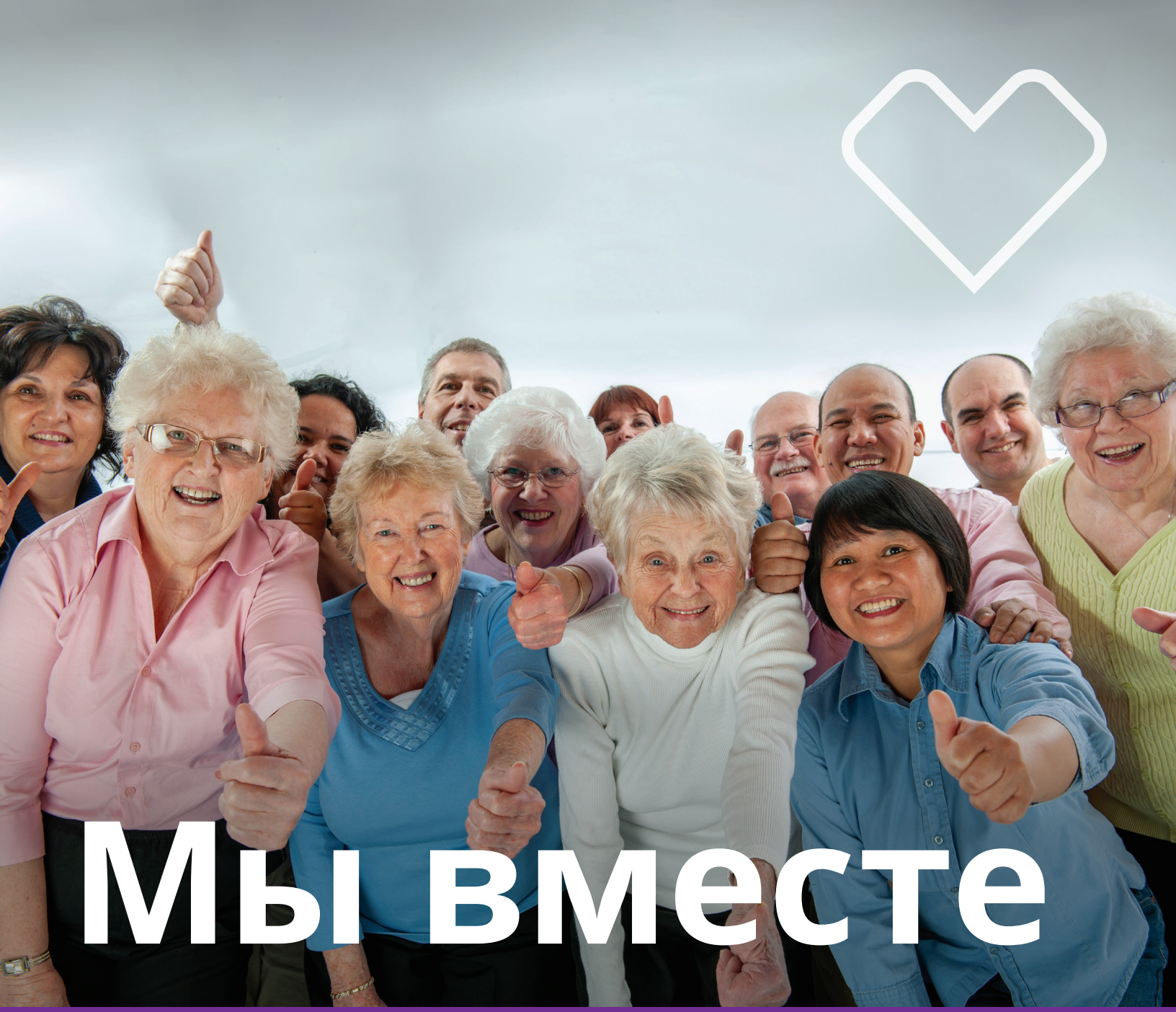

Мы вместе

Справочник участника

Узнайте о своих медицинских льготах

AetnaBetterHealth.com/NewYork

aetna®

Aetna Better Health® of New York

1376310-NY-RU (rev 2024)

Личная информация

Имя, фамилия и номер телефона менеджера по обслуживанию

Имя, фамилия и номер телефона помощника менеджера по обслуживанию

Номер телефона отдела обслуживания участников: **1-855-456-9126**

Aetna Better Health of New York

Программа управляемого долгосрочного медицинского обслуживания (MLTC)

Справочник участника

376310-NY-RU (rev 6/24)

СОДЕРЖАНИЕ

Содержание

Справочник участника 4
Как к нам обратиться 4
Список услуг 4
Другие языки/форматы 5
КТО ИМЕЕТ ПРАВО НА УЧАСТИЕ В ПЛАНЕ MLTC....8
ПРОГРАММА «НЕЗАВИСИМЫЙ ОЦЕНЩИК ШТАТА NEW YORK» — ПРОЦЕСС ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ 9
Идентификационная карта участника плана 11
Дополнительные покрываемые услуги 13
Ограничения....14
Получение услуг при нахождении за пределами территории обслуживания....14
Экстренная медицинская помощь....15
ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ В ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД 15
ПРОГРАММА MONEY FOLLOWS THE PERSON (MFP)/OPEN DOORS....15
УСЛУГИ MEDICAID, КОТОРЫЕ НЕ ВКЛЮЧЕНЫ В ПОКРЫТИЕ НАШЕГО ПЛАНА....16
Аптеки....16
Определенные услуги по охране психического здоровья, в том числе:....16
Некоторые услуги для лиц с задержкой умственного развития и нарушениями развития, в том числе: 16
Другие услуги Medicaid, в том числе:....17
Организация неэкстренной транспортировки на медицинском транспорте 17
УСЛУГИ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK ИЛИ MEDICAID....17
Этапы согласования услуги....18
Предварительное разрешение 18
Текущая оценка 19
Ретроспективная оценка....19
Что происходит после того, как мы получили ваш запрос на одобрение услуги?....20
Сроки рассмотрения запросов на предварительное разрешение....20
Сроки рассмотрения запросов на проведение текущей оценки необходимости в оказании услуг....20
Если нам потребуется дополнительная информация для принятия решения по вашему запросу по стандартной или ускоренной процедуре, то указанный срок может быть продлен до 14 дней. Мы:....20
Что такое действие? 21
Сроки предоставления уведомления о предпринимаемых действиях....21
Содержание уведомления о предпринимаемых действиях....21
Как подать апелляцию по какому-либо действию?....22
Как обратиться в план для подачи апелляции? 22
Вы можете подать запрос на продолжение получения услуг в период рассмотрения апелляции в отношении некоторых действий 22

Сколько времени занимает принятие решения по моей апелляции на какое-либо действие в рамках плана? 23
Ускоренное рассмотрение апелляции 23
Что делать, если апелляция будет отклонена планом? 24
Беспристрастное разбирательство на уровне штата 24
Внешние апелляции на уровне штата 25
ЖАЛОБЫ И АПЕЛЛЯЦИИ НА РЕШЕНИЯ ПО ЖАЛОБАМ 26
Что такое жалоба? 26
Процесс подачи жалоб 27
Как подать апелляцию на решение по жалобе? 27
Правозащитная организация 27
ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ В ПЛАНЕ AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK MLTC 28
Добровольное прекращение участия в плане 28
Смена плана 28
Принудительное прекращение участия 29
Вы должны будете прекратить участие в плане Aetna Better Health of New York, если вы: 29
Мы можем попросить вас прекратить участие в плане Aetna Better Health of New York, если: 30
КУЛЬТУРНАЯ И ЛИНГВИСТИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ 30
ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТНИКА 30
Права участника 30
Обязанности участника 31
Предварительные распоряжения 32
Информация, предоставляемая по запросу 32
Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией 34
УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ 39
Службы перевода 41
Службы перевода 41

Добро пожаловать в

план управляемого долгосрочного медицинского обслуживания (MLTC) Aetna Better Health of New York

Спасибо, что выбрали нас! Мы будем рады помогать вам в решении ваших медицинских вопросов. Если у вас есть вопросы или вы испытываете проблемы с получением услуг, мы готовы помочь. Приведенная ниже информация поможет вам начать пользоваться всеми преимуществами, предлагаемыми вашим планом медицинского страхования.

План MLTC предназначен специально для участников программы Medicaid, нуждающихся в медицинской помощи и услугах долгосрочного ухода и поддержки по месту жительства (CBLTSS), например в уходе на дому и индивидуальном уходе, чтобы по возможности оставаться дома или проживать в своем районе.

Справочник участника
Из настоящего справочника вы узнаете о дополнительных льготах, покрываемых Aetna Better Health of New York с момента регистрации в плане. Вы также узнаете о том, как запросить услугу, направить жалобу или прекратить участие в плане Aetna Better Health of New York.

Храните справочник там, где вы сможете его найти в случае необходимости, — в нем содержится важная информация о том, как пользоваться возможностями плана медицинского страхования при обращении за медицинскими услугами. В справочнике вы также найдете ответы на имеющиеся у вас вопросы. Уделите несколько минут, чтобы ознакомиться со справочником, и сохраните его в надежном месте. Если вы хотите получить разъяснения касательно этого справочника, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру **1-855-456-9126**.

Идентификационная карта участника
Вы уже должны были получить идентификационную карту участника. Носите ее с собой и используйте всякий раз, когда вам понадобятся медицинские услуги, покрываемые планом Aetna Better Health. Она имеет важное значение, поэтому берегите ее. Никогда не позволяйте другим людям пользоваться своей идентификационной картой.

Как к нам обратиться
Звоните в отдел обслуживания участников по номеру **1-855-456-9126** в любое время суток и в любой день недели. Если у вас проблемы со слухом, воспользуйтесь службой коммутируемых сообщений г. Нью-Йорка, позвонив по номеру **711** или **1-877-662-4886 TTY/voz**. Служба коммутируемых сообщений г. Нью-Йорка может соединить вас с кем угодно и где угодно в любое время суток и в любой день недели.

Список услуг
Покрываемые услуги — это услуги, которые мы оплачиваем для вас, потому что вы являетесь участником плана Aetna Better Health of New York и зарегистрированы в программе Medicaid. За этими услугами следует обращаться к поставщикам медицинских услуг, входящим в сеть нашего плана. Конкретный вид услуги, а также частота и продолжительность ее получения зависят от вашего состояния здоровья, медицинских и социальных потребностей. Полный список услуг приведен на странице 13.

Если вы обратились за услугой, а поставщик услуг отказался вам ее предоставить, исходя из моральных принципов или религиозных убеждений, позвоните в отдел обслуживания

участников по бесплатному номеру **1-855-456-9126**. Мы поможем вам найти поставщика, который предоставит вам покрываемую услугу, или медсестру, которая поможет вам получить нужные услуги. Вы не должны получать счета за покрываемые услуги. Если это происходит, позвоните в отдел обслуживания участников.

Другие языки/форматы

Это важная информация о ваших медицинских льготах. Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру **1-855-456-9126** или, если у вас проблемы со слухом/вы пользуетесь TTY, позвоните по номеру **711** службы коммутируемых сообщений г. Нью-Йорка, чтобы получить переведенную версию этой информации. Если у вас имеются проблемы со слухом, операторы службы коммутируемых сообщений г. Нью-Йорка могут соединить вас с кем угодно и где угодно в любое время суток и в любой день недели.

這是關於您醫療福利的重要信息。請撥打 **1-855-456-9126** 聯絡會員服務部，或使用聽力障礙人士專用電話 TTY 時，撥打 **711** NY Relay, 索取此信息之翻譯版本。NY Relay 專為聽力障礙人士提供每週 7 天、每天 24 小時的全日服務，以便您隨時聯繫。

Это важная информация о покрываемых нами видах медицинской помощи (льготах). Для получения перевода этой информации на ваш язык позвоните в отдел обслуживания участников по номеру **1-855-456-9126**. Если вы слабослышащий, воспользуйтесь телефоном с текстовым выходом (TTY) через коммутаторную линию Нью-Йорка **711**. Коммутаторная линия Нью-Йорка позволяет лицам с нарушениями слуха связаться с кем угодно, где угодно в любое время суток 7 дней в неделю.

Полезные сведения		
Наименование	**Телефон, факс, эл. почта**	**Адрес**
Отдел обслуживания участников Aetna Better Health of New York	**1-855-456-9126** Факс: **1-855-863-6421** Веб-сайт: **AetnaBetterHealth.com/NewYork**	Aetna Better Health of NY 101 Park Avenue 15th Floor New York, NY 10178
Услуги для лиц с нарушениями слуха	Служба коммутируемых сообщений города Нью-Йорка: **7-1-1**	
Экстренная медицинская помощь	**9-1-1**	
Стоматологические услуги от LIBERTY	**1-855-225-1727** **(TTY: 877-855-8039)**	
Услуги по проверке и коррекции зрения от компании EyeQuest	**1-855-873-1282** С понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00	
Услуги переводчиков	Звоните в отдел обслуживания участников Aetna Better Health of New York по номеру **1-855-456-9126**	
Жалобы и апелляции	Звоните в отдел обслуживания участников Aetna Better Health of New York по номеру **1-855-456-9126** Факс: **1- 855-264-3822**	New York Grievance & Appeals Department Att.: Civil Rights Coordinator PO Box 818001 Cleveland OH 44181-8001
Горячая линия для сообщения о случаях мошенничества и злоупотреблениях	Звоните в отдел обслуживания участников Aetna Better Health по номеру **1-855-456-9126**	
Департамент социального обслуживания (Department of Social Services, DSS) округа Nassau	**516- 227-7474**	
Департамент социального обслуживания (Department of Social Services, DSS) округа Suffolk	**631-854-9935**	

Полезные сведения		
Наименование	**Телефон, факс, эл. почта**	**Адрес**
Управление социальной помощи населению г. Нью-Йорка (Human Resources Administration, HRA)	**1-877-422-8411**	
Департамент по делам пожилых людей г. Нью-Йорка (NY Department of Aging)	Для получения дополнительной информации о программах и услугах для пожилых людей и людей с особыми потребностями звоните по номеру **518-474-7012**	
Департамент финансовых услуг штата New York (NYS Department of Financial Services)	**1-800-400-8882**	New York State Department of Financial Services PO Box 7209 Albany NY, 12224-0209
Управление по вопросам управляемого долгосрочного ухода Департамента здравоохранения штата New York (New York State Department of Health Bureau of Managed Long-term Care) New York State Департамент здравоохранения штата New York (жалобы)	Для получения дополнительной информации об инициативах штата в области управляемого долгосрочного медицинского обслуживания звоните по номеру **1-866-712-7197**	
New York Medicaid Choice (Maximus)	**1-888-401-6582**	
Medicaid Answering Services (MAS)	**https://www.medanswering.com/** или звоните по номеру **1-844-666-6270**	

ПОМОЩЬ СОТРУДНИКОВ ОТДЕЛА ОБСЛУЖИВАНИЯ УЧАСТНИКОВ

Вы можете связаться с нами в любое время суток и в любой день недели по указанному ниже телефону отдела обслуживания участников.

Отдел обслуживания участников работает круглосуточно и без выходных:

- **1-855-456-9126.**
- Лица с нарушениями слуха могут воспользоваться номером **1-855-456-9126 (служба коммутируемых сообщений г. Нью-Йорка: 711)**.

Участники могут получать информацию на другом языке или при наличии у них нарушений слуха или зрения обращаться к своему координатору обслуживания или представителю отдела обслуживания участников.

КТО ИМЕЕТ ПРАВО НА УЧАСТИЕ В ПЛАНЕ MLTC

MLTC представляет собой план для лиц, участвующих в программе Medicaid. Вы можете зарегистрироваться в плане MLTC, если:

1. Вам 21 год и больше;
2. Вы проживаете на территории обслуживания плана: Manhattan, Brooklyn, Queens, Bronx, Nassau и Suffolk;
3. Вы являетесь участником программы Medicaid;
4. Вы являетесь участником только программы Medicaid **и** имеете право на уход на уровне учреждения сестринского ухода;
5. На момент регистрации в плане вы в состоянии вернуться к себе домой или в свой район или продолжить проживание там, не подвергая риску собственное здоровье и безопасность; ***и***
6. Вам может потребоваться хотя бы одна из следующих услуг долгосрочного ухода и поддержки по месту жительства (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS), покрываемых планом MLTC, в течение непрерывного периода продолжительностью более 120 дней с даты регистрации в плане:
    A. Услуги медсестры на дому
    B. Терапия на дому
    C. Услуги сиделки на дому
    D. Услуги индивидуального ухода на дому
    E. Услуги учреждения дневного пребывания для взрослых с медицинским уходом
    F. Услуги персональной медицинской сестры, либо
    G. Услуги персонального ухода, координируемые клиентом

Страховое покрытие, информация о котором содержится в данном справочнике, вступит в силу с даты вашей регистрации в плане Aetna Better Health of New York MLTC. Регистрация в плане MLTC является добровольной.

ПРОГРАММА «НЕЗАВИСИМЫЙ ОЦЕНЩИК ШТАТА NEW YORK» — ПРОЦЕСС ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ

Начиная с 16 мая 2022 года Центр бесконфликтной оценки и регистрации (CFEEC) станет независимым оценщиком штата New York (NYIAP). NYIAP будет управлять процессом первоначальной оценки. Позже NYIAP начнет выполнять первоначальную оценку по ускоренной процедуре. Процесс первоначальной оценки включает в себя выполнение следующих мероприятий:

- ***Оценка состояния здоровья по месту жительства (Community Health Assessment, CHA):*** CHA используется, чтобы выяснить, нуждаетесь ли вы в персональном уходе и/или услугах персонального ухода, координируемых участником (Personal Care Services, PCS/Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS), и имеете ли вы право зарегистрироваться в плане управляемого долгосрочного медицинского обслуживания.
- ***Прием у врача и составленная им заявка (Practitioner Order, PO):*** в PO вносятся сведения о приеме у врача и указывается, что:
- вам нужна помощь в повседневной деятельности ***и***
- ваше состояние здоровья является стабильным, поэтому вы можете получать услуги PCS и/или CDPAS на дому.

NYIAP организует проведение CHA и запишет вас на прием к врачу. CHA будет проводиться опытной дипломированной медсестрой (RN). После CHA врач из NYIAP проведет прием и подготовит PO через несколько дней.

Aetna Better Health of New York воспользуется результатами CHA и PO, чтобы уточнить, какая помощь вам требуется, и составить ваш план ухода. Если ваш план ухода предлагает услуги PCS и/или CDPAS в течение более чем 12 часов в среднем в сутки, то будет назначена дополнительная проверка со стороны независимой комиссии (IRP) в составе NYIAP. IRP — это комиссия медицинских работников, которые изучат ваши CHA, PO, план ухода и любую другую медицинскую документацию. Если потребуется дополнительная информация, один из членов комиссии может осмотреть вас или обсудить с вами ваши потребности. IRP составит рекомендацию для Aetna Better Health of New York относительно соответствия плана ухода вашим потребностям.

После выполнения NYIAP этапов первоначальной оценки и определения наличия у вас прав на получение управляемого долгосрочного медицинского обслуживания Medicaid вы сможете выбрать план управляемого долгосрочного медицинского обслуживания для регистрации.

1. Если вы еще не получали услуги управляемого долгосрочного ухода или в настоящее время зарегистрированы в другом плане долгосрочного ухода и хотите его сменить, вы также можете обратиться в наш отдел обслуживания участников по телефону **1-855-456-9126**, и представитель отдела обслуживания участников запишет ваши данные.

2. Ваша информация будет передана нашим специалистам по обработке заявлений на регистрацию, которые свяжутся с вами, чтобы подтвердить вашу заинтересованность в получении услуг MLTC от Aetna Better Health of New York, и уточнят, позволяет ли ваша программа Medicaid получать услуги MLTC.

3. Специалист по обработке заявлений на регистрацию попросит дипломированную медсестру позвонить вам, чтобы вместе с вами изучить результаты первоначальной оценки (CHA и PO), проведенной NYIAP, и разработать индивидуальный план обслуживания (PCSP).

Оценка NYIAP позволит нам узнать, какого вида услуги вам требуются с учетом состояния вашего здоровья и способности выполнять повседневные действия. Во время рассмотрение мы:

- Поможем вам заполнить заявку на участие в плане и при необходимости заявку на участие в программе Medicaid — в таком случае рассмотрение вашей заявки на участие в плане Aetna Better Health будет отложено до тех пор, пока ваша заявка на участие в программе Medicaid не будет одобрена.
- Если вы подаете заявку на участие в программе Medicaid одновременно с заявкой на участие в плане Aetna Better Health of New York, процесс регистрации в плане может занять как минимум на один-два месяца дольше, чем если бы у вас уже имелся полис Medicaid.
- Подробно разъясним содержание справочника участника, в котором предлагается информация о правилах и процедурах, действующих в плане, и который является частью вашего соглашения о регистрации в нашем плане; в нем также описываются права и обязанности участников.
- Расскажем о перечне поставщиков услуг.
- Составим предварительный план медицинского обслуживания вместе с вами и другими лицами, участвующими в вашем уходе, например с членами вашей семьи.

4. План Aetna Better Health of New York должен рассмотреть CHA и PO или провести первоначальную оценку в течение 30 (тридцати) дней после первого контакта с лицом, запрашивающим регистрацию, или после получения направления от посреднической регистрационной организации.

5. Регистрация в плане Aetna Better Health of New York является добровольной. Если вы заинтересованы в участии в плане Aetna Better Health и отвечаете необходимым критериям, вы или ваш представитель должны подписать:

- Соглашение об участии
- Форму обращения по вопросам, связанным с конфиденциальностью данных, которая позволяет вашему менеджеру по обслуживанию обсуждать ваш план обслуживания с вашим основным лечащим врачом (врачом первичной медицинской помощи)
- Разрешение на проведение оценки потребности в услугах нашей медсестрой
- Ваш индивидуальный план обслуживания (PCSP)
- План действий в чрезвычайных обстоятельствах/резервный план участника
- Меморандум о взаимопонимании при оказании услуг персонального ухода, координируемых клиентом (если применимо)
- Бланк согласия Healthix (необязательно)

До или после подписания, если вы примете решение отказаться от регистрации, вы имеете право отозвать свою заявку или соглашение на участие в плане до полудня 20-го числа месяца, предшествующего дате регистрации, выразив это желание в устной или письменной форме, и вам будет отправлено письменное подтверждение отзыва.

Если вы решите зарегистрироваться в Aetna Better Health of New York, мы отправим ваше заявление в New York Medicaid Choice. Ваше заявление на регистрацию рассмотрят сотрудники New York Medicaid Choice и вынесут свое заключение. Страховое покрытие, описываемое в данном справочнике, вступит в силу с даты вашей регистрации в плане Aetna Better Health Plan. Регистрация в плане Aetna Better Health является добровольной. Если у вас есть вопросы о нашем плане или регистрации в нем, вы можете позвонить в отдел обслуживания участников по

номеру **1-855-456-9126** независимо от того, являетесь ли вы уже участником плана Aetna Better Health или нет.

Вам могут отказать в регистрации в плане Aetna Better Health of New York MLTC, если на момент регистрации:

- Вы не соответствуете вышеуказанным критериям.
- Вы не нуждаетесь в услугах долгосрочного ухода по месту жительства (Community Based Long Term Care Services, CBLTCS) в течение более чем 120 дней.
- Вы получаете услуги хосписа.
- Вы получаете уход в учреждении Управления штата по охране психического здоровья (Office of Mental Health, OMH), учреждении/лечебном центре Управления по работе с лицами с задержками в развитии (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD), доме престарелых с медицинским и бытовым уходом (Assisted Living Facility, ALP) или участвуете в долгосрочной программе лечения лиц, страдающих алкогольной или наркотической зависимостью.
- Вы получаете услуги в рамках альтернативной программы помощи на дому и по месту жительства от OPWDD или перенесли черепно-мозговую травму и участвуете в альтернативной программе Nursing Home Transition & Diversion для лиц, желающих вернуться домой из учреждения сестринского ухода или избежать перевода в такое учреждение, в соответствии с разделом 191S(c).
- Вам не более 65 (шестидесяти пяти) лет, вы участвуете в программе ранней диагностики рака молочной железы и/или шейки матки Центров по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention), нуждаетесь в лечении рака молочной железы или рака шейки матки и у вас нет иного засчитываемого медицинского покрытия.
- Ожидается, что срок вашего участия в Medicaid не превышает 6 месяцев, вы являетесь участником программы Emergency Medicaid, зарегистрированы в программе Foster Family Care Demonstration или в программе планирования семьи.

Если вы являетесь новым участником плана Aetna Better Health и проходите курс лечения у поставщика услуг, не входящего в нашу сеть, вы можете продолжать лечение у этого поставщика услуг в течение периода продолжительностью до 90 дней с даты регистрации в плане Aetna Better Health. Чтобы вы могли продолжить курс лечения после этого срока, ваш поставщик услуг должен:

- согласиться оказывать вам услуги по тарифам плана Aetna Better Health;
- соблюдать правила, действующие в плане Aetna Better Health, в том числе касающиеся обеспечения качества;
- предоставлять представителям Aetna Better Health информацию об оказанных вам медицинских услугах.

Идентификационная карта участника плана

В течение 10 дней после даты вступления в силу вашей регистрации вы получите идентификационную карту участника Aetna Better Health of New York. Проверьте правильность указанных на вашей карте данных. Всегда имейте при себе идентификационную карту вместе с картой Medicaid. В случае потери или кражи вашей карты обратитесь в отдел обслуживания участников по телефону **1-855-456-9126**.

УСЛУГИ, ПОКРЫВАЕМЫЕ ПЛАНОМ Aetna Better Health of New York MLTC
Услуги управления оказанием ухода
Участники нашего плана получают услуги по управлению оказанием ухода. В рамках нашего плана вам будет назначен менеджер по обслуживанию, который является медицинским работником (обычно это медсестра или социальный работник). Ваш менеджер по обслуживанию будет взаимодействовать с вами и вашим врачом, чтобы решить, какие услуги вам нужны, и разработать план обслуживания. Ваш менеджер по обслуживанию будет организовывать оказание вам любых необходимых услуг. Дополнительная помощь, которую вы можете получить от своего менеджера по обслуживанию, включает содействие в получении или координации ваших медицинских, социальных, образовательных, социально-психологических, финансовых или других услуг для поддержки в выполнении вашего плана PCSP. Ваш менеджер по обслуживанию будет помогать вам независимо от того, включены ли необходимые услуги в объем ваших льгот.

Как только вы дадите согласие на участие в плане Aetna Better Health, ваш менеджер по обслуживанию поговорит с медсестрой, которая посетила вас на дому. Он изучит информацию, полученную во время визита медсестры к вам на дом. Затем менеджер по обслуживанию свяжется с вами, чтобы более подробно обсудить с вами ваши потребности. Вместе вы составите свой индивидуальный план обслуживания (PCSP).

План обслуживания составляется с учетом состояния вашего здоровья и потребностей в медицинских услугах. Ваш основной лечащий врач может предоставить нам информацию, поговорить с вами и вашим менеджером по обслуживанию и помочь в составлении плана обслуживания. Мы также соберем информацию от членов вашей семьи, опекунов и других лиц, с которыми, по вашему мнению, мы должны побеседовать. В плане обслуживания будет указано, какое количество часов помощи в личном уходе вам требуется. В нем будут перечислены и другие услуги, которые вы будете получать от Aetna Better Health. План обслуживания будет содержать описание услуг, покрываемых планом Aetna Better Health, и график их предоставления. Ваш план обслуживания — это важный документ, который отражает наши совместно принятые решения о том, какую помощь мы будем вам оказывать. Он включает в себя услуги, которые мы будем оплачивать, чтобы помочь вам оставаться как можно более здоровыми.

После того как ваш индивидуальный план обслуживания (PCSP) будет составлен, ваша группа управления обслуживанием поможет вам получать все необходимые услуги и уход. Группа управления обслуживанием будет помогать вам записываться на приемы у врачей для получения любых необходимых медицинских услуг.

Ваш менеджер по обслуживанию будет звонить вам по крайней мере один раз в месяц, чтобы проверить, все ли у вас хорошо. Сотрудники группы управления обслуживанием плана Aetna Better Health посещают вас на дому как минимум один раз в 6 (шесть) месяцев, и этот визит может быть частью процедуры повторной оценки ваших потребностей.

a) Будет обеспечено, чтобы тип управления обслуживанием и план обслуживания, доступного вам как участнику, были основаны на степени серьезности вашего заболевания и учитывали ваше физическое и психическое здоровье.
b) При разработке плана обслуживания после выезда на дом нашей медсестры вам как участнику расскажут об услугах персонального ухода, координируемых клиентом (CDPAS), и других вариантах услуг.
c) Ваш менеджер по обслуживанию будет связываться с вами по всем вашим запросам. У вас всегда будет номер телефона вашего менеджера по обслуживанию.

Оказание услуг по управлению обслуживанием начнется первого числа месяца, следующего за датой утверждения вашей заявки на регистрацию в плане. Ваша группа управления обслуживанием будет помогать координировать оказание вам услуг различными поставщиками, в том числе посещение врачей, получение рецептурных препаратов и направление на стационарное лечение. Вы можете принимать участие в своем медицинском обслуживании: для этого держите группу управления обслуживанием в курсе своих потребностей и проблем, чтобы вы могли продолжать жить самостоятельно у себя дома. Группа управления обслуживанием будет пересматривать ваш план обслуживания совместно с вами не реже двух раз в год. Группа управления обслуживанием может также пересмотреть ваш план обслуживания, если произойдут изменения в состоянии вашего здоровья, чтобы убедиться в том, что вы получаете необходимые услуги.

Дополнительные покрываемые услуги
Поскольку вы являетесь участником программы Medicaid и соответствуете критериям участия в плане MLTC, в рамках нашего плана для вас будут организованы и оплачены следующие дополнительные услуги здравоохранения и социального обслуживания. Вы сможете получить эти услуги при условии, что они вам необходимы по медицинским показаниям, т. е. для профилактики или лечения заболевания или при потере трудоспособности. Ваш менеджер по обслуживанию поможет определить необходимые вам услуги и поставщиков. В некоторых случаях для получения таких услуг вам потребуется направление врача. Такие услуги вы должны получать у поставщиков, входящих в сеть Aetna Better Health of New York. Если вы не можете найти поставщика в нашем плане, вы должны получать покрываемые услуги от поставщиков, входящих в сеть плана Aetna Better Health. Вы можете получить направление к поставщику медицинских услуг, не входящему в сеть Aetna Better Health, если в ней нет поставщиков с надлежащим опытом или квалификацией для удовлетворения ваших потребностей. Если вам требуются услуги поставщика, не входящего в нашу сеть, обратитесь в свою группу управления обслуживанием, чтобы вам помогли получить предварительное разрешение.

Перед тем как обратиться за покрываемыми услугами к поставщику, не входящему в сеть Aetna Better Health, необходимо получить предварительное разрешение. Без такого разрешения услуги поставщика оплачены не будут. С вопросами об этом процессе обращайтесь в свою группу управления обслуживанием или отдел обслуживания участников плана Aetna Better Health по номеру **1-855-456-9126**.

Если вы обратились за услугой, а поставщик услуг отказался вам ее предоставить, исходя из моральных принципов или религиозных убеждений, позвоните в свою группу управления обслуживанием или отдел обслуживания участников по бесплатному номеру **1-855-456-9126**. Вам помогут найти поставщика, который предоставит вам покрываемую услугу.

Вы не должны получать счета за покрываемые услуги и не обязаны их оплачивать. Свяжитесь без промедления со своей группой управления обслуживанием или отделом обслуживания участников по бесплатному номеру **1-855-456-9126**, если вы получили счет.

- Амбулаторная реабилитация
- Услуги помощи в личном уходе (например, помощь с принятием ванны или душа, приемами пищи, одеванием, посещением туалета и прогулками)
- Услуги медицинского ухода на дому, не покрываемые Medicare, включая сестринский уход, услуги сиделки на дому, эрготерапию, физиотерапию и логопедическую помощь
- Питание

- Медицинские социальные услуги
- Доставка еды на дом и/или групповое питание (например, в учреждении дневного пребывания)
- Центр дневного пребывания без медицинского ухода
- Услуги персональной медсестры
- Стоматологические услуги
- Социальная и бытовая поддержка (помощь по дому, переобустройство жилья или временный уход в период отдыха лиц, обычно осуществляющих уход)
- Персональная система экстренного реагирования
- Центр дневного пребывания для взрослых с медицинским уходом
- Услуги учреждений сестринского ухода, не покрываемые Medicare (при условии, что вы имеете право на пребывание в учреждениях Medicaid)
- Аудиология
- Медицинское оборудование длительного пользования
- Медицинские расходные материалы
- Протезы и ортопедические изделия
- Оптометрия
- Услуги персонального ухода, координируемые клиентом
- Подиатрия
- Респираторная терапия

Ограничения

Покрытие энтеральных смесей и пищевых добавок предоставляется лицам, которые не могут получать питание иным способом, со следующими заболеваниями:

1. получающие питание через трубку, которые не могут жевать и глотать пищу и могут получать питание в виде смеси через трубку, ***а также***
2. лица с редкими врожденными нарушениями метаболизма, которым требуются особые медицинские смеси для получения основных питательных веществ, которые невозможно получить другими способами.

Покрытие, предоставляемое в случае некоторых наследственных заболеваний, связанных с нарушением метаболизма аминокислот и органических кислот, распространяется на продукты питания в твердой форме, содержащие сниженное количество белка или модифицированный белок.

Услуги учреждений сестринского ухода покрываются для лиц, постоянно пребывающих в таком учреждении не менее трех месяцев. По истечении данного срока ваше пребывание в учреждениях долгосрочного ухода может покрываться в соответствии с условиями стандартной программы Medicaid, и ваше участие в Aetna Better Health of New York будет прекращено.

Получение услуг при нахождении за пределами территории обслуживания

Вы обязаны проинформировать своего менеджера по обслуживанию о выезде за пределы зоны обслуживания. Если вам потребуются услуги за пределами территории обслуживания, вам необходимо связаться со своим менеджером по обслуживанию, который поможет организовать оказание услуг.

Экстренная медицинская помощь

Экстренная помощь предполагает внезапное возникновение медицинского состояния, представляющего серьезную угрозу для вашего здоровья. В экстренных случаях звоните по номеру 911. Как указывалось выше, для оказания экстренной помощи предварительное разрешение не требуется. Тем не менее, вы должны уведомить Aetna Better Health of New York в течение 24 часов после возникновения экстренной ситуации. Вам могут потребоваться услуги долгосрочного ухода, которые предоставляются только через Aetna Better Health of New York. Если вас госпитализировали, член вашей семьи или другое лицо, осуществляющее уход за вами, должны обратиться в Aetna Better Health of New York в течение 24 часов после госпитализации. Ваш менеджер по обслуживанию при необходимости приостановит медицинское обслуживание на дому и отменит все назначенные посещения врача. Обязательно попросите своего основного лечащего врача или сотрудника, ответственного за организацию выписки, связаться с Aetna Better Health of New York, чтобы мы вместе с ними могли запланировать уход за вами после выписки из больницы.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ В ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД

В течение переходного периода продолжительностью не более 60 дней с даты регистрации новые участники плана Aetna Better Health of New York могут продолжать курс лечения у поставщика медицинских услуг, не входящего в сеть плана, если поставщик принимает оплату по тарифам плана, придерживается политики обеспечения качества и других политик Aetna Better Health of New York, а также предоставляет медицинскую информацию об обслуживании представителям вашего плана.

Если ваш поставщик медицинских услуг покидает сеть, текущий курс лечения можно продолжить в течение переходного периода продолжительностью не более 90 дней, если поставщик принимает оплату по тарифам плана, придерживается политики обеспечения качества и других политик плана, а также предоставляет медицинскую информацию об обслуживании представителям плана.

ПРОГРАММА MONEY FOLLOWS THE PERSON (MFP)/OPEN DOORS

В этом разделе описываются услуги и поддержка, доступные в рамках программы **Money Follows the Person (MFP)/Open Doors**. Программа MFP/Open Doors представляет собой программу, которая может помочь вам вернуться из центра сестринского ухода в свой дом или иное место постоянного проживания. Вы можете принять участие в программе MFP/Open Doors, если:

- вы проживали в учреждении долгосрочного ухода в течение трех месяцев или дольше;
- ваши медицинские потребности могут быть удовлетворены по месту жительства.

В программе MFP/Open Doors работают специалисты по осуществлению перехода к проживанию в домашних условиях и лица, имевшие подобный опыт возвращения к проживанию дома после пребывания в учреждении, где им оказывался уход, которые могут встретиться с вами в учреждении сестринского ухода и обсудить вопросы, связанные с вашим возвращением домой. Эти специалисты отличаются от менеджеров по обслуживанию и специалистов по планированию выписки. Они могут вам помочь:

- Специалисты предоставляют информацию об услугах и поддержке, которые можно получать по месту жительства

- Они находят организации, предлагающие услуги по месту жительства, которые могут помочь вам быть независимыми
- После выписки они посещают вас или звонят вам, чтобы убедиться, что у вас есть все необходимое для проживания дома

Чтобы получить дополнительную информацию о программе MFP/Open Doors или договориться о встрече со специалистом по осуществлению перехода или лицом, имевшим подобный опыт возвращения к проживанию дома после пребывания в учреждении, где ему оказывался уход, обратитесь в организацию New York Association on Independent Living по телефону **1-844-545-7108** или отправьте электронное сообщение по адресу **mfp@health.ny.gov**. Вы также можете посетить веб-сайт программы MFP/Open Doors по адресу **www.health.ny.gov/mfp** или **www.ilny.org**.

УСЛУГИ MEDICAID, КОТОРЫЕ НЕ ВКЛЮЧЕНЫ В ПОКРЫТИЕ НАШЕГО ПЛАНА

Есть ряд услуг Medicaid, которые Aetna Better Health of New York не покрывает, но которые могут покрываться согласно условиям стандартной программы Medicaid. Вы можете получить эти услуги от любого поставщика, который принимает участников Medicaid, используя карту льгот Medicaid. Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру **1-855-456-9126**, если вы хотите уточнить, покрывается ли та или иная льгота планом Aetna Better Health of New York или программой Medicaid. Некоторые услуги, покрываемые программой Medicaid при использовании карты льгот Medicaid, включают в себя следующее:

Аптеки

Большинство рецептурных и безрецептурных препаратов, а также рецепты на изготовление лекарственных средств покрываются согласно условиям стандартной программы Medicaid или по Части D программы Medicare, если вы получаете льготы Medicare.

Определенные услуги по охране психического здоровья, в том числе:

- Интенсивная психиатрическая реабилитация
- Реабилитация в дневное время
- Ведение пациентов с серьезными и хроническими психическими заболеваниями (оплачивается районными психиатрическими учреждениями или учреждениями штата)
- Частичная госпитализация, не покрываемая Medicare
- Услуги реабилитации для пребывающих в общинном центре и лиц, которым оказываются услуги семейной терапии
- Долговременная реабилитация в дневное время
- Ассертивное лечение по месту жительства
- Персональные реабилитационные услуги

Некоторые услуги для лиц с задержкой умственного развития и нарушениями развития, в том числе:

- Длительное лечение
- Реабилитация в дневное время
- Координация услуг Medicaid
- Услуги, получаемые в рамках альтернативной программы помощи на дому и по месту жительства

Другие услуги Medicaid, в том числе:

- Метадоновая терапия
- Лечение туберкулеза под непосредственным контролем
- Ведение ВИЧ-инфицированных пациентов по программе COBRA
- Планирование семьи

Организация неэкстренной транспортировки на медицинском транспорте
С 1 марта 2024 г. план Aetna Better Health of New York больше не будет покрывать неэкстренную транспортировку в рамках льгот вашего плана. Услуги неэкстренной транспортировки на медицинском транспорте для участников плана Aetna Better Health Plan, плана с частичной подушевой оплатой, теперь будут предоставляться транспортной компанией Департамента здравоохранения штата New York, известной как Medical Answering Services (MAS). Это не повлияет на другие ваши медицинские льготы.

Чтобы организовать неэкстренную транспортировку на медицинском транспорте с 1 марта 2024 г. вы или ваш поставщик медицинских услуг должны связаться с MAS по адресу https://www.medanswering.com/ или позвонить по номеру 844-666-6270 (Южная часть штата) или 866-932-7740 (Северная часть штата). По возможности вы или ваш поставщик медицинских услуг должны связаться с MAS не позднее чем за три дня до визита к врачу и сообщить подробности визита (дату, время, адрес и полное имя врача), а также свой идентификационный номер Medicaid.

Чтобы узнать больше об этих услугах, посетите веб-страницу Департамента здравоохранения с информацией об услугах транспортировки.

Определенные лекарственные препараты для стимулирования овуляции, назначаемые по медицинским показаниям и при условии соблюдения установленных критериев.

УСЛУГИ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK ИЛИ MEDICAID

Вы должны оплачивать услуги, которые не покрываются Aetna Better Health of New York или программой Medicaid, если ваш поставщик медицинских услуг заранее сообщит вам, что эти услуги не покрываются, И вы согласились оплатить их самостоятельно:

Примеры услуг, не покрываемых Aetna Better Health of New York или Medicaid:

- Пластическая хирургия, если не требуется по медицинским показаниям
- Принадлежности, обеспечивающие личный комфорт
- Услуги поставщика, не входящего в сеть плана (кроме случаев, когда представители Aetna Better Health of New York направляют вас к этому поставщику)

Если у вас появятся вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру **1-855-456-9126**.

ОДОБРЕНИЕ УСЛУГИ, ДЕЙСТВИЯ И АПЕЛЛЯЦИИ В ОТНОШЕНИИ ДЕЙСТВИЙ
Ваш запрос на утверждение лечения или услуги называется **запросом на одобрение услуги**. Чтобы отправить запрос на утверждение услуги, вы должны выполнить следующее

Этапы согласования услуги

Ниже описаны этапы получения предварительного разрешения:

- Ваш поставщик услуг предоставит плану Aetna Better Health информацию об услугах, которые он считает необходимыми для вас.
- Представители Aetna Better Health рассмотрят информацию.
- Если запрос не может быть утвержден, информация будет повторно рассмотрена другим поставщиком услуг из сети плана Aetna Better Health.
- Aetna Better Health сообщит вам, когда будет принято решение. Мы отправим вам и вашему поставщику услуг письмо, чтобы сообщить о нашем решении. Из этого письма вы и ваш поставщик услуг узнаете, была ли услуга утверждена или отклонена.
- Если запрос был отклонен, в письме будет сказано почему.
- Если услуга не была утверждена, вы или ваш поставщик услуг можете подать апелляцию.

Мы согласовываем получение услуг на определенную сумму и на конкретный период.
Он называется **периодом одобрения (периодом действия разрешения).**

Предварительное разрешение
Перед получением некоторых покрываемых услуг или для продолжения их получения требуется предварительное согласование со стороны наших сотрудников, ответственных за предварительные разрешения. Запросить такое разрешение можете вы сами или ваше доверенное лицо. Получения предварительного разрешения требуют следующие виды лечения и услуги:

- Медицинские услуги / Услуги учреждения дневного пребывания для взрослых с медицинским уходом
- Помощь с выполнением повседневных действий
- Услуги аудиологии и слуховые аппараты
- Стоматологическая помощь
- Диетические добавки и консультации по питанию
- К медицинскому оборудованию длительного пользования относятся медицинские и хирургические материалы, протезы, ортопедические изделия и ортопедическая обувь, трости, кровати больничного типа, кресла-коляски, кислород и ходунки
- Уход на дому: квалифицированный сестринский уход, предоставляемый лицензированным специалистом (услуги дипломированной медицинской сестры или младшей медицинской сестры), физиотерапия, эрготерапия, речевая терапия, медицинские социальные услуги
- Уход на дому: услуги специалистов по оказанию медицинской помощи на дому/сиделок (Home Health Aides, HHA) без лицензии
- Доставка пищи на дом или групповое питание
- Медицинские расходные материалы
- Услуги учреждений сестринского ухода
- Персональный уход, включающий уборку дома, приготовление пищи, купание, посещение туалета
- Персональная система экстренного реагирования (Personal Emergency Response System, PERS)
- Подиатрия
- Протезы и ортопедические изделия
- Респираторная терапия: медицинское оборудование, предметы медицинского назначения, респираторная терапия и кислород

- Социальная и бытовая поддержка
- Центр дневного пребывания без медицинского ухода
- Логопедическое лечение
- Услуги по уходу за зрением
- Телемедицина
- Услуги персонального ухода, координируемые клиентом (CDPAS)

Текущая оценка
Вы можете попросить своего менеджера по обслуживанию увеличить объем получаемых вами в данный момент услуг. Такая процедура называется **текущей оценкой** необходимости в оказании услуг.

Ретроспективная оценка

Иногда мы проводим оценку обслуживания, которое вы получаете, чтобы убедиться в том, что оно вам по-прежнему необходимо. Кроме того, мы можем проанализировать лечение и услуги, которые вы уже получили. Такая процедура называется **ретроспективной оценкой**. Мы проинформируем вас, если будем проводить такие оценки.

Что происходит после того, как мы получили ваш запрос на одобрение услуги?

Специалисты команды по рассмотрению запросов должны убедиться, что вы получаете услуги, которые мы обещали вам предоставить. В эту команду входят врачи и медсестры. Их задача — убедиться, что лечение или услуга, о которых вы просите, необходимы вам по медицинским показаниям и подходят для вас. Для этого они проверяют ваш план лечения на соответствие медицинским стандартам.

Мы можем отказать в одобрении услуги или удовлетворить запрос в меньшем объеме, чем было запрошено. Такие решения принимаются квалифицированными специалистами сферы здравоохранения. Если мы сочтем, что запрашиваемая услуга не является необходимой по медицинским показаниям, решение будет принято клиническим экспертом-рецензентом, в роли которого может выступать врач, медсестра или иной специалист сферы здравоохранения, которые предоставляют услуги, аналогичные запрошенным вами. Вы можете получить список медицинских стандартов, называемых **критериями клинической оценки**, на основе которых принимаются решения о медицинской необходимости услуг.

После получения вашего запроса мы рассматриваем его, используя **стандартную** или ***ускоренную*** процедуру. Вы или ваш врач можете запросить *ускоренное* рассмотрение, если считаете, что промедление может нанести серьезный вред вашему здоровью. Если мы отклонили вашу просьбу об *ускоренном* рассмотрении, мы сообщим вам об этом, и ваш запрос будет рассматриваться по стандартной процедуре. В любом случае мы рассмотрим ваш запрос так скоро, как того требует ваше медицинское состояние, но не позднее указанного ниже срока.

Сроки рассмотрения запросов на предварительное разрешение

- **Стандартное рассмотрение**: мы примем решение по вашему запросу в течение трех рабочих дней с момента получения всей необходимой нам информации, однако мы свяжемся с вами не позднее чем через 14 дней с момента получения нами вашего запроса. В течение 14 дней мы сообщим вам, нужна ли нам дополнительная информация.
- **Ускоренное рассмотрение**: мы примем решение и свяжемся с вами в течение 72 часов. В течение 72 часов мы сообщим вам, нужна ли нам дополнительная информация.

Сроки рассмотрения запросов на проведение текущей оценки необходимости в оказании услуг

- **Стандартное рассмотрение**: мы примем решение в течение одного рабочего дня с момента получения всей необходимой нам информации, однако мы свяжемся с вами не позднее чем через 14 дней с момента получения нами вашего запроса.
- **Ускоренное рассмотрение**: мы примем решение в течение одного рабочего дня с момента получения всей необходимой нам информации. Мы свяжемся с вами не позднее чем через 72 часа после получения вашего запроса. В течение одного рабочего дня мы сообщим вам, нужна ли нам дополнительная информация.

Если нам потребуется дополнительная информация для принятия решения по вашему запросу по стандартной или ускоренной процедуре, то указанный срок может быть продлен до 14 дней. Мы:

- Напишем вам и сообщим, какая информация нам требуется. Если ваш запрос рассматривается по ускоренной процедуре,
- мы позвоним вам немедленно, а письменное уведомление вышлем позднее.
- Сообщим вам, почему задержка в ваших интересах.
- После получения необходимой информации примем решение в максимально сжатые сроки, но не позднее чем через 14 дней с момента, когда мы запросили дополнительную информацию.

Вы, ваш поставщик услуг или человек, которому вы доверяете, также можете попросить нас о продлении срока принятия решения. Например, вы можете попросить о продлении срока, если у вас есть дополнительная информация, которую вы хотите предоставить представителям плана для содействия при вынесении решения по вашему запросу. Сделать это можно, позвонив по номеру **1-855-456-9126** в отдел обслуживания участников или написав письмо.

Если вы не согласны с нашим решением о продлении периода рассмотрения вашего запроса, вы или ваше доверенное лицо можете подать жалобу. Кроме того, вы или ваше доверенное лицо можете в любой момент подать жалобу касательно сроков рассмотрения в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health), позвонив по номеру **1-866-712-7197**.

Если выносится ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ решение в отношении всех или некоторых ваших требований, мы одобрим запрошенную вами услугу или предоставим вам запрошенное изделие.

Если выносится ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ решение в отношении всех или некоторых ваших требований, мы направим вам письменное уведомление с указанием причин отказа. В разделе ***«Как подать апелляцию по какому-либо действию?»*** описывается процесс подачи апелляции в случае, если вы не согласны с нашим решением.

Что такое действие?
Если сотрудники плана Aetna Better Health of New York отказывают вам в получении услуг или ограничивают получение услуг вами или вашим поставщиком медицинского обслуживания, отклоняют запрос на направление к узким специалистам, решают, что запрошенная услуга не покрывается программой, ограничивают, сокращают, приостанавливают или прекращают оказание уже одобренных услуг, отклоняют оплату за услуги, не предоставляют услуги вовремя или не принимают решения по жалобам или апелляциям в указанные сроки, все это считается «действиями» в рамках плана. На действие в рамках плана можно подать апелляцию (для получения подробной информации см. *«Как подать апелляцию по какому-либо действию?»* ниже).

Сроки предоставления уведомления о предпринимаемых действиях
Если мы примем решение об отказе в запрошенных услугах или их ограничении или решим не оплачивать все или часть покрываемых услуг, мы отправим вам уведомление о таком решении. Если мы предлагаем ограничить, сократить, приостановить или прекратить предоставление ранее одобренной услуги, мы отправим письмо не менее чем за 10 дней до вступления в силу предполагаемых изменений.

Содержание уведомления о предпринимаемых действиях

Каждое отправленное вам уведомление о действии будет содержать следующую информацию:

- Разъяснение в отношении принятого или планируемого действия;
- Причины такого действия, в том числе медицинское обоснование (при наличии);
- Разъяснение вашего права на подачу апелляции (включая возможность использования внешнего апелляционного процесса штата);
- Описание процедуры подачи внутренней апелляции и обстоятельств, при которых вы можете попросить об ускоренном рассмотрении внутренней апелляции;

- Критерии клинической оценки при рассмотрении апелляции, на основании которых принимается решение, если действие касается вопросов медицинской необходимости или если оспариваемое лечение или услуга являются экспериментальными или исследовательскими; а также
- Сведения, которые, при наличии соответствующего требования, должны предоставляться вами и/или вашим поставщиком услуг для принятия решения по апелляции.

В уведомлении будет также освещено ваше право на беспристрастное разбирательство на уровне штата:

- Будет разъяснена разница между апелляцией и беспристрастным разбирательством;
- Будет оговорено, что вы обязаны подать апелляцию, прежде чем требовать проведения беспристрастного разбирательства; а также
- Будут даны объяснения, как подать апелляцию.

Если мы сокращаем, приостанавливаем или прекращаем предоставление ранее одобренных услуг, в уведомлении будет также содержаться информация о вашем праве продолжать получать услуги в течение периода рассмотрения вашей апелляции. Если вы хотите продолжать пользоваться услугами во время рассмотрения апелляции, вам следует подать апелляцию в течение 10 дней со дня получения уведомления либо наступления даты вступления в силу предлагаемого действия, в зависимости от того, что произойдет позже.

Как подать апелляцию по какому-либо действию?
Если вы не согласны с предпринятым нами действием, вы имеете право подать апелляцию. Подача вами апелляции означает, что нам необходимо вновь рассмотреть причины, по которым было предпринято соответствующее действие, и решить, были ли мы правы. Апелляция по любому действию в рамках плана подается устно или письменно. Если сотрудники плана присылают вам письмо с уведомлением о каком-либо предпринимаемом действии (например, отказе в оказании услуг, ограничении услуг или отказе оплачивать те или иные услуги), вы должны подать апелляцию в течение 60 дней от даты, указанной в уведомлении. Если мы сокращаем, приостанавливаем или прекращаем предоставление ранее одобренных услуг, но вы хотите продолжать пользоваться услугами во время рассмотрения апелляции, вам следует подать апелляцию в течение 10 дней со дня получения уведомления либо наступления даты вступления в силу предлагаемого действия, в зависимости от того, что произойдет позже.

Как обратиться в план для подачи апелляции?
Позвоните нам по номеру **1-855-456-9126** или напишите по адресу: PO Box 81040, 5801 Postal Road, Cleveland, OH 44181. Апелляция будет принята и зарегистрирована, после чего она будет рассмотрена соответствующим персоналом. Мы вышлем вам уведомление, в котором подтвердим получение вашей апелляции и сообщим, как мы будем его обрабатывать. Ваша апелляция будет рассмотрена компетентными медицинскими работниками, не принимавшими участия в принятии первоначального решения или совершении действий, по которым подается апелляция.

Вы можете подать запрос на продолжение получения услуг в период рассмотрения апелляции в отношении некоторых действий

Если вы подаете апелляцию в отношении ограничения, сокращения, приостановки или прекращения предоставления вам услуг, которые уже были одобрены и которые в настоящее время вы имеете право получать, вы должны обратиться к представителям плана с запросом о продолжении предоставления вам таких услуг в течение периода рассмотрения вашей

апелляции. Мы обязаны продолжить предоставление вам услуги, если вы обратились с апелляцией не позднее 10 дней со дня выдачи уведомления об ограничении, сокращении, приостановке или прекращении оказания услуг или с момента осуществления указанного действия, в зависимости от того, что наступит позже. Информация о том, как обратиться в план с апелляцией и запросить помощь в продолжении оказания услуг приведена в разделе ***«Как подать апелляцию по какому-либо действию?»***.

Вы можете подать запрос на продолжение оказания вам услуг, но если решение по апелляции принимается не в вашу пользу, мы можем потребовать, чтобы вы оплатили полученные услуги, если они предоставлялись только на основании вашего запроса на продолжение их оказания в течение срока рассмотрения вашего дела.

Сколько времени занимает принятие решения по моей апелляции на какое-либо действие в рамках плана?
Если рассмотрение вашей апелляции не будет ускорено, мы рассмотрим вашу апелляцию на наши действия по стандартной процедуре. Мы направим вам наше решение в письменной форме как можно скорее с учетом состояния вашего здоровья, но не позднее чем через 30 дней со дня получения апелляции (период рассмотрения может быть увеличен на срок до 14 дней, если вы запрашиваете продление срока рассмотрения или нам требуется больше информации и задержка рассмотрения отвечает вашим интересам). При рассмотрении апелляции вы получите возможность представить объяснения по своему делу лично и в письменном виде. Мы также вышлем вам ваши записи и документы, задействованные в процессе рассмотрения апелляции.

Вам будет направлено уведомление о принятом по вашей апелляции решении с указанием принятого решения и даты его принятия.

Если мы отменим наше решение об отказе в запрашиваемых услугах или об их ограничении, сокращении, приостановке или прекращении их предоставления и такие услуги не предоставлялись во время рассмотрения апелляции, мы возобновим предоставление оспариваемых услуг так быстро, насколько этого требует состояние вашего здоровья. В некоторых случаях вы можете потребовать *ускоренного* рассмотрения апелляции (см. раздел «**Ускоренное рассмотрение апелляции**» ниже.)

Ускоренное рассмотрение апелляции
Мы ускорим рассмотрение, если апелляция касается вашего запроса на дополнительные услуги, которые вы уже получаете. Если вы (или ваш поставщик услуг) считаете, что рассмотрение апелляции в стандартные сроки может подвергнуть серьезной опасности ваше здоровье или жизнь, вы можете подать запрос на *ускоренное* рассмотрение вашей апелляции в отношении определенного действия. Мы сообщим вам о нашем решении в течение двух рабочих дней после получения всей необходимой информации. Время принятия решения ни в коем случае не превысит 72 часа с момента получения апелляции (период рассмотрения может быть увеличен на срок до 14 дней, если вы запрашиваете продление срока рассмотрения или нам требуется больше информации и задержка рассмотрения отвечает вашим интересам).

Если ваш запрос на *ускоренное* рассмотрение апелляции будет отклонен, мы приложим все усилия, чтобы лично сообщить вам об этом. Ваша апелляция будет рассмотрена в стандартные сроки. Кроме того, в течение двух дней с момента получения вашего запроса мы вышлем вам письменное уведомление о решении отклонить вашу просьбу об *ускоренном* рассмотрении апелляции.

Что делать, если апелляция будет отклонена планом?
Если наше решение по вашей апелляции не вполне вас устраивает, в уведомлении, которое вы получите, будет описано ваше право попросить о проведении беспристрастного разбирательства по программе Medicaid на уровне штата Нью-Йорк и будут приведены инструкции по подаче заявления на проведение беспристрастного разбирательства, перечислены лица, которые могут выступать от вашего имени, и (для некоторых апелляций) оговорено ваше право просить о продолжении предоставления услуг во время проведения разбирательства, а также будет описана процедура подачи такой просьбы.

Примечание: вы должны обратиться с просьбой о проведении беспристрастного разбирательства в течение 120 календарных дней с даты, указанной на уведомлении об окончательном отказе по апелляции. Если ваша апелляция отклонена из-за вопросов медицинской необходимости, а также экспериментального или исследовательского характера услуги, в уведомлении будет также описана процедура подачи штату Нью-Йорк просьбы о «внешней апелляции».

Беспристрастное разбирательство на уровне штата

Если мы откажем в удовлетворении вашей апелляции или не предоставим уведомление об окончательном отрицательном заключении в сроки, указанные в разделе ***«Сколько времени занимает принятие решения по моей апелляции на какое-либо действие в рамках плана?»***, вы можете запросить у штата Нью-Йорк проведение беспристрастного разбирательства. Решение, принятое в результате беспристрастного разбирательства, может аннулировать наше решение. Вы должны подать запрос на проведение беспристрастного разбирательства в течение 120 календарных дней после получения уведомления об окончательном отрицательном заключении.
Если мы сокращаем, приостанавливаем или прекращаем предоставление ранее одобренных услуг, но вы хотите продолжать пользоваться услугами до проведения беспристрастного разбирательства, вам следует подать запрос на проведение беспристрастного разбирательства в течение 10 дней с даты, указанной в уведомлении об окончательном отрицательном заключении.

Вы продолжите получать услуги до тех пор, пока не отзовете заявление о проведении беспристрастного разбирательства или пока лицо, проводящее беспристрастное разбирательство, не примет решение об отказе по вашему делу (в зависимости от того, что наступит позже).

Если специалист штата по проведению беспристрастного разбирательства отменяет наше решение, мы должны обеспечить скорейшее получение вами оспариваемых услуг в зависимости от состояния вашего здоровья. Если вы получали оспариваемые услуги во время рассмотрения вашей апелляции, мы должны будем оплатить покрываемые услуги, предписанные должностным лицом, проводившим беспристрастное разбирательство на уровне штата.

Если вы подали запрос на продолжение получения услуг во время ожидания исхода беспристрастного разбирательства и решение принято не в вашу пользу, вам, возможно, потребуется оплатить услуги, которые были предметом беспристрастного разбирательства.

Запрос о проведении беспристрастного разбирательства на уровне штата необходимо подать в Отдел временных пособий и пособий по инвалидности штата Нью-Йорк (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). Это можно сделать одним из описанных ниже способов.

Онлайн-форма запроса: Запросить разбирательство | Беспристрастное разбирательство | OTDA (ny.gov)
Распечатать и отправить заполненную форму запроса по почте на следующий адрес:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit:
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023
Распечатать и отправить заполненную форму запроса по факсу: **518-473-6735**
Подать запрос по телефону:
Для проведения беспристрастного разбирательства по стандартной процедуре — **1-800-342-3334**
Для проведения беспристрастного разбирательства по ускоренной процедуре в экстренных ситуациях — **1-800-205-0110**
Пользователям TTY следует звонить по номеру **711** (попросите оператора набрать номер **1-877-502-6155**)

Подать запрос при личном обращении:
New York City
5 Beaver Street, New York, New York, 10004

Albany
40 North Pearl Street, 15th Floor Albany, New York 12243

Чтобы получить дополнительную информацию о том, как подать запрос на проведение беспристрастного разбирательства, посетите страницу:
http://otda.ny.gov/hearings/request/

Внешние апелляции на уровне штата
Если ваша апелляция отклонена из-за экспериментального или исследовательского характера услуг или из-за того, что не подтверждена необходимость услуг по медицинским показаниям, вы можете подать внешнюю апелляцию. Внешняя апелляция будет рассмотрена лицами, которые не работают на нас или на штат New York. Эти эксперты являются квалифицированными специалистами, утвержденными штатом New York. Вы не оплачиваете расходы по внешней апелляции.

Если ваша апелляция отклонена из-за экспериментального или исследовательского характера услуг или из-за того, что необходимость услуг по медицинским показаниям не подтверждена, мы предоставим вам информацию о подаче внешней апелляции, включая бланк внешней апелляции и копию нашего решения об отклонении внутренней апелляции. Если вы захотите подать внешнюю апелляцию, вы должны направить заполненную форму в Департамент финансовых услуг штата New York в течение четырех месяцев с даты отклонения внутренней апелляции.

Ваша внешняя апелляция будет рассмотрена в течение 30 дней. Если рассматривающие внешнюю апелляцию лица попросят предоставить дополнительную информацию, для принятия решения может потребоваться дополнительное время (до 5 рабочих дней). Рассматривающее внешнюю апелляцию лицо сообщит вам и нам о своем окончательном решении в течение двух рабочих дней с момента принятия этого решения.

Решение может быть получено раньше, если ваш лечащий врач подтвердит, что задержка подвергнет ваше здоровье значительному риску. Эта называется ускоренной внешней апелляцией. Лицо, рассматривающее внешнюю апелляцию, примет решение по ускоренной апелляции в срок, не превышающий 72 часа. Решение будет незамедлительно сообщено вам и нам по телефону или по факсу. Позже по почте вам будет отправлено письменное уведомление. Вы можете подать и внешнюю апелляцию, и запрос на проведение беспристрастного разбирательства. Если вы запрашиваете и проведение беспристрастного разбирательства, и рассмотрение внешней апелляции, решающее значение будет иметь заключение, принятое лицом, проводящим беспристрастное разбирательство.

ЖАЛОБЫ И АПЕЛЛЯЦИИ НА РЕШЕНИЯ ПО ЖАЛОБАМ

Сотрудники плана Aetna Better Health of New York приложат все усилия, чтобы в кратчайшие сроки к вашему удовлетворению разрешить все возникающие у вас проблемы и затруднения. В зависимости от того, с какой проблемой вы столкнулись, можно воспользоваться либо процедурой подачи жалобы, либо процедурой подачи апелляции.

Подача жалобы или апелляции не повлияет на предоставляемые услуги и на отношение к вам сотрудников плана Aetna Better Health of New York и поставщиков медицинских услуг. Мы обеспечим конфиденциальность вашей информации. Мы предоставим вам любую необходимую помощь для подачи жалобы или апелляции. Например, мы можем предоставить услуги переводчика или необходимую помощь для лиц с нарушениями зрения и/или слуха. Вы можете выбрать человека (родственника, друга или поставщика услуг), который будет действовать от вашего имени.

Чтобы подать жалобу, позвоните по номеру **1-855-456-9126** или пишите по адресу: PO Box 81040 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181. При обращении к нам сообщите свои имя и фамилию, адрес, номер телефона и подробно опишите проблему.

Что такое жалоба?

Жалобой является любое ваше сообщение о недовольстве лечением и услугами, предоставленными вам нашим персоналом или поставщиками покрываемых услуг. Например, если вам кто-то нагрубил, не пришел к вам в назначенное время или вам не нравится качество услуг или ухода, предоставленных нами, вы можете подать жалобу.

Процесс подачи жалоб
Жалобу можно подать в устной или письменной форме. Сотрудник, получивший вашу жалобу, ее зарегистрирует, а ответственные лица плана проконтролируют ее рассмотрение. Мы отправим вам письмо, в котором сообщим, что жалоба получена, и опишем нашу процедуру рассмотрения жалоб. Мы рассмотрим жалобу и дадим вам письменный ответ в один из двух установленных сроков.

1. Если промедление может значительно повысить риск для вашего здоровья, то мы примем решение в течение 48 часов после получения нужных данных, но процесс должен быть завершен в течение 7 дней со дня получения жалобы.
2. О решении по поводу остальных видов жалоб мы сообщим в течение 45 дней со дня получения нужных данных, но процесс должен быть завершен в течение 60 дней со дня получения жалобы. Период рассмотрения может быть увеличен на срок до 14 дней, если вы запрашиваете продление срока рассмотрения или нам требуется больше информации и задержка рассмотрения отвечает вашим интересам.

В нашем ответе будут изложены результаты рассмотрения жалобы и принятое решение.

Как подать апелляцию на решение по жалобе?
Если вы не согласны с нашим решением по жалобе, то можете попросить нас еще раз рассмотреть проблему, подав апелляцию на решение по жалобе. Апелляция на решение по жалобе подается в устном или письменном виде. Она должна быть подана в течение 60 рабочих дней после получения исходного решения по вашей жалобе. После получения от вас апелляции мы в течение 15 рабочих дней отправим вам письменное подтверждение получения с указанием имени, адреса и телефона лица, которому было поручено ответить на вашу апелляцию. Все апелляции на решения по жалобам будут рассмотрены соответствующими специалистами. Например, жалобы по поводу медицинских вопросов рассмотрят специалисты в области здравоохранения, которые не привлекались к вынесению первоначального решения по жалобе.

Решение по стандартным апелляциям на решения по жалобам принимается в течение 30 рабочих дней после получения всей необходимой информации. Если промедление при принятии решения может значительно повысить риск для здоровья, мы будем действовать по *ускоренной* процедуре. В рамках такой *ускоренной* процедуры решение по апелляции принимается в течение двух рабочих дней после получения необходимой информации. Действуя как по стандартной, так и по *ускоренной* процедуре, мы предоставим письменное уведомление о нашем решении по вашей апелляции в связи с решением по вашей жалобе. В уведомлении будет дано подробное обоснование принятого решения. Для апелляций, касающихся клинических вопросов, будут указаны клинические соображения, на основании которых было вынесено решение.

Правозащитная организация
Правозащитная организация (также известная как ICAN) является независимой организацией, которая бесплатно оказывает услуги по защите прав участников программ долгосрочного ухода на территории штата New York. Вы можете бесплатно получить независимую консультацию по поводу страхового покрытия, а также порядка подачи жалоб и апелляций. Сотрудники этой организации также могут разъяснить процесс рассмотрения апелляций и оказать вам содействие в этом процессе. Они также могут оказать поддержку до регистрации в плане категории MLTC, например Aetna Better Health of New York. Эта поддержка включает

в себя независимые консультации по вопросу выбора плана медицинского страхования, а также предоставление общих сведений о плане. Для получения более детальной информации о предоставляемых услугах обратитесь в ICAN:

- Телефон: **1-844-614-8800 (служба коммутируемых сообщений: 711)**
- Сайт: **www.icannys.org** | Электронная почта: **ican@cssny.org**

ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ В ПЛАНЕ AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK MLTC

Не допускается прекращение участия в плане MLTC Plus по любой из следующих причин:

- интенсивное пользование покрываемыми медицинскими услугами
- существующее состояние или изменение состояния вашего здоровья
- снижение умственных способностей, отказ от сотрудничества или деструктивное поведение, вызванное особыми потребностями, если только подобное поведение не приводит к тому, что вы перестаете соответствовать критериям участия в плане MLTC

Добровольное прекращение участия в плане

Вы в любой момент и по любой причине можете прекратить участие в плане Aetna Better Health of New York. Чтобы запросить прекращение участия в плане, позвоните по номеру **1-855-456-9126** или напишите нам. Представители плана предоставят вам письменное подтверждение получения вашего запроса. Мы передадим вам форму добровольного прекращения участия в плане для подписания и попросим отправить ее нам. Обработка вашего заявления может занять до шести недель в зависимости от времени получения. После выхода из плана вы можете перейти на стандартное покрытие по программе Medicaid или в другой план медицинского страхования, если отвечаете соответствующим критериям. Если вам все еще будут необходимы услуги CBLTSS, такие как индивидуальный уход, то для их получения вы должны вступить в другой план MLTC, план управляемого обслуживания Medicaid или в альтернативную программу помощи на дому и по месту жительства.

Смена плана

Вы можете воспользоваться пробным периодом продолжительностью 90 дней. Вы можете в любое время выйти из плана Aetna Better Health of New York и присоединиться к другому плану в течение данного срока. Если вы не покинете план в течение первых 90 дней, вы должны будете оставаться в Aetna Better Health of New York в течение еще девяти месяцев при отсутствии у вас веских причин для прекращения участия (уважительная причина):

- Вы переезжаете за пределы территории обслуживания.
- Вы, сотрудники плана и Департамент социального обслуживания (Department of Social Services) вашего округа или Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health) признаете, что наилучшим решением для вас является прекращение вашего участия в плане Aetna Better Health of New York.
- Поставщик услуг ухода на дому, оказывающий вам услуги в настоящее время, не сотрудничает с нашим планом.
- Мы не можем предоставить вам услуги, которые обязаны предоставлять по условиям нашего договора со штатом.

Если вы отвечаете соответствующим требованиям, то можете в любой момент и без уважительной причины перейти в другой план управляемого долгосрочного обслуживания, например Medicaid Advantage Plus (MAP), или зарегистрироваться в программе комплексного обслуживания лиц пожилого возраста (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE).

Чтобы сменить план: позвоните в New York Medicaid Choice по номеру **1-888-401-6582**. Консультанты New York Medicaid Choice помогут вам перейти в другой план.

Регистрация в новом плане может занять от двух до шести недель. Вы получите уведомление от New York Medicaid Choice с указанием даты регистрации в новом плане. До тех пор Aetna Better Health of New York будет продолжать заботиться о вас.

Позвоните в New York Medicaid Choice, если вам необходимо ускорить этот процесс по той причине, что обычные сроки перехода в другой план могут поставить под угрозу ваше здоровье. Вы также можете просить об ускоренном рассмотрении вашего запроса, если ранее вы сообщали в New York Medicaid Choice о том, что не согласны регистрироваться в Aetna Better Health of New York.

Принудительное прекращение участия
Принудительное прекращение участия в плане означает исключение из числа участников, инициированное Aetna Better Health of New York. Если вы не запрашивали добровольное прекращение участия в плане, мы должны будем инициировать принудительное прекращение участия в плане в течение 5-ти (пяти) рабочих дней с того момента, как нам станет известно о том, что вы соответствуете любому из критериев принудительного прекращения участия в плане.

Вы должны будете прекратить участие в плане Aetna Better Health of New York, если вы:

- Больше не соответствуете критериям участия в программе Medicaid.
- Выехали за пределы территории обслуживания плана Aetna Better Health of New York для постоянного проживания.
- Находитесь за пределами территории обслуживания более 30 дней подряд.
- Нуждаетесь в пребывании в учреждении сестринского ухода, однако не соответствуете критериям, необходимым для получения ухода в специализированном учреждении по программе Medicaid.
- Были госпитализированы или стали участником программы предоставления ухода с проживанием Управления по охране психического здоровья (Office of Mental Health), Управления по работе с лицами с задержками в развитии (Office for People with Developmental Disability) или Управления по оказанию помощи страдающим алкогольной или наркотической зависимостью (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services) на срок продолжительностью 45 (сорок пять) или более дней подряд.
- Были признаны не имеющими функциональной или клинической потребности в услугах CBLTSS на ежемесячной основе.
- Зарегистрированы только в Medicaid и более не нуждаетесь в сестринском уходе согласно определению, полученному с помощью специального инструмента оценки.
- Пользуетесь только услугами центра дневного пребывания без медицинского ухода.
- Больше не нуждаетесь в получении и не получаете не менее одной услуги CBLTSS в течение каждого календарного месяца.
- При проведении любой повторной оценки во время вашего проживания в своем районе выносится заключение о том, что у вас отсутствует функциональная или клиническая потребность в услугах CBLTSS.

- Находитесь в местах лишения свободы.
- Предоставили сотрудникам плана ложную информацию, иным образом ввели в заблуждение или совершили мошеннические действия в отношении какого-либо существенного аспекта вашего участия в плане.

Мы можем попросить вас прекратить участие в плане Aetna Better Health of New York, если:

- Вы, член вашей семьи, лицо, осуществляющее уход за вами, но не связанное с вами формальными обязательствами, или иное лицо, проживающее с вами, совершаете действия или демонстрируете поведение, препятствующие оказанию вам услуг в рамках плана.
- Вы не оплачиваете и не обеспечиваете оплату суммы задолженности перед планом в размере, установленном местным отделением Департамента социального обслуживания, в связи с избыточным доходом/излишком средств в течение 30 дней после наступления срока оплаты. При этом мы должны были принять разумные меры по взысканию такой суммы.

Перед принудительным прекращением участия Aetna Better Health of New York получает разрешение от New York Medicaid Choice (NYMC) или уполномоченной властями штата организации. Датой выхода из плана будет считаться первый день месяца, следующего за месяцем, в котором вы утратили право на участие в плане. Если вам все еще будут необходимы услуги CBLTSS, то вам потребуется выбрать другой план или вы будете автоматически зачислены в другой план.

КУЛЬТУРНАЯ И ЛИНГВИСТИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ

Aetna Better Health of New York уважает ваши убеждения и с должным вниманием относится к культурному разнообразию. Мы с уважением относимся к вашей культуре и культурной идентичности и стараемся устранить культурное неравенство. Мы обеспечиваем сеть поставщиков инклюзивных услуг, обладающих соответствующей культурной компетенцией, и стремимся оказывать услуги всем участникам с учетом культурных особенностей. Мы учитываем, в том числе, потребности участников с ограниченным знанием английского языка, различным культурным и этническим происхождением, а также потребности участников из разных религиозных общин.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТНИКА

Персонал Aetna Better Health of New York приложит все усилия, чтобы ко всем участникам относились с достоинством и уважением. При регистрации в плане ваш менеджер по обслуживанию разъяснит вам ваши права и обязанности. В случае необходимости менеджер по обслуживанию организует для вас услуги переводчика. Персонал приложит все усилия, чтобы ваши права соблюдались.

Права участника

- У вас есть право на услуги, необходимые вам по медицинским показаниям.
- У вас есть право на своевременный доступ к медицинскому обслуживанию и услугам.
- У вас есть право на защиту конфиденциальности вашей медицинской документации и информации о вашем здоровье, полученной в ходе лечения.
- У вас есть право на получение информации о доступных вариантах лечения в понятной форме на языке, который вы понимаете.

- У вас есть право на получение информации на языке, который вы понимаете. Вы можете бесплатно получить услуги устного переводчика.
- У вас есть право на получение информации, необходимой для предоставления информированного согласия, до начала лечения.
- У вас есть право на уважительное и достойное отношение.
- У вас есть право получить копию вашей медицинской документации и подать запрос на внесение в нее дополнений или изменений.
- У вас есть право на участие в принятии решений о вашем медицинском обслуживании, включая право на отказ от лечения.
- У вас есть право не подвергаться каким-либо мерам физического ограничения или изоляции с целью принуждения, наказания, удобства или возмездия.
- У вас есть право получать услуги независимо от пола, расы, состояния здоровья, цвета кожи, возраста, национального происхождения, сексуальной ориентации, семейного положения или религии.
- У вас есть право получать информацию о месте, времени и способе получения необходимых услуг в рамках вашего плана управляемого долгосрочного ухода, в том числе о том, как получить покрываемые услуги от поставщиков, не входящих в сеть плана, если необходимые услуги недоступны в сети плана.
- У вас есть право на подачу жалоб в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health) или в местное отделение Департамента социального обслуживания (Department of Social Services).
- У вас есть право воспользоваться системой беспристрастных разбирательств штата Нью-Йорк (New York State Fair Hearing System) и/или, в соответствующих случаях, право на подачу внешней апелляции на рассмотрение на уровне штата Нью-Йорк.
- У вас есть право назначить представителя, который будет действовать от вашего имени в вопросах, касающихся вашего обслуживания и лечения.
- У вас есть право обращаться за помощью в программу защиты прав участников (Participant Ombudsman Program) для разрешения спорных вопросов.

Обязанности участника

- Получать покрываемые услуги от Aetna Better Health of New York.
- Обращаться к сетевым поставщикам Aetna Better Health of New York для получения покрываемых услуг в той мере, в какой они доступны у сетевых поставщиков.
- Получать предварительное разрешение на покрываемые услуги, за исключением предварительно одобренных покрываемых услуг или экстренных случаев. Посещать своего врача при изменении состояния здоровья.
- Предоставлять своим поставщикам медицинских услуг полную и достоверную информацию.
- Информировать персонал Aetna Better Health of New York о любых изменениях состояния здоровья, а также доводить до сведения, если вам что-то непонятно или если вы не можете выполнить указания.
- Соблюдать план обслуживания, рекомендованный персоналом Aetna Better Health of New York staff (на основании ваших данных).
- Сотрудничать и относиться с уважением к персоналу Aetna Better Health of New York, не проявлять дискриминацию в отношении персонала Aetna Better Health of New York по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, религии, пола, возраста, умственных или физических способностей, сексуальной ориентации или семейного положения.

- В течение двух рабочих дней информировать Aetna Better Health of New York о получении не покрываемых и не одобренных предварительно услуг.
- Заблаговременно информировать группу управления обслуживанием Aetna Better Health of New York, если вас не будет дома и вы не сможете получить организованные для вас услуги и уход.
- Информировать Aetna Better Health of New York перед переездом за пределы территории обслуживания или в случае длительного отсутствия на территории обслуживания.
- Нести ответственность за свои действия при отказе от лечения или несоблюдении указаний лица, осуществляющего за вами уход.
- Выполнять свои финансовые обязательства.

Предварительные распоряжения
Предварительные распоряжения — это юридические документы, которые гарантируют выполнение ваших запросов в случае, если вы не сможете принимать решения самостоятельно. Предварительные распоряжения могут быть представлены в виде доверенности на принятие решений, касающихся оказания медицинской помощи, прижизненного распоряжения об отказе от средств жизнеобеспечения или распоряжения об отказе от реанимации. В этих документах может быть указано, какой уход вы хотите получать при определенных обстоятельствах, и/или они могут уполномочивать члена вашей семьи или друга принимать решения от вашего имени.

Вы имеете право оставлять предварительные распоряжения по своему усмотрению. Очень важно, чтобы вы задокументировали, каким образом по вашему желанию должен продолжаться уход, если вы больше не сможете общаться с поставщиками услуг, предоставляя информированное согласие, из-за болезни или травмы. Чтобы получить помощь в оформлении этих документов, обратитесь к своему менеджеру по обслуживанию. Если у вас уже есть предварительное распоряжение, передайте его копию своему менеджеру по обслуживанию.

Информация, предоставляемая по запросу
- Информация о структуре и деятельности Aetna Better Health of New York.
- Конкретные критерии клинической оценки, касающиеся определенного состояния здоровья, и другие сведения, учитываемые Aetna Better Health of New York при одобрении услуг.
- Политики и процедуры в отношении защищенной информации о здоровье.
- Письменное описание организационных мероприятий и текущих процедур программы обеспечения качества и повышения эффективности работы.
- Политики аттестации поставщиков услуг.
- Последняя версия заверенного финансового отчета Aetna Better Health of New York, а также политики и процедуры, используемые Aetna Better Health of New York для вынесения заключения о соответствии поставщика услуг установленным требованиям.

Возможность получать уведомления в электронном виде
Aetna Better Health of New York и наши поставщики могут отправлять вам уведомления об одобрении услуги, апелляциях в рамках плана, жалобах и апелляциях на решения по жалобам в электронном виде, а не по телефону или почте.

Мы можем отправлять вам эти уведомления по электронной почте или факсу. При отправке или получении электронной почты и/или факса может применяться оплата за передачу данных.

Если вы хотите получать эти уведомления в электронном виде, обратитесь к нам. Чтобы запросить электронные уведомления, свяжитесь с нами по телефону, электронной почте, факсу или обычной почте:

Телефон……**1-855-456-9126**
Эл. почта……**NY_MemberServices@AETNA.com**
Факс……..**1-855-863-6421**
Почта……...**PO Box 818089, Cleveland, OH 44181-8089**

При обращении к нам:

- Расскажите, как вы хотите получать уведомления, которые обычно отправляются по почте;
- Расскажите, как вы хотите получать уведомления, которые обычно отправляются по телефону; а также
- Предоставьте нам свою контактную информацию (номер мобильного телефона, адрес электронной почты, номер факса и т. д.).

Представитель плана Aetna Better Health of New York сообщит вам по почте о том, что вы подали запрос на получение уведомлений в электронном виде.

Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией

В настоящем уведомлении описываются порядок использования и раскрытия вашей медицинской информации, а также правила получения вами доступа к этой информации. Внимательно ознакомьтесь с ним.

Настоящее уведомление действует со 2 мая 2012 г.

Что мы имеем в виду под «личной медицинской информацией» [1]

Под «личной медицинской информацией» мы имеем в виду информацию, которая может идентифицировать вашу личность. Например:

- Имя и фамилия
- Дата рождения
- Полученные медицинские услуги
- Суммы, уплаченные за медицинские услуги

Как мы используем и раскрываем вашу личную медицинскую информацию

Использование и раскрытие информации для оказания вам медицинской помощи. Мы можем использовать вашу личную медицинскую информацию в целях оказания вам медицинской помощи. Мы также используем ее для определения того, какие услуги покрываются для вас планом. Кроме того, с учетом вашей личной медицинской информации мы можем предоставлять вам сведения об услугах, которые вы можете получить. Такими услугами могут быть профилактические обследования и диагностические тесты. Мы также можем напоминать вам о приемах у врачей. Мы можем раскрывать вашу личную медицинскую информацию другим обслуживающим вас поставщикам медицинских услуг, например, врачам и аптекам. Если вы больше не участвуете в нашем плане, то с вашего разрешения мы передадим вашу личную медицинскую информацию вашему новому врачу.

Раскрытие информации членам семьи и друзьям. Мы можем раскрывать вашу личную медицинскую информацию лицам, оказывающим вам помощь, в том числе тем, которые участвуют в уходе за вами или в оплате получаемой вами медицинской помощи. Например, нам может понадобиться поговорить с кем-либо из этих людей, если вы попали в аварию. Если вы не хотите, чтобы ваша личная медицинская информация раскрывалась другим людям, позвоните нам.

Если вам меньше восемнадцати лет и вы не хотите, чтобы мы раскрывали вашу личную медицинскую информацию вашим родителям, позвоните нам. В некоторых случаях мы сможем удовлетворить вашу просьбу, если это не запрещено законами штата.

---

[1] Для целей настоящего уведомления «Aetna» и местоимения «мы», «нас» и «наш» относятся ко всем организациям категории HMO и дочерним компаниям Aetna Inc., имеющим лицензию на ведение страховой деятельности. Эти организации и компании считаются единой аффилированной компанией в контексте федеральных требований по обеспечению конфиденциальности.

Раскрытие информации для оплаты услуг. Мы можем раскрывать вашу личную медицинскую информацию другим сторонам, которые платят за ваше обслуживание. Ваш врач представляет нам страховые требования, которые содержат вашу личную медицинскую информацию. Мы также можем использовать вашу личную медицинскую информацию для проверки услуг, оказываемых вам врачами. Кроме того, мы можем проверять, как вы пользуетесь своими медицинскими льготами.

Раскрытие информации для целей осуществления текущей деятельности. Мы можем использовать вашу личную медицинскую информацию для выполнения нашей работы. Например, мы можем использовать ее для:

- пропаганды здорового образа жизни;
- координации обслуживания;
- улучшения качества обслуживания;
- предотвращения мошенничества;
- профилактики заболеваний;
- решения правовых вопросов.

Координатор обслуживания может активно сотрудничать с вашим врачом. Он может предоставлять вам сведения о программах и организациях, которые могут помочь вам с вашим заболеванием. Когда вы звоните нам с вопросом, мы должны ознакомиться с вашей личной медицинской информацией, чтобы дать вам ответ.

Раскрытие информации другим учреждениям. Мы можем предоставлять вашу личную медицинскую информацию другим учреждениям. Мы делаем это по причинам, изложенным выше. Например, по условиям вашего плана для вас могут покрываться услуги транспортировки. Чтобы помочь вам добраться до врача, мы можем предоставлять вашу личную медицинскую информацию поставщикам транспортных услуг. В частности, мы можем сообщить им, что вы пользуетесь моторизованным креслом-коляской, чтобы они могли послать за вами микроавтобус, а не легковой автомобиль.

Другие причины, по которым мы можем раскрывать вашу личную медицинскую информацию другим лицам и организациям. Мы можем также предоставлять вашу личную медицинскую информацию в следующих целях:

- Цели общественной безопасности: например, при расследовании случая жестокого обращения с детьми или для устранения угрозы здоровью населения.
- Исследовательские цели: раскрытие информации исследователям после предварительного принятия мер по обеспечению безопасности передаваемой информации.
- Бизнес-цели: раскрытие информации нашим бизнес-партнерам, которые предоставляют нам услуги и
    - обязались обеспечивать безопасность переданной информации.
- Цели отраслевого регулирования: раскрытие информации ведомствам штата и федеральным органам,
    - контролирующим нашу работу.
- Цели защиты правопорядка: раскрытие информации правоохранительным органам (федеральным, штата или местным).
- Правовые цели: раскрытие информации судебным органам в рамках разбирательства по иску или в связи с иными правовыми вопросами.

В каких случаях нам требуется ваше письменное согласие

За исключением случаев, описанных выше, перед тем как использовать или раскрывать вашу личную медицинскую информацию, мы обязаны получить ваше разрешение. Например, нам нужно получить ваше согласие, прежде чем:

- Использовать вашу информацию в маркетинговых целях, которые не имеют какого-либо отношения к вашему плану медицинского страхования.
- Раскрыть третьим лицам какие-либо записи, сделанные психотерапевтом.
- Продать вашу личную медицинскую информацию.
- Ваше согласие может потребоваться и в других случаях, предусмотренных законом.

Вы можете отозвать свое согласие в любое время. Чтобы отозвать свое согласие, напишите нам. Мы не можем использовать или раскрывать вашу генетическую информацию при принятии решения о зачислении вас в план медицинского страхования.

Ваши права

Вы имеете право на ознакомление со своей личной медицинской информацией.

- Вы можете попросить нас предоставить вам ее копии.
- Вы можете обратиться с просьбой предоставить вам копию вашей медицинской карты.
- Для этого позвоните своему врачу или в медицинское учреждение, которое оказало вам услуги.

У вас есть право попросить нас внести изменения в вашу личную медицинскую информацию.

- Вы можете сделать это в том случае, если считаете, что она неверна.
- Если мы не согласимся внести запрошенное вами изменение, вы имеете право подать письменное заявление о несогласии.

Вы имеете право получить список лиц и организаций, которым была раскрыта ваша личная медицинская информация.

Вы имеете право обратиться к нам с просьбой о том, чтобы мы связывались с вами способом, который обеспечивает ваше право на неприкосновенность частной жизни.

- Если вы считаете, что мы связываемся с вами способом, который не обеспечивает этого в достаточной мере, позвоните нам.
- Мы сделаем все возможное, чтобы связываться с вами способом, который лучше защищает вашу конфиденциальность.

У вас есть право подать нам просьбу о принятии особых мер предосторожности при использовании и раскрытии вашей личной медицинской информации.

- Мы можем использовать и раскрывать вашу личную медицинскую информацию так, как это описано в этом уведомлении.
- Вы можете попросить нас не использовать и не раскрывать вашу информацию таким образом. Это касается и раскрытия вашей информации лицам, участвующим в оказании вам медицинской помощи.

- Мы не обязаны удовлетворить такую просьбу. Тем не менее, мы внимательно ее рассмотрим.

Вы имеете право знать о случаях, когда ваша личная медицинская информация была раскрыта без вашего согласия.

- Мы будем сообщать вам о них в письменном виде.

Позвоните нам по бесплатному телефону **1-855-456-9126**, чтобы:

- Подать нам любую из упомянутых выше просьб.
- Попросить предоставить вам бумажную копию этого уведомления.
- Задать нам любые вопросы об этом уведомлении.

Кроме того, у вас есть право подать нам жалобу. Если вы считаете, что ваши права были нарушены, напишите нам по адресу:
Aetna Better Health® of New York
P.O. Box 818089
Cleveland, OH 44181-8089

Вы также можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights). Позвоните нам, чтобы узнать адрес Управления.

Если вы недовольны получаемыми услугами и сообщите об этом в Управление по гражданским правам, вы не лишитесь членства в плане или доступа к медицинским услугам. Мы не будем предпринимать против вас никаких ответных действий за подачу жалобы.

Защита вашей информации

Мы обеспечиваем защиту вашей личной медицинской информации с помощью конкретных мер и процедур, которые могут быть:

- Административными: у нас имеются правила, которые мы должны соблюдать при использовании вашей личной медицинской информации независимо от того, в какой форме она находится (письменной, устной или электронной).
- Физическими: ваша личная медицинская информация хранится под замком в безопасном месте; мы защищаем наши компьютеры и здания от несанкционированного доступа.
- Техническими: доступ к вашей личной медицинской информации предоставляется по принципу служебной необходимости; благодаря этому доступ к вашей информации имеют только те сотрудники, которым она необходима для выполнения их должностных обязанностей и оказания вам услуг.

Мы выполняем требования всех законов штата и федерального законодательства, касающихся защиты вашей медицинской информации.

Будут ли вноситься изменения в это уведомление?

Закон обязывает нас обеспечивать конфиденциальность вашей личной медицинской информации. Мы должны соблюдать требования, изложенные в этом уведомлении. Мы также имеем право вносить в него изменения. Если мы внесем изменения в это уведомление, такие изменения будут применимы ко всей вашей информации, которая у нас уже имеется или которую мы получим в будущем. Вы можете просмотреть копию самой свежей версии уведомления на нашем сайте по адресу **AetnaBetterHealth.com/NewYork**

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

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

Aetna Better Health of NY предоставляет следующие услуги:

- Бесплатную помощь и услуги лицам с физическими ограничениями, чтобы им было легче общаться с нами, в том числе:
  - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - письменные материалы в других форматах (напечатанные крупным шрифтом, в виде аудиозаписи, в электронном и иных форматах).
- Бесплатные языковые услуги лицам, для которых английский не является родным языком, в том числе:
  - услуги квалифицированных устных переводчиков;
  - информацию на других языках.

Если вы нуждаетесь в таких услугах, позвоните представителю плана **Aetna Better Health of NY** по номеру 1-855-456-9126. Для получения услуг TTY/TDD позвоните по номеру 711 службы коммутируемых сообщений г. Нью-Йорка.

Если вы считаете, что план **Aetna Better Health of NY** не предоставил вам эти услуги или что отношение к вам было иным в связи с вашей расой, цветом кожи, национальным происхождением, возрастом, инвалидностью или полом, вы можете подать жалобу в **Aetna Better Health of NY** следующим образом:

По почте:	Attn: Civil Rights Coordinator P.O. Box 818001, Cleveland, OH 44181-8001
По телефону:	1-855-456-9126 (для получения услуг TTY/TDD позвоните по номеру 711 службы коммутируемых сообщений г. Нью-Йорка)
По факсу:	1-855-264-3822
При личном обращении:	101 Park Avenue, 15th Floor, New York, NY 10178
по эл. почте:	NY_GrievanceAppeals@aetna.com

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США следующим образом:

Посетив:	портал для подачи жалоб Управления по гражданским правам по адресу *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*
Отправив письмо по адресу:	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 Бланки для подачи жалоб можно найти по адресу http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
Позвонив по телефону:	1-800-368-1019 (TTY/TDD: 800-537-7697)

Aetna Better Health of New York	aetna
ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-385-4104.	English
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-385-4104	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-385-4104	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-385-4104 (الصم هاتف رقم NY Relay 711)	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-1-800-385-4104 NY Relay 711 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-385-4104(телетайп: NY Relay 711)	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-385-4104 NY Relay 711	Italian
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposes gratuitement. Appelez le 1-800-385-4104 NY Relay 711	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-385-4104 NY Relay 711	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פונאפצאל. רופט 1-800-385-4104.	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-385-4104 NY Relay 711	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-385-4104 NY Relay 711	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলেত পারেন, তাহলে দনঃখরচায় ভাষা সহায়তা পেতে সাহায্য উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-800-385-4104NY Relay 711	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-385-4104 NY Relay 711	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-385-4104 NY Relay 711	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں 1-800-385-4104 (NY Relay 711)	Urdu
ध्यान दें: भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क, आपके लिए उपलब्ध है। 1-800-385-4104 पर कॉल करें।	Hindi

AetnaBetterHealth.com/NewYork

©2024 Aetna Inc.

1376310-NY-RU (rev 2024)

aetna®

Aetna Better Health® of New York