинской услуги, но Вы выбрали услуги Врача, не участвующего в плане.

- Вы были направлены к Поставщику услуг, не участвующему в плане, Врачом, который в нем участвует, без Вашего четкого письменного согласия, где Вы подтверждаете тот факт, что направление выдано для посещения Поставщика услуг, не участвующего в плане, и что такой визит может привести к расходам, которые не покроет наша организация. В случае с неожиданным счетом направление к Поставщику услуг, который не участвует в плане, значит:
 - Покрываемые услуги выполняются Поставщиком услуг, не принимающим участие в плане, в офисе или клинике Врача, который принимает участие в плане, во время одного визита;
 - Врач, принимающий участие в плане, направляет образец, взятый у Вас в офисе Врача, принимающего участие в плане, в лабораторию или к патологу, которые не принимают участие в плане; или
 - В случае, если Ваш Договор предусматривает направление, любые другие Покрываемые услуги, которые предоставляются Провайдером, не принимающим участие в плане, по просьбе Врача, который принимает участие в плане.

В случае получения неожиданного счета от Поставщика услуг, не принимающего участие в плане, Вы не понесете какие-либо расходы, которые превышают Вашу внутрисетевую Доплату, Франшизу или Личное участие, если Вы в письменной форме уступаете льготы Не участвующему Поставщику услуг. В таких случаях Поставщик услуг, не принимающий участие в плане, может выставлять Вам счет только за Ваши внутрисетевые Доплату, Франшизу или Личное участие.

Форму для возмещения расходов непосредственно учреждению, оказывающему медицинские услуги, для неожиданного счета можно получить на веб-сайте: www.dfs.ny.gov или на нашем веб-сайте: myuhc.com/CommunityPlan(копия). Вы должны отправить нам по почте форму возмещения расходов непосредственно учреждению, оказывающему медицинские услуги, по адресу, указанному на Вашей ID-карточке, и Вашему Поставщику услуг.

2. **Независимый процесс разрешения споров.** Мы или Поставщик услуг можем открыть спор по поводу неожиданного счета, направив его в независимую организацию по разрешению споров (independent dispute resolution entity, IDRE), назначенную штатом. Процесс открытия спора выполняется путем подачи формы заявления в IDRE, которую можно найти на веб-сайте: www.dfs.ny.gov. В течение 30 дней с момента получения спора IDRE устанавливает, является ли обоснованной наша оплата или счет Поставщика услуг.

Н. Предоставление покрываемых услуг с использованием системы TeleHealth.

Если ваш участвующий поставщик предлагает покрываемые услуги с использованием системы TeleHealth, мы не будем отказывать в предоставлении покрываемых услуг на основе того, что они предоставляются с использованием системы TeleHealth. Покрываемые услуги, предоставляемые с использованием системы TeleHealth, могут подлежать пересмотру требований к использованию и обеспечению качества и другим условиям Контракта, которые, по меньшей мере, столь же благоприятны, как и требования к той же услуге, когда она не была предоставлена с использованием системы TeleHealth. «Telehealth» означает использование электронных информационно-коммуникационных технологий участвующим поставщиком для предоставления вам покрываемых услуг, когда ваше местоположение отличается от местоположения вашего поставщика.

О. Ведение пациентов

Ведение случаев помогает координировать услуги для Участников с медицинскими потребностями, возникшими из-за тяжелых, сложных и/или хронических заболеваний. Наши программы координируют льготы и обучают Участников, которые дали свое согласие на участие в программе по ведению случаев, чтобы помогать в удовлетворении своих собственных медицинских потребностей.

Наши программы по ведению случаев являются конфиденциальными и добровольными. Такие программы бесплатны для Вас и не отражаются на Покрываемых услугах. **Если Вы соответствуете критериям программы и соглашаетесь принимать в ней участие, мы поможем Вам удовлетворить Ваши потребности в медицинских услугах.** В этом нам способствует заключение договора и командная работа с Вами и/или Вашим законным представителем, лечащим(-и) врачом(-ами) и другими Поставщиками услуг. Кроме этого, мы можем помочь Вам согласовывать лечение с уже существующими программами на основе местных сообществ и услугами, которые соответствуют Вашим потребностям. Это может подразумевать необходимость предоставить Вам информацию о внешних агентствах, программах на основе местных общин и услугах.

В некоторых случаях тяжелых или хронических заболеваний, или травмах, мы можем предоставлять льготы на альтернативное лечение посредством программы ведения случаев, которая не включена в перечень Покрываемых услуг. Также мы можем расширять Покрываемые услуги таким образом, чтобы они превышали максимальные льготы в данном Договоре. Мы рассматриваем каждый случай в отдельности, если мы установили, что дополнительные или расширенные льготы соответствуют Вашим лучшим интересам.

Договор Участника New York Essential Plan 3

Содержание данного положения не может препятствовать Вам подавать апелляцию по поводу нашего решения. Решение предоставить расширенные льготы или одобрить дополнительное лечение в одном случае не обязывает нас предоставлять такие же льготы повторно Вам или другому Участнику. Мы сохраняем за собой право в любой момент изменить или прекратить предоставление расширенных льгот или утверждение дополнительного лечения. В таком случае, мы сообщим об этом Вам или Вашему представителю в письменной форме.

П. Важные телефонные номера и адреса.

- **ПРЕТЕНЗИИ:**

UnitedHealthcare Community Plan Medical Claims
P.O. Box 5240
Kingston, NY 12402-5240

UnitedHealthcare Community Plan Dental Claims
P.O. Box 2061
Milwaukee, WI 53201

- **ОБРАЩЕНИЯ ПО ПОВОДУ ЖАЛОБ, ПРЕТЕНЗИЙ И АПЕЛЛЯЦИИ ПО ВОПРОСАМ ПРОВЕРКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ:**

Обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону 1-866-265-1893.

Напишите по адресу:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Essential Plan Complaints, Appeals and Grievances
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131

- **ФОРМА ПЕРЕУСТУПКИ СТРАХОВЫХ ЛЬГОТ:**

Обратитесь по адресу, указанному на Вашей идентификационной карте
(Подавайте форму переуступки льгот для неожиданных счетов по этому адресу.)

- **МЕДИЦИНСКИЕ ЭКСТРЕННЫЕ СЛУЧАИ И СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ:**

1-866-265-1893

с понедельника по пятницу, с 8:00 до 18:00

- **ОТДЕЛ ОБСЛУЖИВАНИЯ УЧАСТНИКОВ: 1-866-604-3267**

Сотрудники отдела обслуживания участников отвечают на звонки с понедельника по пятницу, с 08:00 до 18:00

- **ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ РАЗРЕШЕНИЕ: 1-866-604-3267**

- **УСЛУГИ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: 1-866-265-1893, ТТУ 711**

- **НАШ ВЕБ-САЙТ: myuhc.com/CommunityPlan**

Раздел III

Доступ к медицинскому обслуживанию и промежуточному медицинскому обслуживанию

А. Разрешение Поставщику услуг, не участвующему в плане.

Если мы принимаем решение, что у нас нет Поставщика услуг, принимающего участие в плане, с необходимым образованием и опытом, который может лечить Ваше заболевание, мы утвердим Разрешение на посещение Поставщика услуг, не принимающего участие в плане. Ваш Поставщик услуг, который принимает участие в плане, должен подать запрос на Разрешение направить к Поставщику услуг, не принимающему участие в плане. Разрешение посетить Поставщика услуг, не принимающего участие в плане, не выдается ради Вашего удобства или удобства другого Поставщика услуг. Разрешение может быть выдано не обязательно для посещения того Поставщика услуг, не принимающего участия в плане, которого выбрали Вы. Когда мы даем Разрешение, то все услуги, которые предоставляет Поставщик услуг, не принимающий участие в плане, должны входить в план лечения, утвержденный нами совместно с Вашим ОЛВ, Поставщиком услуг, не принимающим участие в плане, и Вами. Покрываемые услуги, предоставленные Поставщиком услуг, не принимающим участие в плане, будут оплачены таким же образом, как если бы они были предоставлены Поставщиком услуг, принимающим участие в плане. Вы должны оплатить только внутрисетевое Участие в издержках. В случае если такое разрешение не дано, любые услуги, предоставленные Поставщиком услуг, не принимающим участие в плане, покрываться не будут.

Б. Случаи, когда специализированный врач может быть Вашим основным лечащим врачом.

Если у Вас угрожающее жизни состояние или заболевание, дегенеративное или инвалидизирующее состояние или заболевание, которое требует специализированной помощи в течение длительного периода времени, Вы можете попросить Специалиста, который принимает участие в плане, стать Вашим ОЛВ. Мы советуемся со Специалистом и Вашим ОЛВ, чтобы решить, следует ли Специалисту быть Вашим ОЛВ. Разрешение выдается согласно плану лечения, утвержденному нами совместно с Вашим ОЛВ, специалистом и Вами. Мы не одобрим услуги Специалиста, который не участвует в плане, пока мы не установим, что в нашей сети отсутствует необходимый Вам Поставщик услуг. Если мы одобряем обращение к Специалисту, не принимающему участие в плане, то все услуги, которые предоставляет такой Специалист согласно утвержденному плану лечения, будут оплачены таким же образом, как если бы они были предоставлены Поставщиком услуг, принимающим участие в плане. Вы должны оплатить только внутрисетевое Участие в издержках.

В. Постоянно действующее разрешение посещать Специалиста, принимающего участие в плане.

Если Вам нужна постоянная специализированная помощь, Вы можете получить «постоянное разрешение» посещать Специалиста, который является участвующим Поставщиком услуг. Это

Договор Участника New York Essential Plan 3

означает, что Вам не нужно будет получать новое направление от Вашего ОЛВ каждый раз, когда Вам нужно встретиться со Специалистом. Мы советуемся со Специалистом и Вашим ОЛВ, чтобы решить, необходимо ли Вам постоянное разрешение. Разрешение выдается согласно плану лечения, утвержденному нами совместно с Вашим ОЛВ, специалистом и Вами. План лечения может ограничивать количество визитов или период, в течение которого такие визиты разрешены. Согласно такому плану, Специалисту может понадобиться регулярно информировать Вашего ОЛВ о предоставляемом Вам специализированном лечении, а также обо всех необходимых медицинских данных. Мы не даем постоянное разрешение на услуги Специалиста, который не участвует в плане, пока мы не установим, что в нашей сети отсутствует необходимый Вам Поставщик услуг. Если мы даем постоянное разрешение на посещение Специалиста, не принимающего участие в плане, то все услуги, которые предоставляет Специалист, не принимающий участие в плане, согласно утвержденному плану лечения будут оплачены таким же образом, как если бы они были предоставлены Поставщиком услуг, принимающим участие в плане. Вы должны оплатить только внутрисетевое Участие в издержках.

Г. Специализированный центр медицинской помощи.

Если у Вас угрожающее жизни состояние или заболевание, дегенеративное или инвалидизирующее состояние или заболевание, которое требует специализированной помощи в течение длительного периода времени, Вы можете попросить дать разрешение на посещение специализированного центра медицинской помощи, который специализируется на лечении такого состояния или заболевания, как у Вас. Специализированный центр медицинской помощи — это центр, который аккредитован или назначен государственной организацией, федеральным правительством или национальным учреждением по здравоохранению как центр, специализирующийся на лечении Вашего заболевания или состояния. Мы проконсультируемся с Вашим ОЛВ, Вашим специалистом и специализированным центром медицинской помощи и решим, будет ли уместна выдача такого разрешения. Любое разрешение выдается согласно плану лечения, составленному специализированным центром медицинской помощи, и получает наше утверждение совместно с Вашим ОЛВ, Специалистом и Вами. Мы не даем разрешение на услуги специализированного центра медицинских услуг, который не участвует в плане, пока мы не установим, что в нашей сети отсутствует необходимый тип такого центра. Если мы даем разрешение на посещение специализированного центра медицинских услуг, не принимающего участие в плане, то все Покрываемые услуги, которые предоставляет специализированный центр медицинской помощи, не принимающий участие в плане, согласно утвержденному плану лечения будут оплачиваться так, как будто они были предоставлены специализированным центром, принимающим участие в плане. Вы должны оплатить только внутрисетевое Участие в издержках.

Д. Если Ваш Поставщик услуг выходит из сети.

Если Вы проходите курс лечения у Поставщика услуг, который решает выйти из нашей сети, у Вас есть возможность продолжить получать Покрываемые услуги по текущему лечению у Вашего бывшего

Поставщика услуг, принимающего участие, в течение еще 90 дней с даты, когда прекращаются договорные обязательства Вашего Поставщика услуг о предоставлении Вам услуг.

Чтобы Вы могли продолжить получать Покрываемые услуги у Вашего Поставщика услуг в течение 90 дней или в течение Вашей беременности, Поставщик услуг должен согласиться на такую сумму оплаты, которая была действительна до прекращения наших взаимоотношений с Поставщиком услуг. Поставщик услуг должен также согласиться предоставить нам все необходимые медицинские данные, связанные с Вашим лечением, придерживаться нашей политики и процедур, включая гарантирование качества лечения, получения Предварительного разрешения, других разрешений и плана лечения, утвержденного нами. Если Поставщик услуг согласен с такими условиями, то Вы сможете получать Покрываемые услуги у такого Поставщика услуг. Вы должны оплатить только внутрисетевое Участие в издержках. Обратите внимание, что если мы прекратили сотрудничество с Поставщиком услуг из-за мошенничества, нанесения неизбежного вреда пациентам или финансовой дисциплинарной меры со стороны совета штата или комитета, которые влияют на возможность Поставщика услуг вести свою практику, то продолжение лечения у такого Поставщика услуг невозможно.

Е. Новые участники в ходе лечения.

Если Вы проходите курс лечения у Поставщика услуг, не принимающего участие в плане, в тот момент, когда Ваше покрытие согласно данному Договору вступает в силу, Вы можете получать Покрываемые услуги по текущему лечению у Неучаствующего Поставщика услуг в течение 60 дней с даты вступления в силу Вашего страхового покрытия согласно данному Договору. Курс лечения должен проводиться в отношении заболевания или состояния, опасного для жизни, или дегенеративного и приводящего к инвалидности заболевания или состояния. Также Вы можете продолжать получать медицинскую помощь от Неучаствующего поставщика, если в то время, когда начинается Ваше страховое покрытие по данному Договору, Вы находитесь на втором или третьем триместре беременности. Вы можете продолжать получать медицинскую помощь во время родов, а также получать послеродовой уход, непосредственно связанный с этими родами.

Чтобы Вы могли получать Покрытые услуги до 60 дней или в течение беременности, не участвующий Поставщик услуг должен дать свое согласие принимать в качестве оплаты наши гонорары за такие виды услуг. Поставщик услуг должен также согласиться предоставить нам все необходимые медицинские данные, связанные с Вашим лечением, придерживаться нашей политики и процедур, включая гарантирование качества лечения, получение Предварительного разрешения, направления и план лечения, утвержденный нами. Если Поставщик услуг согласен с такими условиями, то Вы сможете получать Покрываемые услуги у такого Поставщика услуг. Вы должны оплатить только внутрисетевое Участие в издержках.

Раздел IV

Участие в издержках и допустимая сумма

А. Доплата.

Вы должны совершать Доплаты или вносить фиксированные суммы в разделе Перечень льгот данного Договора за Покрываемые услуги, за исключением случаев, когда указаны другие условия. Однако если Предельная сумма за услугу меньше в размере, чем Доплата, Вы должны оплатить меньшую сумму.

Б. Личное участие.

Вы должны оплатить долю Предельной суммы за Покрываемые услуги, за исключением случаев, когда указаны другие условия. Мы оплатим остальную часть Предельной суммы как указано в разделе Перечня льгот в данном Договоре.

В. Предел расходов за свой счет.

Когда Вы достигаете предела расходов за свой счет в выплате Доплат и Личного участия за страховой год Перечня льгот согласно данному Договору, мы предоставим Вам страховое покрытие 100 % Предельной суммы за Покрываемые услуги в течение остатка страхового года.

Штраф за уведомление о Предварительном разрешении, указанный в разделе «Как работает Ваше страховое покрытие» данного Договора, не применяется к Пределу расходов за Ваш счет. Предел расходов за Ваш счет рассчитывается отдельно на каждый страховой год.

Г. Предельная сумма.

«Предельная сумма» — это максимальная сумма, которую мы оплачиваем за услуги и расходные материалы, покрываемые данным Договором, до вычитания любых применимых Доплат и Личного участия. Предельная сумма устанавливается нами следующим образом:

Наша оплата участвующих Поставщиков услуг может включать финансовые поощрения с целью улучшения качества лечения и стимулирования предоставления Покрываемых услуг экономически эффективным путем. Выплаты в рамках такой программы финансового поощрения не выполняются за конкретную Покрытую услугу, предоставленную Вам. Ваше Участие в издержках не меняется из-за каких-либо оплат, выполненных или полученных от участвующих Поставщиков услуг в рамках программы финансового поощрения.

Фармацевтические препараты, назначенные врачом.

Для фармацевтических препаратов, назначенных врачом, мы используем методики определения, которые сходны с методикой ценообразования, используемой центрами услуг Medicare и Medicaid, и оцениваем сборы на основе опубликованных затрат на приобретение или средней оптовой цены на

фармацевтические препараты. Эти методики в настоящее время создаются RJ Health Systems, Thomson Reuters (опубликованы в ее «Красной книге») или нами на основе самостоятельно разработанного фармацевтического ценового ресурса, если в других методиках нет доступных данных о ценах препаратов, применяемых врачом, или особые обстоятельства дают основания для корректировки с сторону повышения относительно другой методики ценообразования.

См. раздел «Услуги экстренной помощи и срочная медицинская помощь» в данном Договоре, чтобы получить информацию о Предельной сумме за оплату услуг при Экстренном состоянии.

Раздел V

На кого распространяется страховое покрытие

А. На кого распространяется страховое покрытие по данному Договору?

Вы, Участник, на которого выписан данный Договор, получаете страховое покрытие согласно данному Договору. Чтобы быть застрахованными по данному Договору, Вы должны проживать на Территории обслуживания. Ваш семейный доход должен составлять 138% или менее, и Вы должны быть Законно пребывающим в стране иммигрантом, не имеющим права пользоваться Medicaid. Если Вы включены в план Medicare либо Medicaid, Вы моложе 21 года, старше 64 лет, либо Вы беременны, Вы не можете приобрести этот Договор.

Вы обязаны сообщать об изменениях Вашего статуса, которые могут повлиять на Ваше право пользоваться данным планом, включая Вашу беременность. Если Вы забеременеете во время пользования этим планом, Вы будете иметь право получить страхование по Medicaid. Мы настоятельно рекомендуем беременным женщинам вступить в программу Medicaid, чтобы обеспечить постоянное покрытие услуг для новорожденных с самого момента рождения, поскольку покрытие Essential Plan не распространяется на новорожденных. Если Вы перейдете на Medicaid, Ваш новорожденный ребенок автоматически будет включен в программу Medicaid с момента рождения, без перерывов в покрытии.

Б. Виды страхового покрытия.

Единственный вид покрытия, который предлагает Essential Plan, это индивидуальное покрытие. Это значит, что страховое покрытие получаете только вы. Если другие члены Вашей семьи также участвуют в Essential Plan, они получают отдельный контракт, и, если применимо, оплачивают отдельный страховой взнос.

В. Регистрация.

Вы имеете право стать участником согласно данному Договору в любое время в течение года. Если Вы являетесь новым соискателем на покрытие NYSON, Ваше покрытие начнется в первый день

месяца, в котором Вы выбрали Ваш план. Например, если NYSON получит информацию о Вашем выборе Essential Plan 18 февраля, покрытие по этому плану начнется 1 февраля. Любые услуги, оказанные Вам с 1 февраля по 18 февраля, будут покрыты нами. Если Вы имели покрытие через NYSON по другой программе или плану и переходите на Essential Plan, Ваше покрытие начнется в первый день месяца, следующего за выбором плана. Например, если Вы выберете Essential Plan 19 февраля, Ваше покрытие начнется с 1 марта.

Раздел VI

Профилактическое медицинское обслуживание

См. раздел «Перечень льгот» в данном Договоре для информации о требованиях к Участию в издержках, ограничениям количества дней или визитов, любым требованиям к Предварительным разрешениям или Направлениям, которые могут применяться к этим льготам.

Профилактическое лечение.

Мы покрываем следующие услуги с целью способствования хорошему состоянию здоровья и раннему обнаружению заболеваний. Профилактические услуги не подлежат Участию в издержках (Доплата или Личное участие) при условии, что они предоставляются участвующим Поставщиком услуг и согласно комплексным указаниям, подтвержденным Управлением ресурсов и служб здравоохранения США (HRSA, Health Resources and Services Administration), или если такие наименования и услуги получили рейтинг «А» или «В» Специальной комиссии по профилактике США (USPSTF, United States Preventive Services Task Force), или если вакцинация рекомендована Консультативным комитетом по вакцинации (ACIP, Advisory Committee on Immunization Practices). Однако Участие в издержках может применяться к услугам, которые предоставляются в течение одного и того же визита в качестве профилактического лечения. Кроме того, если профилактическая услуга предоставлена во время визита в кабинет врача, хотя основной целью визита не было получение такой профилактической услуги, то сумма Участия в издержках будет взыскиваться. Вы можете связаться с нами по номеру **1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711**, или посетить наш веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan, чтобы получить копию общих указаний, подтвержденных HRSA, наименований или услуг с рейтингом «А» или «В» USPSTF, а также вакцинаций, рекомендованных ACIP.

- А. Ежегодные физикальные осмотры для взрослых.** Мы покрываем ежегодные физикальные осмотры, профилактическое лечение и скрининги согласно описаниям в общих указаниях, подтвержденных HRSA, а также наименования или услуги с рейтингом «А» или «В» USPSTF.

К наименованиям или услугам с рейтингом «А» или «В» USPSTF относятся скрининг злоупотребления алкоголем, скрининг артериального давления для взрослых, скрининг уровня холестерина, скрининг на предмет колоректального рака и диабета, скрининг на наличие

депрессии, скрининг на рак легких. Весь перечень Покрываемых профилактических услуг имеется на нашем веб-сайте: myuhc.com/CommunityPlan или будет отправлен Вам по запросу по почте.

Вы имеете право на физикальный осмотр один раз в течение календарного года, независимо от того, прошли ли 365 дней с момента прошлого визита для проведения физикального осмотра. Проверка зрения не включает рефракции.

Эта льгота не подлежит ни Доплатам, ни Личному участию, если она предоставляется согласно общим указаниям, подтвержденным HRSA, а также наименованиям или услугам с рейтингом «А» или «В» USPSTF.

- Б. Вакцинация взрослых.** Мы обеспечиваем покрытие вакцинации для взрослых согласно рекомендациям ACIP. Эта льгота не подлежит ни Доплатам, ни Личному участию, если она предоставляется согласно рекомендациям ACIP.
- В. Осмотры в женской консультации.** Мы покрываем осмотры в женской консультации, которые включают плановый осмотр у гинеколога, осмотр молочных желез и ежегодный мазок Папаниколау, включая лабораторные и диагностические услуги, связанные с изучением мазка Папаниколау. Также мы покрываем профилактическое лечение и скрининги согласно описаний в общих указаниях, подтвержденных HRSA, а также наименования или услуги с рейтингом «А» или «В» USPSTF. Весь перечень Покрываемых профилактических услуг имеется на нашем веб-сайте: myuhc.com/CommunityPlan или будет отправлен Вам по запросу по почте. Эта льгота не подлежит ни Доплатам, ни Личному участию, если она предоставляется согласно общим указаниям, подтвержденным HRSA, а также наименованиям или услугам с рейтингом «А» или «В» USPSTF.
- Г. Маммограммы, скрининг и диагностические обследования на предмет рака молочной железы.** Мы покрываем маммограммы для скрининга на предмет рака молочной железы следующим образом:

- Одна (1) процедура маммограммы во время исходного скрининга для женщин в возрасте от 35 до 39 лет; и
- Одна (1) процедура маммограммы раз в год для женщин в возрасте 40 лет и старше.

Если у женщины в любом возрасте в истории болезни был рак молочной железы или у ее родственниц первой степени родства был рак молочной железы, мы покрываем маммограммы по рекомендации Поставщика услуг. Однако ни в коем случае мы не покрываем более одного (1) профилактического скрининга в течение страхового года.

Маммограммы в качестве скрининга рака молочной железы не подлежат ни Доплатам, ни Личному участию, если они предоставляются Поставщиком услуг, участвующим в плане.

Мы также обеспечиваем покрытие дополнительных скрининговых или диагностических обследований, в том числе ультразвукового обследования и МРТ. Скрининговые и диагностические обследования на предмет рака молочной железы, включая диагностические маммограммы, ультразвуковое исследование молочной железы и МРТ не подлежат ни доплатам, ни франшизам, ни личному участию, если они предоставляются Поставщиком услуг,

участвующим в плане.

Д. Планирование семьи и услуги по репродуктивному здоровью. Мы покрываем услуги по планированию семьи, включая контрацептивные методы, утвержденные FDA и выписанные Поставщиком услуг, которые не покрываются в разделе о Страховом покрытии рецептурных препаратов в этом Контракте, услуги консультирования по приему контрацептивов и связанные с ними темы, а также процедуры стерилизации для женщин. Такие услуги не подлежат ни Доплатам, ни Личному участию, если они предоставляются согласно общим указаниям, подтвержденным HRSA, а также наименованиям или услугам с рейтингом «А» или «В» USPSTF. Кроме прочего, мы покрываем процедуру вазэктомии, которая подлежит Доплатам или Личному участию.

Мы не покрываем услуги, связанные с процедурами отмены элективной стерилизации.

Е. Измерение или анализ минеральной плотности костной ткани. Мы покрываем стоимость измерения или анализов минеральной плотности костной ткани, а также Рецептурные препараты и устройства, утвержденные FDA или их непатентованные эквивалентные препараты в качестве заменителей. Страховое покрытие Рецептурных препаратов входит в раздел «Страховое покрытие рецептурных препаратов» данного Договора. Измерение или анализы минеральной плотности костной ткани или необходимые устройства включают наименования, которые покрываются для лиц, соответствующих критериям федеральной программы Medicare, а также критериям Национальных институтов здравоохранения. Также Вы будете иметь право на страховое покрытие измерений и анализов минеральной плотности костной ткани в случае, если Вы соответствуете одному из далее указанных пунктов:

- Вам ранее поставили диагноз остеопороза или в Вашей семье присутствует остеопороз в истории болезни;
- Симптомы или состояния, которые указывают на наличие значительного риска развития остеопороза;
- Вы используете схему лекарственного лечения, которая приводит к значительному риску развития остеопороза;
- Факторы образа жизни в определенной степени представляют угрозу развития остеопороза; или
- Возраст, пол и/или другие физиологические характеристики, которые представляют значительную угрозу развития остеопороза.

Также мы покрываем измерения или анализы минеральной плотности костной ткани, Рецептурные препараты и устройства согласно описаниям в общих указаниях, подтвержденных HRSA, а также наименования или услуги с рейтингом «А» или «В» USPSTF.

Эта льгота не подлежит ни Доплатам, ни Личному участию, если она предоставляется согласно общим указаниям, подтвержденным HRSA, а также наименованиям или услугам с рейтингом «А» или «В» USPSTF, куда могут не входить все вышеупомянутые услуги, как например, лекарственные препараты и медицинские устройства.

Ж. Скрининг рака предстательной железы. Мы покрываем ежегодный диагностический осмотр, в том числе пальцевое ректальное исследование и анализ на наличие простатического специфического антигена у мужчин в возрасте 50 лет и старше, у которых отсутствуют симптомы такого заболевания, и у мужчин в возрасте 40 лет и старше с наличием в семейной истории болезни рака предстательной железы или других факторов риска развития рака предстательной железы. Кроме прочего, мы покрываем диагностические исследования, в том числе пальцевое ректальное исследование и анализ на наличие простатического специфического антигена у мужчин в любом возрасте с раком предстательной железы в истории болезни.

Раздел VII

Скорая помощь и экстренные медицинские услуги до госпитализации

См. раздел «Перечень льгот» в данном Договоре для информации о требованиях к Участию в издержках, ограничениям количества дней или визитов, любым требованиям к Предварительным разрешениям или Направлениям, которые могут применяться к этим льготам. Экстренные медицинские услуги до госпитализации и услуги скорой помощи для лечения экстренного состояния не требуют Предварительного разрешения.

А. Транспортировка в скорой помощи.

Мы покрываем Экстренные медицинские услуги до госпитализации для лечения экстренного состояния в случае, когда такие услуги предоставляются скорой помощью.

«Экстренные медицинские услуги до госпитализации» — это быстрая оценка и лечение Экстренного состояния и/или не воздушная транспортировка в Больницу. Услуга должна предоставляться скорой помощью, сертифицированной согласно Закону о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк. Однако мы только покрываем транспортировку в Больницу, выполненную такой службой скорой помощи, отсутствие которой, с точки зрения здравомыслящего неспециалиста, который владеет общими понятиями в сфере медицины и здравоохранения, может:

- Поставить под угрозу здоровье человека с таким заболеванием или, в случае беременной женщины, ее здоровье или здоровье ее не рожденного ребенка; в случае психического расстройства, поставить здоровье такого человека и окружающих под серьезную угрозу;
- Привести к серьезному повреждению функций организма такого человека;
- Привести к серьезной дисфункции какого-либо органа или части тела такого человека; или
- Привести к обезображиванию такого человека.

Договор Участника New York Essential Plan 3

Скорая помощь может не выставлять Вам счет и не требовать возмещения расходов за Экстренные медицинские услуги до госпитализации за исключением взыскания применимых в таких случаях Доплат, Франшизы или Личного участия.

Мы также покрываем экстренную транспортировку, выполненную лицензированной скорой помощью (наземной, водной или воздушной) в ближайшую Больницу, где могут предоставить Услуги экстренной помощи.

Мы покрываем Экстренные медицинские услуги до госпитализации и транспортировку в скорой помощи по всему миру.

Б. Транспортировка в скорой помощи при Неэкстренных случаях.

Мы покрываем транспортировку в скорой помощи при неэкстренных случаях лицензированной скорой помощью (наземной или воздушной) между Учреждениями при транспортировке:

- Из Неучаствующей больницы в участвующую;
- В Больницу, которая предоставляет более высокий уровень лечения, который был не доступен в первоначально выбранной Больнице;
- В более рентабельное Учреждение интенсивной терапии; или
- Из Учреждения интенсивной терапии в учреждение субинтенсивной терапии.

В. Ограничения/Условия страхового покрытия.

- Мы не покрываем расходы на передвижение и транспортировку, даже если она рекомендована Врачом, за исключением Экстренных состояний или из-за смены лечебного учреждения.
- Мы не покрываем транспортировку не в карете скорой помощи, например в миниавтобусе, оборудованном для лиц в инвалидных колясках, фургонах или такси.
- Покрытие услуг воздушной скорой помощи в связи с Экстренным состоянием или не Экстренным транспортированием обеспечивается в случае, если Ваше состояние не позволяет воспользоваться наземным транспортом; Ваше состояние здоровья требует немедленной и быстрой транспортировки, которая не может быть обеспечена наземным транспортом; при этом должно быть удовлетворено одно (1) из следующих условий:
 - Место погрузки пассажира недоступно для наземного транспорта; или
 - Большое расстояние или другие препятствия не позволяют вовремя перевезти Вас в ближайшую Больницу с необходимыми условиями.

Раздел VIII

Услуги экстренной помощи и срочная медицинская помощь

См. раздел «Перечень льгот» в данном Договоре для информации о требованиях к Участию в издержках, ограничениям количества дней или визитов, любым требованиям к Предварительным разрешениям или Направлениям, которые могут применяться к этим льготам.

А. Услуги экстренной помощи.

Мы покрываем Услуги экстренной помощи для лечения Экстренного состояния в Больнице.

Под понятием «**Экстренное состояние**» мы подразумеваем: Медицинское или психическое расстройство, проявляющееся острыми симптомами достаточной степени тяжести, в том числе сильной болью, в отношении которых здравомыслящий непрофессионал со средним уровнем знаний о здоровье и медицине мог бы с достаточной вероятностью ожидать, что отсутствие немедленной медицинской помощи может:

- Поставить под угрозу здоровье человека с таким заболеванием или, в случае беременной женщины, ее здоровье или здоровье ее не рожденного ребенка; в случае психического расстройства, поставить здоровье такого человека и окружающих под серьезную угрозу;
- Привести к серьезному повреждению функций организма такого человека;
- Привести к серьезной дисфункции какого-либо органа или части тела такого человека; или
- Привести к обезображиванию такого человека.

Например, Экстренное состояние может включать следующие симптомы:

- Сильная боль в груди
- Тяжелые или множественные травмы
- Сильная одышка
- Неожиданное изменение психического состояния (например, дезориентация)
- Значительное кровотечение
- Острая боль или состояния, которые требуют немедленного внимания, например, подозрение на сердечный приступ или аппендицит
- Отравление
- Судороги

Покрытие Услуг экстренной помощи для лечения Вашего состояния, требующего экстренного вмешательства, предоставляется независимо от того, участвует ли Поставщик услуг в плане. Мы

Договор Участника New York Essential Plan 3

также покрываем Услуги экстренной помощи для лечения Вашего состояния, требующего экстренного вмешательства, по всему миру. Однако мы покрываем только такие Услуги экстренной помощи и расходные материалы, которые необходимы по медицинским показаниям и применяются для лечения или стабилизации Вашего состояния, требующего экстренного вмешательства, в Больнице.

Следуйте указаниям, приведенным далее, независимо от того, находитесь ли Вы на нашей Территории страхового покрытия во время наступления Экстренного состояния:

- 1. Визиты в отделение скорой помощи в Больнице.** Если Вам понадобится лечение в отделении скорой помощи, немедленно обратитесь в такое отделение при ближайшей Больнице или позвоните по номеру 911. Обслуживание в отделении скорой помощи не требует Предварительного разрешения. **Однако в отделении скорой помощи мы покрываем только Услуги экстренной помощи для лечения Экстренного состояния.** Если Вы не уверены, что отделение скорой помощи при Больнице будет самым оптимальным местом для получения необходимой медицинской помощи, то перед обращением за помощью Вы можете связаться с нами по телефону 1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711.

Мы не покрываем последующее наблюдение или плановое лечение, если они были предоставлены в отделении скорой помощи Больницы.

Вам следует связаться с нами, чтобы быть уверенным в том, что Вы получаете надлежащее последующее наблюдение.

- 2. Экстренная госпитализация.** Если Вы госпитализированы в Больнице, Вы или кто-либо от Вашего имени должен сообщить нам об этом по номеру, указанному в этом Договоре, и позвонить по телефону 1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711 в течение 48 часов с момента госпитализации или как только представится такая возможность.

Мы покрываем услуги стационара в Неучаствующей Больнице в рамках внутрисетевого Участия в издержках в течение всего времени, пока Ваше состояние здоровья не позволит перевести Вас в Участвующую Больницу, за исключением случая, когда мы даем разрешение на продолжение лечения в Неучаствующей Больнице. Если состояние Вашего здоровья позволяет Вам переместиться в Больницу, которая принимает участие в плане, мы сообщим Вам об этом и поможем организовать перевозку. Любые услуги стационара, полученные в Неучаствующей Больнице, после того как мы уведомили Вас об этом и предложили организовать перевозку в Больницу, которая принимает участие в плане, не будут покрываться.

- 3. Оплата оказанных Услуг экстренной помощи.** Сумма, которую мы оплачиваем Поставщику услуг, не принимающему участие, за Услуги экстренной помощи, это сумма, оплачиваемая согласно Medicare. Суммы, о которых идет речь выше, не включают Доплату или Личное участие, которые применяются к Услугам экстренной помощи, предоставленными участвующим Поставщиком услуг.

Вы несете ответственность за Доплату или оплату Личного участия. Вы не будете нести материальную ответственность за какие-либо расходы на Поставщика услуг, не принимающего участие в плане, которые превышают Вашу Доплату, Франшизу или Личное участие.

Б. Срочная медицинская помощь.

Срочная медицинская помощь — это медицинская помощь при заболевании, травме или состоянии, настолько серьезном, что здравомыслящий человек немедленно обратился бы за помощью, но не настолько тяжелом, чтобы такое состояние требовало внимания в отделении скорой помощи. Услуги центров срочной медицинской помощи, как правило, доступны после окончания рабочего времени, включая вечернее время и выходные. **Срочная медицинская помощь в центре срочной медицинской помощи покрывается как в, так и вне нашей Территории обслуживания.**

1. **Внутрисетевая помощь.** Мы покрываем Срочную медицинскую помощь, оказанную участвующим Врачом или участвующим Центром срочной медицинской помощи. Нет необходимости связываться с нами до или после такого визита.
2. **Внесетевая помощь.** Мы покрываем Срочную медицинскую помощь, оказанную не участвующим Центром срочной медицинской помощи.

Если оказание Срочной медицинской помощи приводит к экстренной госпитализации, пожалуйста, следуйте указаниям об экстренной госпитализации, указанным ранее.

Раздел IX

Амбулаторные и специализированные услуги (кроме психиатрии и зависимости от психоактивных веществ)

См. раздел «Перечень льгот» в данном Договоре для информации о требованиях к Участию в издержках, ограничениям количества дней или визитов, любым требованиям к Предварительным разрешениям или Направлениям, которые могут применяться к этим льготам.

А. Расширенные услуги визуализации.

Мы покрываем исследования ПЭТ, МРТ, ядерной медицины и КТ.

Б. Аллергическое тестирование и лечение.

Мы покрываем тестирование и оценки, включая инъекции, скарификационную кожную пробу и пробу с накалыванием для определения наличия аллергической реакции. Мы также покрываем лечение от аллергии, включая десенсибилизацию, плановые аллергические инъекции и сыворотки.

В. Услуги амбулаторного хирургического центра.

Мы покрываем хирургические процедуры, выполняемые в амбулаторных хирургических центрах, включая услуги и расходный материал, который предоставляет центр в день проведения хирургической процедуры.

Г. Химиотерапия.

Мы покрываем лечение химиотерапией в амбулатории или офисе медицинского работника. Пероральный прием противораковых препаратов покрывается согласно разделу «Страховое покрытие рецептурных препаратов» в данном Договоре.

Д. Хиропрактика.

Мы покрываем хиропрактические процедуры, если они выполняются Доктором хиропрактики («хиропрактик») или Врачом в связи с обнаружением или коррекцией мануальным или механическим путем структурного дисбаланса, деформации или подвывиха в теле с целью устранения защемления нервов и их последствий, в случае, когда такое защемление является результатом или связано с искривлением, смещением или подвывихом позвоночника. Это включает оценку, манипуляции и другие способы. Любые лабораторные анализы покрываются страховкой согласно условиям данного Договора.

Е. Клинические исследования.

Мы покрываем плановые расходы на пациентов при Вашем участии в утвержденных клинических исследованиях. Такое страховое покрытие не подлежит Проверке использования, если:

- Вы принимаете участие в утвержденных клинических исследованиях с целью лечения рака или других заболеваний, или состояний, угрожающих жизни; и
- Вас направил Поставщик услуг, принимающий участие в плане, который решил, что Ваше участие в утвержденном клиническом исследовании будет уместным.

Все остальные клинические исследования, которые не касаются рака или других заболеваний, или состояний, угрожающих жизни, могут подлежать условиям разделов «Проверка использования и независимые апелляции» настоящего Договора.

Мы не покрываем: расходы на исследуемые лекарственные средства или устройства, расходы на услуги, не относящиеся к здравоохранению, которые могут быть необходимы Вам для получения лечения, расходы на управление научными исследованиями, или расходы, на которые не распространялось бы страховое покрытие в рамках данного Договора на участие в отношении лечения, проводимого не с целью исследования, предоставляемого клиническим исследованием.

«Утвержденное клиническое исследование» означает клиническое исследование в фазе I, II, III или IV, которое:

- Спонсируется или утверждено на федеральном уровне;
- Проводится по заявке на проведение клинического исследования лекарственного препарата, рассмотренного Управлением по контролю за продуктами и лекарствами; или
- Исследование лекарственного средства, которое освобождено от необходимости подавать заявку на регистрацию нового лекарственного средства.

Ж. Диализ.

Мы покрываем процедуры диализа при острых или хронических заболеваниях почек.

Также мы покрываем диализ, который проводит Поставщик услуг, не участвующий в плане, при следующих условиях:

- Поставщик услуг, не участвующий в плане, имеет соответствующую лицензию и разрешение для предоставления такого лечения.
- Поставщик услуг, не участвующий в плане, находится вне нашей Территории обслуживания.
- Поставщик услуг, участвующий в плане, который занимается Вашим лечением, выдал письменное предписание, в котором указано, что Вы нуждаетесь в проведении диализа Поставщиком услуг, который не принимает участие в плане.
- Вы сообщаете нам в письменной форме как минимум за 30 дней до дат(ы) проведения лечения и прикладываете письменное предписание, о котором идет речь выше. Период подачи

Договор Участника New York Essential Plan 3

уведомления за 30 дней может быть сокращен в случае, если Вам необходимо неожиданно совершить поездку по семейным обстоятельствам или другим экстренным ситуациям, при условии, что у нас есть разумная возможность рассмотреть Ваш план поездки и лечения.

- Мы имеем право дать Предварительное разрешение на план и лечение диализа.
- Мы не предоставляем льготы для более чем 10 процедур диализа в течение календарного года, предоставленных Неучаствующим Поставщиком услуг.
- Льготы на услуги неучаствующего Поставщика услуг предоставляются при удовлетворении вышеизложенных условий. Такие льготы подлежат соответствующему Участию в издержках, применимых к процедурам диализа, которые предоставляются участвующим Поставщиком услуг. Однако Вы также несете ответственность за оплату разницы стоимости, которую должны были бы покрыть мы, если бы услуга была предоставлена Участвующим Поставщиком услуг, а также за расходы Неучаствующего Поставщика услуг.

И. Услуги по восстановлению.

Мы покрываем услуги по восстановлению, включая физиотерапию, логопедию и трудовую терапию в амбулатории Учреждения или в офисе медицинского работника. План покрывает не более 20 визитов для лечения одного заболевания в течение одного страхового года.

К. Лечение на дому.

Мы покрываем услуги, предоставленные Вам на дому Агентством по медицинскому обслуживанию на дому, которое владеет сертификатом или лицензией, выданными соответствующим государственным органом. Такие услуги должны предоставляться согласно письменному плану лечения Вашего Врача и должны проводиться вместо Госпитализации или пребывания в Лечебном учреждении, оказывающем квалифицированный сестринский уход за больными. Лечение на дому подразумевает:

- Услуги медицинской сестры, предоставляемые на дому в течение неполного рабочего дня или время от времени зарегистрированной профессиональной медсестрой или под ее наблюдением;
- Периодические услуги или услуги в течение неполного рабочего дня санитаром на дому;
- Услуги по физиотерапии, трудовой или речевой терапии, если они предоставляются Агентством по медицинскому обслуживанию на дому; и
- Медицинские изделия, Рецептурные препараты и медикаменты, выписанные Врачом, а также услуги лаборатории, оказанные Агентством по медицинскому обслуживанию на дому в той мере, в которой такие наименования покрывались бы во время Госпитализации или пребывания в Лечебном учреждении, оказывающем квалифицированный сестринский уход за больными.

Услуги на дому ограничиваются не более чем 40 визитами в течение одного страхового года. Каждый такой визит сотрудника Агентства по медицинскому обслуживанию на дому рассматривается как

один (1) визит. Каждый визит санитаря на дому, который длится до четырех (4) часов, рассматривается как один (1) визит. Любые услуги по реабилитации и восстановлению, оказываемые в рамках этой льготы, не уменьшают объем услуг, доступных согласно льготам на Услуги реабилитации и восстановления.

Л. Лечение бесплодия.

Мы покрываем услуги диагностики и лечения (хирургического и медикаментозного) бесплодия, наступившего в результате мальформации, заболевания или нарушения функций. Такое страховое покрытие доступно в следующих формах:

- 1. Базовые услуги по лечению бесплодия.** Базовые услуги по лечению бесплодия предоставляются Участнику, который является подходящим кандидатом для лечения бесплодия. Для того чтобы установить право на такое лечение мы руководствуемся указаниями Американского общества акушеров-гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists), Американского сообщества репродуктивной медицины (American Society for Reproductive Medicine) и штата Нью-Йорк. Однако Участники должны находиться в возрастной категории от 21 до 44 лет (включительно) для того, чтобы быть рассмотренными в качестве кандидатов на получение таких услуг.

Базовые услуги по лечению бесплодия:

- Первоначальная оценка ситуации;
- Спермограмма;
- Лабораторные анализы;
- Оценка овуляторной функции;
- Посткоитальный тест;
- Биопсия эндометрия;
- Ультразвуковое исследование органов таза;
- Гистеросальпингограмма;
- Соногистерограмма;
- Биопсия яичек;
- Анализы крови; и
- Лечение нарушения овуляции по медицинской необходимости.

Дополнительные анализы могут покрываться в том случае, если они считаются необходимыми, по медицинским показателям.

- 2. Комплексные услуги по лечению бесплодия.** Если базовые услуги по лечению бесплодия не приводят к повышению фертильности, мы покрываем комплексные услуги по лечению бесплодия.

Договор Участника New York Essential Plan 3

Комплексные услуги по лечению бесплодия включают:

- Стимулирование овуляции и ее наблюдение;
- Ультразвуковое исследование органов таза;
- Искусственное оплодотворение;
- Гистероскопию;
- Лапароскопию; и
- Лапаротомию.

3. Исключения и ограничения. Мы не покрываем:

- Экстракорпоральное оплодотворение, перенос гаметы или зиготы в маточную трубу;
- Стоимость донора яйцеклетки или донора спермы;
- Стоимость хранения спермы;
- Криоконсервацию и хранение эмбрионов;
- Наборы для определения овуляции;
- Обратную операцию по восстановлению после перевязки маточных труб;
- Обратную операцию по восстановлению после вазэктомии;
- Расходы на суррогатное материнство и связанные с суррогатным материнством;
- Клонирование; или
- Экспериментальные или проходящие исследования медицинские или хирургические процедуры, за исключением случаев, когда наш отказ отменен Независимым апелляционным органом.

Все услуги должны предоставляться Поставщиками услуг, квалифицированными для предоставления таких услуг согласно основным рекомендациям, установленным и принятым Американским сообществом репродуктивной медицины (American Society for Reproductive Medicine).

М. Инфузионная терапия.

Мы покрываем инфузионную терапию, т. е. введение лекарственных препаратов при помощи специальных систем, которые иначе требовали бы Вашей Госпитализации. Введение лекарственных препаратов или питательных веществ непосредственно в вену называется инфузионной терапией. Лекарственные препараты, принимаемые перорально или при помощи самоинъекции, не считаются инфузионной терапией. Услуги должны быть заказаны Врачом или авторизованным медицинским работником, оказаны в кабинете или в учреждении, получившем лицензию или сертификат на проведение инфузионной терапии. Любые визиты для проведения инфузионной терапии на дому входят в ограниченное количество визитов по лечению на дому.

Н. Прерывание беременности.

Мы покрываем терапевтический аборт, в том числе аборт в случае изнасилования, инцеста или мальформаций плода (т.е. по медицинским показаниям). Мы покрываем elective аборт один (1) раз в течение страхового года.

О. Лабораторные процедуры, диагностическое тестирование и услуги рентгенографии.

Мы покрываем рентген, лабораторные процедуры и диагностическое тестирование, услуги и расходный материал, включая диагностическую рентгенографию, рентгенотерапию, рентгеноскопию, электрокардиограмму, электроэнцефалограмму, лабораторные анализы и услуги радиотерапии.

П. Рецептурные препараты для применения в кабинете врача и амбулатории.

Мы покрываем лекарственные препараты и инъекционные препараты (включая самоинъекционные), которые использует Ваш Поставщик услуг в своем кабинете в профилактических или лечебных целях. Данная льгота применяется тогда, когда Ваш Поставщик услуг заказывает Рецептурный препарат и вводит его Вам. Если Рецептурный препарат покрывается в рамках этой льготы, он не будет покрываться условиями раздела «Страховое покрытие рецептурных препаратов» данного Договора.

Р. Материнство и уход за новорожденным.

Мы покрываем услуги по охране материнства, которые предоставляет Поставщик услуг или акушерка, практикующая медсестра, Больница или родильный дом. Мы покрываем дородовой уход (включая один (1) визит для генетического тестирования), послеродовой уход, роды и лечение осложнений после них. Чтобы услуги акушерки покрывались, она должна получить лицензию согласно статье 140 Закона об образовании штата Нью-Йорк, вести свою практику согласно разделу 6951 Закона об образовании штата Нью-Йорк и быть членом или практиковать в Учреждении, которое получило свою лицензию согласно статье 28 Закона о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк. Мы не оплачиваем повторные плановые услуги, оказанные как акушеркой, так и Врачом. Более подробная информация о стационарном уходе за матерью и ребенком — см. раздел «Стационарное обслуживание» в данном Договоре.

Мы покрываем стоимость аренды или покупки одного (1) молокоотсоса на одну беременность в течение одного (1) календарного года в течение периода кормления грудью, приобретенного у Поставщика услуг, который принимает участие в плане, или обозначенного продавца.

С. Визиты в кабинет врача.

Мы покрываем визиты в кабинет врача для постановки диагноза и лечения травмы, заболевания или медицинских состояний. Визит в кабинет врача могут подразумевать и визиты на дому.

Т. Амбулаторные услуги медицинского учреждения.

Мы покрываем медицинские услуги и расходные материалы, описанные в разделе «Стационарное обслуживание» данного Договора, которые могут быть предоставлены Вам в ходе лечения в амбулаторном учреждении. Например, Покрываемые услуги включают, но не ограничиваются ингаляционной терапией, легочной реабилитацией, инфузионной терапией и сердечно-сосудистой реабилитацией. За исключением случаев, когда Вы проходите обследования, необходимые для Госпитализации, Больницы не являются участвующими Поставщиками услуг для амбулаторных лабораторных процедур и анализов.

У. Обследования, необходимые для Госпитализации.

Мы покрываем обследования, необходимые для Госпитализации, которые предписывает Ваш Врач и проводит амбулаторное отделение Больницы перед запланированным хирургическим вмешательством в той же Больнице, при условии, что:

- Анализы необходимы для постановки диагноза и лечения заболевания, по поводу которого будет выполняться хирургическое вмешательство;
- Больничная койка и операционная были зарезервированы в этой больнице до выполнения обследований перед Госпитализацией;
- Хирургическое вмешательство будет проходить в течение семи (7) дней после проведения обследований; и
- Пациент физически присутствует для проведения обследований в Больнице.

Ф. Услуги по реабилитации.

Мы покрываем услуги по реабилитации, включая физиотерапию, логопедию и трудовую терапию в амбулатории Учреждения или в офисе медицинского работника. План покрывает не более 20 визитов для лечения одного заболевания в течение одного страхового года.

Мы покрываем логопедию и физиотерапию только в случае, если:

- Такая терапия связана с лечением или диагностированием Вашего соматического заболевания или травмы;
- Терапия назначена Врачом; и
- Вас госпитализировали или Вы подверглись хирургическому вмешательству из-за такого заболевания или травмы.

Оказание покрываемых реабилитационных услуг должно начаться в течение шести (6) месяцев после далее указанных обстоятельств:

- Дата получения травмы или заболевания, которая привела к необходимости в терапии;
- Дата Вашей выписки из Больницы, в которой проводилось хирургическое вмешательство;
- Дата проведения амбулаторной хирургической процедуры.

Терапия ни в коем случае не будет длиться более 365 дней после такого мероприятия.

Х. Мнение второго врача.

- 1. Мнение второго врача в случае раковых заболеваний.** Мы покрываем мнение второго врача, предоставленное квалифицированным специалистом, в том числе Специалиста, который сотрудничает с центрами специализированного лечения, в случае положительного или отрицательного диагноза ракового заболевания или рецидива такого заболевания, или рекомендаций курса лечения ракового заболевания. Вы можете получить мнение второго врача у не участвующего Поставщика услуг на внутрисетевых условиях, если Ваш лечащий Врач предоставит письменное направление к такому не участвующему Специалисту.
- 2. Мнение второго врача по поводу хирургического вмешательства.** Мы покрываем мнение второго врача по поводу хирургического вмешательства, предоставленное квалифицированным Врачом по поводу необходимости проводить такое хирургическое вмешательство.
- 3. Обязательное мнение второго врача по поводу хирургического вмешательства.** Мы можем потребовать мнение второго врача, прежде чем дать предварительное разрешение на выполнение хирургического вмешательства. Вы не должны оплачивать мнение второго врача по нашему настоянию.
 - Мнение второго врача должно быть предоставлено Специалистом, прошедшим профессиональную сертификацию, который осмотрит Вас лично.
 - Если мнения первого и второго врача не совпадают, Вы имеете право получить третье мнение.
 - Врачи, к которым Вы обратились за вторым и третьим мнением, могут и не выполнять хирургическое вмешательство для Вас.
- 4. Мнение второго врача в других случаях.** Могут возникать другие случаи Вашего несогласия с курсом прописанного Вашим Врачом лечения. В таких случаях Вы можете потребовать назначения другого Поставщика услуг, который предоставит Вам второе мнение. Если мнения первого и второго специалиста не совпадают, мы назначим другого Поставщика услуг, который предоставит третье мнение. После завершения процесса получения мнения второго врача мы даем предварительное разрешение на Покрываемые услуги, которое поддерживает большинство Поставщиков услуг, которые изучали Ваше дело.

Ц. Услуги хирургии.

Мы покрываем услуги Врача по выполнению хирургических процедур, включая оперирование и разрезание для лечения болезней и травм, закрытых репозиций переломов и смещений костей, эндоскопии, надрезов или пункций кожи в стационаре или амбулатории, включая услуги хирурга или Специалиста, ассистента (включая ассистента Врача или практикующей медсестры), а также медсестры- или врача-анестезиолога, вместе с до- и послеоперационным лечением. Льготы не распространяются на услуги анестезии, которые предоставляются как часть хирургического вмешательства, если оно проводится хирургом или его ассистентом.

Иногда две (2) или более хирургические процедуры могут быть выполнены в ходе одной операции.

- 1. Через один разрез.** Если через один и тот же разрез проводится несколько Покрываемых хирургических процедур, мы оплачиваем процедуру с самой высокой Предельной суммой и 50 % от суммы, которую мы бы покрыли согласно Договору за вторичные процедуры, за исключением вторичных процедур, которые, согласно национально принятым правилам кодирования, освобождены от снижения стоимости при проведении многочисленных хирургических процедур. Мы не оплачиваем вторичные процедуры, которые включаются в счет основной процедуры, если вторичная процедура связана с основной.
- 2. Через разные разрезы.** Если Покрываемые различные хирургические процедуры выполняются в ходе одной и той же операции, но через разные разрезы, мы покрываем стоимость:
 - Процедуры с самой высокой Предельной суммой; и
 - 50 % от суммы, которую мы бы иначе оплатили за другие процедуры.

Ч. Хирургия ротовой полости.

Мы покрываем следующие ограниченные хирургические процедуры на зубах и в ротовой полости:

- Хирургия ротовой полости на челюстной кости или окружающей ткани и стоматологические услуги для восстановления или замены здоровых зубов, необходимой после случайной травмы. Замена покрывается только в случае невозможности восстановления. Стоматологические услуги должны быть получены в течение 12 месяцев после получения травмы.
- Хирургия ротовой полости на челюстной кости или окружающей ткани и стоматологические услуги, необходимые в связи с врожденным заболеванием или аномалией.
- Хирургия ротовой полости, необходимая для коррекции физиологического состояния, не связанного с зубами, которое возникло в результате серьезного функционального нарушения.
- Удаление опухолей и кист, которое требует патологическое исследование челюстной кости, щек, губ, языка, нёба и дна ротовой полости. Удаление кисты, имеющей отношение к зубам, не покрывается.
- Хирургические/нехирургические медицинские процедуры по поводу заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и хирургическая ортодонтия.

Ш. Реконструктивная хирургия молочных желез.

Мы покрываем реконструктивную хирургию молочных желез после мастэктомии или частичной мастэктомии. Страховое покрытие охватывает: все этапы реконструктивной хирургии молочных желез после мастэктомии или частичной мастэктомии; хирургия и реконструкция второй молочной железы для достижения эффекта симметричного вида; физические осложнения после мастэктомии или частичной мастэктомии, включая лимфедемы, таким способом, который Вы и Ваш Врач считаете адекватным. Также мы покрываем имплантацию грудных протезов после мастэктомии и частичной мастэктомии.

Щ. Другие виды реконструктивной и восстановительной хирургии.

Помимо реконструктивной хирургии молочных желез, мы покрываем другие виды реконструктивной и восстановительной хирургии только в случае, если:

- Они выполняются для коррекции врожденного порока застрахованного Ребенка, которые привели к функциональному дефекту;
- Они связаны или возникли в результате хирургического вмешательства, необходимого из-за травмы, инфекции или заболевания пораженной части тела; или
- На это есть причина медицинской необходимости.

Э. Пересадка органов.

Мы покрываем пересадку органов только в случае, когда она не экспериментальная и не касается клинического исследования. Покрываемые пересадки включают: почки, роговицу, печень, сердце и сердце/легкие, а также костный мозг при апластической анемии, лейкемии, тяжелом комбинированном иммунодефиците и синдроме Вискотта-Олдрича.

Мы покрываем больничные и медицинские расходы, включая стоимость поиска донора для Участника-реципиента. Мы покрываем услуги пересадки, необходимые Вам, если Вы выступаете в роли донора органов, но только в случае, если реципиент также покрыт нашим планом. Мы не покрываем медицинские расходы незастрахованного лица, выступающего в качестве вашего донора, если расходы незастрахованного лица будут покрываться другим планом или программой медицинского страхования.

Мы не покрываем: издержки на перемещение, проживание, питание или другие услуги для донора или гостей; вознаграждение донора за операцию по пересадке органа; плановое извлечение стволовых клеток из пуповинной крови новорожденного и их хранение.

Раздел X

Дополнительные льготы, оборудование и устройства

См. раздел «Перечень льгот» в данном Договоре для информации о требованиях к Участию в издержках, ограничениям количества дней или визитов, любым требованиям к Предварительным разрешениям или Направлениям, которые могут применяться к этим льготам.

А. Расстройство аутистического спектра.

Мы обеспечиваем страховое покрытие следующих услуг, когда такие услуги предписаны или показаны участвующим Врачом или психологом, имеющими лицензию, и когда они определены нами как необходимые с медицинской точки зрения для скрининга, диагностики и лечения

Договор Участника New York Essential Plan 3

расстройства аутистического спектра. На момент предоставления услуги и в целях данной льготы, согласно определению Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) «расстройство аутистического спектра» означает всеобъемлющее нарушение развития.

1. **Скрининг и диагностика.** Мы обеспечим страховое покрытие проведения оценки, обследования и анализов, чтобы определить, имеется ли у ребенка расстройство аутистического спектра.
2. **Вспомогательные коммуникационные устройства.** Мы обеспечиваем страховое покрытие проведения оценки логопедом, чтобы определить необходимость вспомогательного коммуникационного устройства. Основываясь на официальной оценке, мы предоставляем страховое покрытие арендуемых или покупаемых вспомогательных коммуникационных устройств, если они будут выписаны или заказаны лицензированным Врачом или лицензированным психологом для Вас, если Вы не можете общаться с помощью обычных средств (т. е. речи или письма), когда оценка покажет, что вспомогательное коммуникационное устройство может улучшить Ваше общение. Примеры вспомогательных коммуникационных устройств включают коммуникационные платы и устройства для синтеза речи. Покрытие ограничено избранными устройствами. Наше покрытие распространяется только на те устройства, которые, как правило, не нужны человеку при отсутствии коммуникативного расстройства. Страховое покрытие не будет распространяться на такие предметы, как ноутбуки, настольные ПК или планшетные компьютеры. Страховое покрытие распространяется на программное обеспечение и/или приложения, которые позволяют использовать ноутбук, стационарный или планшетный компьютер в качестве устройств для синтеза речи. Расходы на установку программы и/или техническую поддержку отдельно не возмещаются. Мы определим, должно ли устройство быть куплено или арендовано.

Страховое покрытие распространяется на ремонт, установку сменных деталей и регулирование таких устройств, что может быть необходимо в результате нормального износа или значительных изменений Вашего физического состояния. Мы не покрываем стоимость ремонта или замены из-за утери или повреждения в результате использования не по назначению, неправильного обращения или кражи. Однако мы покрываем один ремонт или замену для каждого прибора, необходимых из-за поведенческих проблем. Страховое покрытие будет предоставляться в отношении устройства, наиболее подходящего для Вашего функционального уровня на тот момент времени. Мы не будем обеспечивать страховым покрытием доставку, плату за обслуживание или плановое обслуживание.

3. **Лечение расстройств поведения.** Мы в максимально возможной степени предоставляем страховое покрытие таких программ консультирования и лечения, которые необходимы для развития, поддержки или восстановления функционирования личности. Мы будем обеспечивать такое Страховое покрытие при условии, что услуга будет предоставляться лицензированным Поставщиком услуг. Мы покрываем прикладной анализ поведения, при условии, что он предоставляется лицензированным или сертифицированным специалистом по прикладному анализу поведения. «Прикладной анализ поведения» означает разработку,

внедрение и оценку изменений окружающей среды, используя поведенческие стимулы и последствия, с целью добиться социально значимого улучшения человеческого поведения, в том числе с применением прямого наблюдения, измерения и функционального анализа взаимосвязи между окружающей средой и поведением. Программа лечения должна описывать поддающиеся измерению цели, которые касаются состояния и функциональных нарушений, в отношении которых будет применяться вмешательство, и включать цели первоначальной оценки и последующих промежуточных оценок в течение срока вмешательства в объективных и поддающихся измерению выражениях.

4. **Психиатрическая и психологическая помощь.** Мы предоставляем страховое покрытие непосредственных или консультативных услуг, предоставляемых психиатром, психологом или лицензированным клиническим социальным работником с опытом, необходимым согласно Закону штата Нью-Йорк о страховании, и лицензированным в том штате, в котором они занимаются своей деятельностью.
5. **Терапевтическое лечение.** Мы в максимально возможной степени предоставляем страховое покрытие терапевтических услуг, которые необходимы для развития, поддержки или восстановления функционирования личности, когда такие услуги предоставляются лицензированными или сертифицированными логопедами, терапевтами, эрготерапевтами, физиотерапевтами, социальными работниками для лечения расстройств аутистического спектра и в тех случаях, когда услуги, предоставляемые такими Поставщиками услуг, иным образом охвачены страховым покрытием в рамках настоящего Договора. За исключением случаев, запрещенных законом, услуги, предоставляемые в рамках данного пункта, должны быть включены в любую максимальную сумму, применяемую к услугам таких терапевтов и социальных работников в соответствии с настоящим Договором.
6. **Фармацевтические услуги.** Мы предоставим страховое покрытие рецептурных препаратов для лечения расстройств аутистического спектра, которые выписаны Поставщиком услуг, юридически уполномоченным их выписывать в соответствии с разделом 8 Закона об образовании штата Нью-Йорк. Страховое покрытие таких рецептурных препаратов производится с учетом условий, положений и ограничений, которые применяются к льготам на Рецептурные препараты в рамках данного Договора.
7. **Ограничения.** Мы не предоставляем страховое покрытие каких-либо услуг или видов лечения, изложенных выше, если такие услуги или виды лечения предоставляются в рамках индивидуального учебного плана в соответствии с Законом об образовании штата Нью-Йорк. Предоставление услуг согласно индивидуально составленному плану обслуживания семьи согласно Разделу 2545 Закона о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк, индивидуализированному образовательному плану согласно Статье 89 Закона об образовании штата Нью-Йорк или индивидуально составленному плану обслуживания согласно нормативам Управления для лиц с расстройствами развития штата Нью-Йорк не влияет на страховое покрытие согласно данному Договору на услуги, предоставляемые дополнительно вне учебной обстановки, если такие услуги назначены лицензированным Врачом или лицензированным психологом.

Вы несете ответственность за Доплату или Личное участие похожих услуг согласно данному Договору. Например, любые Доплаты или Личное участие, применимые к визитам по физиотерапии, как правило, применяются к услугам физиотерапии, покрываемым этой льготой; любая Доплата или Личное участие за Рецепттурные препараты, как правило, также применяется к Рецепттурным препаратам, покрытым согласно этой льготе. Для информации о требованиях к Участию в издержках, которые применяются к услугам прикладного поведенческого анализа и вспомогательных коммуникационных устройств см. раздел «Перечень льгот» в данном Договоре.

Ни одна часть данного Договора не будет трактоваться как таковая, которая влияет на обязательства предоставлять страховое покрытие Покрываемых услуг другими программами исключительно на основании того факта, что услуги подразумевают услуги программы раннего вмешательства согласно разделу 3235-а Закона о страховании штата Нью-Йорк или индивидуализированного плана обслуживания согласно нормативам Управления для лиц с расстройствами развития штата Нью-Йорк.

Б. Медицинское оборудование для больных диабетом, расходные материалы и обучение по самостоятельному уходу.

Как описано далее в тексте, мы покрываем медицинское оборудование для больных диабетом, расходные материалы и обучение по самостоятельному уходу, если это рекомендовано или назначено Врачом или другим лицензированным Медицинским работником, юридически уполномоченным давать назначения согласно Разделу 8 Закона об образовании штата Нью-Йорк:

1. Медицинское оборудование и расходные материалы.

Мы покрываем такое медицинское оборудование и связанные с ним расходные материалы для лечения диабета, если они назначены Вашим Врачом или другим Поставщиком услуг, юридически уполномоченным выписывать их:

- Индикаторная тест-полоска на ацетон
- Таблетки реагента на ацетон
- Спирт и перекись водорода, отпускаемые в расфасовке по 1 пинте
- Спиртовые салфетки
- Инсулиновые препараты
- Набор для автоматического забора крови из пальца
- Набор для измерения уровня глюкозы в крови
- Тест-полоски для измерения уровня глюкозы в крови (тест или реагент)
- Прибор для наблюдения за уровнем глюкозы в крови со специальными функциями для лиц с дефектами зрения или без таковых, специальным управлением и тест-полосками для наблюдения за уровнем глюкозы в крови в домашних условиях.
- Картриджи для лиц с дефектами зрения

- Системы управления данными по диабету
- Одноразовые инсулиновые картриджи и шприц-ручки
- Приборы для набора инсулина для лиц с дефектами зрения
- Оснащение для использования инсулинового насоса
- Инъекционный глюкагон для повышения уровня концентрации глюкозы в крови
- Индикаторная тест-полоска для глюкозы и ацетона
- Индикаторная тест-полоска для глюкозы
- Индикаторная лента для глюкозы
- Вспомогательные приспособления для инъекций
- Автоматический инжектор (Busher)
- Инсулин
- Подача инсулинового картриджа
- Устройства для вливания инсулина
- Инсулиновый насос
- Скарификаторы
- Средства для перорального приема, такие как таблетки глюкозы и гели
- Средства для перорального приема от диабета, применяемые для снижения уровня сахара, содержащегося в крови
- Шприц с иглой; стерильная упаковка, 1 куб. см.
- Средства для анализа мочи на глюкозу и кетоны
- Дополнительные средства, которые могут быть назначены Уполномоченным по вопросам здравоохранения штата Нью-Йорк согласно нормативам по лечению диабета.

Устройства и средства лечения диабета покрываются только в случае их происхождения от выбранного производителя оборудования или расходных материалов для диабетиков, который подписал с нами договор на предоставление всего оборудования или расходных материалов, необходимых законодательству для Участников, которые будут распространяться через аптеки, участвующие в плане. Если Вам необходимо конкретное наименование, недоступное у нашего производителя устройств или расходных материалов для диабетиков, Вы или Ваш Поставщик услуг должны подать запрос по медицинскому исключению, позвонив по номеру телефона: **1-866-265-1893**. Наш главный врач принимает все решения по исключениям. При покупке в аптеке устройства и расходные материалы для диабетиков ограничиваются запасом на 30 дней, максимум до 90 дней.

2. Обучение по самостоятельному лечению для больных диабетом.

Обучение по самостоятельному лечению для больных диабетом разработано для обучения больных диабетом для соответствующего самостоятельного ухода и лечения диабета, включая

информацию и правильное питание. Мы покрываем обучение по самостоятельному лечению и правильному питанию при первой постановке диагноза диабета; при врачебном диагнозе значительного изменения Ваших симптомов или состояния, которое требует внесения изменения в Ваше обучение по самостоятельному лечению; или в случае необходимости «освежить» информацию. Обучение проводится следующим образом:

- Врачом, другим Поставщиком медицинских услуг, у которого есть разрешение согласно Разделу 8 Закона об образовании штата Нью-Йорк, или их персоналом во время визита в их офис;
- При направлении Вашего Врача или другого Поставщика медицинских услуг, который имеет право согласно Разделу 8 Закона об образовании штата Нью-Йорк направить Вас к следующему не врачебному медицинскому персоналу: сертифицированная медсестра, обучающая лечению при диабете; сертифицированный специалист по вопросам питания; сертифицированный диетолог; дипломированные диетологи для групповой работы, когда это удобно; и
- Обучение также предоставляется у Вас на дому в случаях медицинской необходимости.

3. Ограничения.

Различные наименования продуктов предоставляются только в количестве, согласованном с планом лечения, который разработал Ваш лечащий Врач. Мы покрываем только базовые модели устройств для наблюдения за уровнем глюкозы в крови, за исключением случаев, когда у Вас есть особая потребность, связанная с плохим зрением или слепотой.

В. Медицинское оборудование длительного пользования и скобы.

Мы покрываем аренду или покупку медицинского оборудования длительного использования и скоб.

1. Медицинское оборудование длительного пользования.

Медицинское оборудование длительного пользования — это оборудование, которое:

- разработано и предназначено для повторного использования;
- главным образом и обычно используется по медицинскому назначению;
- как правило, не нужно при отсутствии заболеваний или травм; и
- подходит для использования на дому.

Страховое покрытие охватывает только стандартное оборудование. Расходы на ремонт и замену таких устройств покрываются страховкой, когда это необходимо из-за нормального износа. Мы не покрываем стоимость ремонта или замены оборудования в случае его повреждения в результате использования не по назначению или злоупотребления. Решение об аренде или покупке такого оборудования принимаем мы. Страховое покрытие не распространяется на медицинское оборудование длительного пользования, отпускаемое без рецепта.

Страховое покрытие не распространяется на оборудование, предназначенное для Вашего комфорта или удобства (например, бассейны, горячие ванны, кондиционеры, сауны, увлажнители воздуха, влагопоглотители, тренажеры), поскольку оно не соответствует определению медицинского оборудования длительного пользования.

2. Брекеты.

Мы покрываем стоимость корсетов, включая биопротезные скобы, которые крепятся извне, и которые временно или постоянно поддерживают все или часть внешней части тела, которая была утрачена или повреждена в результате травмы, заболевания или дефекта развития. Страховое покрытие охватывает только стандартное оборудование. Страховое покрытие распространяется на замену оборудования в случае, если рост или изменение Вашего медицинского состояния делают такую замену необходимой. Мы не покрываем стоимость ремонта или замены оборудования в случае его повреждения в результате использования не по назначению или злоупотребления.

Г. Слуховые аппараты.

Мы покрываем стоимость слуховых аппаратов, необходимых для коррекции потери слуха (ухудшение способности воспринимать звук, которая может варьироваться от легкой степени до полной потери слуха). Слуховой аппарат — это электронное устройство усиления звука, предназначенное для более эффективного восприятия звука ухом. Слуховой аппарат состоит из микрофона, усилителя и приемника.

Страховое покрытие распространяется на слуховые аппараты, приобретенные по письменному назначению Врача. Такое покрытие включает стоимость слухового аппарата, его подгонку и проверку. Мы покрываем одноразовую покупку (включая ремонт и/или замену) слухового аппарата на одно (1) или оба уха один раз в три (3) года.

Слуховые аппараты костной проводимости, покрываются только в случае, если у Вас присутствуют:

- Черепно-лицевые аномалии при патологии или отсутствии наружного слухового прохода, что препятствует ношению заушного слухового аппарата; или
- Значительная потеря слуха, которая не может быть достаточно исправлена при помощи заушного слухового аппарата.

Если Вы соответствуете критериям ношения слухового аппарата костной проводимости, то страховое покрытие распространяется на один (1) такой слуховой аппарат в год в течение всего периода длительности Вашего Договора. Мы предоставляем страховое покрытие ремонта и/или замены слухового аппарата костной проводимости только в случае его неисправности.

Д. Хоспис.

Уход в хосписе доступен, если Ваш лечащий Врач установил, что Вам осталось жить шесть (6) месяцев или меньше. Мы покрываем стационарный уход в хосписе при Больнице или хосписе, а также уход на

Договор Участника New York Essential Plan 3

дому и амбулаторные услуги, предоставляемые хосписом, включая лекарственные препараты и расходный материал медицинского назначения. Страховое покрытие распространяется на 210 дней ухода в хосписе. Кроме этого, мы покрываем пять (5) визитов поддерживающего лечения и ориентации, чтобы помочь Вам и ближайшим членам Вашей семьи справиться с эмоциональными и социальными проблемами, возникшими в связи с Вашей смертью, до и после нее.

Мы покрываем уход в хосписе только в случае, если он предоставляется как часть программы Ухода в хосписе, сертифицированной согласно Статье 40 Закона о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк. Если уход предоставляется вне штата Нью-Йорк, такой хоспис должен быть сертифицирован согласно аналогичному процессу получения сертификации в штате, где находится такой хоспис. Мы не покрываем стоимость организации похорон, пастырских, финансовых или юридических консультаций, услуг по ведению домашнего хозяйства, временного ухода за детьми или лица, осуществляющего уход.

Е. Изделия медицинского назначения.

Мы покрываем стоимость изделий медицинского назначения, необходимых для лечения заболевания или травмы, покрываемых данным Договором. Также мы покрываем стоимость обслуживающих изделий медицинского назначения (например, запас стом) для состояний, покрываемых данным Договором. Все изделия должны быть в необходимом количестве для текущей программы лечения или поддержания. Страховое покрытие не распространяется на медицинское изделия, отпускаемые без рецепта. Для описания расходного материала согласно данному Договору, см. раздел «Оборудования для больных диабетом, расходные материалы и обучение по самостоятельному уходу».

Ж. Протезы.

1. Внешние протезные устройства.

Мы покрываем стоимость протезных устройств (включая парики), которые крепятся извне, и которые временно или постоянно заменяют все или часть внешней части тела, которая была утрачена или повреждена в результате травмы или заболевания. Мы покрываем стоимость париков только в случае сильной потери волос из-за травмы или заболевания, или в результате побочного эффекта лечения заболевания (например, при химиотерапии). Мы не покрываем стоимость париков из натуральных волос, за исключением случаев аллергии на синтетические материалы.

Мы не покрываем стоимость зубных протезов или других устройств, используемых для Ваших зубов, за исключением случаев, когда такие протезы необходимы из-за случайной травмы здоровых зубов, врожденного дефекта или аномалии.

Страховое покрытие согласно данному Договору не распространяется на очки и контактные линзы. Они покрываются только в разделе «Услуги окулиста» данного Договора.

Страховое покрытие не распространяется на стельки для обуви.

Мы покрываем стоимость внешних протезов молочных желез после мастэктомии, которые не ограничиваются никаким сроком службы.

Страховое покрытие охватывает только стандартное оборудование.

Страховое покрытие распространяется на одно (1) протезное устройство для конечности в течение срока действия страхового покрытия. Кроме этого, мы покрываем стоимость ремонта и замены протезного устройства и его деталей. Мы не покрываем стоимость ремонта или замены, покрываемых гарантией, или в случае использования Вами не по назначению или злоупотребления устройством.

2. Внутренние протезные устройства.

Мы покрываем хирургически имплантируемые протезные устройства и специальные аппараты, если они улучшают или восстанавливают функцию внутреннего органа, который был удален или поврежден при заболевании или травме. Это относится к имплантированным протезам молочных желез после процедуры мастэктомии или частичной мастэктомии таким образом, который Вы и Ваш Врач считаете адекватным.

Покрытие включает ремонт и замену из-за нормального роста или нормального износа.

Страховое покрытие охватывает только стандартное оборудование.

Раздел XI

Стационарное обслуживание

(кроме психиатрии и зависимости от психоактивных веществ)

См. раздел «Перечень льгот» в данном Договоре для информации о требованиях к Участию в издержках, ограничениям количества дней или визитов, любым требованиям к Предварительным разрешениям или Направлениям, которые могут применяться к этим льготам.

А. Больничные услуги.

Мы покрываем стационарные больничные услуги по интенсивной терапии или лечение, прописанное или назначенное медицинским работником, в случае травмы или заболевания, которые в силу степени тяжести подлежат лечению в стационаре:

- Палата на двоих и питание;
- Общий, специальный и интенсивный сестринский уход;
- Еда и специальное питание;
- Использование операционных, восстановительных и цистоскопических кабинетов и оборудования;

Договор Участника New York Essential Plan 3

- Использование отделений и оборудования для интенсивной терапии, специализированного лечения или кардиологической помощи;
- Диагностические и терапевтические изделия, такие как лекарственные препараты, медикаменты, сыворотки, биопрепараты и вакцины, внутривенные препараты и красители для визуализации и их введение, но исключая изделия, которые не доступны в продаже, но доступны для Больницы;
- Повязки и гипс;
- Расходные материалы и использование оборудования для подачи кислорода, анестезии, физиотерапии, химиотерапии, электрокардиографии, электроэнцефалографии, рентгенологических исследований и лучевой терапии, лабораторных и патологических исследований;
- Кровь и ее препараты, за исключением тех ситуаций, когда Вы получаете возможность участвовать в программе добровольного донорства;
- Лучевая терапия, ингаляционная терапия, химиотерапия, пульмонологическая реабилитация, инфузионная терапия и кардиореабилитация;
- Краткосрочная физиотерапия, логопедия и трудовая терапии; и
- Любые дополнительные медицинские услуги и расходные материалы, которые предоставляются, пока Вы официально являетесь лежачим больным, и за которые выставляет счет Больница.

Требование по Участию в издержках в разделе «Перечень льгот» данного Договора применяются к продолжительному нахождению в Больнице, т. е. последовательные дни услуг в Больнице, предоставленных больному в стационаре, или последовательное нахождение в больнице, когда выписка и повторная госпитализация происходят в течение периода не более 90 дней.

Б. Услуги по наблюдению.

Мы покрываем услуги по наблюдению в Больнице. Услуги по наблюдению — это амбулаторные услуги в Больнице, которые помогают Врачу решить, госпитализировать Вас или выписать. Такие услуги включают использование больничной койки и периодического наблюдения, проводимого медсестринским или другим лицензированным персоналом.

В. Медицинские услуги в стационаре.

Мы покрываем визиты в медицинских целях Медицинским работником в любой день стационарного лечения, покрываемого согласно данному Договору.

Г. Стационар при ведении беременности и родов.

Мы покрываем ведение беременности и родов в стационаре Больницы для матери и уход за новорожденным в стационаре Больницы в течение как минимум 48 часов после нормальных родов и как минимум в течение 96 часов после родов путем кесарева сечения, независимо от медицинской

необходимости такого ухода. Предоставляемый уход включает обучение родителей, помощь и тренировка грудного и искусственного вскармливания, проведения любых необходимых и важных осмотров матери и новорожденного. Кроме этого, мы покрываем дополнительные дни такого ухода, которые мы считаем необходимыми по медицинским показаниям. В случае, если мать посчитает необходимым покинуть Больницу и попросит осуществить визит на дому до истечения 48- или 96-часового минимального периода страхового покрытия, то мы покроем такой визит на дому. Визит ухода на дому будет предоставлен в течение 24 часов после выписки матери или в момент просьбы матери, в зависимости от того, что наступает позднее. Наше страховое покрытие такого визита на дом дополняет визиты ухода на дому согласно Договору, и не подлежит никаким Участиям в издержках в разделе «Перечень льгот» настоящего Договора, которые применяются к льготам ухода на дому.

Д. Стационарное лечение при мастэктомии.

Мы покрываем стационарные услуги для Участниц, которым проводится иссечение лимфатических узлов, удаление опухоли молочной железы, мастэктомия или частичная мастэктомия для лечения рака молочной железы, и любые соматические осложнения, возникшие после мастэктомии, включая лимфедему, в течение периода времени, который Вы и Ваш лечащий Врач считают адекватным с медицинской точки зрения.

Е. Услуги хранения собственной крови.

Мы покрываем услуги хранения собственной крови только в случае, если они предоставляются в связи с плановой, покрываемой процедурой в стационаре для лечения заболевания или травмы. В таких случаях мы покрываем стоимость хранения в течение разумного периода времени, чтобы кровь была доступна при необходимости.

Ж. Услуги по адаптации.

Мы покрываем Услуги по адаптации в стационаре, которые включают физиотерапию, логопедию и трудовую терапию, в течение 60 дней за один страховой год. Ограничение визитов применяется ко всем видам терапии вместе.

З. Услуги по реабилитации.

Мы покрываем Услуги по реабилитации в стационаре, которые включают физиотерапию, логопедию и трудовую терапию в течение 60 дней за один страховой год. Ограничение визитов применяется ко всем видам терапии вместе.

Мы покрываем логопедию и физиотерапию только в случае, если:

1. Такая терапия связана с лечением или диагностированием Вашего соматического заболевания или травмы;
2. Терапия назначена Врачом; и

Договор Участника New York Essential Plan 3

3. Вас госпитализировали или прооперировали из-за такого заболевания или травмы.

Оказание покрываемых реабилитационных услуг должно начаться в течение шести (6) месяцев после далее указанных обстоятельств:

1. Дата получения травмы или заболевания, которая привела к необходимости в терапии;
2. Дата Вашей выписки с Больницы, в которой проводилось хирургическое вмешательство;
3. Дата проведения амбулаторной хирургической процедуры.

И. Лечебное учреждение, оказывающее квалифицированный сестринский уход за больными.

Мы покрываем услуги, предоставляемые лечебным учреждением, оказывающим квалифицированный сестринский уход, включая уход и лечение в палатах на двоих, как было описано ранее в «Больничных услугах». Опекунский, домашний и относящийся к периоду выздоровления уход не покрывается этим страховым планом (см. раздел об Исключениях и ограничениях данного Договора). Прием в такое лечебное заведение должен опираться на лечебный план, подготовленный Вашим Поставщиком услуг и утвержденный нами. Мы покрываем до 200 дней нахождения под не опекунским уходом в течение Страхового года.

К. Уход за больным в конце жизни.

Если у Вас диагностирована поздняя стадия рака и Вам осталось жить менее 60 дней, мы покрываем Интенсивный уход, который предоставляется в учреждении, лицензированном согласно Статьи 28 или Учреждении интенсивного ухода, которое специализируется на уходе за смертельно больными пациентами. Ваш лечащий Врач и главный врач такого Учреждения должны договориться о соответствующем предоставлении ухода Вам в Учреждении. Если мы не согласны с Вашим поступлением в такое Учреждение, у нас есть право инициировать ускоренную независимую апелляцию к независимому органу, рассматривающему апелляции. Мы покрываем и возмещаем Учреждению расходы по Вашему уходу, подлежащие любым применимым ограничениям согласно данному Договору, пока независимый орган, рассматривающий апелляции, не вынесет решение в нашу пользу.

Мы возмещаем расходы не участвующих Поставщиков услуг за уход за Вами в конце жизни следующим образом:

1. Мы возмещаем тариф, который был согласован между нами и Поставщиком услуг.
2. Если тариф не был согласован, то мы возмещаем Интенсивную терапию в таком Учреждении по тарифу интенсивной терапии Medicare.
3. Если уровень ухода не является постоянным, то мы возмещаем 75 % от тарифа интенсивного ухода по Medicare.

Л. Ограничения/Условия страхового покрытия.

1. Пока Вы получаете лечение в стационаре Учреждения, мы не покрываем дополнительные расходы на специальных медсестер, расходы на отдельные палаты (за исключением, если это необходимо, по медицинским показаниям) или медикаменты и расходные материалы, которые Вы забираете домой из Учреждения. Если Вы располагаетесь в отдельной палате, но при этом в ней нет медицинской необходимости, страховое покрытие будет обеспечивать максимальную стоимость палаты на двоих в Учреждении. Вам придется оплатить разницу между стоимостью таких палат.
 2. Мы не покрываем расходы на радио, телефон и телевизор, а также косметические и парикмахерские услуги.
 3. Мы не покрываем никакие расходы после наступления того дня, когда мы сообщаем Вам об отсутствии медицинской необходимости получения стационарного лечения, за исключением случаев, когда наш отказ отменяется Представителем по независимым апелляциям.
-

Раздел XII

Услуги в области психиатрии и лечения зависимостей от психоактивных веществ

Ознакомьтесь с разделом «Перечень льгот» настоящего Договора в отношении условий распределения расходов, ограничениями на день или посещение и любыми требованиями к предварительному разрешению или направлению, которые применяются к этим льготам, которые не являются более ограничительными, чем те, которые применяются к медицинским и хирургическим льготам в соответствии с с федеральным законом о равноправии в отношении психического здоровья и зависимости от психотропных веществ 2008 года.

А. Услуги в области психиатрии.

1. **Стационарное обслуживание.** Мы покрываем стационарное предоставление услуг в области психиатрии, связанных с диагностикой и лечением психических, нервных и эмоциональных расстройств, сравнимых с другим больничным, медицинским и хирургическим покрытиями, которые предоставляются в данном Договоре. Покрытие стационарных услуг в области психиатрии ограничивается Учреждениями, перечисленными в разделе 1.03(10) Закона о психогигиене штата Нью-Йорк, например:
 - Психиатрический центр или Учреждение по стационарному лечению в юрисдикции Управления по психическому здоровью штата Нью-Йорк;
 - Психиатрическое учреждение, подчиненное государственному или местному управлению;

Договор Участника New York Essential Plan 3

- Часть Больницы, которая предоставляет услуги по стационарному лечению в области психиатрии согласно действующему сертификату, выданному Комиссаром по психическому здоровью штата Нью-Йорк;
- Всеобъемлющая программа по экстренным психиатрическим ситуациям или другое Учреждение, которое предоставляет стационарное лечение для психиатрических пациентов, у которого есть действующий сертификат, выданный Комиссаром по психическому здоровью штата Нью-Йорк; а также аналогичное лицензированное или сертифицированное учреждение в других штатах.

Мы также покрываем стоимость стационарных услуг для психиатрических пациентов в связи с диагнозом и лечением психических, нервных и эмоциональных расстройств в Учреждениях, которые предоставляют лечение с проживанием и питанием. Покрытие услуг лечения с проживанием ограничивается лечебным учреждением с проживанием, которые являются частью общего центра по лечению расстройств питания, определенных согласно Статье 27-J Закона о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк; в других штатах такое страховое покрытие ограничивается Учреждениями, у которых есть лицензия или сертификат на предоставление лечения такого же уровня.

2. **Амбулаторные услуги.** Мы покрываем амбулаторные услуги по психиатрическому лечению, в том числе программу услуг по частичной госпитализации и программу интенсивных амбулаторных услуг, в связи с диагнозом и лечением психических, нервных и эмоциональных расстройств. Покрытие амбулаторных услуг по психиатрическому лечению включает Учреждения, которые получили действующий сертификат согласно Статье 31 Закона о психогигиене штата Нью-Йорк или находятся под управлением Ведомства психического здоровья штата Нью-Йорк, или Учреждения с аналогичной лицензией или сертификатами в других штатах; услуги, предоставляемые лицензированным психиатром или психологом; услуги лицензированного клинического социального работника, у которого есть как минимум 3-летний дополнительный опыт в психотерапии, профессиональной корпорации или профессиональной корпорации университетского факультета.
3. **Ограничения/Условия страхового покрытия.** Мы не покрываем:
 - Льготы или услуги, признанные косметическими по своей сути, на том основании, что внесение изменений или улучшений во внешний вид индивида обоснован его медицинскими потребностями;
 - Психиатрическое лечение или услуги лицам, которые находятся в заключении, арестованы или подвергнуты лишению свободы в местном исправительном учреждении или тюрьме; или
 - Услуги, назначенные только по распоряжению суда.

Б. Услуги в области лечения зависимостей от психоактивных веществ.

1. **Стационарное обслуживание.** Мы покрываем стационарные услуги по лечению зависимости от психоактивных веществ, связанные с диагностикой и лечением этого расстройства. Сюда входит покрытие при детоксикации и реабилитационные услуги, необходимые вследствие

употребления химических и/или психоактивных веществ. Стационарные услуги по лечению зависимости от психоактивных веществ оказываются только в Учреждениях штата Нью-Йорк, которые получили сертификат в Управлении по оказанию услуги при алкоголизме и наркомании штата Нью-Йорк (OASAS, Office of Alcoholism and Substance Abuse Services); в других штатах только в таких Учреждениях, которые получили лицензию или сертификат у похожего государственного Учреждения, или были аккредитованы Joint Commission как лечебные программы по алкоголизму, наркомании или химических зависимостях.

Мы также покрываем стоимость стационарных услуг при наркотической зависимости в связи с диагнозом и лечением наркотической зависимости, при Учреждениях, которые предоставляют лечение с проживанием и питанием. Покрытие услуг лечения с проживанием выполняется только в Учреждениях с сертификацией OASAS, которые оказывают услуги согласно 14 NYCRR 819.2(a)(1) и Части 817; в других штатах только в Учреждениях, которые получили лицензию или сертификат в аналогичном ведомстве или были аккредитованы в Joint Commission как программы лечения алкоголизма, наркомании или химической зависимости, которые предоставляют такой же уровень лечения.

- 2. Амбулаторные услуги.** Мы покрываем амбулаторные услуги по лечению зависимости от психоактивных веществ в связи с диагностикой и лечением такой зависимости, включая лечение зависимости от метадона. Такое страховое покрытие распространяется только на Учреждения в штате Нью-Йорк, которые получили сертификат OASAS или лицензию OASAS как амбулаторные клиники или программы по лечению наркотической зависимости с медицинским амбулаторным наблюдением. В других штатах такое страховое покрытие распространяется только на учреждения, получившие лицензии или сертификаты в аналогичном ведомстве или аккредитованные Joint Commission как программы лечения алкоголизма, наркомании или химической зависимости. Покрытие также доступно в кабинете специалиста по амбулаторному лечению зависимости в связи с диагностикой и лечением алкоголизма, наркомании и зависимостей. Страховое покрытие доступно у Врача, который получил разрешение согласно федеральному закону о Лечении лекарственной зависимости от 2000 г. (Drug Addiction Treatment Act) выписывать препараты наркотического действия в Перечне III, IV и V для лечения опиоидной зависимости в ходе острой стадии детоксикации или периодов реабилитации.

Раздел XIII

Страховое покрытие рецептурных лекарственных средств

См. раздел «Перечень льгот» в данном Договоре для информации о требованиях к Участию в издержках, ограничениям количества дней или визитов, любым требованиям к Предварительным разрешениям или Направлениям, которые могут применяться к этим льготам.

А. Покрытые рецептурные лекарственные препараты.

Мы покрываем необходимые с медицинской точки зрения рецептурные лекарственные препараты, за исключением случаев, когда указаны другие условия, только когда они отпускаются по рецепту и:

- Согласно законодательству должны содержать надпись на упаковке «Осторожно — Федеральное законодательство запрещает распространение без рецепта»;
- Одобрены FDA;
- Назначены Поставщиком услуг, у которого имеется разрешение выписывать препараты, которые находятся в рамках его врачебной практики;
- выписаны согласно утвержденным FDA указаниям по введению и дозировке; и
- Отпускаются лицензированной аптекой.

К Рецептурным препаратам относятся:

- Самоинъекционные/самовводимые рецептурные препараты.
- Ингаляторы (с камерами для удерживания аэрозоля).
- Стоматологические препараты для местного применения.
- Пренатальные витамины, витамины с фторидом и витамины в виде самостоятельных веществ.
- Препараты для лечения остеопороза и устройства, утвержденные FDA, или непатентованные эквиваленты в качестве утвержденных заменителей для лечения остеопороза и соответствующие критериям федеральной программы Medicare или Национальных институтов здравоохранения.
- Пищевые добавки для лечения фенилкетонурии, кетонурии разветвленных кетокислот, галактоземии и гомоцистиинурии.
- Рецептурные или безрецептурные энтеральные смеси для использования на дому для приема внутрь или введения через зонд, выписанные Врачом или другим лицензированным Поставщиком услуг. Письменное распоряжение должно указывать, что энтеральная смесь необходима по медицинским показаниям и что ее эффективность доказана в качестве схемы лечения для конкретного заболевания у пациентов, чье состояние не позволяет им полноценно питаться, или которые страдают от заболеваний, приводящих без лечения к хронической инвалидности, умственной отсталости или смерти, в том числе: наследственные заболевания метаболизма аминокислот и органических кислот; болезнь Крона; гастроэзофагеальный рефлюкс, сопровождающийся недостаточным развитием; желудочно-кишечная сократительная активность, например, хроническая псевдонепроходимость кишечника; многочисленные тяжелые пищевые аллергии.
- Модифицированные твердые пищевые продукты с низким содержанием белка или содержащие модифицированные белки для лечения некоторых наследственных нарушений метаболизма аминокислот и органических кислот.

- Рецептурные препараты, выписанные в сочетании с лечением или услугами, покрываемыми льготой по лечению бесплодия в разделе «Амбулаторные и профессиональные услуги» настоящего Договора.
- Противораковые средства вне зарегистрированных показаний, при условии, что Рецептурный препарат утвержден для лечения конкретного вида рака, для которого он был выписан в одном (1) из следующих справочников: American Hospital Formulary Service; National Comprehensive Cancer Network Drugs and Biologics Compendium; Thomson Micromedex DrugDex; Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology; или другие авторитетные сборники, признанные Федеральным министром здравоохранения и социальных услуг, или центрами, оказывающими услуги согласно Medicare и Medicaid; или рекомендованные обзорные статьи или редакционные комментарии в серьезном профессиональном журнале с экспертным рецензированием.
- Противораковые препараты перорального применения, употребляемые для того, чтобы убить или замедлить рост раковых клеток.
- Препараты для отказа от курения, включая препараты, отпускаемые без рецепта, на которые имеется письменное назначение, а также Рецептурные препараты, выписанные Поставщиком услуг.
- Рецептурные препараты для лечения психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая препараты для детоксикации, поддержания и лечения передозировки.
- Контрацептивные средства или устройства, или их непатентованные эквиваленты, утвержденные FDA в качестве заменителей.

Вы можете попросить копию нашего Фармацевтического справочника. Также наш Фармацевтический справочник доступен на нашем веб-сайте: myuhc.com/CommunityPlan. Вы можете запросить информацию о страховом покрытии конкретного лекарственного препарата настоящим Договором, позвонив нам по телефону 1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711.

Б. Пополнение запаса лекарственного препарата.

Мы покрываем пополнение запаса лекарственного препарата только в случае его получения в сетевой, розничной или специализированной аптеках, или при заказе по почте по рецепту авторизованного Поставщика услуг и только после использования 85 % (розничная аптека) и 75 % (специализированная аптека и заказ по почте) изначального запаса Рецептурного препарата. Льготы на пополнение запаса не предоставляются более одного (1) года с даты первого рецепта. Для рецептурных глазных капель мы допускаем ограниченное пополнение запаса до последнего дня периода применения утвержденной дозы, не смотря на ограничения покрытия по поводу преждевременного пополнения препарата. С точки зрения практичности, количество глазных капель в случае преждевременного пополнения запаса ограничивается количеством, которое осталось от ранее полученной дозировки. Ваше Участие в издержках по ограниченному пополнению

запаса - это сумма, которая применяется к каждому рецепту или пополнению запаса согласно изложению в разделе «Перечень льгот» настоящего Договора.

В. Информация о льготе и оплате.

- 1. Расходы по Участию в издержках.** Вы оплачиваете расходы, указанные в разделе «Перечень льгот» настоящего Договора, когда Покрываемые рецептурные препараты получены в сетевой аптеке (розничная или специализированная аптеки или заказа по почте).

Ваш план состоит из трех (3) уровней, и это означает, что Ваши личные расходы, как правило, будут ниже всего на Рецептурные препараты уровня 1 и выше всего на Рецептурные препараты уровня 3. Ваши личные расходы на Рецептурные препараты на уровне 2, как правило, будут выше расходов на уровне 1, но ниже чем на уровне 3.

Вы несете ответственность за оплату полной стоимости (сумма, которую аптека берет с Вас) за любой Непокрываемый рецептурный препарат. При этом наши сниженные ставки (наша стоимость такого Рецептурного препарата) не будут доступны для Вас.

- 2. Участвующие аптеки.** В случае приобретения Рецептурных препаратов в аптеке, входящей в нашу сеть (розничной или специализированной аптеке, или заказ по почте), или в Аптеке, участвующей в плане, Вы оплачиваете наименьшую сумму:

- Участия в издержках; или
- Обычную или традиционную плату Аптеке, участвующей в плане за Рецептурный препарат (сюда входит оплата дозирования и налог с продаж). Ваше Участие в издержках никогда не будет превышать Обычную и традиционную плату за Рецептурный препарат.

- 3. Неучаствующие аптеки.** Мы не оплачиваем стоимость каких-либо Рецептурных препаратов, которые Вы приобретаете в Неучаствующей розничной или специализированной аптеке, или заказывая по почте, кроме описанного выше.

- 4. Назначенные аптеки.** Если Вам необходим конкретный Рецептурный препарат, в том числе специальные Рецептурные препараты, мы можем направить Вас в Назначенную аптеку, с которой у нас имеется договоренность на предоставление таких Рецептурных препаратов.

Как правило, специальные Рецептурные препараты — это такие препараты, которые были утверждены для применения в целях лечения ограниченного количества пациентов или состояний; такие препараты могут приниматься внутрь, вводиться в виде инфузий или требовать наблюдения Поставщика услуг; также такие препараты могут быть ограничены в количестве, специальном дозировании и условий употребления и/или требовать дополнительной поддержки пациента.

Если Вас направили в Назначенную аптеку, но Вы решили не получать свой Рецептурный препарат в такой аптеке, Вы лишаетесь покрытия такого Рецептурного препарата.

Далее перечислены некоторые из основных терапевтических классов специальных Рецептурных препаратов, которые включены в эту программу:

- Анемия, нейтропения, тромбоцитопения;

- Болезнь Крона;
 - Муковисцидоз;
 - Расстройства эндокринной системы/неврологические расстройства как, например, младенческие судороги;
 - Дефицит ферментов/нарушение накопления липосом;
 - Болезнь Гоше;
 - Гормон роста;
 - Гемофилия;
 - Гепатит В, Гепатит С;
 - Наследственный ангионевротический отек;
 - Иммунодефицит;
 - Иммуномодулятор;
 - Бесплодие;
 - Гемохроматоз;
 - Рассеянный склероз;
 - Онкология ротовой полости;
 - Остеоартрит;
 - Легочная артериальная гипертензия;
 - Ревматологические и схожие состояния (ревматоидный артрит, псориатический артрит, анкилозирующий спондилоартрит, Болезнь Стилла - Шоффара, псориаз);
 - Трансплантаты; и
 - Профилактика респираторно-синцитиального вируса.
- 5. Заказ по почте.** Некоторые Рецептурные препараты можно заказать у поставщика по почте. Вы должны оплатить наименьшее из:
- Участия в издержках; или
 - Стоимости рецептурных лекарственных средств для данного лекарства.
(Ваше Участие в издержках никогда не будет превышать Обычную и традиционную плату за Рецептурный препарат.)

Чтобы максимизировать льготу по Вашему почтовому заказу, попросите Вашего Врача выписать Вам рецепт или требование для пополнения запаса на 90-дневный период, включая Пополнение запаса при необходимости (не 30-дневный запас с трехразовым Пополнением запаса). Вам будет необходимо оплатить Участие в издержках от стоимости заказа по почте за любые Рецепты или Пополнение запаса, направленные поставщику по почте независимо от количества дней запаса, указанных в Рецепте или Пополнении запаса.

Рецептурные препараты, приобретенные через почтовый заказ, доставляются прямо по указанному Вами адресу.

Вы или Ваш Поставщик услуг можете получить копию перечня Рецептурных препаратов, доступных для заказа по почте, посетив наш веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвонив по номеру 1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711. Перечень поддерживающих препаратов периодически обновляется. Посетите наш веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните по телефону 1-866-265-1893, чтобы узнать, находится ли конкретный поддерживающий Рецептурный препарат в перечне.

6. **Статус уровня.** Статус уровня Рецептурного препарата может периодически меняться. Как правило, изменения происходят раз в квартал, но не чаще шести (6) раз в течение страхового года на основании наших периодических решений по поводу выбора уровня. Такие изменения могут происходить без предварительного уведомления. Однако если у Вас есть рецепт на препарат, который будет переведен на более высокий уровень (кроме патентованных препаратов, которые становятся доступными в качестве Непатентованного препарата, как описано далее), мы уведомим Вас об этом. В случае таких изменений Ваши личные расходы могут измениться. Вы можете получить доступ к самым обновленным статусам уровней препаратов на нашем веб-сайте: myuhc.com/CommunityPlan или позвонив по телефону 1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711.
7. **Когда Патентованный препарат становится доступным как Непатентованный препарат.** Когда Патентованный препарат становится доступным в виде Непатентованного препарата, уровень Патентованного рецептурного препарата может измениться. В этом случае Вы будете оплачивать Участие в издержках, применимое к уровню, который получил Рецептурный препарат. Обратите внимание, что если Вы принимаете Патентованный препарат, который будет исключен из-за доступности Непатентованного препарата, Вы получите заблаговременное письменное уведомление об исключении Патентованного препарата. Вы более не обладаете льготами на именно этот Патентованный препарат. Если Вы получаете отказ в страховом покрытии, Вы имеете право подать Апелляцию согласно процедуре, описанной в разделах «Проверка использования и Независимые апелляции» настоящего Договора.
8. **Процесс предоставления исключения из фармацевтического справочника.** Если Рецептурного препарата нет в нашем Фармацевтическом списке, Вы, Ваш уполномоченный представитель или Ваш Специалист по здравоохранению, выписавший Вам препарат, можете попросить сделать исключение для клинически утвержденного Рецептурного препарата в письменной, электронной форме или по телефону. Запрос должен состоять из заявления Вашего Специалиста по здравоохранению, выписывающего препарат, о том, что все Препараты из фармацевтического справочника будут или были неэффективны, не будут столь же эффективны, как этот препарат вне Фармацевтического справочника, или будут иметь отрицательный эффект. Если в покрытии отказано в ходе нашего Стандартного или ускоренного процесса предоставления исключения Фармацевтического справочника, Вы имеете право подать независимую апелляцию, как описано в разделе «Независимая апелляция» настоящего Договора. Чтобы больше узнать об этом

процессе, посетите наш веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните по номеру телефона: 1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711

Стандартное рассмотрение предоставления исключения из Фармацевтического справочника. Мы примем решение и сообщим о нем Вам или Вашему уполномоченному представителю, а также Специалисту по здравоохранению, выписавшему препарат, не позднее 72 часов с момента получения нами Вашего запроса. Если мы одобрим такой запрос, мы будем покрывать стоимость такого Рецептурного препарата, пока Вы его принимаете, включая пополнение его запасов.

Ускоренное рассмотрение предоставления исключения из Фармацевтического справочника. Если у Вас наблюдается состояние, которое может поставить под серьезную угрозу Ваше здоровье, жизнь или способность восстановить максимальное функционирование, или, если Вы проходите текущий курс лечения, используя Рецептурный препарат, которого нет в нашем Фармацевтическом справочнике, Вы имеете право попросить нас ускорить рассмотрение предоставления исключения. Такой запрос должен состоять из заявления Вашего Специалиста по здравоохранению, выписавшего препарат, о том, что Вам может быть нанесен вред в случае, если такой лекарственный препарат будет не доступен в течение временных рамок нашего Стандартного процесса предоставления исключения. Мы примем решение и сообщим о нем Вам или Вашему уполномоченному представителю, а также Специалисту по здравоохранению, выписавшему препарат, не позднее 24 часов с момента получения нами Вашего запроса. Если мы одобряем Ваш запрос, то страховое покрытие будет включать такой Рецептурный препарат до тех пор, пока у Вас наблюдается такое состояние, которое может поставить под серьезную угрозу Ваше здоровье, жизнь или способность восстановить максимальное функционирование, или, если Вы проходите текущий курс лечения, используя Рецептурный препарат, которого нет в нашем Фармацевтическом справочнике.

9. **Ограничение запаса.** За исключением контрацептивных препаратов или устройств, мы покрываем не более 30-дневного запаса Рецептурного препарата, приобретенного в розничной аптеке участвующей сети. Вы несете ответственность за одну (1) сумму Участия в издержках за не более чем 30-дневный запас препарата.

Льготы распространяются на Рецептурные препараты, распространяемые по почте, в объеме 90-дневного запаса. Вы несете ответственность за две с половиной (2,5) суммы Участия в издержках за 90-дневный запас препарата.

Специальные рецептурные препараты ограничиваются 30-дневным запасом. Для более подробной информации об ограничении запасов специальных Рецептурных препаратов, зайдите на наш веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните по телефону 1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711.

Некоторые Рецептурные препараты могут быть ограничены в количестве на основании критериев, разработанных нами, периодически пересматриваемых и изменяемых. Такое допустимое количество может ограничивать предоставляемое количество каждого Рецептурного препарата или его Пополнения и/или количество, предоставляемое на месяц. Вы

Договор Участника New York Essential Plan 3

можете узнать, есть ли у Рецепттурного препарата предельный уровень максимального количества, посетив наш веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвонив по телефону **1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711**. Если мы откажем в Страховом покрытии такого количества препарата, которое превышает наш установленный уровень, Вы имеете право подать Апелляцию согласно разделам «Проверка использования и независимые апелляции» настоящего Договора.

- 10. Экстренная поставка Рецепттурных препаратов для лечения зависимости.** Если у Вас возникнет Экстренное состояние, Вы можете незамедлительно, без необходимости Предварительного разрешения, получить доступ к экстренным запасам Рецепттурного препарата на пять (5) дней, применяемого для лечения зависимости, в том числе Рецепттурного препарата на случай отмены опиоидов и/или стабилизации, а также для лечения передозировки опиоидами. Если для Вас применяется Доплата, она будет распределена пропорционально. Если Вы получите дополнительное количество Рецепттурного препарата в течение 30-дневного периода, в ходе которого Вы получили экстренный препарат, Ваша Доплата за оставшуюся часть 30-дневного запаса также будет распределена пропорционально. Распределенная доплата ни в коем случае не будет суммарно превышать Вашу Доплату за 30-дневный запас препарата.

В настоящем разделе под понятием «Экстренное состояние» мы подразумеваем зависимость, проявляющуюся острыми симптомами достаточной степени тяжести, в том числе сильной болью или ожиданием сильной боли, в отношении которых здравомыслящий непрофессионал со средним уровнем знаний о здоровье и медицине мог бы с достаточной вероятностью ожидать, что отсутствие немедленной медицинской помощи может:

- Поставить под угрозу здоровье человека с таким заболеванием или, в случае беременной женщины, ее здоровье или здоровье ее не рожденного ребенка; в случае психического расстройства, поставить здоровье такого человека и окружающих под серьезную угрозу;
- Привести к серьезному повреждению функций организма такого человека;
- Привести к серьезной дисфункции какого-либо органа или части тела такого человека; или
- Привести к обезображиванию такого человека.

- 11. Исходная ограниченная поставка рецепттурных опиоидных препаратов.** Если Вам выпишут исходный ограниченный рецепт на семи- (7)-дневный запас или менее любого включенного в программу II, III или IV опиоидного препарата для снятия Острой боли, и к Вам применяются правила Доплаты, Ваша Доплата будет пропорционально распределена. Если Вы получите дополнительное количество Рецепттурного препарата в течение 30-дневного периода, в ходе которого Вы получили семи- (7)-дневный запас, Ваша Доплата за оставшуюся часть 30-дневного запаса также будет распределена пропорционально. Распределенная доплата ни в коем случае не будет суммарно превышать Вашу Доплату за 30-дневный запас препарата.

- 12. Участие в издержках для пероральных противораковых препаратов.** Вы несете Участие в издержках для пероральных противораковых препаратов в меньшем размере из применимой суммы Участия в издержках Рецепттурного препарата, указанной в разделе «Перечень льгот»

настоящего Договора, или Участие в издержках, если таковое имеется, которое применяется к внутривенным или инъекционным препаратам химиотерапии, покрываемых согласно разделу «Амбулаторные и профессиональные услуги» настоящего Договора.

Г. Руководство медицинской службой.

В данном Договоре существуют некоторые особенности, которые определяют, когда Рецепттурные препараты будут покрываться страховкой. Такие пункты изложены далее. В частности, Вашего Поставщика услуг, выписывающего препарат, могут попросить предоставить более подробную информацию, прежде чем мы сможем решить, является ли Рецепттурный препарат необходимым по медицинским показаниям.

- 1. Предварительное разрешение.** Чтобы гарантировать правильность применения и соблюдение всех нормативов покрытия Рецепттурного препарата, может понадобиться Предварительное разрешение для некоторых Рецепттурных препаратов. Ваш поставщик несет ответственность (когда это уместно) за получение Предварительного разрешения на Рецепттурный препарат. Если Вы решите приобрести Рецепттурный препарат без Предварительного разрешения, Вы должны оплатить полную стоимость Рецепттурного препарата и подать запрос на возмещение расходов.

Посетите наш веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan, чтобы просмотреть полный перечень Рецепттурных препаратов, которые требуют Предварительного разрешения или позвоните по телефону 1-866-265-1893. Мы можем иногда менять перечень. Также мы оставляем за собой право требовать Предварительное разрешение на любой новый Рецепттурный препарат, который появился на рынке, или на любой доступный Рецепттурный препарат, протоколы выписывания которого и/или показания поменялись, независимо от его терапевтической классификации, и включая те случаи, когда Рецепттурный препарат или схожие наименования в перечне не покрываются Вашим Договором. Ваш поставщик может узнать у нас, на какие Рецепттурные препараты распространяется страховая полис.

- 2. Поэтапное лечение.** Поэтапное лечение — это процесс, в течение которого Вам может понадобиться использовать один или более видов Рецепттурного препарата, пока мы не решим покрыть другой препарат как необходимый по медицинским показаниям. Мы проверяем некоторые Рецепттурные препараты, чтобы удостовериться в том, что все правила выдачи рецепта соблюдены. Эти правила позволяют Вам получать высококачественные и рентабельные Рецепттурные препараты. Рецепттурные препараты, требующие Предварительного разрешения согласно программе поэтапного лечения, также включены в перечень препаратов, требующих Предварительного разрешения. Если Вы получаете отказ в страховом покрытии, Вы имеете право подать Апелляцию согласно процедуре, описанной в разделах «Проверка использования и Независимые апелляции» настоящего Договора.

Д. Ограничения/Условия страхового покрытия.

- 1.** Мы сохраняем за собой право ограничивать количество, дневной запас, доступ к преждевременному Пополнению запаса и/или длительность лечения для определенных

Договор Участника New York Essential Plan 3

медикаментов на основании медицинской необходимости, включая допустимые медицинские стандарты и/или рекомендуемые правила FDA.

2. Если мы установим, что Вы можете использовать Рецептурный препарат пагубным способом, или злоупотреблять им, или использовать его с вредной частотой, Ваш выбор Участвующих аптек может быть ограничен. В таких случаях мы можем потребовать, чтобы Вы выбрали одну Участвующую аптеку, которая будет предоставлять и координировать все Ваши будущие фармацевтические услуги. Льготы будут выплачены только в случае, если Вы будете использовать единственную выбранную Участвующую аптеку. Если Вы не сделаете выбор в течение 31 дня с даты получения нашего уведомления, мы выберем за Вас единственную Участвующую аптеку.
3. Лекарственный препарат, приготовленный по рецепту врача, покрывается только в случае, если в нем содержится как минимум один (1) ингредиент, который: представляет собой Покрываемый рецептурный препарат, но не совсем такой же, как и Рецептурный препарат производителя, и приобретен в аптеке, которая имеет разрешение готовить препараты по рецепту. Все лекарственные препараты, приготовленные по рецепту, стоимостью более \$100, требуют, чтобы Ваш Поставщик услуг получил Предварительное разрешение. Приготовленные по заказу рецептурные препараты находятся на уровне 2; 3.
4. Различные специальные и/или общие протоколы «применения» будут иногда применяться, чтобы гарантировать соответствующее применение медикаментов. Такие протоколы будут соответствовать стандартным правилам медицинского/лекарственного лечения. Основной целью протоколов является предоставление нашим участникам льготы по Рецептурным препаратам, ориентированной на качество. В случае применения протокола применения, если при этом Вы употребляете препарат, на который влияет такой протокол, то Вас уведомят об этом заранее.
5. Инъекционные препараты (кроме инъекционных препаратов для самостоятельного введения) и инсулин, пероральные гипогликемические препараты, расходные материалы и оборудование для диабетиков не покрываются в рамках этого раздела, но покрываются другими разделами настоящего Договора.
6. Мы не покрываем стоимость введения или инъекции Рецептурного препарата. Рецептурные препараты, предоставляемые или вводимые в кабинете Врача, покрываются согласно разделу «Амбулаторные и профессиональные услуги» настоящего Договора.
7. Мы не покрываем препараты, которые по закону не требуют рецепта, за исключением препаратов для прекращения курения, безрецептурных профилактических препаратов или устройств, предоставляемых в соответствии с всеобъемлющими рекомендациями, поддерживаемыми HRSA, или с рейтингом «А» или «В» от USPSTF или иным способом предусмотренными настоящим Договором. Мы не покрываем Рецептурные препараты, у которых имеются в наличии безрецептурные эквиваленты, кроме случаев, когда такой препарат конкретно обозначен как Покрываемый в Фармацевтическом справочнике, или если в настоящем Договоре указаны другие условия. Нерецептурные эквивалентные препараты — это

препараты, доступные без рецепта, с таким же названием/химическим веществом, как и его рецептурные аналоги.

8. Мы не покрываем Рецептурные препараты в качестве замены тех, которые были утеряны или украдены.
9. Мы не покрываем Рецептурные препараты, выданные Вам в течение пребывания в Больнице, частной лечебнице и других учреждениях, или если Вы получаете лечение на дому, за исключением тех случаев, когда основной платеж от Вас или Вашего имени Больнице, частной лечебнице, Агентству по медицинскому обслуживанию на дому, агентству по оказанию услуг по лечению на дому или другому учреждению, не включает услуги за препараты.
10. Мы сохраняем за собой право отказывать в льготах, если в них нет медицинской необходимости, они носят экспериментальный характер, для любых препаратов, выписанных или распространяемых таким образом, который противоречит стандартной медицинской практике. Если Вы получаете отказ в страховом покрытии, Вы имеете право подать Апелляцию согласно процедуре, описанной в разделах «Проверка использования и Независимые апелляции» настоящего Договора.
11. Аптека не должна выдавать препарат по Рецепту, который, с точки зрения фармацевта, не следует отпускать.

Е. Общие условия.

Вы должны показать свою идентификационную карту в розничной аптеке, когда приобретаете Рецептурный препарат, или предоставить аптеке идентифицирующую Вас информацию, которую мы можем проверить в рабочее время. При заказе лекарства по почте Вы должны указать в форме свой идентификационный номер.

Ж. Определения.

Термины, используемые в настоящем разделе, объяснены следующим образом: (Другие определения терминов можно найти в разделе «Определения» настоящего Договора).

1. **Патентованные препараты:** Рецептурный препарат, который: 1) производится и продается под защитой торговой марки или имени конкретного производителя лекарств; или 2) такой, который мы называем патентованным Рецептурным препаратом на основании доступных данных. Все Рецептурные препараты, определенные производителем, аптекой или Вашим Врачом как «Патентованные», не обязательно могут быть классифицированы нами как Патентованные.
2. **Назначенные аптеки:** Аптека, которая подписала договор с нами или организацией, которая работает от нашего имени, для отпуска конкретных Рецептурных препаратов, в том числе специальных Рецептурных препаратов. Тот факт, что аптека является Участвующей аптекой, не означает, что она является Назначенной аптекой.
3. **Фармацевтический справочник:** Список, в котором перечислены Рецептурные препараты, покрытие которых может быть доступно согласно настоящему Договору. Список подлежит

Договор Участника New York Essential Plan 3

нашей периодической проверке и изменениям (как правило, ежеквартально, но не чаще шести (6) раз в течение календарного года). Вы можете узнать, какой уровень классификации назначен для того или иного Рецептурного препарата, посетив наш веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвонив по телефону 1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711.

4. **Непатентованный препарат:** Рецептурный препарат, который: 1) является химическим эквивалентом Патентованного препарата; 2) мы обозначили как Непатентованный рецептурный препарат на основании доступных данных. Все Рецептурные препараты, определенные производителем, аптекой или Вашим Врачом как «Непатентованные», не обязательно могут быть классифицированы нами как Непатентованные.
5. **Неучаствующие аптеки:** Аптека, которая не имеет договора с нами на предоставление Рецептурных препаратов Участникам плана. Мы не оплачиваем стоимость никаких Рецептов или Пополнений запасов препаратов, которые Вы приобретаете в Неучаствующей аптеке, кроме вариантов, описанных выше.

6. **Участвующая аптека.** Это аптека, которая:

- заключила договор с нами или нашим уполномоченным представителем на отпуск Рецептурных препаратов Участникам плана;
- согласилась принимать установленное возмещение стоимости Рецептурных препаратов; и
- была назначена нами как Участвующая аптека.

Участвующая аптека может быть розничной аптекой, специализированной аптекой или аптекой для почтовых заказов.

7. **Рецептурные препараты:** Лекарственный препарат, продукт или устройство, утвержденные FDA, которые, согласно федеральному закону или закону штата, могут отпускаться только на основании Рецепта или Пополнения запаса. К рецептурным препаратам относятся медикаменты, которые в силу своих характеристик могут вводиться самостоятельно или нетренированным лицом, осуществляющим уход.
8. **Стоимость Рецептурного препарата:** Стоимость, которую мы по договоренности выплачиваем Участвующим аптекам, включая расходы на предоставление препарата и налог с продаж за Покрываемый Рецептурный препарат, отпущенный в Участвующей аптеке. Если Ваш Договор включает страховое покрытие Не участвующих аптек, стоимость Рецептурных препаратов, полученных в Не участвующей аптеке, рассчитывается при помощи Стоимости Рецептурного препарата, применимой к конкретному Рецептурному препарату, в большинстве Участвующих аптек.
9. **Рецепт или Пополнение запаса:** Направление выписать Рецептурный препарат, выданное Медицинским работником с соответствующей лицензией, который действует в рамках порядка своей деятельности.
10. **Обычная и традиционная плата:** Обычная плата, которую аптека взимает с покупателей за Рецептурный препарат вне связи с возмещением аптеке от третьих сторон согласно разделу 6826-а Закона об образовании штат Нью-Йорк.

Раздел XIV

Льготы Wellness

А. Возмещение расходов спортивным залам.

Мы частично покрываем Ваши расходы на определенные членские взносы в спортивных залах, но только в том случае, если такие взносы были уплачены спортивному залу, в котором имеется в наличии оборудование и программы для поддержания здоровья сердечно-сосудистой системы. Мы покрываем расходы на спортивные кружки (например, йога, пилатес, велоаэробика).

Стоимость членства в теннисных клубах, загородных клубах, клиниках для похудения, спа-салонах или подобных заведениях не покрывается. Пожизненные членства не подлежат возмещению. Возмещение расходов распространяется только на посещенные спортивные занятия. **Мы не возмещаем расходы по оборудованию, одежде, витаминам или другим услугам, которые может предлагать учреждение (например, массажи и т. д.).**

Чтобы иметь право на возмещение расходов, Вы должны:

- Быть активным членом спортивного клуба или посещать занятия в таком клубе, и
- выполнить 50 визитов в течение шести (6)-месячного периода. Вы должны посетить спортивный зал 9 раз в месяц и в общей сложности 50 раз в течение шестимесячного (6) периода.

Чтобы получить возмещение расходов в конце шестимесячного (6) периода, Вы должны подать:

- Заполненную форму на возмещение расходов; документы, подтверждающие Ваши посещения спортивного зала. Каждый раз, когда Вы посещаете спортивный зал, сотрудник зала должен подписать и поставить дату на форме возмещения расходов; документ о посещении.
- Копия Вашего текущего счета за посещение спортивного зала, в которой указана стоимость оплаченного Вами членства или занятий.
- Копия брошюры, в которой описаны услуги, предоставляемые спортивным залом.

Как только мы получим заполненную форму для возмещения расходов, справку о посещении, копию брошюры об учреждении, а также счет, Вам возместят меньшее из двух: \$200 или действительную стоимость членства за шестимесячный (6) период. Запрос на возмещение расходов необходимо подать в течение 120 дней с момента завершения шестимесячного (6) периода. Возмещение выдается только после окончания шестимесячного (6) периода, даже в случае, если Вы пройдете все 50 посещений раньше.

Б. Программа Wellness.

1. Цель.

Целью данной программы Wellness является способствование Вашей более активной роли в поддержании своего здоровья и благополучия.

2. Описание.

Мы предоставляем льготы, связанные с использованием или участием в одном из следующих мероприятий и занятий по благополучию и здоровью:

- выбранная программа оздоровления или фитнеса.

3. Участие.

Предпочтительным способом доступа к программе Wellness является наш веб-сайт **myuhc.com**. Вам необходимо иметь доступ к компьютеру с подключением к интернету, чтобы принимать участие в программе веб-сайта. Однако если у Вас нет доступа к компьютеру, обратитесь к нам по телефону **1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711**, и мы предоставим Вам информацию о том, как можно участвовать без доступа к интернету.

4. Премии.

Премии за участие в программах Wellness:

- Частичное возмещение расходов на членство в частном спортивном клубе или фитнес-центре.

Раздел XV.

Дополнительные льготы для некоторых участников Essential Plan

См. раздел «Перечень льгот» в данном Договоре для информации о требованиях к Участию в издержках, ограничениям количества дней или визитов, любым требованиям к Предварительным разрешениям или Направлениям, которые могут применяться к этим льготам.

А. Стоматологические услуги.

- 1. Оплачиваемые стоматологические услуги.** В число оплачиваемых услуг входят регулярные и рутинные стоматологические услуги типа профилактических осмотров, чистки, рентгенологического исследования и других услуг для выявления изменений или патологий, при которых требуется лечение и/или наблюдение за Вами. Для посещения стоматолога направление от основного лечащего врача не требуется.

2. **Как получить доступ к услугам стоматолога.** Если Вам необходимо найти или сменить стоматолога, звоните в службу поддержки клиентов по телефону **1-866-265-1893**, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 18:00 Представители службы поддержки клиентов помогут Вам. Многие из них говорят на Вашем языке либо пользуются услугами переводчиков на любой необходимый Вам язык.
3. **Ортодонтические услуги.** Ортодонтические услуги оплачиваются в том случае, если Вам необходимо хирургическое лечение по медицинским показаниям, например, восстановительная хирургия челюсти.

Б. Услуги офтальмолога.

1. **Оплачиваемые услуги офтальмолога.** Мы предлагаем услуги офтальмолога по договору с March Vision, экспертом в предоставлении высококачественных офтальмологических услуг. Мы покрываем следующие виды офтальмологического обслуживания:
 - Оплачиваются услуги окулиста и оптометриста и контактные линзы, поликарбонатные линзы, искусственные глаза и/или замена потерянных или сломанных очков, в том числе, ремонт, при медицинской необходимости. Искусственные глаза оплачиваются в соответствии с планом поставщика услуг;
 - Проверки зрения, которые обычно проводятся один раз в два года или чаще при медицинской необходимости.
 - Проверка плохого зрения и зрительные аппараты, назначенные врачом.
 - Направление к специалистам по поводу заболеваний глаз или дефектов зрения.
2. **Как получить доступ к офтальмологическим услугам.** Если Вам необходимо найти или сменить офтальмолога, звоните в службу поддержки клиентов по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 18:00.

В. Безрецептурные препараты (препараты, отпускаемые без рецепта).

Помимо покрытия стоимости рецептурных препаратов, описанного в Разделе XIII, мы также покрываем стоимость безрецептурных препаратов, медицинских приборов и батареек для слуховых аппаратов, заказанных лицензированным поставщиком услуг.

Г. Услуги по уходу за ногами.

Включает обычное лечение ног, проводимое квалифицированным медиком, кроме подиатра, когда Ваше физическое состояние представляет собой опасность из-за местного заболевания, травмы или симптомов, затрагивающих ноги, или когда оно проводится при необходимости и является частью других оплачиваемых услуг, таких, как диагностика и лечение диабета, язвы и инфекций. Мы не покрываем стоимости обычных гигиенических процедур по уходу за ногами, лечения мозолей и кожных наростов, обрезания ногтей, мытья ног либо ванн для ног, если Вы не страдаете от патологических процессов, требующих оказания таких услуг.

Д. Ортопедическая обувь.

Мы покрываем стоимость ортопедической обуви в случае ее использования для исправления, приспособления либо профилактики физической деформации или объема движения при нарушении функций больной либо травмированной части голеностопного сустава или ступни, либо для поддержки слабой или деформированной структуры голеностопного сустава или ступни, либо для формирования неотъемлемой части ортопедического приспособления. Покрытие охватывает обувь, модификацию обуви или дополнительные приспособления к обуви. Мы не покрываем стоимость спортивной и тренировочной обуви.

Е. Услуги планирования семьи.

Кроме Услуг планирования семьи, описанных в разделе XV, вы можете получать определенные услуги планирования семьи и поддержания репродуктивного здоровья от одного из наших Участвующих поставщиков либо от любого поставщика услуг здравоохранения в рамках Medicaid по Вашему выбору. Вам не требуется направление Вашего ОЛВ для получения данных услуг. Если Вы посетите соответствующего поставщика услуг здравоохранения Medicaid, стоимость визита для Вас будет такой же, как и стоимость посещения одного из наших Участвующих поставщиков.

Ниже приведены услуги по планированию семьи и поддержанию репродуктивного здоровья, которые Вы можете получить от любого поставщика Medicaid или от Участвующего поставщика:

1. Скрининг, постановка диагноза, амбулаторное лечение и выдача направлений к Участвующему поставщику при необходимости в случае дисменореи, рака шейки матки или других аномалий органов малого таза.
2. Скрининг, постановка диагноза и выдача направлений к Участвующему поставщику в случае анемии, рака шейки матки, гликозурии, протеинурии, гипертонии, заболевания молочной железы и беременности.
3. Проведение анализа на ВИЧ и консультация перед анализом и после проведения анализа, если он проводится в рамках визита по планированию семьи.

Вам необходимо посетить Участвующего поставщика, чтобы следующие услуги по планированию семьи и поддержанию репродуктивного здоровья вошли в наше покрытие:

1. Лечение бесплодия в соответствии с описанием Услуг планирования семьи, изложенным в Разделе XV.
2. Профилактическое гинекологическое обслуживание, в том числе гистерэктомия, в соответствии с Разделом «Амбулаторные услуги»
3. Любые другие Услуги планирования семьи и поддержания репродуктивного здоровья, не указанные выше.

Ж. Не экстренная транспортировка.

В дополнение к неэкстренной транспортировке в карете скорой помощи, как описано в Разделе VII,

Вы имеете право на неэкстренную транспортировку, которая включает: личное транспортное средство, автобус, такси, медицинский автомобиль специального назначения и общественный транспорт на прием к врачу.

Вы либо Ваш поставщик должны позвонить указанному ниже поставщику услуг для согласования условий транспортировки:

Нью-Йорк (Бронкс, Бруклин, Манхеттен, Квинс, Стейтен Айленд): LogistiCare – 1-877-564-5922

Лонг Айленд (Нассау и Суффлок): LogistiCare – 1-844-678-1103

Все остальные страны: Служба телефонного медицинского обслуживания – 1-800-850-5340

Вы можете получить доступ к информации на сайте: https://www.emedny.org/ProviderManuals/Transportation/PDFS/Transportation_PA_Guidelines_Contact_List.pdf

Вам или поставщику медицинских услуг следует по возможности звонить поставщику услуг не позднее чем за 3 дня до назначенного визита к врачу и сообщить дату и время встречи с врачом, адрес, куда Вам нужно подъехать, и имя и фамилию врача.

Раздел XVI

Исключения и ограничения

Покрытие согласно настоящему Договору не предоставляется на следующее:

А. Перелеты.

Мы не покрываем услуги, связанные с перелетами, кроме как перелет, оплачиваемый пассажиром, регулярным или чартерным рейсом, обслуживаемым авиакомпанией с регулярными перевозками.

Б. Уход за выздоравливающим и повседневный уход.

Мы не покрываем услуги, связанные с лечением покоем, повседневным уходом или транспортировкой. «Повседневный уход» — это помощь в транспортировке, кормлении, одевании, купании, совершении туалета и других связанных с этим действиях. Повседневный уход не подразумевает Покрытые услуги, определенные как необходимые по медицинским показаниям.

В. Переходная терапия.

Мы не покрываем переходную терапию. Переходная терапия - это любая практика специалиста в области психического здоровья, которая направлена на изменение сексуальной ориентации или гендерной идентичности участника в возрасте до 18 лет, включая усилия по изменению поведения, гендерных выражений или устранению или уменьшению сексуальных или романтических

Договор Участника New York Essential Plan 3

увлечений или чувств в отношении лица того же пола. Переходная терапия не включает консультирование или терапию для лица, которое стремится пройти гендерный переход или которое находится в процессе гендерного перехода, который обеспечивает принятие, поддержку и понимание отдельного лица или облегчение страданий человека, социальную поддержку и исследования и создание идентичности, в том числе нейтральные для сексуальной ориентации меры по предотвращению или устранению незаконного поведения или небезопасной сексуальной практики при условии, что консультирование или терапия не направлены на изменение сексуальной ориентации или гендерной идентичности.

Г. Косметические услуги.

Мы не покрываем косметические услуги, Рецепттурные препараты или хирургические процедуры, если не указано обратное, кроме следующего: косметическое лечение не подразумевает реконструктивную хирургию, когда такая услуга вытекает из или следует за хирургической процедурой после травмы, инфекции или заболевания затронутой части тела, и реконструктивную хирургию из-за врожденного заболевания или аномалии Ребенка со Страховым покрытием, которое привело к функциональному дефекту. Также мы покрываем услуги по реконструктивной хирургии в связи с мастэктомией, как указано в другой части настоящего Договора. К косметической хирургии не относятся хирургические процедуры по медицинской необходимости. Если запрос на процедуру, указанную в 11 NYCRR 56 (например, некоторые виды пластической хирургии и дерматологические процедуры), подается постфактум и без подкрепляющей медицинской информации, то отказ в покрытии такой процедуры не будет подлежать процессу Проверки использования согласно разделу «Проверка использования и независимые апелляции» настоящего Договора, кроме случаев, когда медицинская информация представлена.

Д. Покрытие медицинских расходов за пределами Соединенных Штатов Америки, Канады или Мексики.

Мы не предоставляем страховое покрытие по уходу или лечению, предоставленному за пределами Соединенных Штатов Америки, их владений, Канады или Мексики, за исключением Экстренных услуг, Экстренных медицинских услуг до госпитализации и услуг скорой помощи для оказания помощи при Вашем Экстренном состоянии.

Е. Стоматологические услуги.

Мы не покрываем стоматологические услуги, за исключением следующего: уход или лечение из-за случайного повреждения здоровых зубов в течение 12 месяцев после аварии; стоматологическая помощь или лечение, необходимые из-за врожденного заболевания или аномалии; или стоматологическая помощь или лечение, конкретно указанные в разделе «Амбулаторное и профессиональное обслуживание» настоящего Договора.

Ж. Экспериментальное лечение или лечение с целью исследования.

Мы не покрываем медицинские услуги, процедуры, лечение, устройства или Рецепттурные

препараты в качестве экспериментального лечения или лечения с целью исследования. Однако мы покрываем экспериментальное лечение и лечение с целью исследования, включая лечение имеющегося у Вас редкого заболевания или расходы пациента на участие в клиническом исследовании, которые описаны в разделе «Амбулаторные и профессиональные услуги» настоящего Договора, или в тех случаях, когда наш отказ в получении услуг отменяется Представителем по независимым апелляциям, сертифицированным Штатом. Однако в рамках клинических исследований мы не покрываем расходы на исследуемые лекарственные препараты или устройства, услуги, не относящиеся к здравоохранению, которые могут быть необходимы Вам для получения лечения, расходы на управление исследованиями, или расходы, на которые не распространялось бы страховое покрытие в рамках данного Договора на участие в отношении лечения, проводимого не с целью исследования. Более подробную информацию о Ваших правах подачи Апелляции см. в разделе «Проверка использования и Независимые апелляции» настоящего Договора.

З. Участие в тяжелом уголовном преступлении.

Мы не покрываем расходы, связанные с заболеванием, лечением или медицинским состоянием из-за Вашего участия в тяжелом уголовном преступлении, бунте или восстании. Это исключение не применимо к страховому покрытию услуг по лечению травм, нанесенным жертвам насилия в семье, или услуг по лечению Вашего заболевания (включая как физиологические, так и психические состояния).

И. Уход за стопами.

Мы не покрываем плановое лечение стоп в связи с мозолями, ороговевшими мозолями, плоскостопием, начальной стадией плоскостопия, хроническим растяжением стопы или симптоматическими жалобами, кроме тех, что указаны в разделе XXIV. Однако мы покрываем уход за стопами в случае конкретного медицинского состояния или заболевания, которое приводит к недостаточному кровообращению или возникновению областей пониженной чувствительности в ногах и стопах.

К. Государственное учреждение.

Мы не покрываем уход или лечение в Больнице, которая принадлежит или управляется федеральной организацией, организацией, управляемой штатом или другим государственным учреждением, кроме случаев, когда этого требует законодательство, и когда Вас отвозят в ближайшую Больницу при травме или заболевании для оказания Экстренной помощи по устранению Вашего Экстренного состояния.

К. Необходимость по медицинским показаниям.

Как правило, мы не покрываем медицинские услуги, процедуры, лечение, анализы, устройства или Рецептурные препараты, которые мы не считаем необходимыми по медицинским показаниям. Если независимый орган, рассматривающий апелляции, сертифицированный штатом, отменяет наш отказ, то мы предоставляем покрытие услуги, процедуры, лечения, анализа, устройства или

Договор Участника New York Essential Plan 3

Рецептурного препарата, в страховом покрытии которых было отказано, но в таком размере, в котором такая услуга, процедура, лечение, анализ, устройство или Рецептурный препарат покрывался бы согласно условиям настоящего Договора.

Л. Medicare и другие государственные программы.

Страховое покрытие не распространяется на услуги, если льготы, предоставляемые на такие услуги, покрываются федеральной программой Medicare или другой государственной программой (кроме Medicaid).

М. Военная служба.

Страховое покрытие не распространяется на заболевание, лечение или медицинское состояние, возникшее из-за службы в Вооруженных силах или вспомогательном подразделении.

Н. Страхование автотранспортного средства, независимо от того, кто явился виновником столкновения.

Мы не покрываем никакие льготы в объеме, предусмотренном за любые убытки или частичные убытки, для которых было взыскано или подлежит взысканию обязательное автомобильное страхование, независимо от виновности. Такое исключение применяется, даже если Вы не подаете соответствующий или своевременный запрос на получение льгот, положенных Вам согласно обязательному страхованию независимо от вины.

О. Услуги, не указанные в перечне.

Мы не покрываем услуги, которые не указаны в настоящем Договоре, как Покрываемые услуги.

П. Услуги, оказываемые Членом семьи.

Мы не покрываем услуги, оказанные ближайшими членами семьи Участника со страховым покрытием. «Ближайший член семьи» — это ребенок, супруг/-а, мать, отец, сестра или брат — Ваш или Вашего(-ей) супруга(-и).

Р. Услуги, за которые сотрудники Больниц выставляют отдельные счета.

Мы не покрываем оказанные услуги, за которые сотрудники Больниц, лабораторий или других учреждений выставляют отдельные счета.

С. Бесплатные услуги.

Мы не покрываем услуги, за которые, как правило, не взимается плата.

Т. Услуги офтальмолога.

Мы не покрываем осмотр или подгонку очков или контактных линз.

У. Война.

Страховое покрытие не распространяется на заболевание, лечение или медицинское состояние, возникшее вследствие войны, объявленной или необъявленной.

Ф. Компенсация работникам, получившим производственные травмы.

Мы не покрываем услуги в том случае, если льготы на них предоставляются согласно Workers' Compensation (закон о компенсации за производственные травмы) федерального или штата, ответственности работника или закона о профессиональных болезнях.

Раздел XVII

Принятие решений по страховым требованиям

А. Страховые требования.

Страховое требование — это запрос на получение или оплату льгот, или услуг согласно условиям настоящего Договора. Вы или Ваш Поставщик услуг должны подать нам форму страхового требования. Если поставщик не желает подавать такое страховое требование, то его придется подавать Вам.

Б. Уведомление о предъявлении требования.

Страховые требования должны нести всю информацию, необходимую нам для обработки такого требования, в том числе: Идентификационный номер Участника, имя и фамилия, дата рождения, дата оказания услуги, тип услуги, стоимость каждой услуги, код процедуры за услугу (если применимо), код диагноза, имя, фамилия и адрес Поставщика услуг, которому необходимо оплатить счет, а также вся дополнительная медицинская документация (при необходимости). Страховое требование, которое не содержит всю необходимую информацию, не будет принято. Такое требование следует подать повторно со всей необходимой информацией. Формы для подачи страхового требования можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников по телефону **1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711**, или посетив наш веб-сайт **myuhc.com/CommunityPlan**. Заполненные формы следует отправить по адресу, указанному в разделе «Как работает Ваше страховое покрытие» настоящего Договора или в Вашей идентификационной карте. Также Вы можете направить нам форму страхового требования в электронном формате, посетив наш веб-сайт **myuhc.com/CommunityPlan**.

В. Временные ограничения подачи страховых требований.

Страховые требования по поводу покрытий должны быть поданы нам в течение 120 дней после получения Вами услуг, за которые запрашивается оплата. Если возможность подачи страхового требования в течение 120 дней отсутствует по уважительной причине, Вы должны подать такое требование, как только это станет возможным. Ни при каких обстоятельствах, за исключением

отсутствия дееспособности, страховое требование не может подаваться позднее, чем через один (1) год с того момента, когда такое требование должно было быть подано.

Г. Страховые требования по запрещенным направлениям.

Мы не обязаны удовлетворять требования, оплачивать счета или другие запросы, или заявки от Поставщика услуг за услуги клинических лабораторий, услуги аптеки, услуги лучевой терапии, физиотерапии, рентгенографии или услуг визуализации, предоставленных по направлению, запрещенному разделом 238-а(1) Закона о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк.

Д. Принятие решений по страховым требованиям.

Наша процедура рассмотрения страховых требований относится ко всем требованиям, не относящимся к определению медицинской необходимости, экспериментальной или исследовательской деятельности. Например, процесс принятия решения по страховому требованию применяется к отказу в льготах и Направлениях, предусмотренных договором. Если Вы не согласны с нашим решением по страховому требованию, Вы можете подать Жалобу согласно разделу «Процедура подачи жалоб» настоящего Договора.

Описания процедур Проверки использования и процесса Апелляции по установлению медицинской необходимости, решениях об экспериментальном или исследовательском характере того или иного действия см. в разделе «Проверка использования и независимые апелляции» настоящего Договора.

Е. Принятие решений по страховым требованиям до оказания услуги.

- 1. Страховое требование до указания услуги** — это запрос на утверждение услуги или лечения до их предоставления. Если у нас в наличии есть вся необходимая информация для принятия решения по страховому требованию до указания услуги (например, решение о покрываемой льготе или Направлении), мы примем решение и направим уведомление Вам (или уполномоченному Вами лицу) в течение 15 дней с момента получения страхового требования. Если нам потребуется дополнительная информация, мы запросим ее в течение 15 дней с момента получения страхового требования. После этого у Вас будет 45 календарных дней на представление информации. Если мы получим запрашиваемую информацию в течение 45 дней, мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) в письменной форме в течение 15 дней с момента получения информации. Если вся необходимая информация не будет получена в течение 45 дней, мы примем решение в течение 15 календарных дней после окончания 45-дневного периода.
- 2. Срочная оценка до оказания услуг.** Что касается срочной оценки до оказания услуг, если у нас есть вся информация, необходимая для того, чтобы принять решение, мы сделаем это и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) по телефону в течение 72 часов с момента получения запроса. Письменное уведомление будет направлено в течение трех (3) календарных дней после принятия решения. Если нам потребуется дополнительная информация, мы запросим ее в течение 24 часов. После этого у Вас будет 48 часов на

представление информации. Мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) по телефону в течение 48 часов либо с момента получения информации, либо с момента окончания 48-часового периода, в зависимости от того, что наступит раньше. Письменное уведомление будет направлено в течение трех (3) календарных дней после принятия решения.

Ж. Принятие решений по страховым требованиям после получения услуги.

Страховое требование после получения услуги — это запрос на утверждение услуги или лечения после их предоставления. Если у нас есть вся информация, необходимая для того, чтобы принять решение в отношении страхового требования, относящегося к оказанной услуге, мы примем решение и известим Вас (или назначенное Вами лицо) в течение 30 календарных дней с момента получения запроса. Если нам потребуется дополнительная информация, мы запросим ее в течение 30 календарных дней. После этого у Вас будет 45 календарных дней на представление информации. Мы примем решение и направим уведомление Вам (или уполномоченному Вами лицу) в письменном виде в течение 15 дней с момента получения нами необходимой информации или на момент завершения 45-дневного периода.

З. Оплата счетов.

Если наше обязательство оплатить счет является достаточно очевидным, мы оплатим его в течение 30 дней с момента получения счета (при подаче через Интернет или по электронной почте) и 45 дней с момента получения счета (при подаче с помощью других средств, включая бумажную копию или факс). Если мы запрашиваем дополнительную информацию, мы будем оплачивать счет в течение 30 дней (для претензий, поданных через Интернет или электронную почту) или 45 дней (для претензий, поданных с помощью других средств, включая бумажную копию или факс) после получения информации.

Раздел XVIII

Жалобы и порядок их рассмотрения

А. Претензии.

Наша процедура рассмотрения Жалоб применяется к любому вопросу, не относящемуся к определению медицинской необходимости, либо к экспериментальной или исследовательской деятельности. Например, она относится к отказу в предоставлении полагающихся Вам по Договору льгот или имеющимся у Вас вопросам или проблемам в отношении нашей административной политики или доступа к Поставщикам.

Договор Участника New York Essential Plan 3

Б. Подача Претензий.

Вы можете связаться с нами по телефону 1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711, или отправив Претензию в письменной форме. Вы можете подать устную Претензию в связи с отказом в Направлении или определении покрываемой страховкой льготы. Нам может понадобиться, чтобы Вы подписали письменное подтверждение Вашей устной Претензии, подготовленное нами. У Вас или Вашего уполномоченного лица имеется до 180 календарных дней с момента, когда Вы получили решение, которое Вы просите нас проверить, на то, чтобы подать Претензию. Когда мы получим Вашу Претензию, мы вышлем Вам письмо-подтверждение в течение 15 рабочих дней. Письмо-подтверждение будет содержать имя, адрес и номер телефона лица, занимающегося рассмотрением Вашей Претензии, и указывать, какую дополнительную информацию, если таковая имеется, нужно предоставить.

Мы сохраняем конфиденциальность всех запросов и обсуждений и относимся к Вашим вопросам без дискриминационных мер. В зависимости от характера Вашего запроса, у нас имеются процедуры рассмотрения как стандартных, так и ускоренных Претензий.

В. Принятие решения по Претензии.

Вашу Жалобу будет рассматривать квалифицированный персонал, а в том случае, если это вопрос клинического характера, то он будет рассматриваться лицензированным, сертифицированным или зарегистрированным медицинским работником. Мы примем решение по Претензии и уведомим Вас в следующие сроки:

Ускоренные/Срочные Претензии:

По телефону, в течение 48 часов с момента получения всей необходимой информации или 72 часов с момента получения Вашей Жалобы. Письменное уведомление будет предоставлено в течение 72 часов с момента получения Вашей Претензии.

Претензии до оказания услуг: (Запрос на услугу или лечение, которые еще не были предоставлены.)

В письменной форме в течение 30 календарных дней с момента получения Вашей Претензии.

Жалобы после оказания услуг: (Счет за услугу или лечение, которые уже были предоставлены.)

В письменной форме в течение 30 календарных дней с момента получения Вашей Претензии. всей необходимой информации, но не позднее чем через 60 дней с момента получения Вашей Претензии. 60 дней с момента получения вашей жалобы.

Все другие Жалобы: (Не связанные со счетом или запросом на услугу или лечение.)

В письменной форме в течение 45 календарных дней с момента получения всей необходимой информации, но не позднее чем через 60 дней с момента получения Вашей Претензии.

Г. Содействие.

Если Вы по-прежнему недовольны нашим решением по Претензии или в любое другое время, когда Вы чем-либо недовольны, Вы можете:

позвонить в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 1-800-206-8125 или написать туда по адресу:

New York State Department of Health
Office of Health Insurance Programs
Bureau of Consumer Services – Complaint Unit
Corning Tower – OCP Room 1609
Albany, NY 12237

Электронная почта: managedcarecomplaint@health.ny.gov

Веб-сайт: www.health.ny.gov

Если Вам нужна помощь в подаче Претензии или Апелляции, Вы также можете связаться с независимой от штата программой помощи потребителям Consumer Assistance Program:

Community Health Advocates
633 Third Avenue, 10th Floor
New York, NY 10017

Или позвоните по бесплатному номеру: 1-888-614-5400, или отправьте письмо по электронной почте cha@cssny.org

Веб-сайт: www.communityhealthadvocates.org

Раздел XIX

Проверка использования

А. Проверка использования.

Мы проверяем медицинские услуги для того, чтобы определить, являются или являлись ли эти услуги необходимыми с медицинской точки зрения, или были экспериментальными или

Договор Участника New York Essential Plan 3

проводившимися с целью исследования («Необходимые с медицинской точки зрения»). Этот процесс называется проверкой использования. Проверка использования включает проверку всех видов деятельности, несмотря на то, имели ли они место до оказания услуги (проверка предварительного разрешения); при оказании услуги (одновременная проверка) или после оказания услуги (ретроспективная проверка). Со всеми вопросами о процедуре Проверки использования обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону **1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711**. Бесплатный номер телефона доступен как минимум 40 часов в неделю с автоответчиком, принимающим сообщения в нерабочее время.

Все решения в отношении того, что услуги не являются необходимыми с медицинской точки зрения, будут приняты: 1) лицензированными врачами; или 2) лицензированными, сертифицированными, зарегистрированными или аккредитованными работниками сферы здравоохранения, которые относятся к той же профессии и имеют такую же или аналогичную специализацию, что и Поставщик, который, как правило, занимается состоянием Вашего здоровья или заболеванием, или предоставляет рассматриваемые услуги здравоохранения; или 3) в отношении лечения зависимостей от психоактивных веществ, лицензированным Врачом или лицензированными, сертифицированными, зарегистрированными или аккредитованными Медицинскими работниками, которые специализируются на изучении поведения и обладают опытом в проведении курсов лечения от зависимостей от психоактивных веществ. Мы не оплачиваем и не предоставляем финансовых стимулов нашим сотрудникам или рецензентам при определении того, какие услуги являются необходимыми с медицинской точки зрения. Мы разработали руководящие принципы и протоколы, призванные помочь нам в этом процессе. При лечении зависимости мы будем руководствоваться основанными на конкретных случаях и рассмотренными экспертами средствами клинического анализа, указанными OASAS, соответствующими возрастной группе пациента. Конкретные руководящие принципы и протоколы предоставляются для ознакомления по запросу. Для получения дополнительной информации звоните по телефону **1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711**, или посетите наш веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan.

Б. Проверка Предварительных разрешений.

- 1. Несрочная проверка Предварительного разрешения.** Если у нас есть вся информация, необходимая для того, чтобы принять решение в рамках проверки Предварительного разрешения, мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика услуг по телефону и в письменной форме в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения запроса.

Если нам потребуется дополнительная информация, мы запросим ее в течение трех (3) рабочих дней. После этого у Вас или Вашего Поставщика услуг будет 45 календарных дней на представление информации. Если мы получим запрашиваемую информацию в течение 45 дней, мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика услуг по телефону и в письменной форме в течение трех (3) рабочих дней с момента получения информации. Если вся необходимая информация не будет получена в течение 45 дней, мы примем решение в течение 15 календарных дней после окончания 45-дневного периода.

2. **Срочная проверка Предварительного разрешения.** Что касается срочной проверки Предварительного разрешения, если у нас есть вся информация, необходимая для того, чтобы принять решение, мы сделаем это и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика услуг по телефону в течение 72 часов с момента получения запроса. Извещение в письменной форме будет предоставлено в течение трех (3) рабочих дней с момента получения запроса. Если нам потребуется дополнительная информация, мы запросим ее в течение 24 часов. После этого у Вас или Вашего Поставщика услуг будет 48 часов на представление информации. Мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика услуг по телефону в течение 48 часов либо с момента получения информации, либо с момента окончания 48-часового периода, в зависимости от того, что наступит раньше.
3. **Лечение, назначенное решением суда.** В связи с запросами об услугах по лечению психических заболеваний и/или злоупотребления психоактивными веществами, которые еще не были оказаны, если Вы (или назначенное Вами лицо) утверждаете в форме, указанной Руководителем финансовых услуг, что Вы будете представлять или предстали перед судом компетентной юрисдикции и можете быть субъектом судебного ордера, который требует такие услуги, мы примем такое решение и предоставим Вам уведомление (или Вашему назначенному лицу) и Вашему Поставщику услуг в течение 72 часов с момента получения такого запроса. Извещение в письменной форме будет предоставлено в течение трех (3) рабочих дней с момента получения запроса. Где это возможно, телефонное и письменное уведомление также будут предоставлены судом.

В. Одновременная проверка.

1. **Несрочная одновременная проверка.** Мы примем решение в рамках проверки использования в отношении услуг, осуществляемых в процессе лечения (одновременная проверка), и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика услуг по телефону и в письменной форме в течение одного (1) рабочего дня с момента получения всей необходимой информации. Если нам потребуется дополнительная информация, мы запросим ее в течение одного (1) рабочего дня. После этого у Вас или Вашего Поставщика услуг будет 45 календарных дней на представление информации. Мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика услуг по телефону и в письменной форме в течение одного (1) рабочего дня с момента получения нами информации или, если мы не получим запрашиваемую информацию, – в течение 15 календарных дней с конца 45-дневного периода.
2. **Срочная одновременная проверка.** По одновременной проверке, касающейся продления экстренной помощи, если запрос на страховое покрытие был сделан по крайней мере за 24 часа до истечения срока действия ранее утвержденного решения, мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика услуг по телефону в течение 24 часов с момента получения запроса. Извещение в письменной форме будет предоставлено в течение одного (1) рабочего дня с момента получения запроса.
Если запрос на страховое покрытие не был сделан по крайней мере за 24 часа до истечения срока действия ранее утвержденного решения, но у нас есть вся информация, необходимая для

того, чтобы принять решение, мы сделаем это и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика услуг по телефону в течение 72 часов или одного (1) рабочего дня с момента получения запроса. Если нам потребуется дополнительная информация, мы запросим ее в течение 24 часов. После этого у Вас или Вашего Поставщика услуг будет 48 часов на представление информации. Мы примем решение и направим Вам (или Вашему уполномоченному лицу) и Вашему Поставщику услуг извещение в письменной форме в течение одного (1) рабочего дня или 48 часов с момента получения информации или, если мы не получили информацию, в течение 48 часов после окончания 48-часового периода.

- 3. Проверка медицинской помощи, оказываемой на дому.** После получения запроса на страховое покрытие медицинской помощи, оказываемой на дому после госпитализации, мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика услуг по телефону и в письменной форме в течение одного (1) рабочего дня с момента получения необходимой информации. Если день, следующий за днем, когда делается запрос, выпадает на выходные или праздничные дни, мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика услуг по телефону в течение 72 часов с момента получения необходимой информации. Если мы получим запрос на услуги по оказанию медицинской помощи на дому и всю необходимую информацию до Вашей выписки из стационара, мы не будем отказывать в предоставлении страхового покрытия услуг по уходу на дому в то время, как наше решение по просьбе находится на рассмотрении.
- 4. Проверка лечения в стационаре заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами.** Если запрос на лечение в стационаре заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, подан нам по меньшей мере за 24 часа до выписки из стационара, мы примем решение в течение 24 часов после получения запроса и предоставим страховое покрытие стационарного лечения заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, пока наше решение по просьбе находится на рассмотрении.
- 5. Стационарное лечение заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, в принимающих участие лечебных учреждениях, сертифицированных OASAS.** Покрытие программ стационарного лечения заболеваний, связанных со злоупотреблениями психоактивными веществами, в принимающих участие сертифицированных OASAS лечебных учреждениях не требует Предварительного разрешения. Покрытие не будет подвергаться параллельному анализу в течение первых 14 дней после госпитализации, если сертифицированное OASAS учреждение уведомляет нас о приеме и первоначальном плане лечения в течение 48 часов после поступления. По истечении 14 дней с момента поступления в стационар мы можем рассмотреть весь период пребывания и определить, обосновано ли оно с медицинской точки зрения. Мы будем использовать метод клинического анализа, рекомендованный OASAS. Если какая-либо часть стационарного пребывания не будет признана медицински необходимой, Участие в издержках, которое в ином случае было бы применимо к Вашему пребыванию в стационаре, будет возложено только на Вас.

Г. Ретроспективные проверки.

Если у нас есть вся информация, необходимая для того, чтобы принять решение в отношении страхового требования, относящегося к прошлому периоду, мы примем решение и известим Вас и Вашего Поставщика услуг в течение 30 календарных дней с момента получения запроса. Если нам потребуется дополнительная информация, мы запросим ее в течение 30 календарных дней. После этого у Вас или Вашего Поставщика услуг будет 45 календарных дней на представление информации. Мы примем решение и известим Вас и Вашего Поставщика услуг в письменной форме в течение 15 календарных дней либо с момента получения информации, либо с момента окончания 45-дневного периода, в зависимости от того, что наступит раньше.

После того, как у нас будет вся информация для принятия решения, наша неспособность вынести решение по Проверке использования в пределах применимых сроков, указанных выше, будет считаться отказом страховой компании оплачивать расходы на лечение, подлежащим внутренней Апелляции.

Д. Ретроспективные проверки Предварительно утвержденных услуг.

В процессе Ретроспективной проверки мы можем отменить предварительно утвержденное лечение, услуги или процедуры только в тех случаях, когда:

- Соответствующая медицинская информация, представленная нам в ходе ретроспективной проверки, существенно отличается от информации, представленной в ходе проверки Предварительного разрешения;
- Соответствующая медицинская информация, представленная нам в ходе ретроспективной проверки, существовала во время проведения проверки Предварительного разрешения, но была скрыта от нас или не была нам предоставлена;
- Мы не знали о существовании такой информации во время проверки Предварительного разрешения; и
- Если бы мы знали о такой информации ранее, то запрошенное лечение, услуга или процедура не были бы санкционированы. Решение вынесено при использовании тех же конкретных стандартов, критериев или процедур, которые использовались в ходе проверки Предварительного разрешения.

Е. Определение изменения плана поэтапного лечения.

Вы, назначенное вами уполномоченное лицо или ваш Поставщик услуг, может запросить определение необходимости отмены протокола поэтапного лечения для покрытия Рецептурного препарата, выбранного вашим Поставщиком услуг. При проведении анализа применения для определения необходимости изменения протокола поэтапного лечения мы будем использовать объективные проверенные экспертами критерии клинического анализа, которые подходят для вас и вашего состояния здоровья. Выше медицинское состояние.

Договор Участника New York Essential Plan 3

- 1. Поддерживающее обоснование и документация.** Запрос на определение необходимости изменения протокола поэтапного лечения должен содержать обоснование и документацию от Поставщика услуг и подтверждать, что:
 - Необходимый рецептурный препарат противопоказан или, вероятно, вызовет неблагоприятную реакцию или физический или психический вред для вас;
 - Ожидается, что необходимый рецептурный препарат будет неэффективен на основе вашей известной истории болезни, состояния и состава рецептурного препарата;
 - Вы пробовали необходимый рецептурный препарат, во время наличия нашей страховки или в ходе предыдущего медицинского страхования, или другое рецептурное лекарство из того же фармацевтического класса или с тем же механизмом действия и прием этого рецептурного препарата был прекращен из-за отсутствия эффективности или действия, уменьшенного результата или побочных явлений;
 - Ваше состояние стабильно на рецептурном препарате, выбранном вашим Поставщиком услуг для вашего медицинского состояния, при условии, что это не помешает нам потребовать от вас попробовать эквивалентный непатентованный аналог класса АВ; или
 - Прием данного рецептурного препарата не в ваших интересах, потому что он, вероятно, станет серьезным препятствием для соблюдения вашего плана лечения, он, скорее всего, ухудшит сопутствующее состояние или, скорее всего, уменьшит вашу способность достичь или поддерживать разумную функциональную активность в повседневной жизни.
- 2. Рассмотрение в соответствии со стандартной процедурой.** Мы примем решение об изменении протокола поэтапного лечения и предоставим вам (или вашему представителю) и, при необходимости, вашему Поставщику услуг уведомление в течение 72 часов с момента получения обоснования и документации.
- 3. Ускоренное решение.** Если у вас есть состояние, которое ставит ваше здоровье под серьезную угрозу без рецептурного препарата, назначенного вашим Поставщиком услуг, мы определим изменение протокола поэтапного лечения в течение 24 часов с момента получения подтверждающего обоснования и документации.

Если требуемое подтверждающее обоснование и документация не отправляются с запросом на определение изменения протокола поэтапного лечения, мы запросим информацию в течение 72 часов для предварительной авторизации и ретроспективных исследований, меньшее из 72 часов или одного (1) рабочего дня для параллельных исследований и 24 часа для ускоренного анализа. Вам или вашему врачу будет предоставлено 45 календарных дней для отправки информации для предварительной авторизации, параллельных и ретроспективных исследований и 48 часов для отправки для ускоренных исследований. Для предварительной авторизации мы примем решение и направим Вам (или Вашему уполномоченному лицу) и Вашему Поставщику услуг извещение в течение 72 часов после получения информации или, если мы не получили информацию, в течение 15 календарных дней после окончания 45-дневного периода. Для параллельных исследований мы вынесем решение и направим вам (или вашему уполномоченному лицу) и Вашему Поставщику услуг

извещение в течение 72 часов, но не более одного (1) рабочего дня после получения нами информации или, если мы не получили информацию, в течение 15 календарных дней после окончания 45-дневного периода. Для ретроспективных исследований мы вынесем решение и направим вам (или вашему уполномоченному лицу) и Вашему Поставщику услуг извещение в течение 72 часов, но не более одного (1) рабочего дня после получения нами информации или, если мы не получили информацию, в течение 15 календарных дней после окончания 45-дневного периода. Для ускоренного анализа мы примем решение и направим Вам (или вашему уполномоченному лицу) и вашему Поставщику услуг извещение в течение 24 часов после получения информации или, если мы не получили информацию, в течение 48 часов после окончания 48-часового периода.

Если мы не примем решение в течение 72 часов (или 24 часов для ускоренных исследований) после получения подтверждающего обоснования и документации, запрос на отмену протокола поэтапного лечения считается одобренным.

Если мы определим, что протокол поэтапного лечения должен быть отменен, мы разрешим немедленное покрытие рецептурного препарата, назначенного вашим Поставщиком услуг. Определение отрицательного поэтапного лечения может быть обжаловано.

Ж. Пересмотр решения.

Если мы не сделали попыток проконсультироваться с Вашим Поставщиком услуг, который порекомендовал Покрываваемую услугу, прежде чем мы приняли решение отказать в оплате лечения, Ваш Поставщик услуг может потребовать его пересмотра теми же специалистами-клиницистами, которые это решение вынесли, или назначенным клиническим экспертом, если изначальный клинический эксперт недоступен. В отношении проверок Предварительного разрешения и одновременных проверок пересмотр проводится в течение одного (1) рабочего дня после подачи запроса о пересмотре. Если отказ оплачивать расходы на лечение остается без изменения, Вы и Ваш Поставщик услуг будете извещены о таком отказе оплачивать расходы по телефону и в письменной форме.

З. Внутренняя апелляция на решение, принятое в ходе проверки применения.

Вы, Ваше уполномоченное лицо, и, в случае ретроспективной проверки — Ваш Поставщик услуг вправе подать апелляцию на отказ оплачивать расходы, либо по телефону, либо лично или в письменной форме.

У Вас имеется 180 календарных дней после получения извещения об отказе оплачивать расходы на то, чтобы подать апелляцию. Мы подтвердим Ваш запрос на внутреннюю апелляцию в течение 15 календарных дней с момента его получения. Если потребуется, в этом подтверждении будет сообщено о необходимости представления дополнительной информации до того, как может быть принято решение. Апелляция будет рассматриваться специалистом-клиницистом, который является (1) врачом или (2) медицинским работником той же или схожей специальности, что и Поставщик

Договор Участника New York Essential Plan 3

услуг, который, как правило, лечит рассматриваемое заболевание или состояние, и который не подчиняется специалисту-клиницисту, который дал первоначальный отказ.

- 1. Отказ в оплате услуг, оказанных вне сети.** Вы также имеете право обжаловать отказ в просьбе дать Предварительное разрешение на предоставление страхового покрытия медицинской услуги, оказываемой вне сети, если мы решим, что медицинская услуга, предоставляемая вне сети, существенно не отличается от имеющейся медицинской услуги, предоставляемой в сети. Отказ в предоставлении страхового покрытия медицинской услуги, оказываемой Неучастующим поставщиком, но только в тех случаях, когда такая услуга не предоставляется участвующим Поставщиком услуг. Вы не имеете права на Апелляцию Проверки использования, если запрашиваемая Вами услуга предоставляется участвующим Поставщиком услуг, даже если Неучастующий поставщик имеет больше опыта в диагностике или лечении Вашего состояния. (Такая Апелляция будет рассматриваться как Претензия). Для апелляции Проверки использования в связи с отказом в оплате медицинских услуг, оказанных вне сети, Вы или Ваше уполномоченное лицо должны представить:

 - Письменное заявление от Вашего лечащего врача, который должен быть лицензированным, сертифицированным либо допущенным министерством здравоохранения врачом, квалифицированным осуществлять практику в области специализации, соответствующей Вашему заболеванию; в заявлении должно быть аргументированно объяснено, что запрашиваемая медицинская услуга, предоставляемая вне сети, существенно отличается от альтернативной медицинской услуги, имеющейся у участвующих Поставщиков услуг, которых мы утвердили для лечения Вашего заболевания; и
 - Два (2) документа из имеющихся медицинских и научных источников, подтверждающие, что услуга, оказанная вне сети: 1), вероятно, будет для вас более клинически полезным, чем альтернативное внутрисетевое обслуживание; а также 2) что вероятность возникновения неблагоприятных последствий в результате услуги, оказанной вне сети, скорее всего, не будет существенно выше по сравнению с услугой, оказанной в сети.
- 2. Отказ в разрешении по внесетевым услугам.** Вы также имеете право подать апелляцию на отказ в просьбе выдать разрешение Неучастующему поставщику, когда мы определили, что у нас имеется участвующий Поставщик услуг с соответствующей квалификацией и опытом для удовлетворения Ваших конкретных медицинских потребностей, который в состоянии предоставить запрашиваемую медицинскую услугу. Для апелляции Проверки использования в связи с отказом в разрешении обратиться вне сети, Вы или Ваше уполномоченное лицо должны представить письменное заявление от Вашего лечащего врача, который должен быть лицензированным, сертифицированным либо допущенным министерством здравоохранения врачом, квалифицированным осуществлять практику в области специализации, соответствующей Вашему заболеванию; в заявлении должно быть сказано:

- Что участвующий Поставщик услуг, рекомендованный нами, не имеет соответствующей подготовки и опыта для удовлетворения Ваших конкретных медицинских потребностей в отношении медицинской услуги; и
- Рекомендовать Неучаствующего поставщика, имеющего соответствующую подготовку и опыт для удовлетворения Ваших конкретных медицинских потребностей в отношении медицинской услуги.

3. Апелляция первой инстанции.

- 1. Апелляция на Предварительное разрешение.** Если Ваша Апелляция относится к запросу на Предварительное разрешение, мы примем решение по Апелляции в течение 30 календарных дней со дня получения запроса на Апелляцию. Письменное уведомление о решении будет предоставлено Вам (или Вашему уполномоченному лицу) и, при необходимости, Вашему Поставщику услуг в течение двух (2) рабочих дней после принятия решения, но не позднее, чем через 30 календарных дней после получения запроса на Апелляцию.
- 2. Ретроспективная Апелляция.** Если Ваша Апелляция подается в отношении страхового требования, относящегося к прошлому периоду, мы примем решение по Апелляции в течение 60 календарных дней со дня получения запроса на Апелляцию. Письменное уведомление о решении будет предоставлено Вам (или Вашему уполномоченному лицу) и, при необходимости, Вашему Поставщику услуг в течение двух (2) рабочих дней после принятия решения, но не позднее, чем через 60 календарных дней после получения запроса на Апелляцию.
- 3. Ускоренная Апелляция.** Апелляция на проверку продолжающихся или дальнейших медицинских услуг, дополнительных услуг, оказываемых в процессе дальнейшего лечения, услуг медицинской помощи на дому после выписки из стационара, услуг, в отношении которых Поставщик услуг просит немедленной проверки, услуг в сфере психиатрии и/или лечения зависимости от психоактивных веществ, которые могут быть предметом судебного ордера, или другие срочные вопросы, будет обрабатываться в ускоренном порядке. Ускоренная Апелляция в отношении ретроспективных проверок невозможна. Для ускоренной Апелляции Ваш Поставщик услуг будет иметь обоснованный доступ к специалисту-клиницисту, назначенному на рассмотрение Апелляции, не позже чем через один (1) рабочий день с момента получения запроса на Апелляцию. Ваш Поставщик услуг и специалист-клиницист могут обмениваться информацией по телефону или факсу. Ускоренная апелляция будет рассмотрена в течение 72 часов с момента получения апелляции, но не более двух (2) рабочих дней с момента получения информации, необходимой для проведения апелляции. Письменное уведомление о решении будет предоставлено Вам (или Вашему уполномоченному лицу) в течение 24 часов после принятия решения, но не позднее, чем через 72 часа после получения запроса на Апелляцию. Наша неспособность вынести решение по Вашей Апелляции в течение 60 календарных дней с момента получения информации, необходимой для стандартной Апелляции, или в течение двух (2) рабочих дней с момента получения информации, необходимой для ускоренной Апелляции, будет считаться отменой первоначального отказа оплачивать расходы на лечение.

- 4. Апелляция по заболеваниям, связанным со злоупотреблением психоактивными веществами.** Если мы отказались удовлетворить запрос на проведение лечения в стационаре заболевания, связанного со злоупотреблением психоактивными веществами, который был подан по крайней мере за 24 часа до выписки из стационара, и Вы или Ваш Поставщик услуг подадите ускоренную Апелляцию на наш отказ, мы примем решение по Апелляции в течение 24 часов после получения запроса на Апелляцию. Если Вы или Ваш Поставщик услуг подадите ускоренную внутреннюю Апелляцию и ускоренную независимую Апелляцию в течение 24 часов с момента получения нашего отказа, мы также обеспечим страховое покрытие лечения в стационаре заболевания, связанного со злоупотреблением психоактивными веществами, в то время, когда решения по ускоренной внутренней Апелляции и ускоренной независимой Апелляции будут находиться на рассмотрении.

К. Помощь в подаче Апелляции.

Если Вам нужна помощь в подаче Апелляции, Вы можете связаться с независимой от штата программой помощи потребителям Consumer Assistance Program:

Community Health Advocates

633 Third Avenue, 10th Floor

New York, NY 10017

Или позвоните по бесплатному номеру: 1-888-614-5400, или отправьте письмо по электронной почте: cha@cssny.org

Веб-сайт: www.communityhealthadvocates.org

Раздел XX

Независимая Апелляция

А. Ваше право на Независимую апелляцию.

При определенных обстоятельствах у Вас есть право на независимую апелляцию при отказе в предоставлении страхового покрытия. Если мы отказали Вам в страховом покрытии, обосновав это отсутствием медицинской необходимости в такой услуге (включая ее уместность, учреждение здравоохранения, уровень оказания помощи или эффективность Покрываемой льготы); или если такое лечение является экспериментальным или исследуемым (включая клинические исследования и лечение редки заболеваний); или если такое лечение не относится к нашей сети, Вы или Ваш уполномоченный представитель можете подать апелляцию независимому органу, рассматривающему апелляцию, независимой третьей стороне, которая имеет сертификат, выданный Штатом, на рассмотрение таких апелляций.

Для того, чтобы у Вас было право подать независимую Апелляцию, Вам необходимо соответствовать двум (2) требованиям:

- На услуги, процедуры или лечение должно распространяться страховое покрытие в соответствии с нынешним Договором и
- В общем, Вы должны уже получить окончательный отказ по нашему внутреннему процессу Апелляции. Но Вы можете подать независимую апелляцию, даже если Вы еще не получили окончательный отказ через наш процесс внутренней Апелляции, в случае, если:
 - Мы дали письменное согласие отказаться от внутренней Апелляции. Мы не обязаны соглашаться с Вашей просьбой отказаться от внутренней Апелляции; или
 - Вы подаете независимую апелляцию одновременно со временем подачи ускоренной внутренней Апелляции; или
 - Мы не придерживаемся требований к процессу обработки претензий по Оценке использования (кроме незначительного нарушения, которое не может нанести Вам вред или ущерб, и мы можем доказать, что такое нарушение возникло по достаточной причине или в силу условий, которые находятся вне нашего контроля; такое нарушение произошло во время текущего, добросовестного обмена информацией между Вами и нами).

Б. Ваше право на Апелляцию по решению, что услуга не является необходимой с медицинской точки зрения.

Если мы отказали в страховом покрытии из-за отсутствия медицинской необходимости услуги, Вы можете обратиться к независимому органу, рассматривающему апелляции в случае, если Вы соответствуете требованиям, изложенным в параграфе «А» выше.

В. Ваше право на апелляцию по такому решению, что услуга не представляет собой экспериментальное лечение или лечение с целью исследования.

Если мы отказали в страховом покрытии из-за того, что услуга представляет собой экспериментальное лечение или лечение с целью исследования (включая клиническое исследование и лечение редких заболеваний), Вы должны соответствовать двум (2) требованиям для подачи независимой апелляции, указанных в параграфе «А» выше, а Ваш лечащий Врач должен подтвердить, что Ваше состояние или заболевания является таковым, для которого:

1. Стандартные медицинские услуги неэффективны или неадекватны с медицинской точки зрения; или
2. Не существует более полезной стандартной услуги или процедуры, покрываемых нами; или
3. Существует клиническое исследование или лечение редкой болезни (согласно законодательному определению).

Договор Участника New York Essential Plan 3

Кроме того, Ваш лечащий Врач должен порекомендовать одно (1) из следующего:

1. Услугу, процедуру или лечение, в отношении которых два (2) медицинских документа из опубликованных статей и научных исследований показывают, что они предпочтительнее для Вас, чем любая стандартная Услуга, на которую распространяется страховое покрытие (только определенные документы будут рассмотрены в поддержку этой рекомендации — Ваш лечащий врач должен связаться с органами штата для того, чтобы получить актуальную информацию о том, какие документы будут считаться адекватными); или
2. Клиническое исследование, критериям отбора которого Вы соответствуете (только определенные клинические исследования могут быть приняты во внимание); или
3. Лечение редкого заболевания, для которого, согласно заявлению Вашего Врача, нет стандартного лечения, которое может принести Вам больше пользы, чем запрашиваемая услуга; запрашиваемая услуга, скорее всего, принесет Вам пользу в лечении Вашего редкого заболевания, и такая польза превосходит риск получения такой услуги. Кроме того, Ваш лечащий Врач должен подтвердить, что Ваше состояние является редким заболеванием, которое сейчас является или ранее было предметом исследования Национальных институтов исследовательской сети редких заболеваний (National Institutes of Health Rare Disease Clinical Research Network) или оно поражает менее 200,000 жителей США в год.

В контексте настоящего раздела Ваш лечащий Врач должен быть лицензирован, сертифицирован или допущен министерством здравоохранения и квалифицирован осуществлять практику в области специализации, соответствующей Вашему заболеванию или состоянию. Кроме прочего, при лечении редких заболеваний лечащий Врач не может быть Вашим основным Врачом.

Г. Ваше право подавать апелляцию по поводу решения, что услуга не входит в сеть.

Если мы отказываем в покрытии лечения, которое оказывается вне сети, из-за того, что оно существенно не отличается от медицинских услуг, доступных внутри сети, Вы можете подать апелляцию независимому органу, рассматривающему апелляции, если Вы соответствуете двум (2) требованиям для подачи независимой апелляции, указанных в параграфе «А» выше, и, кроме этого, Вы подали запрос на Предварительное разрешение для получения лечения вне сети.

Кроме этого, Ваш лечащий врач должен подтвердить, что услуга вне сети существенно отличается от альтернативной услуги внутри сети, и на основании двух (2) документов доступных медицинских и научных доказательств, такая услуга, скорее всего, будет клинически более полезна, чем альтернативное лечение, предложенное внутри сети; и что нежелательный риск такой запрашиваемой услуги, скорее всего, не будет выше, чем риск альтернативной услуги внутри сети.

В контексте настоящего раздела Ваш лечащий Врач должен быть лицензирован, сертифицирован или допущен министерством здравоохранения или квалифицирован осуществлять практику в области специализации, в которой он оказывает Вам услугу по здравоохранению.

Д. Ваше право подачи апелляции по отказу в разрешении на услугу вне сети у Поставщика услуг, не принимающего участие.

Если мы отказываем в страховом покрытии запроса на разрешение получить услугу у Поставщика услуг, не принимающего участие, поскольку мы установили, что в нашей сети есть Участвующий поставщик услуг с соответствующей квалификацией и опытом для удовлетворения Ваших конкретных медицинских потребностей, который в состоянии предоставить запрашиваемую медицинскую услугу, Вы имеете право обратиться к независимому органу, рассматривающему апелляции, если Вы соответствуете двум (2) требованиям для подачи независимой апелляции, указанных в параграфе «А» выше.

Кроме этого, Ваш лечащий Врач должен: подтвердить, что рекомендуемый нами Участвующий поставщик не обладает нужным обучением и опытом, чтобы удовлетворить Ваши особые медицинские потребности; рекомендовать Неучаствующего поставщика с соответствующим обучением и опытом, который удовлетворяет Ваши особые медицинские потребности, и который может Вам предоставить запрашиваемую услугу.

В контексте настоящего раздела Ваш лечащий Врач должен быть лицензирован, сертифицирован или допущен министерством здравоохранения или квалифицирован осуществлять практику в области специализации, в которой он оказывает Вам услугу по здравоохранению.

Е. Ваше право подать апелляцию в отказе сделать исключение из фармацевтического справочника.

Если мы отказали Вам в просьбе о страховом покрытии Рецептурного препарата, которого нет в фармацевтическом справочнике входе нашего процесса по предоставлению исключения, Вы, Ваш уполномоченный представитель или Специалист, назначающий лечение, могут подать апелляцию по отказу в независимый орган, рассматривающий апелляции. Для более подробной информации о процессе предоставления исключения из фармацевтического справочника, см. раздел "Страховое покрытие рецептурных препаратов" настоящего Договора.

Ж. Процедура независимой Апелляции.

У Вас есть четыре (4) месяца с момента получения окончательного отказа или получения отказа в прохождении процесса внутренней Апелляции, чтобы подать письменный запрос на независимую апелляцию. Если Вы подаете независимую апелляцию из-за несоблюдения нами процесса обработки страховых требований, у Вас есть четыре (4) месяца с момента нашего несоблюдения, чтобы подать письменный запрос на независимую апелляцию.

Мы предоставим заявление на проведение независимой апелляции, принимая в рамках внутренней процедуры апелляции окончательный отказ оплачивать расходы на лечение или свой письменный отказ от внутренней апелляции. Вы также можете запросить заявление на проведение независимой апелляции в Управлении финансовых услуг штата Нью-Йорк по телефону 1-800-400-8882. Отправьте заполненное заявление в Государственный департамент страхования по адресу, указанному на

Договор Участника New York Essential Plan 3

заявлении. Если Вы удовлетворяете критериям на проведение независимой апелляции, штат направит запрос в Сертифицированной независимый орган, рассматривающий апелляцию.

Вы можете подать дополнительную документацию вместе с Вашей просьбой о независимой апелляции. Если независимый орган, рассматривающий Апелляцию, определяет, что информация, которую Вы представили, представляет собой существенное изменение информации, на основании которой мы приняла решение отказать Вам, независимый орган, рассматривающий Апелляцию, поделится этой информацией с нами, для того чтобы мы могли осуществить свое право пересмотреть свое решение. Если мы решим воспользоваться этим правом, у нас будет три (3) рабочих дня на то, чтобы внести поправки или подтвердить свое решение. Пожалуйста, обратите внимание, что в случае ускоренной апелляции (как описано ниже), мы не имеем права пересмотреть свое решение.

Как правило, независимый орган, рассматривающий Апелляцию, должен принять решение в течение 30 дней с момента получения заполненного заявления. Независимый орган, рассматривающий Апелляцию, может запросить дополнительную информацию от Вас, Вашего врача или нас. Если независимый орган, рассматривающий Апелляцию, запрашивает дополнительную информацию, у него будет пять (5) дополнительных рабочих дней, чтобы принять решение. Независимый орган, рассматривающий Апелляцию, должен уведомить Вас в письменной форме о своем решении в течение двух (2) рабочих дней.

Вы можете подать запрос на ускоренную независимую апелляцию, если Ваш лечащий Врач подтверждает, что задержка в предоставлении отказанной услуги, представляет неизбежную или серьезную угрозу для Вашего здоровья; или если Ваш лечащий Врач подтверждает, что временные рамки рассмотрения стандартной независимой апелляции подвергнут серьезному риску Вашу жизнь, здоровье или способность вернуть максимальное функционирование; или если Вы получили Экстренные услуги и Вас не выписали из Учреждения, а такой отказ касается именно госпитализации, доступности ухода или продолжительного нахождения в таком Учреждении. В таком случае независимый орган, рассматривающий Апелляцию, должен принять решение в течение 72 часов с момента получения заполненного заявления. Независимый орган, рассматривающий Апелляцию, должен немедленно уведомить Вас и нас по телефону или факсу после принятия решения. Независимый орган, рассматривающий Апелляцию, должен уведомить Вас в письменной форме о своем решении.

Если Ваш внутренний запрос на предоставление исключения из фармацевтического списка получил стандартную оценку в рамках нашего процесса рассмотрения исключений, то Независимый орган, рассматривающий Апелляцию, должен принять решение по Вашей апелляции и уведомить Вас или Вашего уполномоченного представителя, а также Специалиста, выписывающего Вам лечение, в течение 72 часов с момента получения Вашего заполненного заявления. Если Независимый орган, рассматривающий Апелляцию, отклоняет наш отказ, мы покрываем стоимость такого Рецептурного препарата, пока Вы его принимаете, включая пополнение его запасов.

Если Ваш внутренний запрос на предоставление исключения из фармацевтического списка получил ускоренную оценку в рамках нашего процесса рассмотрения исключений, то Независимый орган, рассматривающий Апелляцию, должен принять решение по Вашей апелляции и уведомить Вас или Вашего уполномоченного представителя, а также Специалиста, выписывающего Вам лечение, в течение 24 часов с момента получения Вашего заполненного заявления. Если Независимый орган, рассматривающий Апелляцию, отклоняет наш отказ, то страховое покрытие будет включать такой Рецептурный препарат до тех пор, пока у Вас наблюдается такое состояние, которое может поставить под серьезную угрозу Ваше здоровье, жизнь или способность восстановить максимальное функционирование, или, в течение текущего курса лечения, используя Рецептурный препарат, которого нет в нашем Фармацевтическом справочнике.

Если независимый орган, рассматривающий Апелляцию, отменит наше решение о том, что услуга не является необходимой с медицинской точки зрения, или одобрит страховое покрытие экспериментального лечения или лечения с целью исследования, мы предоставим страховое покрытие при условии соблюдения других положений данного Договора. Пожалуйста, обратите внимание, что, если независимый орган, рассматривающий Апелляцию, одобрит страховое покрытие экспериментального лечения или лечения с целью исследования, которое является частью клинического исследования, мы оплатим только расходы на услуги, необходимые для обеспечения лечения для Вас в соответствии с дизайном исследования. Мы не несем ответственности за расходы на исследуемые лекарственные препараты или устройства, расходы на услуги, не являющиеся медицинскими, расходы на управление научными исследованиями, или расходы, на которые не распространялось бы страховое покрытие в рамках данного Договора на участие в отношении неэкспериментального лечения, предоставляемого в клиническом исследовании.

Решение независимого органа, рассматривающего Апелляцию, является обязательным как для Вас, так и для нас. Решение независимого органа, рассматривающего Апелляцию, допустимо в любом судопроизводстве.

И. Ваши обязанности.

Возбуждение процедуры независимой апелляции является Вашей обязанностью. Вы можете возбудить процедуру независимой апелляции путем подачи заполненного заявления в Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк (New York State Department of Financial Services). Вы можете назначить представителя, который поможет Вам заполнить заявление. Однако Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк может обратиться к Вам и запросить письменно подтвердить назначение Вашего представителя.

В соответствии с законодательством штата Нью-Йорк, Ваше заполненное заявление на проведение независимой апелляции должно быть подано в течение четырех (4) месяцев либо с даты, на которую Вы получили окончательное письменное уведомление о том, что остается в силе отказ в предоставлении страхового покрытия, либо на дату, на которую Вы получите

письменный отказ от проведения любой внутренней апелляции, или нашей неспособности удовлетворить требования обработки страхового требования. Мы не имеем права превышать этот срок.

Раздел XXI

Прекращение предоставления страхового покрытия.

Этот Договор будет расторгнут следующим образом:

А. Автоматическое прекращение действия данного Договора.

Этот Договор автоматически прекращает свое действие

1. В случае Вашей смерти.
2. Когда Вам исполнится 65 лет, Ваше страховое покрытие закончится в конце того месяца, когда Вам исполняется 65 лет или Вы получите право на покрытие Medicare.
3. Когда Вы получите право на покрытие Medicaid или регистрируетесь в программе Medicaid, Ваше покрытие закончится в конце того месяца, когда Вы получите право на покрытие Medicaid.
4. Если Ваш доход превысит 200 % федерального уровня бедности, Ваше покрытие закончится в конце того месяца, когда изменится Ваш доход.
5. Если у Вас изменится иммиграционный статус, который дает Вам право на другое покрытие, включая Medicaid, и Ваше покрытие закончится в конце того месяца, когда Вы получите право на покрытие Medicaid.
6. Если Вы зарегистрируетесь в другой программе на NY State of Health Marketplace.

Б. Расторжение Договора Вами.

Вы можете расторгнуть настоящий Договор в любое время, письменно уведомив NYSON по крайней мере за 14 дней.

В. Расторжение Договора нами.

Мы можем расторгнуть данный Договор посредством письменного предварительного уведомления за 30 дней по следующим причинам:

1. За неуплату страховых взносов.

Страховые взносы оплачиваются Вами каждый раз в момент наступления срока платежа. Хотя каждый Страховой взнос должен оплачиваться в срок, существует период отсрочки платежа для оплаты каждого Страхового взноса. Если Страховой взнос не поступает в конце периода отсрочки платежа, то страховое покрытие прекращается следующим образом:

- Если Вы не оплатили необходимый Страховой взнос в течение 30-дневного срока, данный Договор прекращает свое действие в последний день такого 30-дневного срока. Если настоящий Договор перестает действовать, Вы не должны будете оплачивать никакие страховые требования, заявленные в течение период отсрочки платежа.
2. Мошенничество или умышленное искажение существенных фактов.
Этот Договор прекращает свое действие немедленно после письменного уведомления от NYSON Вам, если Вы совершили действие, которое определяется как мошенничество или умышленное искажение существенного факта в письменной форме в момент регистрации заявления на участие, или для того, чтобы получить покрытие услуги. Однако если Вы совершили умышленное искажение существенного факта в письменной форме в момент регистрации заявления на участие, мы аннулируем настоящий Договор в том случае, если искаженные факты привели бы к отказу с нашей стороны в подписании такого Договора и приложений к нему. Аннулирование означает, что прекращение действия Вашего страхового покрытия будет иметь обратную силу до одного (1) года с момента заключения настоящего Договора.
 3. Если Вы больше не проживаете на Территории нашего обслуживания.
 4. Дата окончания действия Договора из-за того, что мы прекращаем предлагать такой класс договоров, к которому принадлежит настоящий Договор без учета страховых требований, опыта или статуса состояния здоровья согласно настоящему Договору. Мы уведомим Вас в письменной форме как минимум за 90 дней.
 5. Дата окончания действия Договора из-за того, что мы прекращаем предлагать страховое покрытие всех больничных, хирургических и медицинских расходов на рынке индивидуального страхования в этом штате. Мы уведомим Вас в письменной форме как минимум за 180 дней.

Прекращение действия Договора не будет препятствовать праву воспользоваться льготами, которые возникли до прекращения действия Договора.

Чтобы получить информацию о Вашем праве заключить другой Договор об индивидуальном страховании, см. раздел «Право конверсии в другой Договор индивидуального страхования».

Раздел XXII

Право на Временное приостановление страхового покрытия личного состава вооруженных сил

Если Вы как Участник являетесь резервистом вооруженных сил Соединенных Штатов Америки, включая Национальную гвардию, у Вас есть право временно приостановить действие страхового

покрытия на время выполнения воинской обязанности и возобновить такое покрытие после завершения выполнения воинских обязанностей, если:

1. Ваши воинские обязанности длятся в течение периода, когда Президент дал разрешение призвать резервистов для выполнения воинских обязанностей, при условии, что в таких дополнительных воинских обязанностях есть потребность и выгода для федерального правительства; и
2. Вы находитесь на активной службе не свыше 5 (пяти) лет.

Чтобы приостановить страховое покрытие на период Вашего выполнения воинских обязанностей, Вы должны направить нам письменный запрос. Ваши незаработанные Страховые взносы будут возмещены в течение периода такого приостановления страхового покрытия.

После завершения выполнения воинских обязанностей, Ваше страховое покрытие может возобновиться при условии, что вы:

1. направите нам письменное заявление; и
2. направите нам страховой взнос в течение 60 дней с момента прекращения выполнения воинских обязанностей.

Право на возобновление распространяется на страховое покрытие Зависимых от Вас лиц. В случае страхового покрытия, приостановленного в течение выполнения воинской обязанности, страховое покрытие будет иметь обратную силу до даты, когда выполнение воинских обязанностей прекратилось.

Раздел XXIII

Общие положения

1. Договоренности между нами и Участвующими поставщиками.

Любые договоренности между нами и Участвующими поставщиками могут быть прекращены только нами или самими Поставщиками услуг. Настоящий Договор не требует от Поставщика услуг принимать Участника в качестве пациента. Мы не гарантируем, что Участника примет любой Участвующий поставщик или программа по здравоохранению.

2. Права переуступки.

Вы не имеете право переуступить льготы согласно настоящему Договору или по юридическим претензиям, основанным на отказе в предоставлении льгот, любому человеку, объединению или организации. Вы не можете переуступить суммы денег, подлежащих оплате согласно настоящему

Договору, никакому человеку, объединению или организации, за исключение случаев, когда такая переуступка выполняется в пользу Вашего Поставщика услуг за неожиданный счет. Дополнительную информацию об неожиданных счетах см. в разделе «Как работает ваше страховое покрытие» настоящего Договора. Любая переуступка льгот или судебных исков, основанных на отказе от льгот, которые вы получаете, кроме денег за неожиданный счет, будет недействительна. Переуступка означает передачу другому лицу или организации вашего права на услуги, предоставляемые по настоящему Договору, или вашего права запрашивать деньги у нас за эти услуги. При этом вы можете попросить нас произвести оплату услуг непосредственно поставщику, а не вам. Ничто в этом пункте не повлияет на Ваше право назначать ответственное лицо или представителя, если это не запрещено действующим законодательством.

3. Внесение изменений в настоящий Договор.

Мы можем внести изменения в настоящий Договор в одностороннем порядке после его возобновления при условии, что мы предоставим Вам предварительное письменное уведомление за 45 дней.

4. Выбор правовой нормы.

Данный Договор регулируется законом штата Нью-Йорк.

5. Канцелярские ошибки.

Канцелярская ошибка, допущенная Вами или нами в отношении настоящего Договора или любой другой документации, выданной нами в связи с настоящим Договором, или в ведении любой документации, связанной с настоящим страховым покрытием, не имеет силы изменить или лишить законной силы страховое покрытие, которое иначе было бы действительным, или продолжить страховое покрытие, которое иначе было бы признано оконченным.

6. Соответствие закону.

Любые условия настоящего Договора, которые противоречат закону штата Нью-Йорк или любому применимому федеральному закону, который возлагает иные требования в дополнение к требованиям закона штата Нью-Йорк, будут исправлены так, чтобы соответствовать минимальным требованиям такого закона.

7. Продолжение ограничений льгот.

Некоторые льготы настоящего Договора могут быть ограничены по количеству визитов. Вы не имеете право на дополнительные льготы, если статус Вашего страхового покрытия меняется в течение года. Например, Ваше страховое покрытие заканчивается, а Вы регистрируетесь для участия в плане позднее в течение того же года.

8. Весь Договор.

Данный Договор, включая любые поправки к нему, добавления и приложения, если таковые имеются, составляют весь Договор.

9. Мошенничество и злоупотребление при оплате счетов.

У нас задействованы определенные процессы для оценки требований до и после оплаты для обнаружения обмана и злоупотребления при оплате счетов. Участники, которые желают получить услуги у Неучаствующего поставщика, могут получить счет от Неучаствующего поставщика за услуги, которые признаны не подлежащими оплате в силу обоснованного предположения, что это было мошенничество или другое умышленное противоправное действие или злоупотребление в выставлении счета.

10. Предоставление информации и Аудит.

Вы будете безотлагательно предоставлять нам всю информацию и документы, которые могут нам иногда понадобиться для выполнения наших обязательств согласно настоящему Договору. Вы должны предоставить нам информацию по телефону по следующим причинам: чтобы мы могли определить необходимый Вам уровень медицинской помощи; чтобы дать мы могли одобрить медицинскую помощь, назначенную Вашим Врачом; или принять решения о медицинской необходимости оказываемой Вам медицинской помощи.

11. Идентификационные карты.

Мы выдаем идентификационные карты (ID) только в целях идентификации. Наличие ID-карты не дает никаких прав на услуги или льготы в рамках настоящего Договора. Чтобы иметь право на такие услуги или льготы, Вы должны полностью оплатить Страховые взносы на момент получения таких услуг.

12. Неоспоримость.

Никакое Ваше утверждение в заявлении на получение страхового покрытия в рамках настоящего Договора не может лишить такой Договор силы или быть использованным в судопроизводстве, за исключением случая, когда такое заявление или его точная копия приложены к данному Договору. Спустя два (2) года после даты выдачи данного Договора, никакие Ваши ошибочные утверждения, кроме мошеннических, в заявлении о просьбе страхового покрытия, не могут лишить законной силы настоящий Договор или отказать в страховом требовании.

13. Независимые подрядчики.

Участвующие поставщики выступают независимыми подрядчиками. Они не являются нашими агентами или сотрудниками. Мы и наши сотрудники не являемся агентами или сотрудниками Участвующего поставщика. Мы не несем ответственность ни за какие требования или претензии в отношении убытков, возникших из-за или в связи с любыми травмами, которые предположительно

были получены Вами при получении медицинской помощи у Участвующего поставщика или в Учреждении такого Поставщика услуг.

14. Отзывы для развития нашей страховой политики.

Вы можете принять участие в развитии нашей страховой политики, оправив свои предложения по адресу:

UnitedHealthcare
Member Services Department
P.O. Box 1037
New York, NY 10005

15. Доступные материалы.

Мы предоставим Вам ID-карточки, Договоры, дополнения и другие необходимые материалы.

16. Дополнительная информация о Вашем плане медицинских услуг.

Вы можете отправить запрос для получения дополнительной информации о Вашем страховом покрытии согласно настоящему Договору.

Мы предоставляем следующую информацию при подаче Вашего запроса:

- Список имен, адресов и официальных должностей нашего совета директоров, руководства и членов; наш самый последний сертифицированный финансовый отчет, состоящий из балансовой ведомости и сводки квитанций и выплат.
- Информация, предоставляемая нами управлению Штата, о жалобах клиентов.
- Копия используемых нами процедур для сохранения конфиденциальности информации Участника.
- Копия нашего Фармацевтического справочника. Вы можете запросить информацию о страховом покрытии конкретного лекарственного препарата настоящим Договором.
- Письменное описание нашей программы гарантирования качества.
- Копия нашего медицинского полиса относительно экспериментальных или исследуемых препаратов, медицинских изделий или лечения в рамках клинического исследования.
- Членство Поставщиков услуг в участвующих Больницах.
- Копия наших критериев клинической оценки, и при необходимости, другая клиническая информация, которую мы можем рассматривать для оценки конкретного заболевания, курса лечения или правил Применения.
- Процедура письменного заявления и минимальные требования по квалификации Поставщиков услуг.

Договор Участника New York Essential Plan 3

- Документы, содержащие процессы, стратегии, стандарты доказательств и другие факторы, влияющие на ограничения лечения в отношении медицинских / хирургических льгот, а также психического здоровья или злоупотребления психоактивными веществами в соответствии с Договором.

17. Уведомление.

Любое уведомление, которое мы предоставляем согласно настоящему Договору, направляется по Вашему адресу, который указан в нашей документации, или по электронной почте (если Вы дали на это согласие). Если уведомление приходит к Вам по электронной почте, Вы можете запросить копию уведомления у нас. Вы соглашаетесь уведомлять нас об изменении Вашего адреса. Если Вам необходимо отправить нам уведомление, Вам следует использовать оплаченную почту США, первый класс, с доставкой по адресу, который указан на Вашей ID-карте.

18. Оплата Страховых взносов.

Первый Страховой взнос должен быть оплачен Участником на один (1) месяц вперед, авансом, в нашем офисе. Страховой взнос за первый месяц, если таковой подлежит оплате, необходимо оплатить после подачи заявления. Страховое покрытие начинает работать на дату вступления в силу настоящего Договора, указанную здесь. Дальнейшие Страховые взносы должны быть оплачены на первое число каждого последующего месяца.

19. Возмещение Страхового взноса.

Мы возмещаем Вам любые должные Страховые взносы.

20. Возмещение переплат.

В некоторых случаях, Вам поступает платеж при отсутствии страхового покрытия, за услугу, которая не покрывается или размер которой превышает положенный. В таком случае, мы объясняем Вам проблему, и Вам необходимо вернуть нам переплаченную Вам сумму в течение 60 дней с момента получения нашего уведомления. Однако мы не начнем процедуры по возврату средств позднее чем через 24 месяца после первичного платежа, за исключением случая, когда мы можем обоснованно предполагать мошенничество или другое умышленное противоправное действие.

21. Дата возобновления договора.

Дата возобновления данного Договора составляет 12 месяцев с даты вступления в силу Договора. Настоящий Договор возобновляется автоматически каждый год на дату возобновления при условии, что Вы имеете право подписывать такой Договор, и что он не был расторгнут нами по причинам, указанным в этом Договоре.

22. Восстановление после неуплаты.

Если Вы пропускаете необходимые оплаты в рамках настоящего Договора, то Договор возобновит свое действие только после поступления оплаты нами или нашими авторизованными агентами или брокерами.

23. Право разработки рекомендаций и административных правил.

Мы можем разрабатывать и принимать стандарты, которые более детально описывают, когда мы будем или не будем производить оплату согласно настоящему Договору. Примеры использования стандартов должны определять, было ли: Медицинской необходимостью нахождение в больничном стационаре и хирургическое вмешательство для лечения Вашего заболевания или травмы; были ли квалифицированно оказаны определенные услуги. Такие стандарты не будут противоречить описаниям, приведенным в настоящем Договоре. Если у Вас есть вопросы по поводу стандартов, которые применяются в отношении конкретной льготы, Вы можете обратиться к нам для получения объяснения стандартов, либо мы вышлем Вам копию этих стандартов. Кроме этого, мы можем разрабатывать административные правила по регистрации в плане и другим административным вопросам. У нас есть все необходимые и соответствующие полномочия для выполнения своих обязанностей в связи с исполнением настоящего Договора.

24. Право получения возмещения.

Если мы ошибочно оплатили страховое требование Вам или для Вас, или Вы должны нам определенную сумму денег, Вы должны вернуть сумму долга. Кроме случаев, когда в законе указано противоположное, если мы должны выплатить Вам определенную сумму, мы имеем право вычесть из этой суммы ту сумму, которую Вы должны нам.

25. Знаки поставщиков.

UHCNY, Inc. — это независимая корпорация, зарегистрированная согласно Закону о страховании штата Нью-Йорк. UHCNY, Inc. также работает по лицензии с UHCNY, Inc., лицензирует UHCNY, Inc. частично использовать знаки поставщиков UHCNY, Inc. в штате Нью-Йорк. UHCNY, Inc. не выступает агентом UHCNY, Inc. а UHCNY, Inc. несет ответственность только за обязательства согласно настоящему Договору.

26. Делимость договора.

Отсутствие исковой силы или недействительность любого условия настоящего Договора не влияет на действительность и наличие исковой силы остальных условий Договора.

27. Значительное изменение обстоятельств.

Если мы не можем организовать оказание Покрываемых услуг согласно условиям настоящего Договора в результате событий, которые неподвластны нашему контролю, мы приложим разумные

Договор Участника New York Essential Plan 3

усилия, чтобы предоставить альтернативные варианты. К таким событиям относятся крупные бедствия, эпидемии, полное или частичное разрушение учреждений, беспорядки, гражданские волнения, недееспособность большей части персонала Участвующего поставщика или схожие причины. Мы приложим разумные усилия, чтобы организовать Покрытие услуг. Мы и наши Участвующие поставщики не несем ответственность за задержку или неспособность предоставить, или организовать Покрываемые услуги в случаях, когда задержка или неспособность предоставить услуги вызваны таким событием.

28. Суброгация и возмещение.

Эти пункты применяются к другой стороне (включая любого страховщика), если обнаруживается, что такая сторона ответственна или может быть ответственна за Вашу травму, болезнь или другое состояние, а мы предоставили льготы для лечения Вашей травмы, болезни или состояния. В соответствии с действующим законодательством штата, за исключением случаев, когда федеральное законодательство не обладает приоритетом, мы можем передать права на возмещение расходов такой стороне (включая Вашу страховую компанию) по льготам, которые мы предоставили Вам согласно настоящему Договору. Суброгация означает, что у нас, независимо от Вас, есть право возбудить процесс против другой стороны, чтобы получить возмещение по предоставленным нами льготам.

В соответствии с действующим законодательством штата, за исключением случаев, когда федеральное законодательство не обладает приоритетом, у нас есть право на возмещение расходов, если Вы или кто-либо от Вашего имени получает оплату от ответственной стороны (включая Вашу страховую компанию) после урегулирования, вердикта или страхового возмещения в связи с травмой, болезнью или состоянием, по которым мы предоставили льготы. Согласно разделу 5-335 Закона об общих обязательствах штата Нью-Йорк (New York General Obligations Law), при отсутствии законного права на возмещение, наше право получить возмещение суммы не применимо к договоренности, которая достигается между истцом и ответчиком. Закон также предусматривает, что при вступлении в договоренность, предполагается, что Вы не предпринимали никаких действий против наших прав или не нарушали договор между Вами и нами. Закон предполагает, что урегулирование между Вами и ответственной стороной не включает компенсацию расходов медицинских услуг, для которых мы предоставили льготы.

Мы просим, чтобы Вы сообщили нам в течение 30 дней с даты, когда одно из уведомлений вручено какой-либо из сторон, в том числе страховой компании или адвокату, о Вашем намерении предъявить или расследовать требования по возмещению убытков или получить компенсацию за Ваши травмы, болезни или состояния, по которым мы предоставили льготы. Вы должны предоставить всю запрашиваемую информацию нам или нашим представителям, в том числе заполнение и предоставление каких-либо приложений или других форм, или заявлений, которые мы можем обоснованно запросить.

29. Посторонние Бенефициары.

Данный Договор не предусматривает никаких посторонних бенефициаров. Никакие условия настоящего Договора не предоставляют другим лицам или организациям, кроме как Вам и нам, право, льготу или средство защиты любого характера по причине настоящего Договора; ни одна другая сторона не может применять положения данного Договора или искать любые средства защиты, возникающие из нашего или Вашего исполнения, или неисполнения какой-либо части настоящего Договора, предъявлять иск или подавать в суд за нарушение каких-либо условий настоящего Договора.

30. Время возбуждения иска.

Как того требует настоящий Договор, никакой судебный иск или иск по нормам права справедливости не может быть подан против нас до истечения 60 дней после письменного предоставления иска нам. Вы должны начать в любой судебный процесс против нас по настоящему Договору в течение двух (2) лет с даты подачи требования.

31. Услуги по переводу.

Для не англоязычных Участников согласно настоящему контракту предоставляются услуги по переводу. Для получения таких услуг позвоните нам на номер: 1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711.

32. Место проведения правовых действий.

Если по настоящему Договору возникает спор, он должен быть решен в суде, расположенном в штате Нью-Йорк. Вы соглашаетесь не начинать судебный процесс против нас в суде в другом месте. Вы также соглашаетесь с тем, что юрисдикция судов штат Нью-Йорк будет распространяться на Вас. Это означает, что, когда были соблюдены надлежащие процедуры для подачи иска в этих судах, такие суды могут приказать вам, защищаться от любых исков, предъявленных нами вам.

33. Отказ от права.

Отказ от права любой из сторон по любому нарушению какого-либо из положений настоящего Договора не может быть истолкован как отказ от любого последующего нарушения того же или какого-либо другого положения. Неспособность использовать какое-либо право по настоящему Договору не будет действовать как отказ от такого права.

34. Кто имеет право вносить изменения в настоящий Договор.

Настоящий Договор может быть изменен, дополнен поправками, или модифицирован только в письменной форме и подписан нашим Главным исполнительным директором (СЕО); Главным операционным директором (СОО); Президентом или лицом, назначенным СЕО, СОО или Президентом. Ни один сотрудник, агент или другое лицо не уполномочен интерпретировать, изменять, модифицировать или иным образом изменять настоящий Договор в порядке, который расширяет или ограничивает сферу покрытия, или условия приемлемости, регистрации или участие, за исключением если письменного и подписанного подтверждения СЕО, СОО, Президентом или лицом, назначенным СЕО, СОО или Президентом.

35. Кто получает оплату по настоящему Договору?

Оплата по настоящему Договору на оказание услуг, предоставленных Участвующим поставщиком, будет совершена Поставщику услуг непосредственно нами. Если Вы получаете услуги у Неучаствующего поставщика, мы оставляем за собой право совершить оплату Вам или Поставщику услуг. Если вы переуступаете льготы за неожиданный счет Неучаствующему поставщику, мы будем напрямую совершить оплату Неучаствующему поставщику. Дополнительную информацию об неожиданных счетах см. в разделе «Как работает ваше страховое покрытие» настоящего Договора.

36. Отсутствие влияния на Workers' Compensation (Закон о компенсации за производственные травмы).


Страховое покрытие, предоставляемое согласно настоящему Договору, не заменяет и не влияет на другие требования по покрытию согласно Workers' Compensation или законодательству.

37. Ваша медицинская документация и отчеты.

Для того, чтобы обеспечить Ваше покрытие в рамках данного Договора, нам может понадобиться получить Ваши медицинские записи и информацию от Поставщиков услуг, которые занимались Вашим лечением. Наши действия по обеспечению этого покрытия включают рассмотрение ваших запросов, жалоб, апелляций или претензий, связанных с вашим лечением, и проверки качества вашей помощи, будь то на основе конкретной жалобы или обычной проверки случайно выбранных случаев. Принимая покрытие в соответствии с настоящим Контрактом, за исключением случаев, когда это запрещено государственным или федеральным законом, вы автоматически предоставляете нам или нашему уполномоченному лицу право на получение и использование ваших медицинских записей для этих целей, и вы разрешаете каждому Поставщику, который оказывает вам услуги:

- Раскрывать все факты о Вашей медицинской помощи, лечении и физическом состоянии нам или медицинскому, стоматологическому или психическому медицинскому работнику, которого мы можем привлечь, чтобы помочь нам в рассмотрении лечения или претензии, или в связи с жалобой или оценкой качества обслуживания;
- Предоставлять отчеты о Вашей медицинской помощи, лечении и физическом состоянии нам или медицинскому, стоматологическому или психическому медицинскому работнику, которого мы можем привлечь, чтобы помочь нам в рассмотрении лечения или претензии; и
- Разрешить нам копировать Вашу медицинскую документацию.

Мы согласны хранить Вашу медицинскую информацию в соответствии с федеральными требованиями и требованиями штата по соблюдению конфиденциальности. Однако, в пределах, разрешенных законодательством штата или федеральным законодательством, вы автоматически предоставляете нам разрешение на передачу вашей информации Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк и другим уполномоченным федеральным, государственным и местным агентствам, обладающим полномочиями в отношении Essential Plan, организациям по надзору за качеством, и третьим сторонам, с которыми мы заключаем контракт, чтобы помочь нам в управлении настоящим



Договором, при условии, что они также согласятся хранить Вашу медицинскую информацию в соответствии с федеральными требованиями и требованиями штата по соблюдению конфиденциальности. Если Вы желаете отозвать разрешение на распространение информации, Вы можете позвонить по телефону 1-866-265-1893, ТТУ 711.

38. Ваши права.

Вы имеете право на получение полной и актуальной информации, касающейся диагностики, лечения и прогноза от Врача или другого Поставщика услуг в выражениях, которые Вы можете понять. Когда предоставление Вам такой информации не целесообразно, такая информация должна быть доступна для соответствующего лица, действующего от Вашего имени.

Вы имеете право получить информации от Вашего Врача или другого Поставщика услуг, которая необходима Вам для того, чтобы предоставить свое информированное согласие до начала любой процедуры или лечения.

Вы имеете право отказаться от лечения в пределах, допускаемых законом, и быть проинформированным о медицинских последствиях этого действия.

Вы имеете право формулировать предварительные медицинские указания относительно Вашей медицинской помощи.

Раздел XXIV

ПЕРЕЧЕНЬ ЛЬГОТ UNITEDHEALTHCARE COMMUNITY PLAN

**Подробнее - см. Описание льгот в Договоре*

Услуги Неучаствующего поставщика не покрываются за исключением случаев, связанных с экстренной помощью. Вы платите полную стоимость услуг, предоставленных неучаствующим поставщиком, за исключением случаев, связанных с неотложной помощи.

Распределение расходов	Essential Plan 3
Франшиза • Частное лицо	\$0
Ограничение по наличным расходам • Частное лицо Франшиза, личное участие и доплата, которые не должны превышать Ваш предел наличных расходов, суммируются каждый страховой год.	\$200
Визиты в кабинет врача	
Посещение кабинета ОЛВ (Или Посещение на дому)	\$0
Направления к специалисту (Или Посещение на дому)	\$0
Профилактическое медицинское обслуживание	
Ежегодные медицинские осмотры для взрослых*	Полное покрытие страховкой
Вакцинация взрослых*	Полное покрытие страховкой
Плановые гинекологические услуги/ Обследования в женской консультации*	Полное покрытие страховкой

Распределение расходов	Essential Plan 3
Профилактическое медицинское обслуживание (продолжение)	
<p>Маммограммы, скрининг и диагностические обследования на предмет рака молочной железы</p> <p>Процедуры стерилизации для женщин*</p> <p>Вазэктомия</p>	<p>Полное покрытие страховкой</p> <p>Полное покрытие страховкой</p> <p>См. раздел о хирургических услугах</p>
<p>Проверка плотности костной ткани*</p> <p>Скрининг злокачественных опухолей предстательной железы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполняется в кабинете ОЛВ • Выполняется в кабинете специалиста <p>Все профилактические услуги, требуемые USPSTF и HRSA</p> <p><i>*Когда профилактические услуги не предоставляются согласно всеобщим указаниям USPSTF и HRSA</i></p>	<p>Полное покрытие страховкой</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>Полное покрытие страховкой</p> <p>Использование Участия в издержках за соответствующие услуги (Визиты в кабинет врача; визиты в кабинет специалиста; радиологические услуги в диагностических целях; лабораторные и диагностические процедуры)</p>
Экстренная медицинская помощь	
<p>Скорая помощь и экстренные медицинские услуги до госпитализации (Услуги скорой помощи)</p>	<p>\$0</p>
<p>Услуги скорой помощи в неэкстренных случаях</p> <p><i>Требуется Предварительное разрешение</i></p>	<p>\$0</p>

Договор Участника New York Essential Plan 3

Распределение расходов	Essential Plan 3
Экстренная медицинская помощь (продолжение)	
Отделение скорой помощи Отказ от Доплаты/Личного участия в случае Госпитализации	\$0
Центр оказания скорой медицинской помощи	\$0
Специализированные и амбулаторные услуги	
Расширенные услуги визуализации	
• Предоставляются в независимом радиологическом центре или кабинете	\$0
• Выполняется в кабинете специалиста	\$0
• Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг	\$0
<i>Требуется Предварительное разрешение</i>	
Тестирование на аллергию и лечение	
• Выполняется в кабинете ОЛВ	\$0
• Выполняется в кабинете специалиста	\$0
Стоимость услуг амбулаторного хирургического центра	\$0
Услуги анестезии (в любых условиях)	Полное покрытие страховкой
Услуги хранения собственной крови	Полное покрытие страховкой

Распределение расходов	Essential Plan 3
Специализированные и амбулаторные услуги (продолжение)	
<p>Сердечно-легочная реабилитация</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполняется в кабинете специалиста \$0 • Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг \$0 • Предоставляется в виде стационарных больничных услуг Входит в распределение стоимости стационарных больничных услуг 	
<p>Химиотерапия</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполняется в кабинете ОЛВ \$0 • Выполняется в кабинете специалиста \$0 • Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг \$0 	
<p>Хирургия</p>	<p>\$0</p>
<p>Клинические исследования <i>Требуется Предварительное разрешение</i></p>	<p>Применение Участия в издержках по соответствующей услуге</p>
<p>Диагностическая проверка</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполняется в кабинете ОЛВ \$0 • Выполняется в кабинете специалиста \$0 • Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг \$0 	

Договор Участника New York Essential Plan 3

Распределение расходов	Essential Plan 3
Специализированные и амбулаторные услуги (продолжение)	
Диализ <ul style="list-style-type: none"> • Выполняется в кабинете ОЛВ • Предоставляется в независимом Специализированном центре или кабинете Специалиста • Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг 	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
Услуги по реабилитации: (Физиотерапия, лечение профессиональных заболеваний и нарушений речи) 60 посещений на страховой случай в течение страхового года комбинированные методы лечения	<p>\$0</p>
Уход на дому 40 посещений в течение страхового года <i>Требуется Предварительное разрешение</i>	<p>\$0</p>
Услуги по лечению бесплодия <i>Требуется Предварительное разрешение</i>	<p>Применение Участия в издержках по соответствующей услуге (Визиты в кабинет врача; радиологические услуги в диагностических целях; хирургия; лабораторные и диагностические процедуры)</p>

Распределение расходов	Essential Plan 3
Специализированные и амбулаторные услуги (продолжение)	
<p>Инфузионная терапия</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполняется в кабинете ОЛВ • Выполняется в кабинете специалиста • Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг • Инфузионная терапия на дому (Инфузионная терапия на дому идет в счет количества визитов по медицинской помощи на дому) <p><i>Требуется Предварительное разрешение</i></p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Медицинские визиты в стационаре</p>	<p>0 долл. США за госпитализацию</p>
<p>Прерывание беременности.</p> <ul style="list-style-type: none"> • искусственное прерывание беременности, необходимое с медицинской точки зрения • добровольное прерывание беременности Одна (1) процедура за страховой год 	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Лабораторные процедуры</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполняется в кабинете ОЛВ • Выполняется в кабинете специалиста • Выполняемые в автономной лаборатории • Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг 	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>

Договор Участника New York Essential Plan 3

Распределение расходов	Essential Plan 3
Специализированные и амбулаторные услуги (продолжение)	
Материнство и уход за новорожденным <ul style="list-style-type: none">• Дородовой уход• Стационарные больничные услуги и родильные дома• Услуги Врача и Акушерки за роды• Поддержка грудного вскармливания, консультирование и устройства, включая молокоотсосы• Послеродовой уход <i>Предварительная авторизация необходима для молокоотсосов стоимостью более 500 долларов США</i>	\$0 \$0 \$0 \$0 Включено в услуги врача и акушера при распределении расходов при родах
Плата за амбулаторную хирургическую процедуру в больнице	\$0
Обследования, необходимые для Госпитализации	\$0

Распределение расходов	Essential Plan 3
Специализированные и амбулаторные услуги (продолжение)	
<p>Рецептурные препараты, вводимые в офисе или в амбулаторных условиях</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполняется в кабинете ОЛВ • Выполняется в кабинете специалиста • Выполняется в амбулаторных учреждениях <p><i>Предварительная авторизация необходима для некоторых препаратов. См. Список предпочтительных препаратов своего Плана.</i></p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Радиологические услуги в целях диагностики</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполняется в кабинете ОЛВ • Выполняется в кабинете специалиста • Предоставляются в независимом радиологическом центре • Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг 	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Лечебные радиологические услуги</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполняется в кабинете специалиста • Предоставляются в независимом радиологическом центре • Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг <p><i>Требуется Предварительное разрешение</i></p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>

Договор Участника New York Essential Plan 3

Распределение расходов	Essential Plan 3
Специализированные и амбулаторные услуги (продолжение)	
<p>Услуги по реабилитации: (Физиотерапия, лечение профессиональных заболеваний и нарушений речи)</p> <p>(60 посещений на страховой случай в страховом году для комбинированного лечения)</p>	\$0
<p>Мнение второго врача по поводу диагноза ракового заболевания, хирургии и прочего</p>	\$0
<p>Хирургические услуги (включая хирургию полости рта; реконструктивную хирургию молочных желез и прочую реконструктивную и коррекционную хирургию и трансплантацию)</p> <p>Все процедуры трансплантации должны совершаться в назначенных Учреждениях</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хирургический стационар в больнице • Хирургическая амбулатория в больнице • Хирургическая процедура, выполняемая в амбулаторном хирургическом центре • Хирургическая процедура в кабинете врача <p><i>Требуется Предварительное разрешение</i></p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>

Распределение расходов	Essential Plan 3
Дополнительные услуги, оборудование и устройства	
Прикладной анализ поведения (АВА Treatment) при расстройствах аутистического спектра <i>Требуется Предварительное разрешение</i>	\$0
Вспомогательные коммуникационные устройства при расстройствах аутистического спектра <i>Требуется Предварительное разрешение</i>	\$0
Запасы препаратов, оборудование для диабетиков* и обучение по самостоятельному лечению для больных диабетом. <ul style="list-style-type: none"> • Оборудование для больных диабетом, расходные материалы и инсулин (30-дневный запас), до 90-дневного запаса • Обучение больных диабетом 	\$0 \$0
Медицинское оборудование длительного пользования и скобы <i>Требуется Предварительное разрешение</i>	\$0
Внешние слуховые аппараты (Единоразовая покупка — один раз в течение трех (3) лет)	\$0
Кохлеарные имплантаты (Один (1) в каждое ухо за покрываемый период времени) <i>Требуется Предварительное разрешение</i>	\$0

Договор Участника New York Essential Plan 3

Распределение расходов	Essential Plan 3
Дополнительные услуги, оборудование и устройства (продолжение)	
<p>Услуги хосписа</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стационар • Амбулатория <p>210 дней в течение страхового года</p> <p>Пять (5) посещений для терапии по причине тяжелой утраты в семье</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Изделия медицинского назначения</p> <p><i>Требуется Предварительное разрешение</i></p>	\$0
<p>Протезы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Внешние <p>Один (1) протез на конечность в течение жизни, а также стоимость ремонта и замены протеза и его деталей</p> <ul style="list-style-type: none"> • Внутренний <p><i>Требуется Предварительное разрешение</i></p>	<p>\$0</p> <p>Входит в Распределение стоимости стационарных больничных услуг</p>
Стационарные услуги и центры	
<p>Больничный стационар для продолжительного пребывания (включая стационар при лечении после мастэктомии, сердечно-легочная реабилитация, паллиативный уход)</p> <p><i>Требуется Предварительное разрешение. Однако Предварительное разрешение не требуется для экстренной госпитализации.</i></p>	\$0

Распределение расходов	Essential Plan 3
Стационарные услуги и центры (продолжение)	
<p>Госпитализация в целях наблюдения</p> <p>Отказ от Совместной оплаты в случае прямого перевода из амбулатории в условия наблюдения</p>	\$0
<p>Услуги лечебного учреждения, оказывающего квалифицированный сестринский уход за больными (включая сердечно-легочную реабилитацию)</p> <p>200 дней в течение страхового года</p> <p>Отказ от Совместного платежа за каждый прием при прямом переводе с больничного стационара в такое лечебное учреждение</p> <p><i>Требуется Предварительное разрешение</i></p>	\$0
<p>Услуги реабилитации стационарных больных (Физиотерапия, лечение профессиональных заболеваний и нарушений речи)</p> <p>60 дней в страховом году комбинированного лечения</p> <p><i>Требуется Предварительное разрешение</i></p>	\$0
<p>Услуги реабилитации стационарных больных (Физиотерапия, лечение профессиональных заболеваний и нарушений речи)</p> <p>60 дней в страховом году комбинированных услуг</p> <p><i>Требуется Предварительное разрешение</i></p>	\$0

Договор Участника New York Essential Plan 3

Распределение расходов	Essential Plan 3
Услуги в области психиатрии и лечения зависимостей от психоактивных веществ	
<p>Стационарное лечение психических нарушений (для продолжительного пребывания в Больнице)</p> <p><i>Требуется Предварительное разрешение. Однако Предварительное разрешение не требуется для экстренной госпитализации.</i></p>	\$0
<p>Амбулаторное лечение психических нарушений (в том числе, частичная Госпитализация и услуги Интенсивной амбулаторной программы)</p> <p><i>Требуется Предварительное разрешение</i></p>	\$0
<p>Стационарные услуги по лечению зависимости от психоактивных веществ (для продолжительного пребывания в Больнице)</p> <p><i>Требуется Предварительное разрешение. Однако Предварительное разрешение не требуется для экстренной госпитализации, при экстренной госпитализации или для принимающих участие Учреждений, сертифицированных OASAS</i></p>	\$0
<p>Амбулаторные услуги по лечению зависимости от психотропных веществ (в том числе, частичная госпитализация, услуги Интенсивной амбулаторной программы и Медикаментозной терапии)</p> <p>Для семейного консультирования можно использовать до 20 посещений за страховой год</p> <p><i>Требуется Предварительное разрешение</i></p>	\$0



Распределение расходов	Essential Plan 3
<p style="text-align: center;">Рецептурные препараты</p> <p style="text-align: center;">Некоторые рецептурные препараты не подлежат распределению расходов, если они предоставляются в соответствии с общими указаниями, подтвержденными HRSA, а также наименования или услуги с рейтингом «А» или «В» USPSTF. и получен в участвующей аптеке.</p>	
<p>Розничная аптека 30-дневный запас</p> <p>Уровень 1</p> <p>Уровень 2</p> <p>Уровень 3</p> <p>Если у Вас возникнет Экстренное состояние, Вы можете без Предварительного разрешения, получить доступ к экстренным запасам покрываемого Рецептурного препарата на пять (5) дней, применяемого для лечения зависимости, в том числе Рецептурного препарата на случай отмены опиоидов и/или стабилизации, а также для лечения передозировки опиоидами.</p>	<p>\$1</p> <p>\$3</p> <p>\$3</p>
<p>Заказ лекарств по почте До 90-дневного запаса</p> <p>Уровень 1</p> <p>Уровень 2</p> <p>Уровень 3</p>	<p>\$2.50</p> <p>\$7.50</p> <p>\$7.50</p>
<p>Безрецептурные препараты</p>	<p>\$.50</p>
<p>Смеси для энтерального питания</p> <p>Уровень 1</p> <p>Уровень 2</p> <p>Уровень 3</p>	<p>\$1</p> <p>\$3</p> <p>\$3</p>

Договор Участника New York Essential Plan 3

Распределение расходов	Essential Plan 3
Льготы Wellness	
Возмещение расходов на услуги спортзала	До \$400 в страховой год, \$200 за 6 месяцев после посещения 50 посещений за 6 месяцев
Услуги окулиста и стоматологические услуги	
<p>Стоматологическая помощь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Профилактическое стоматологическое обслуживание • Плановое стоматологическое обслуживание • Значительные стоматологические процедуры (эндодонтия, периодонтология, протезирование) <ul style="list-style-type: none"> – Один (1) осмотр стоматолога и чистка в 6 месяцев – рентгеновский снимок всех зубов или панорамный рентгеновский снимок с 36-месячными интервалами, рентгеновский снимок прикуса зубов с интервалом от шести (6) до 12 месяцев. <p><i>Значительные стоматологические услуги и услуги по ортодонтии требуют Предварительного разрешения</i></p>	<p>0 долл. США</p> <p>0 долл. США</p> <p>0 долл. США</p>

Распределение расходов	Essential Plan 3
Услуги окулиста и стоматологические услуги (продолжение)	
<p>Услуги окулиста</p> <ul style="list-style-type: none"> • Осмотр • Стекла для очков и оправы • Контактные линзы <p>Один (1) осмотр за 24 месяца</p> <p>Одна (1) пара стекол для очков и оправы в год по рецепту</p> <p><i>Контактные линзы требуют Предварительного разрешения</i></p>	<p>0 долл. США</p> <p>0 долл. США</p> <p>0 долл. США</p>

Все внутрисетевые запросы для получения Предварительного разрешения являются ответственностью Вашего Участвующего поставщика. Вы не будете оштрафованы, если Участвующий поставщик не подаст запрос на получение необходимого Предварительного разрешения. Однако если услуги не покрываются согласно настоящему Договору, то Вам придется оплатить полную стоимость таких услуг.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

UnitedHealthcare Community Plan соблюдает применимые федеральные законы о гражданских правах. UnitedHealthcare Community Plan не исключает участников плана и не меняет своего отношения к ним на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола.

UnitedHealthcare Community Plan предоставляет следующие услуги:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными способностями, чтобы облегчить общение с нами, например:
 - услуги квалифицированных сурдопереводчиков
 - письменную информацию в других форматах (напечатанную крупным шрифтом, в форме аудиозаписи, в доступном электронном и других форматах).
- Бесплатные услуги перевода людям, для которых английский язык не является родным, например:
 - услуги квалифицированных переводчиков
 - информацию, напечатанную на других языках

Если вам необходимы данные услуги, позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в вашей идентификационной карте участника плана медицинского страхования.

Если вы уверены, что сотрудники плана UnitedHealthcare Community Plan не предоставили вам данные услуги или отнеслись к вам по-другому на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу Координатору по гражданским правам следующими способами:

- Почта: Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130
- Электронная почта: **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

Также вы можете подать жалобу по поводу гражданских прав в Министерство здравоохранения и социальных услуг США, Управление по гражданским правам, следующими способами:

- | | |
|----------|--|
| Веб-сайт | Портал для подачи жалоб Office for Civil Rights Complaint Portal по адресу https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf |
| Почта: | U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, ННН Building, Washington, D.C. 20201 |
| Телефон: | Бесплатный номер 1-800-868-1019, 1-800-537-7697 (TDD) |

Мы предоставляем бесплатные услуги, которые помогут вам общаться с нами. К ним относится составление писем на других языках или распечатка информации крупным шрифтом. Либо вы можете запросить услуги переводчика. Если Вам нужна помощь, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону **1-866-265-1893, ТТУ 711**, с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00.

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-265-1893 TTY/711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-265-1893 TTY/711.	Spanish/ Español
注意：您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-265-1893 TTY/711。	Chinese/ 中文
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-265-1893 رقم هاتف الصم والبكم TTY/711.	Arabic/ اللغة العربية
주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-866-265-1893 TTY/711로 전화하시기 바랍니다.	Korean/ 한국어
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-265-1893 (телетайп: TTY/711).	Russian/ Русский
ATTENZIONE: Nel caso in cui la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il 1-866-265-1893 TTY/711.	Italian/ Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-265-1893 TTY/711.	French/ Français
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-265-1893 TTY/711.	French Creole/ Kreyòl ki soti nan Fransè
אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-265-1893 TTY/711.	Yiddish/ אידיש
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-265-1893 TTY/711.	Polish/ Polski
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyong pantulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-265-1893 TTY/711.	Tagalog
দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনার ভাষা “Bengali বাংলা” হয় তাহলে আপনি বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পাবেন। 1-866-265-1893 TTY/711 নম্বরে ফোন করুন।	Bengali/ বাংলা
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-265-1893 TTY/711.	Albanian/ Shqip
ΠΡΟΣΟΧΗ: Στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-265-1893 TTY/711.	Greek/ Ελληνικά
توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-265-1893 TTY/711.	Urdu/ اردو

Мы работаем для Вас.

Помните, что мы всегда готовы ответить на любые вопросы, которые у Вас могут появиться. Обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711** с 08:00 до 18:00 с понедельника по пятницу. Вы также можете посетить наш веб-сайт **myuhc.com/CommunityPlan**.

UnitedHealthcare Community Plan of New York
77 Water Street, 14th Floor
New York, NY 10005

myuhc.com/CommunityPlan

1-866-265-1893, ТТУ 711

