



Январь 2023 г.

**Договор  
Участника  
плана**

**New York | Essential Plan 4**

Отдел обслуживания участников  
**1-866-265-1893, ТТУ (телетайп) 711**

Это Ваш

## **ДОГОВОР ESSENTIAL PLAN**

Составлен

### **UnitedHealthcare Community Plan**

Это Ваш индивидуальный Договор на покрытие Essential Plan, предоставляемое UnitedHealthcare Community Plan. Данный Договор совместно с прилагаемыми Перечнем льгот, формами и различными поправками или дополнениями к условиям данного Договора представляет полную договоренность между Вами и Нами.

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

**Возобновляемость.** Дата возобновления данного Договора наступает спустя 12 месяцев с даты вступления в силу покрытия. Действие данного Договора автоматически возобновляется каждый год в дату возобновления при условии, если Договор не был расторгнут ранее Нами согласно положениям этого Договора или Вами путем предварительного письменного уведомления Нас за 30 дней.

Данный Договор позволяет Вам получать Покрываемые услуги в сети:

**Внутрисетевые льготы.** Данный Договор покрывает только внутрисетевые льготы. Чтобы получить внутрисетевые льготы, Вы должны получать медицинское обслуживание только у Поставщиков, участвующих в плане Нашей Сети UnitedHealthcare Community Plan, и аптеках Нашей Сети, которые находятся в Нашей Зоне обслуживания. За исключением медицинского обслуживания при Экстренных или неотложных состояниях, описанного в разделе «Услуги экстренной помощи и Неотложная медицинская помощь» настоящего Договора, Вы будете нести ответственность за оплату всех услуг, предоставляемых Поставщиками, не участвующими в плане.

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

Данный Договор регулируется законом штата Нью-Йорк.

UnitedHealthcare Community Plan

## Содержание

Раздел I. Определения	4
Раздел II. Как работает Ваше страховое покрытие	11
Поставщики, участвующие в плане	12
Роль Основного лечащего врача	13
Услуги, подлежащие Предварительному разрешению	14
Необходимость по медицинским показаниям	16
Важные телефонные номера и адреса	20
Раздел III. Доступ к медицинскому обслуживанию и промежуточному медицинскому обслуживанию	21
Раздел IV. Участие в издержках и Предельная сумма	24
Раздел V. Кого покрывает план	25
Раздел VI. Профилактическое медицинское обслуживание	27
Раздел VII. Скорая помощь и услуги экстренной медицинской помощи до госпитализации	31
Раздел VIII. Услуги экстренной помощи и Неотложная медицинская помощь	33
Раздел IX. Амбулаторные и профессиональные услуги	35
Раздел X. Дополнительные льготы, оборудование и устройства	46
Раздел XI. Стационарное обслуживание	52
Раздел XII. Услуги в области психиатрии и лечения зависимостей от психоактивных веществ	57
Раздел XIII. Страховое покрытие Рецептурных препаратов	63
Раздел XIV. Льготы Wellness	75
Раздел XV. Дополнительные льготы для некоторых участников Essential Plan	77
Раздел XVI. Исключения и ограничения	81
Раздел XVII. Принятие решений по страховым требованиям	85
Раздел XVIII. Жалобы и порядок их рассмотрения	88
Раздел XIX. Проверка использования	90
Раздел XX. Независимая апелляция	101
Раздел XXI. Прекращение страхового покрытия	107
Раздел XXII. Право на временное приостановление страхового покрытия личного состава вооруженных сил	109
Раздел XXIII. Общие положения	109
Раздел XXIV. Перечень льгот	120
Уведомление о недопущении дискриминации	137

## Раздел I

### Определения

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

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

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

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

**Апелляция:** направленная Нам просьба о пересмотре решения о Проверке использования или Жалобы.

**Выставление счета по остатку:** когда Поставщик, не участвующий в плане, выставляет Вам счет за разницу между платой Поставщика, не участвующего в плане, и Предельной суммой. Поставщик, участвующий в плане, не должен выставлять Вам счет по остатку за Покрываемые услуги.

**Договор:** данный Договор, составленный UnitedHealthcare Community Plan, включая Перечень льгот и любые другие дополнения к нему.

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

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

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

**Покрытие, Покрываемое или Покрываемые услуги:** услуги, Необходимые по медицинским показаниям, оплаченные, организованные или разрешенные Нами для Вас согласно условиям данного Договора.

---

**Медицинское оборудование длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME):** Медицинское оборудование длительного пользования — это оборудование, которое:

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

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

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

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

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

**Исключения:** медицинские услуги, не оплачиваемые или не Покрываемые Нами.

**Независимый апелляционный орган:** учреждение, получившее разрешение Департамента финансовых услуг штата Нью-Йорк (New York State Department of Financial Services) на проведение независимых апелляций согласно законодательству штата Нью-Йорк.

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

**Учреждение:** Больница; Амбулаторный хирургический центр; родильный дом; центр гемодиализа; реабилитационный центр; Лечебное учреждение, оказывающее квалифицированный сестринский уход за больными; хоспис; Агентство по медицинскому обслуживанию на дому или агентство услуг ухода на дому, сертифицированные или получившие лицензию согласно статье 36 Закона об общественном здравоохранении штата Нью-Йорк (New York Public Health Law); онкологический центр, уполномоченный институтом национального онкологического центра, обладающий соответствующей лицензией от департамента здравоохранения в Нашей Зоне обслуживания; центр комплексного подхода к лечению расстройств пищевого поведения согласно статье 30 Закона о психогигиене штата Нью-Йорк (New York Mental Hygiene Law); а также учреждение, получившее определение в разделе 1.03 Закона о психогигиене штата Нью-Йорк, сертифицированное Управлением штата Нью-Йорк, по оказанию услуг лечения и поддержки лиц с алкогольной и наркозависимостью (New York State Office of Addiction Services and Supports) или сертифицированное согласно статье 28 Закона об общественном здравоохранении штата Нью-Йорк (или, в других штатах, – аналогичным образом сертифицированное учреждение). Если Вы проходите лечение зависимости от психоактивных веществ вне штата Нью-Йорк, то Учреждение такого рода должно также быть аккредитовано Совместной комиссией (Joint Commission) для предоставления программ лечения таких зависимостей.

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

**Жалоба:** жалоба, которую Вы подаете Нам, которая не касается установления Проверки использования.

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

**Медицинский работник:** Врач, должным образом получивший лицензию, регистрацию или прошедший сертификацию; стоматолог; оптометрист; хиропрактик; психолог; социальный работник; врач-ортопед, специализирующийся на заболеваниях стоп; физиотерапевт; специалист по трудотерапии; акушерка; логопед; аудиолог; фармацевт; специалист по изучению поведения; практикующая медсестра; другой получивший лицензию, зарегистрированный или сертифицированный Медицинский работник согласно разделу 8 Закона об образовании штата Нью-Йорк (New York Education Law) (или, если применимо, других сопоставимых законов штата), соблюдения которых

---

требует Закон о страховании штата Нью-Йорк (New York Insurance Law), который выставляет счета пациентам за Покрываемые услуги. Услуги Медицинских работников предоставляются в рамках, предписанных законом о практике такого рода Поставщика, которые могут быть покрыты согласно данному Договору.

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

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

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

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

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

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

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

**Амбулаторное лечение в Больнице:** лечение в Больнице, которое не требует нахождения пациента в Учреждении ночью.

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

- иммиграционным статусом «не граждане, соответствующие определенным критериям» без периода ожидания;
- гуманитарным статусом или находятся в определенных обстоятельствах (включая статус временной защиты, специальный статус несовершеннолетних, соискатели убежища, Конвенция против пыток, жертвы торговли людьми);
- действующей неиммиграционной визой;
- легальным статусом, предоставленным другими законами (статус временного проживания, акт LIFE, лица, подпадающие под процедуру Воссоединения семьи). Полный перечень иммиграционных статусов, которые имеют право участия в плане, можно прочитать на Нашем веб-сайте <http://www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status/> или узнать, позвонив в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 1-855-355-5777.

**Необходимый по медицинским показаниям:** для этого определения см. раздел «Как работает Ваше страховое покрытие» в данном Договоре.

**Medicare:** раздел XVIII Закона о социальном страховании (Social Security Act) с поправками.

**Сеть:** Поставщики, с которыми Мы заключили договора о предоставлении Вам медицинских услуг.

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

**Поставщик, не участвующий в плане:** Поставщик, у которого не подписан с Нами договор о предоставлении Вам медицинских услуг. Услуги Поставщиков, не участвующих в плане, покрываются только как Услуги экстренной помощи или в случае Нашего разрешения.



---

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

**Поставщик, участвующий в плане:** Поставщик, у которого подписан с Нами договор о предоставлении Вам медицинских услуг. Перечень Поставщиков, участвующих в плане, и их адреса указаны на Нашем сайте [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) или могут быть высланы Вам по запросу. Мы можем время от времени вносить изменения в список.

**Врач или Услуги врача:** медицинские услуги, которые предоставляет или координирует аттестованный Врач (M.D. – врач или D.O. – врач-остеопат).

**Год плана:** 12-месячный период, который начинается с даты вступления в силу Договора или любой ежегодной даты впоследствии, пока действует Договор.

**Предварительное разрешение:** решение, принимаемое Нами до того, как Вы получите Необходимую по медицинским показаниям Покрываемую услугу, процедуру, план лечения, устройство или Рецептурный препарат. Покрываемые услуги, которые требуют получения Предварительного разрешения, указаны в Перечне льгот в данном Договоре.

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

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

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

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

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

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

**Услуги по реабилитации:** медицинские услуги, которые помогают пациенту сохранить, восстановить или улучшить навыки и функции для ежедневных дел, которые были утрачены или повреждены из-за болезни, травмы или инвалидности. Такие услуги включают физиотерапию, трудовую терапию и восстановление нарушений речи в стационаре и/или амбулатории.

**Перечень льгот:** в разделе настоящего Договора описаны Доплаты, Личное участие, Пределы расходов за свой счет, требования к Предварительному разрешению, Направлениям и другие ограничения Покрываемых услуг.

**Зона обслуживания:** географическая территория, обозначенная Нами и утвержденная штатом Нью-Йорк, в рамках которой Мы предоставляем страховое покрытие. Наша Зона обслуживания включает округа Олбани, Бронкс, Брум, Кейюга, Чатоква, Шиманг, Шенанго, Клинтон, Колумбия, Эссекс, Франклин, Фултон, Дженеси, Джефферсон, Кингз, Льюис, Мэдисон, Монро, Нассау, Нью-Йорк, Ниагара, Онайда, Онондага, Онтарио, Ориндж, Орлеанс, Осуиго, Куинс, Ренсселер, Ричмонд, Рокленд, Саратога, Скенектади, Сенека, Сент-Лоренс, Саффолк, Тайога, Алстер, Уоррен, Уэйн, Уэстчестер и Йейтс.

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

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

---

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

**UCR (обычная, традиционная и разумная плата, Usual, Customary and Reasonable):** сумма, уплаченная за медицинскую услугу на географической территории, которая определена на основании суммы, которую, как правило, запрашивают Поставщики за такую же или похожую медицинскую услугу на данной территории.

**Неотложная медицинская помощь:** медицинская помощь при заболевании, травме или состоянии, настолько серьезном, что здравомыслящий человек немедленно обратился бы за помощью, но не настолько тяжелом, чтобы такое состояние требовало оказания Услуг отделения скорой помощи. Неотложная медицинская помощь может быть предоставлена в кабинете Врача, участвующего в плане, или в Центре оказания неотложной медицинской помощи.

**Центр оказания неотложной медицинской помощи:** Учреждение с лицензией (кроме Больницы), которое оказывает Неотложную медицинскую помощь.

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

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

**Вы, Ваш:** Участник.

## Раздел II

### Как работает Ваше страховое покрытие

#### **A. Ваше страховое покрытие согласно данному Договору**

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

### Б. Покрываемые услуги

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

- необходима по медицинским показаниям;
- предоставляется Поставщиком, принимающим участие в плане;
- входит в перечень Покрываемых услуг;
- не превышает никакие ограничения льгот, описанные в разделе «Перечень льгот» в данном Договоре;
- получена Вами в течение срока действия данного Договора.

Если Вы находитесь вне Нашей Зоны обслуживания, то покрытие ограничивается Услугами экстренной помощи, Услугами экстренной медицинской помощи до госпитализации и услугами скорой помощи для оказания помощи при Вашем Экстренном состоянии и неотложной медицинской помощи.

### В. Поставщики, участвующие в плане

Чтобы узнать, участвует ли Поставщик в плане:

- проверьте по справочнику наших поставщиков, который предоставляется по Вашему запросу;
- звоните по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**;
- посетите наш веб-сайт по адресу **myuhc.com/CommunityPlan**.

В справочнике Поставщиков Вы можете получить следующую информацию о наших Поставщиках, участвующих в плане:

- имя, фамилия, адрес и номер телефона;
- специализация;
- профессиональная сертификация (если применимо);
- языки, на которых предоставляется обслуживание;
- принимает ли новых пациентов Поставщик, участвующий в плане.

Участие в издержках, которые относятся к Услугам, на которые распространяется страховое покрытие, будет возложено на Вас, только если Вы получаете услуги, на которые распространяется страховое покрытие, от Поставщика, не являющегося Поставщиком, участвующим в плане, в следующих ситуациях:

- Поставщик указан как Поставщик, участвующий в плане, в интерактивной версии нашего справочника поставщиков медицинских услуг.
- Печатная версия нашего справочника поставщиков, в котором данный Поставщик указан как Поставщик, участвующий в плане, содержит неверные данные на дату публикации.

- 
- Мы направляем Вам письменное уведомление о том, что данный Поставщик является Поставщиком, участвующим в плане, в ответ на Ваш запрос по телефону о сетевом статусе Поставщика.
  - В течение 1 (одного) рабочего дня Мы не направляем Вам письменное уведомление на Ваш запрос по телефону о сетевом статусе Поставщика.

В этих ситуациях, если Поставщик выставляет Вам счет на сумму, превышающую Ваше Участие в издержках, и Вы оплачиваете счет, Вы имеете право на возмещение суммы, а также процентов Поставщиком.

#### **Г. Роль Основного лечащего врача**

Согласно данному Договору, Вы должны выбрать ОЛВ. Хотя лечение у Вашего ОЛВ поощряется, у Вас нет необходимости в письменном Направлении от Вашего ОЛВ для того, чтобы получать помощь Специалиста у Поставщика, участвующего в плане. Вы можете выбрать любого ОЛВ, участвующего в плане, который перечислен в перечне ОЛВ Сети Essential Plan UnitedHealthcare Community Plan. В некоторых случаях Вы можете назначить Специалиста в качестве своего ОЛВ. Чтобы получить более подробную информацию о назначении Специалиста, см. раздел «Доступ к медицинскому обслуживанию и промежуточному медицинскому обслуживанию» в данном Договоре. Чтобы выбрать ОЛВ, посетите Наш веб-сайт по адресу [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan). Если Вы не выберете ОЛВ, Мы назначим его Вам.

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

#### **Д. Доступ к Поставщикам и смена Поставщика**

Иногда Поставщики, указанные в Нашем справочнике, могут быть недоступны. Прежде чем сообщить Нам о выбранном ОЛВ, Вам следует позвонить Поставщику, чтобы удостовериться, что он принимает новых пациентов.

Чтобы посетить Поставщика, свяжитесь с его кабинетом и сообщите им о том, что Вы являетесь участником плана UnitedHealthcare Community Plan, объяснив причину своего визита. Держите при себе Вашу идентификационную карту. В кабинете Поставщика Вам могут попросить показать номер идентификационной карты. При посещении кабинета Поставщика возьмите с собой Вашу идентификационную карту.

## **Договор Участника плана New York Essential Plan 4**

---

Чтобы связаться с Вашим Поставщиком в нерабочие часы, позвоните в кабинет Поставщика. Вы будете направлены к Вашему Поставщику, автоответчику с инструкциями по получению услуг или другому Поставщику. Если Вы находитесь в Экстренном состоянии, немедленно обратитесь за помощью в ближайшее отделение скорой помощи Больницы или позвоните по телефону **911**.

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

Если у Нас нет определенного типа Поставщика, участвующего в плане, в округе Вашего проживания или в граничащем округе, который соответствует утвержденным стандартам времени и расстояния, то Мы утвердим разрешение для какого-либо конкретного Поставщика, не участвующего в плане, до того момента, пока Вы перестанете нуждаться в обслуживании или у Нас в Нашей Сети не появится Поставщик, участвующий в плане, который соответствует стандартам времени и расстояния, и Ваше обслуживание не будет передано этому Поставщику, участвующему в плане. Для получения разрешения на Вашу встречу со специалистом, не относящимся к сети UnitedHealthcare, Ваш ОЛВ должен связаться с отделом предварительных разрешений UnitedHealthcare по телефону 1-866-604-3267. Специалист должен согласиться сотрудничать с UnitedHealthcare и принимать Наши платежи в качестве оплаты в полном объеме. Такое разрешение называется «предварительным разрешением». ОЛВ объяснит Вам всё это, когда будет направлять к специалисту, не входящему в сеть UnitedHealthcare. См. раздел «Разрешение на услугу» для получения дополнительной информации о том, какие документы нужны при Вашем запросе на встречу с поставщиком, не относящимся к сети UnitedHealthcare. Если план UnitedHealthcare Community Plan направляет Вас к поставщику, не входящему в сеть UnitedHealthcare, Вы не несете никакой ответственности за расходы, кроме доплат в соответствии с описанием в этом руководстве. Покрываемые услуги, предоставленные Поставщиком, не участвующим в плане, будут оплачены таким же образом, как если бы они были предоставлены Поставщиком, участвующим в плане. Вы должны оплатить только внутрисетевое Участие в издержках.

### **Е. Услуги за пределами сети**

Услуги Поставщиков, не участвующих в плане, не покрываются. Исключение составляют Услуги экстренной помощи, Услуги экстренной медицинской помощи до госпитализации и услуги скорой помощи для оказания помощи при Вашем Экстренном состоянии или конкретные условия покрытия в данном Договоре.

### **Ж. Услуги, подлежащие Предварительному разрешению**

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

---

### **3. Порядок получения Предварительного разрешения**

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

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

- Как минимум за 2 (две) недели до планируемой госпитализации или хирургического вмешательства, если Ваш Поставщик рекомендует Госпитализацию в стационаре. Если это невозможно, то как можно скорее в рабочее время до госпитализации.
- Как минимум за 2 (две) недели до амбулаторного хирургического вмешательства или любой амбулаторной процедуры, если Ваш Поставщик рекомендует выполнить хирургическое вмешательство или процедуру в отделении амбулаторной хирургии Больницы или в Амбулаторном хирургическом центре. Если это невозможно, то как можно скорее в рабочее время до хирургического вмешательства или процедуры.
- В течение первых 3 (трех) месяцев после наступления беременности или как только это возможно, и повторно в течение 48 часов после фактической даты родов, если Ваше пребывание в Больнице может продлиться более 48 часов в случае естественных родов или 96 часов при кесаревом сечении.
- До оказания услуг санитарной авиации в связи с Неэкстренным состоянием.

Вы должны связаться с Нами и подать уведомление в следующей форме:

- Как можно скорее после оказания услуг санитарной авиации в связи с Экстренным состоянием.
- Если Вы госпитализированы в случае Экстренного состояния, Вы должны позвонить Нам в течение 48 часов после госпитализации или как только это будет возможно.

### **И. Неполучение Предварительного разрешения**

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

### **К. Управление медицинскими услугами**

Льготы, которые доступны Вам на основании данного Договора, проходят предварительные, параллельные и ретроспективные оценки, чтобы установить, когда Мы должны покрывать такие услуги. Целью таких оценок является предоставление рентабельных медицинских услуг путем оценки применения процедур, условий или места оказания таких услуг (если это уместно). Покрываемые услуги должны быть Необходимыми по медицинским показаниям для предоставления льгот.

### **Л. Необходимость по медицинским показаниям**

Мы покрываем льготы, описанные в данном Договоре, если медицинские услуги, процедуры, лечение, анализ, устройство, Рецептурный препарат или расходный материал (вместе «услуга») Необходимы по медицинским показаниям. Факт того, что Поставщик предоставил, выписал, заказал, рекомендовал или одобрил услугу, не делает ее Необходимой по медицинским показаниям и не означает, что Мы должны ее покрывать.

Мы можем основывать Наше решение на оценке:

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

Услуги считаются Необходимыми по медицинским показаниям в случае, если:

- Они клинически обоснованы по типу, частоте, степени, месту, продолжительности и считаются эффективными при Вашем недуге, травме или заболевании.
- Они необходимы для оказания непосредственного ухода и лечения или купирования данного состояния.
- Ваше состояние ухудшится, если данные услуги не будут предоставлены.
- Они предоставляются согласно общепринятым стандартам медицинской практики.



- 
- Они первоначально не предназначены для Вашего удобства, удобства Вашей семьи или Вашего Поставщика.
  - Они не стоят дороже, чем альтернативная услуга или набор услуг, которые могут предоставить как минимум эквивалентный лечебный или диагностический результат.
  - Когда обстановка или место оказания услуги также проходят оценку, услуги, которые могут быть безопасно оказаны Вам в обстановке с меньшей стоимостью, не будут необходимы с медицинской точки зрения, если они проводятся в условиях более дорогостоящей обстановки. Например, Мы не предоставляем покрытие приема в стационар для выполнения хирургического вмешательства, если такое хирургическое вмешательство может быть выполнено амбулаторно. Точно таким же образом, инфузия или инъекция препарата не будет выполняться в амбулаторном отделении Больницы, если такой препарат может быть предоставлен в кабинете Врача или на дому.

Чтобы узнать о Вашем праве подавать внутреннюю или независимую Апелляцию по поводу Нашего решения о Необходимости услуги по медицинским показаниям, см. разделы «Проверка использования» и «Независимая апелляция» данного Договора.

#### **М. Защита от неожиданных счетов**

1. **Неожиданные счета.** Неожиданный счет – это счет, который Вы получаете за Покрываемые услуги при следующих обстоятельствах:

- За услуги, предоставленные Поставщиком, не участвующим в плане, при Больнице или Амбулаторном хирургическом центре, который принимает участие в плане, если:
  - Поставщик, участвующий в плане, недоступен в момент оказания медицинской услуги.
  - Поставщик, не участвующий в плане, выполняет услуги без Вашего ведома.
  - Возникают непредвиденные медицинские проблемы или услуги в момент оказания медицинских услуг.

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

- Вы были направлены к Поставщику, не участвующему в плане, Врачом, участвующим в плане, без Вашего четкого письменного согласия, где Вы подтверждаете тот факт, что направление выдано для посещения Поставщика, не участвующего в плане, и что такой визит может привести к расходам, которые Мы не покроем. В случае с неожиданным счетом направление к Поставщику, не участвующему в плане, значит:
  - Покрываемые услуги выполняются Поставщиком, не участвующим в плане, в кабинете или клинике Врача, участвующего в плане, во время одного визита.

- Врач, участвующий в плане, направляет образец, взятый у Вас в кабинете Врача, участвующего в плане, в лабораторию или к патологу, не участвующим в плане.
- В случае, если Ваш Договор предусматривает Направление, любые другие Покрываемые услуги, которые предоставляются Поставщиком, не участвующим в плане, по просьбе Врача, участвующего в плане.

Вы не будете нести материальную ответственность за какие-либо расходы по непредвиденному счету, выставленному Поставщиком, не участвующим в плане, которые превышают Ваше внутрисетевое Участие в издержках. Поставщик, не участвующий в плане, может выставить Вам счет только на оплату Вашего Участия в издержках. Вы можете подписать форму, чтобы уведомить Нас и Поставщика, не участвующего в плане, о том, что Вы получили неожиданный счет.

Копию формы сертификации неожиданных счетов можно получить на веб-сайте [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov) или на Нашем веб-сайте [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan). Вы должны отправить Нам форму по почте на адрес, указанный на Вашей идентификационной карте, и Вашему Поставщику.

2. **Независимый процесс разрешения споров.** Мы или Поставщик можем открыть спор по поводу неожиданного счета, направив его в независимую организацию по разрешению споров (independent dispute resolution entity, IDRE), назначенную штатом. В течение 30 дней с момента получения спора IDRE устанавливает, является ли обоснованной Наша оплата или счет Поставщика.

### **Н. Предоставление Покрываемых услуг с использованием системы Telehealth**

Если Ваш Поставщик, участвующий в плане, предлагает Покрываемые услуги с использованием системы TeleHealth, Мы не будем отказывать в предоставлении Покрываемых услуг на основе того, что они предоставляются с использованием системы Telehealth. Покрываемые услуги, предоставляемые при помощи системы Telehealth, могут подлежать проверке использования и регулируются требованиями по обеспечению качества, а также другими условиями Договора, которые являются не менее выгодными, чем такие же требования к той же услуге, предоставляемой не через систему TeleHealth. «Telehealth» означает использование электронных информационных и коммуникационных технологий Поставщиком, участвующим в плане, для предоставления Вам Покрываемых услуг, на то время, пока Ваше местоположение не совпадает с местоположением Вашего Поставщика.

### **О. Ведение случаев**

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

---

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

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

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

**П. Важные телефонные номера и адреса**

• **ПРЕТЕНЗИИ:**

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

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

• **ОБРАЩЕНИЯ ПО ПОВОДУ ЖАЛОБ, ПРЕТЕНЗИЙ И АПЕЛЛЯЦИИ ПО ВОПРОСАМ ПРОВЕРКИ ПРИМЕНЕНИЯ:**

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

Напишите по адресу:

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

• **ФОРМА СЕРТИФИКАЦИИ НЕОЖИДАННЫХ СЧЕТОВ:**

Обращайтесь по адресу, указанному на Вашей идентификационной карте.  
(Подавайте форму сертификации неожиданных счетов по этому адресу).

• **НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И УХОД:**

**1-866-265-1893**

8 а.м. – 6 р.м., понедельник – пятница

• **Отдел обслуживания участников: 1-866-265-1893**

Сотрудники отдела обслуживания участников отвечают на звонки с понедельника по пятницу, с 8 а.м. до 6 р.м.

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

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

• **НАШ ВЕБ-САЙТ: [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan)**

---

## Раздел III

### Доступ к медицинскому обслуживанию и промежуточному медицинскому обслуживанию

#### **А. Разрешение Поставщику, не участвующему в плане**

Если Мы определим, что у Нас нет Поставщика, участвующего в плане, с необходимым образованием и опытом, который может лечить Ваше заболевание, Мы утвердим Разрешение на посещение Поставщика, не участвующего в плане. Ваш Поставщик, участвующий в плане, должен подать запрос на Разрешение направить к Поставщику, не участвующему в плане. Разрешение посетить Поставщика, не участвующего в плане, не выдается ради Вашего удобства или удобства другого Поставщика. Разрешение может быть выдано не обязательно для посещения того Поставщика, не участвующего в плане, которого выбрали Вы. Когда Мы даем Разрешение, то все услуги, которые предоставляет Поставщик, не участвующий в плане, должны входить в план лечения, утвержденный Нами совместно с Вашим ОЛВ, Поставщиком, не участвующим в плане, и Вами. Покрываемые услуги, предоставленные Поставщиком, не участвующим в плане, будут Покрыты таким же образом, как если бы они были предоставлены Поставщиком, участвующим в плане. Вы должны оплатить только внутрисетевое Участие в издержках. В случае, если такое разрешение не дано, любые услуги, предоставленные Поставщиком, не участвующим в плане, покрываться не будут.

#### **Б. Случаи, когда Специалист может быть Вашим Основным лечащим врачом**

Если у Вас состояние или заболевание, представляющее угрозу для жизни, дегенеративное или инвалидизирующее состояние или заболевание, которое требует специализированной помощи в течение длительного периода времени, Вы можете попросить Специалиста, участвующего в плане, стать Вашим ОЛВ. Если Вы хотите, чтобы этот специалист был Вашим ОЛВ, Вы должны обсудить это с самим специалистом, спросить его, желает ли он быть Вашим ОЛВ. Это означает, что этот специалист будет отвечать за контроль всех Ваших медицинских услуг, за выдачу направлений на лабораторные анализы, рентген и визиты к другим узким специалистам. Если специалист согласится, попросите его прислать Нам письменное подтверждение, что он желает быть Вашим ОЛВ, и причины такого решения директору отдела обслуживания участников на адрес: Member Services Director, UnitedHealthcare Community Plan, One Penn Plaza, 8th Floor, New York, NY 10119. Мы проанализируем Ваш запрос и известим Вас о дате вступления изменений в силу. Разрешение выдается согласно плану лечения, утвержденному Нами совместно с Вашим ОЛВ, Специалистом и Вами. Мы не одобрим услуги Специалиста, не участвующего в плане, пока Мы не установим, что в Нашей сети отсутствует необходимый Вам Поставщик. Если Мы одобряем обращение к Специалисту, не участвующему в плане, то все Покрываемые услуги, которые предоставляет такой Специалист согласно утвержденному плану лечения, будут оплачены таким же образом, как если бы они были предоставлены Поставщиком, участвующим в плане. Вы должны оплатить только внутрисетевое Участие в издержках.

### **В. Постоянно действующее разрешение посещать Специалиста, участвующего в плане**

Если Вам нужна постоянная специализированная помощь, Вы можете получить «постоянное разрешение» посещать Специалиста, который является Поставщиком, участвующим в плане. Это означает, что Вам не нужно будет получать новое разрешение от Вашего ОЛВ каждый раз, когда Вам нужно встретиться со Специалистом. Мы советуемся со Специалистом и Вашим ОЛВ, чтобы решить, необходимо ли Вам постоянное разрешение. Разрешение выдается согласно плану лечения, утвержденному Нами совместно с Вашим ОЛВ, Специалистом и Вами. План лечения может ограничивать количество визитов или период, в течение которого такие визиты разрешены. Согласно такому плану, Специалисту может понадобиться регулярно информировать Вашего ОЛВ о предоставляемом Вам специализированном лечении, а также обо всех необходимых медицинских данных. Мы не даем постоянное разрешение на услуги Специалиста, не участвующего в плане, пока Мы не установим, что в Нашей сети отсутствует необходимый Вам Поставщик. Если Мы даем постоянное разрешение на посещение Специалиста, не участвующего в плане, то все Покрываемые услуги, которые предоставляет Специалист, не участвующий в плане, согласно утвержденному плану лечения будут оплачены таким же образом, как если бы они были предоставлены Поставщиком, участвующим в плане. Вы должны оплатить только внутрисетевое Участие в издержках.

### **Г. Специализированный центр медицинской помощи**

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

---

#### **Д. Если Ваш Поставщик выходит из сети**

Если Вы проходите курс лечения у Поставщика, который решает выйти из Нашей сети, у Вас есть возможность продолжить получать Покрываемые услуги по текущему лечению у Вашего бывшего Поставщика, участвующего в плане, в течение еще 90 дней с даты, когда прекращаются договорные обязательства Вашего Поставщика о предоставлении Вам услуг. Если Вы беременны, Вы можете продолжить получать медицинскую помощь от прежнего Поставщика, участвующего в плане, до родов, а также в период послеродового ухода, непосредственно связанного с этими родами.

Поставщик должен принимать в качестве оплаты согласованное вознаграждение, которое действовало непосредственно перед прекращением наших с ним отношений. Поставщик должен также предоставить Нам все необходимые медицинские данные, связанные с Вашим лечением, придерживаться наших политик и процедур, включая гарантирование качества лечения, получения Предварительного разрешения, других разрешений и плана лечения, утвержденного нами. Вы сможете получать Покрываемые услуги, как если бы они предоставлялись Поставщиком, участвующим в плане. Вы должны оплатить только внутрисетевое участие в издержках. Обратите внимание, что, если мы прекратили сотрудничество с Поставщиком из-за мошенничества, причинения непосредственного вреда пациентам или финансовой дисциплинарной меры со стороны совета штата или комитета, которые влияют на возможность Поставщика вести свою практику, то продолжение лечения у такого Поставщика невозможно.

#### **Е. Новые Участники в ходе лечения**

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

Чтобы Вы могли получать Покрываемые услуги до 60 дней или в течение беременности, Поставщик, не участвующий в плане, должен дать свое согласие принимать в качестве оплаты наше вознаграждение за такие виды услуг. Поставщик должен также согласиться предоставлять Нам все необходимые медицинские данные, связанные с Вашим лечением, придерживаться наших политик и процедур, включая гарантирование качества лечения, получения Предварительного разрешения, направления и плана лечения, утвержденного нами. Если Поставщик согласен с такими условиями, то Вы

сможете получать Покрываемые услуги, как если бы они предоставлялись Поставщиком, участвующем в плане. Вы должны оплатить только внутрисетевое Участие в издержках.

## Раздел IV

### Участие в издержках и Предельная сумма

#### А. Доплаты

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

#### Б. Личное участие

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

#### В. Предел расходов за свой счет

Когда Вы достигаете Предела расходов за свой счет в выплате Участия в издержках за Год плана согласно разделу «Перечень льгот» данного Договора, Мы предоставим Вам страховое покрытие 100% Предельной суммы за Покрываемые услуги в течение остатка Года плана.

К внесетевым услугам, за исключением Услуг экстренной помощи, и к внесетевым услугам, которые Мы утвердили в качестве внутрисетевого исключения, а также внесетевому диализу не применяется Участие в издержках в отношении Вашего внутрисетевого Предела расходов за свой счет. Штраф за уведомление о Предварительном разрешении, указанный в разделе «Как работает Ваше страховое покрытие» данного Договора, не применяется к Пределу расходов за свой счет. Предел расходов за свой счет рассчитывается отдельно в отношении каждого Года плана.

#### Г. Предельная сумма

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



---

Наши выплаты Поставщикам, участвующим в плане, могут включать финансовые поощрения с целью улучшения качества лечения и стимулирования предоставления Покрываемых услуг экономически эффективным путем. Выплаты в рамках такой программы финансового поощрения не выполняются за конкретную Покрываемую услугу, предоставленную Вам. Ваше Участие в издержках не меняется из-за каких-либо плат, выполненных или полученных от Поставщиков, участвующих в плане, в рамках программы финансового поощрения.

### **1. Фармацевтические препараты, назначенные Врачом**

Для фармацевтических препаратов, назначенных Врачом, Мы используем методики определения, которые сходны с методикой ценообразования, используемой центрами услуг Medicare и Medicaid, и оцениваем сборы на основе опубликованных затрат на приобретение или средней оптовой цены на фармацевтические препараты. Эти методологии в настоящее время создаются RJ Health Systems, Thomson Reuters (опубликованы в их «Красной книге» [Red Book]) или Нами на основе разработанного на национальном уровне фармацевтического ценового ресурса, если другие методологии не предоставляют данных о ценах на лекарственные препараты, назначенные Врачом, или если с учетом особых обстоятельств требуется корректировка цен в сторону повышения в соответствии с другой методологией ценообразования.

См. раздел «Услуги экстренной помощи и Неотложная медицинская помощь» в данном Договоре, чтобы получить информацию о Предельной сумме за оплату Услуг экстренной помощи, оказываемых Поставщиками, не участвующими в плане. См. раздел «Скорая помощь и Услуги экстренной медицинской помощи до госпитализации» в данном Договоре, чтобы получить информацию о Предельной сумме за оплату Услуг экстренной медицинской помощи до госпитализации, оказываемых Поставщиками, не участвующими в плане.

## **Раздел V**

### **Кого покрывает план**

#### **A. На кого распространяется страховое покрытие по данному Договору**

Вы, Участник, на которого выписан данный Договор, получаете страховое покрытие согласно данному Договору. Чтобы быть застрахованными по данному Договору, Вы должны проживать в Нашей Зоне обслуживания. Ваш семейный доход должен составлять 138% или менее, и Вы должны быть Законно пребывающим в стране иммигрантом, не имеющим права пользоваться Medicaid. Если Вы являетесь пользователем Medicare или Medicaid или имеете доступную медицинскую страховку, оплачиваемую работодателем, Вы моложе 21 года, старше 64 лет, либо Вы беременны, Вы не имеете право подписывать данный Договор.

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

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

### **Б. Виды страхового покрытия**

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

### **В. Регистрация**

Вы имеете право стать участником по данному Договору в любое время в течение года. Если Вы являетесь новым соискателем на покрытие NYSON, Ваше покрытие начнется в первый день месяца, в котором Вы выбрали Ваш план. Например, если NYSON получит информацию о Вашем выборе Essential Plan 18 февраля, покрытие по этому плану начнется 1 февраля. Любые услуги, оказанные Вам с 1 февраля по 18 февраля, будут покрыты Нами. Если Вы имели покрытие через NYSON по другой программе или плану и переходите на Essential Plan, Ваше покрытие начнется в первый день месяца, следующего за выбором плана. Например, если Вы выберете Essential Plan 19 февраля, Ваше покрытие начнется с 1 марта.

---

## Раздел VI

### Профилактическое лечение

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

#### Профилактическое медицинское обслуживание

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

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

К наименованиям или услугам с рейтингом «А» или «В» USPSTF относятся, в частности, скрининг злоупотребления алкоголем, скрининг артериального давления для взрослых, скрининг на колоректальный рак, скрининг на депрессию, скрининг на диабет и скрининг на рак легкого. Весь перечень Покрываемых профилактических услуг имеется на Нашем веб-сайте [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) или будет отправлен Вам по запросу по почте.

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

На эту льготу не распространяются Доплаты или Личное участие, если она предоставляется согласно общим указаниям, подтвержденным HRSA, а также наименованиям или услугам с рейтингом «А» или «В» USPSTF.

- Б. Вакцинация взрослых.** Мы обеспечиваем покрытие вакцинации для взрослых согласно рекомендациям ACIP. На эту льготу не распространяются Доплаты или Личное участие, если она предоставляется согласно рекомендациям ACIP.
- В. Осмотры в женской консультации.** Мы покрываем осмотры в женской консультации, которые включают плановый осмотр у гинеколога, осмотр молочных желез и ежегодный скрининг на рак шейки матки, включая лабораторные и диагностические услуги, связанные с изучением результатов скрининга на рак шейки матки. Также Мы покрываем профилактическое лечение и скрининги согласно описаниям в общих указаниях, подтвержденных HRSA, а также наименования или услуги с рейтингом «А» или «В» USPSTF. Весь перечень Покрываемых профилактических услуг имеется на Нашем веб-сайте [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) или будет отправлен Вам по запросу по почте. На эту льготу не распространяются Доплаты или Личное участие, если она предоставляется согласно общим указаниям, подтвержденным HRSA, а также наименованиям или услугам с рейтингом «А» или «В» USPSTF, которые могут иметь место реже, чем описано выше.
- Г. Маммограммы, скрининг и диагностические обследования на предмет рака молочной железы.** Мы предоставляем страховое покрытие маммографий, проводимых путем томосинтеза груди (т. е. трехмерные маммографии) для скрининга на рак молочной железы, следующим образом:
- 1 (одна) процедура маммограммы во время исходного скрининга для женщин в возрасте от 35 до 39 лет;
  - 1 (одна) процедура маммограммы раз в год для женщин в возрасте 40 лет и старше.

Если у Участника в любом возрасте в истории болезни был рак молочной железы или у родственниц первой степени родства был рак молочной железы, Мы покрываем маммографии по рекомендации Поставщика Участника. Однако ни при каких обстоятельствах Мы не покрываем более 1 (одного) профилактического скрининга в течение Года плана.

На маммографии в качестве скрининга рака молочной железы не распространяются Доплаты или Личное участие, если они предоставляются Поставщиком, участвующим в плане.

Мы также обеспечиваем покрытие дополнительных скрининговых или диагностических обследований, в том числе диагностических маммографий, ультразвукового обследования и МРТ в целях обнаружения рака молочной железы. На скрининговые и диагностические обследования на предмет рака молочной железы, включая диагностические маммографии, ультразвуковое исследование молочной железы и МРТ, не распространяются Доплаты, Франшизы или Личное участие, если они предоставляются Поставщиком, участвующим в плане.

---

**Д. Планирование семьи и услуги по репродуктивному здоровью.** Мы покрываем услуги по планированию семьи, включая контрацептивные методы, утвержденные FDA и выписанные Поставщиком, которые не покрываются в разделе «Страховое покрытие Рецептурных препаратов» в этом Договоре, образование пациентов, услуги консультирования по приему контрацептивов и связанные с ними темы, услуги по дальнейшему наблюдению, связанные с методами контрацепции, в том числе лечение побочных эффектов, консультирование по поводу продолжения соблюдения предписанного режима терапии, введение и удаление устройств, а также процедуры стерилизации для женщин. На такие услуги не распространяются Доплаты или Личное участие, если они предоставляются Поставщиком, участвующим в плане.

Кроме прочего, Мы покрываем процедуру вазэктомии, на которую распространяются Доплаты или Личное участие.

Мы не покрываем услуги, связанные с процедурами элективной дестерилизации.

**Е. Измерение или анализ минеральной плотности костной ткани.** Мы покрываем стоимость измерения или анализов минеральной плотности костной ткани, а также Рецептурные препараты и устройства, утвержденные FDA, или их непатентованные эквивалентные препараты в качестве заменителей. Страховое покрытие Рецептурных препаратов рассматривается в разделе «Страховое покрытие Рецептурных препаратов» данного Договора. Измерение или анализы минеральной плотности костной ткани или необходимые устройства включают наименования, которые покрываются федеральной программой Medicare или соответствуют критериям Национальных институтов здравоохранения (National Institutes of Health). Вы будете иметь право на страховое покрытие, если Вы соответствуете критериям федеральной программы Medicare или критериям Национальных институтов здравоохранения либо соответствуете любому из следующих пунктов:

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

Также Мы покрываем скрининг на остеопороз согласно описаниям в общих указаниях, подтвержденных HRSA, а также наименования или услуги с рейтингом «А» или «В» USPSTF.

На эту льготу не распространяются Доплаты или Личное участие, если она предоставляется Поставщиком, участвующим в плане, согласно общим указаниям, подтвержденным HRSA, а также наименованиям или услугам с рейтингом «А» или «В» USPSTF, куда могут не входить все вышеупомянутые услуги, как например, лекарственные препараты и медицинские устройства.

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

На эти льготы не распространяются Доплаты, Франшизы или Личное участие, если они предоставляются Поставщиком, участвующим в плане.

**3. Услуги по программе National Diabetes Prevention Program (NDPP).** Мы покрываем услуги по профилактике сахарного диабета, предоставляемые признанными Центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC) программами для лиц в группе риска развития сахарного диабета 2-го типа. Эта льгота покрывает стоимость 22 групповых тренингов на протяжении 12 месяцев. Вы можете иметь право на услуги по программе NDPP, если у Вас есть рекомендация врача или другого лицензированного специалиста, Вам не менее 18 лет, Вы не беременны в настоящее время, имеете избыточный вес и ранее у Вас не был диагностирован сахарный диабет 1-го или 2-го типа И Вы соответствуете одному из следующих критериев:

- В прошлом году Вы получили результат анализа крови, который указывает на нарушения у Вас метаболизма, предшествующие диабету.
- Вам ранее был поставлен диагноз «гестационный диабет».
- Вы получили оценку 5 или выше по результатам оценки риска нарушений метаболизма, предшествующих диабету, согласно CDC/American Diabetes Association (ADA).

---

## Раздел VII

### Скорая помощь и Услуги экстренной медицинской помощи до госпитализации

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

#### **А. Транспортировка в скорой помощи**

##### **1. Услуги экстренной медицинской помощи до госпитализации**

Мы покрываем Услуги экстренной медицинской помощи до госпитализации по всему миру для лечения Экстренного состояния в случае, когда такие услуги предоставляются скорой помощью.

«Услуги экстренной медицинской помощи до госпитализации» – это быстрая оценка и лечение Экстренного состояния и/или невоздушная транспортировка в Больницу. Услуги должны предоставляться скорой помощью, сертифицированной согласно Закону об общественном здравоохранении штата Нью-Йорк. Однако Мы только покрываем транспортировку в Больницу, выполненную такой службой скорой помощи, отсутствие которой с точки зрения здравомыслящего неспециалиста, который владеет общими понятиями в сфере медицины и здравоохранения, может:

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

Скорая помощь должна оказать Вам помощь, и она не может выставлять Вам счет и требовать возмещения расходов за Услуги экстренной медицинской помощи до госпитализации за исключением взыскания применимых в таких случаях Доплат или Личного участия. При отсутствии согласованных ставок Мы будем уплачивать Поставщику, не участвующему в плане, стандартную плату за Услуги экстренной медицинской помощи до госпитализации, размер которой должен быть обоснованным и не превышать установленные ставки. Обычная и традиционная

плата за Услуги экстренной медицинской помощи до госпитализации является наименьшей из сумм согласно FAIR Health для 80-го перцентиля или выставленного Поставщиком счета.

### 2. Транспортировка в скорой помощи при экстренных случаях

Кроме Услуг экстренной помощи до госпитализации Мы также покрываем транспортировку в скорой помощи, осуществляемую по всему миру лицензированной скорой помощью (наземной, водной или воздушной) в ближайшую Больницу, где могут быть предоставлены Услуги экстренной помощи. Такое страховое покрытие охватывает транспортировку в скорой помощи в Больницу, если в Учреждении, куда первоначально был направлен больной, не имеется необходимых ресурсов для надлежащего лечения Экстренного состояния.

### Б. Транспортировка в скорой помощи при неэкстренных случаях

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

- из Больницы, не участвующей в плане, в участвующую;
- в Больницу, которая предоставляет более высокий уровень лечения, который был недоступен в первоначально выбранной Больнице;
- в более рентабельное Учреждение интенсивной терапии;
- из Учреждения интенсивной терапии в условия субинтенсивной терапии.

### В. Ограничения/условия страхового покрытия

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



---

## Раздел VIII

### Услуги экстренной помощи и Неотложная медицинская помощь

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

#### **А. Услуги экстренной помощи**

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

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

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

Например, Экстренное состояние может включать, помимо прочего, следующие симптомы:

- сильная боль в груди;
- тяжелые или множественные травмы;
- сильная одышка;
- неожиданное изменение психического состояния (например, дезориентация);
- тяжелое кровотечение;
- острая боль или состояния, которые требуют немедленного внимания, например, подозрение на сердечный приступ или аппендицит;
- отравление;
- судороги.

Покрытие Услуг экстренной помощи для лечения Вашего Экстренного состояния предоставляется независимо от того, участвует ли Поставщик в плане. Мы также покрываем Услуги экстренной помощи для лечения Вашего Экстренного состояния по всему миру. Однако Мы покрываем только такие Услуги экстренной помощи и изделия, которые Необходимы по медицинским показаниям и применяются для лечения или стабилизации Вашего Экстренного состояния в Больнице.

Следуйте указаниям, приведенным далее, независимо от того, находитесь ли Вы в Нашей Зоне обслуживания во время наступления Экстренного состояния:

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

**Мы не покрываем последующее наблюдение или плановое лечение, если они были предоставлены в отделении скорой помощи Больницы.** Вам следует связаться с Нами, чтобы быть уверенным в том, что Вы получаете надлежащее последующее наблюдение.

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

Мы покрываем услуги Стационара после оказания Услуг отделения скорой помощи в Больнице, не участвующей в плане, в рамках внутрисетевого Участия в издержках. Если состояние Вашего здоровья позволяет Вам переместиться в Больницу, участвующую в плане, Мы сообщим Вам об этом и поможем организовать перевозку.

3. **Оплата оказанных Услуг экстренной помощи.** Мы выплатим Поставщику, участвующему в плане, сумму, согласованную с ним за Услуги экстренной помощи.

Мы выплатим Поставщику, не участвующему в плане, сумму, которую Мы сочтем обоснованной за Услуги экстренной помощи. Однако сумма, которую Мы сочтем обоснованной, не будет превышать стоимость услуг Поставщика, не участвующего в плане.

Вы должны оплатить любое внутрисетевое Участие в издержках. Вы не будете нести материальную ответственность за какие-либо расходы Поставщика, не участвующего в плане, которые превышают Ваше внутрисетевое Участие в

---

издержках. Поставщик, не участвующий в плане, может выставить Вам счет только на оплату Вашего внутрисетевого Участия в издержках. Если Вы получили счет от Поставщика, не участвующего в плане, сумма которого превышает размер Вашего внутрисетевого Участия в издержках, Вам следует связаться с Нами.

## **Б. Неотложная медицинская помощь**

Неотложная медицинская помощь — это медицинская помощь при заболевании, травме или состоянии, настолько серьезном, что здравомыслящий человек немедленно обратился бы за помощью, но не настолько тяжелом, чтобы такое состояние требовало оказания Услуг отделения скорой помощи. Услуги Центров оказания неотложной медицинской помощи, как правило, доступны после окончания рабочего дня, включая вечернее время и выходные. Если медицинское обслуживание требуется в нерабочее время, в том числе вечером, в выходные или праздничные дни, Вы можете выбрать один из имеющихся вариантов. Вы можете связаться со своим Поставщиком по телефону для получения инструкций или посетить Центр оказания неотложной медицинской помощи. Если Вы находитесь в Экстренном состоянии, немедленно обратитесь за помощью в ближайшую Больницу или позвоните по телефону **911**. Неотложная медицинская помощь в Центре оказания неотложной медицинской помощи Покрывается как в, так и вне Нашей Зоны обслуживания.

1. **Внутрисетевая помощь.** Мы покрываем Неотложную медицинскую помощь, оказанную Врачом, участвующим в плане, или Центром оказания неотложной медицинской помощи, участвующим в плане. Нет необходимости связываться с Нами до или после такого визита.
2. **Внесетевая помощь.** Мы покрываем Неотложную медицинскую помощь, оказанную Центром оказания неотложной медицинской помощи, не участвующим в плане.

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

## **Раздел IX**

### **Амбулаторные и профессиональные услуги (кроме психиатрии и зависимости от психоактивных веществ)**

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

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

### **А. Расширенные услуги визуализации**

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

### **Б. Тестирование на аллергию и лечение**

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

### **В. Услуги Амбулаторного хирургического центра**

Мы покрываем хирургические процедуры, выполняемые в Амбулаторных хирургических центрах, включая услуги и изделия, которые предоставляет центр в день проведения хирургической процедуры.

### **Г. Химиотерапия и иммунотерапия**

Мы покрываем лечение с помощью химиотерапии и иммунотерапии в амбулаторном учреждении или кабинете Медицинского работника. Лечение с помощью химиотерапии и иммунотерапии можно проводить посредством инъекции или инфузии. Пероральный прием противораковых препаратов покрывается согласно разделу «Страховое покрытие Рецептурных препаратов» в данном Договоре.

### **Д. Хиропрактика**

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

### **Е. Клинические исследования**

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

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

---

Все остальные клинические исследования, которые не касаются рака или других заболеваний или состояний, представляющих угрозу для жизни, могут подлежать условиям разделов «Проверка использования» и «Независимая апелляция» настоящего Договора.

Мы не покрываем: расходы на исследуемые препараты или устройства, расходы на услуги, не относящиеся к здравоохранению, которые могут быть необходимы Вам для получения лечения, расходы на управление научными исследованиями или расходы, на которые не распространялось бы страховое покрытие в рамках данного Договора на участие в отношении неэкспериментального лечения, предоставляемого в рамках клинического исследования.

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

- спонсируется или утверждено на федеральном уровне;
- проводится по заявке на проведение клинического исследования препарата, рассмотренного Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств;
- исследование нового препарата, которое освобождено от необходимости подавать заявку на регистрацию нового исследуемого препарата.

## **Ж. Диализ**

Мы покрываем процедуры диализа при Острых или хронических заболеваниях почек.

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

- Поставщик, не участвующий в плане, имеет соответствующую лицензию и разрешение для предоставления такого лечения.
- Поставщик, не участвующий в плане, находится вне Нашей Зоны обслуживания.
- Поставщик, участвующий в плане, который занимается Вашим лечением, выдал письменное предписание, в котором указано, что Вы нуждаетесь в проведении диализа Поставщиком, не участвующем в плане.
- Вы сообщаете Нам в письменной форме как минимум за 30 дней до дат (-ы) проведения лечения и прикладываете письменное предписание, о котором идет речь выше. Период подачи уведомления за 30 дней может быть сокращен в случае, если Вам необходимо неожиданно совершить поездку по семейным обстоятельствам или другим экстренным ситуациям, при условии, что у Нас есть разумная возможность рассмотреть Ваш план поездки и лечения.
- Мы имеем право дать Предварительное разрешение на лечение диализом и его схему.

- Мы не предоставляем льготы на проведение свыше 10 процедур диализа в течение календарного года, предоставленных Поставщиком, не участвующим в плане.
- Льготы на услуги Поставщика, не участвующего в плане, предоставляются при удовлетворения вышеизложенных условий. Такие льготы подлежат соответствующему Участию в издержках, применимых к процедурам диализа, которые предоставляются Поставщиком, участвующим в плане. Однако Вы также несете ответственность за оплату разницы стоимости, которую должны были бы покрыть Мы, если бы услуга была предоставлена Поставщиком, участвующим в плане, а также за расходы Поставщика, не участвующего в плане.

### **3. Услуги по восстановлению**

Мы покрываем Услуги по восстановлению, включая физиотерапию, логопедию и трудовую терапию в амбулаторном отделении Учреждения или в кабинете Медицинского работника. План покрывает не более 20 визитов для лечения одного заболевания в течение одного Года плана.

### **И. Лечение на дому**

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

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

Услуги на дому ограничиваются не более чем 40 визитами в течение одного Года плана. Каждый такой визит сотрудника Агентства по медицинскому обслуживанию на дому рассматривается как 1 (один) визит. Каждый визит санитаря на дому, который длится до 4 (четырёх) часов, рассматривается как 1 (один) визит. Любые Услуги по реабилитации или Услуги по восстановлению, оказываемые в рамках этой льготы, не

---

уменьшают объем услуг, доступных согласно льготам на Услуги по реабилитации или Услуги по восстановлению.

## **К. Лечение бесплодия**

Мы покрываем услуги диагностики и лечения (хирургического и медикаментозного) бесплодия. «Бесплодие» — это заболевание или состояние, характеризующееся как неспособность оплодотворить другого человека или забеременеть, определяемое как невозможность достичь клинической беременности через 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции или терапевтического донорского оплодотворения или через 6 (шесть) месяцев регулярной половой жизни без контрацепции или терапевтического донорского оплодотворения для женщин в возрасте 35 лет и старше. На основании истории болезни или физических показателей Участника могут быть гарантированы предварительная оценка и лечение. Такое страховое покрытие доступно в следующих формах:

- 1. Базовые услуги по лечению бесплодия.** Базовые услуги по лечению бесплодия предоставляются Участнику, который является подходящим кандидатом для лечения бесплодия. Для того чтобы установить право на такое лечение, Мы руководствуемся указаниями Американского общества акушеров-гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists), Американского сообщества репродуктивной медицины (American Society for Reproductive Medicine) и штата Нью-Йорк.

Базовые услуги по лечению бесплодия:

- первоначальная оценка ситуации;
- спермограмма;
- лабораторные анализы;
- оценка овуляционной функции;
- посткоитальный тест;
- биопсия эндометрия;
- ультразвуковое исследование органов таза;
- гистеросальпингограмма;
- соногистерограмма;
- биопсия яичек;
- анализы крови;
- лечение нарушения овуляции по медицинской необходимости.

Дополнительные анализы могут покрываться в том случае, если они считаются Необходимыми по медицинским показаниям.

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

Комплексные услуги по лечению бесплодия:

- стимулирование овуляции и ее наблюдение;
- ультразвуковое исследование органов таза;
- искусственное оплодотворение;
- гистероскопия;
- лапароскопия;
- лапаротомия.

3. **Услуги по сохранению фертильности.** Мы покрываем стандартные услуги по сохранению фертильности, если лечение прямо или косвенно приводит к ятрогенному бесплодию. Стандартные услуги по сохранению фертильности – сбор, сохранение и хранение яйцеклеток, сперматозоидов или эмбрионов. «Ятрогенное бесплодие» означает нарушение фертильности, наступившее в результате хирургического вмешательства, облучения, химиотерапии или другого лечения, оказавшего влияние на репродуктивные органы или процессы.

4. **Исключения и ограничения.** Мы не покрываем:

- экстракорпоральное оплодотворение;
- перенос гаметы или зиготы в маточную трубу;
- расходы, связанные с донором яйцеклетки или спермы, включая медицинские расходы донора;
- стоимость криоконсервирования и хранения спермы и яйцеклеток, за исключением случаев, когда их хранение является услугой по сохранению фертильности;
- криоконсервацию и хранение эмбрионов;
- наборы для определения овуляции;
- обратную операцию по восстановлению после перевязки маточных труб;
- обратную операцию по восстановлению после вазэктомии;
- расходы на суррогатное материнство и связанные с ним расходы, которые иначе не являются Покрываемыми услугами по настоящему Договору;
- клонирование;
- экспериментальные или проходящие исследования медицинские или хирургические процедуры, за исключением случаев, когда Наш отказ отменен Независимым апелляционным органом.

Все услуги должны предоставляться Поставщиками, квалифицированными для предоставления таких услуг согласно основным рекомендациям, установленным и



---

принятым Американским сообществом репродуктивной медицины (American Society for Reproductive Medicine). При определении размера покрытия по данной льготе Мы не допускаем какой-либо дискриминации на основании ожидаемой продолжительности Вашей жизни, имеющейся или прогнозируемой инвалидности, степени медицинской зависимости, предполагаемого качества жизни, других аспектов здоровья или на основе личных характеристик, включая возраст, пол, сексуальную ориентацию, семейное положение или гендерную идентичность.

#### **Л. Инфузионная терапия**

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

#### **М. Прерывание беременности**

Мы покрываем терапевтический аборт, в том числе аборт в случае изнасилования, инцеста или пороков у плода (т. е. по медицинским показаниям). Мы покрываем elective аборт 1 (один) раз в течение Года плана.

#### **Н. Лабораторные процедуры, диагностическое тестирование и услуги рентгенографии**

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

#### **О. Материнство и уход за новорожденным**

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

## **Договор Участника плана New York Essential Plan 4**

---

Мы покрываем стоимость поддержки грудного вскармливания, консультирования и расходных материалов, в том числе аренды или покупки 1 (одного) молокоотсоса в течение 1 (одного) календарного года на одну беременность в течение периода кормления грудью, приобретенного у Поставщика, участвующего в плане, или уполномоченного продавца.

### **П. Визиты в кабинет врача**

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

### **Р. Амбулаторные услуги медицинского учреждения**

Мы покрываем медицинские услуги и расходные материалы, описанные в разделе «Стационарное обслуживание» данного Договора, которые могут быть предоставлены Вам в ходе лечения в амбулаторном Учреждении. Например, Покрываемые услуги включают, помимо прочего, ингаляционную терапию, легочную реабилитацию, инфузионную терапию и сердечно-сосудистую реабилитацию. За исключением случаев, когда Вы проходите обследования, необходимые для Госпитализации, Больницы не являются Поставщиками, участвующими в плане, для амбулаторных лабораторных процедур и анализов.

### **С. Обследования, необходимые для Госпитализации**

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

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

### **Т. Рецептурные препараты для применения в кабинете Врача и амбулаторном Учреждении**

Мы покрываем Рецептурные препараты (включая самоинъекционные), которые использует Ваш Поставщик в своем кабинете в профилактических или лечебных целях. Данная льгота применяется тогда, когда Ваш Поставщик заказывает Рецептурный препарат и самостоятельно вводит его Вам. Если Рецептурные препараты покрываются в рамках этой льготы, они не будут покрываться условиями раздела «Страховое покрытие Рецептурных препаратов» данного Договора.

---

## **У. Услуги по реабилитации**

Мы покрываем Услуги по реабилитации, включая физиотерапию, логопедию и трудовую терапию

## **Ф. Мнение второго врача**

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

## **Х. Услуги хирургии**

Мы покрываем услуги Врача по выполнению хирургических процедур, включая оперирование и разрезание для лечения болезней и травм, закрытых репозиций переломов и смещений костей, эндоскопии, надрезов или пункций кожи в стационаре или амбулатории, включая услуги хирурга или Специалиста, ассистента (включая

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

ассистента Врача или практикующей медсестры), а также медсестры или врача-анестезиолога вместе с до- и послеоперационным лечением. Льготы не распространяются на услуги анестезии, которые предоставляются как часть хирургического вмешательства, если оно проводится хирургом или его ассистентом.

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

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

### Ц. Хирургия ротовой полости

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

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

---

#### **Ч. Реконструктивная хирургия молочных желез**

Мы покрываем реконструктивную хирургию молочных желез после мастэктомии или частичной мастэктомии. Страховое покрытие охватывает: все этапы реконструктивной хирургии молочных желез после полной или частичной мастэктомии; хирургию и реконструкцию второй молочной железы для достижения эффекта симметричного вида; устранение физических осложнений после полной или частичной мастэктомии, включая лимфедемы, таким способом, который Вы и Ваш Врач посчитаете адекватным. Также Мы покрываем имплантацию грудных протезов после мастэктомии и частичной мастэктомии.

#### **Ш. Другие виды реконструктивной и восстановительной хирургии**

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

- Они выполняются для коррекции врожденного порока застрахованного Ребенка, которые привели к функциональному дефекту.
- Они связаны с или возникли в результате хирургического вмешательства, необходимого из-за травмы, инфекции или заболевания пораженной части тела.
- Нужны в силу иной медицинской необходимости.

#### **Щ. Пересадка органов**

Мы покрываем пересадку органов только в случае, когда она не экспериментальная и не касается клинического исследования. Покрываемые пересадки включают, помимо прочего: почки, роговицу, печень, сердце, поджелудочную железу и легкие, а также костный мозг по показаниям апластической анемии, лейкемии, тяжелого комбинированного иммунодефицита и синдрома Вискотта – Олдрича.

**Все обследования при трансплантации органов и проведение трансплантации органов должны быть назначены Вашим Специалистом (-ами). Кроме того, все процедуры трансплантации должны выполняться в больницах, которые Мы специально уполномочили и которым присвоили статус Центров передового опыта для выполнения этих процедур.**

Мы покрываем больничные и медицинские расходы, включая стоимость поиска донора для Участника-реципиента. Мы покрываем услуги пересадки, необходимые Вам, если Вы выступаете в роли донора органов, но только в случае, если реципиент также покрыт Нашим планом. Мы не покрываем медицинские расходы незастрахованного лица, который выступает в качестве донора для Вас, в случае, если расходы такого лица покрывает другой план или программа страхования здоровья.

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

## Раздел X

### Дополнительные льготы, оборудование и устройства

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

#### **А. Медицинское оборудование для больных диабетом, расходные материалы и обучение по самостоятельному медицинскому уходу**

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

##### **1. Оборудование и изделия**

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

- Индикаторная тест-полоска на ацетон
- Таблетки реагента на ацетон
- Спирт и перекись водорода, отпускаемые в расфасовке по 1 пинте
- Спиртовые салфетки
- Инсулиновые препараты
- Набор для автоматического забора крови из пальца
- Картриджи для лиц с дефектами зрения
- Системы управления данными по диабету
- Одноразовые инсулиновые картриджи и шприц-ручки
- Приборы для набора инсулина для лиц с дефектами зрения
- Оснащение для использования инсулинового насоса
- Инъекционный глюкагон для повышения уровня концентрации глюкозы в крови
- Индикаторная тест-полоска для глюкозы и ацетона
- Набор для измерения уровня глюкозы в крови
- Устройство для наблюдения за уровнем глюкозы в крови со специальными возможностями или без них для средств контроля при нарушениях зрения и тест-полоски для бытового устройства для наблюдения за уровнем глюкозы в крови

- 
- Тесты или индикаторные тест-полоски для измерения уровня глюкозы в крови
  - Вспомогательные приспособления для инъекций
  - Автоматический инжектор (Busher)
  - Инсулин
  - Подача инсулинового картриджа
  - Устройства для вливания инсулина
  - Инсулиновый насос
  - Скарификаторы
  - Средства для перорального приема, такие как таблетки глюкозы и гели
  - Средства для перорального приема от диабета, применяемые для снижения уровня сахара, содержащегося в крови
  - Шприц с иглой; стерильная упаковка, 1 куб. см
  - Средства для анализа мочи на глюкозу и кетоны
  - Дополнительные средства, которые могут быть назначены Уполномоченным по вопросам здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Commissioner of Health) согласно нормативам по лечению диабета

Оборудование и изделия для лечения диабета покрываются только в случае их происхождения от выбранного производителя оборудования или изделий для диабетиков, который подписал с Нами договор на предоставление всего оборудования или изделий, необходимых согласно законодательству для Участников, которые будут распространяться через аптеки, участвующие в плане. Если Вам необходимо конкретное наименование, недоступное у Нашего производителя устройств или расходных материалов для диабетиков, Вы или Ваш Поставщик должны подать запрос по медицинскому исключению, позвонив по телефону **1-866-265-1893**. Наш главный врач принимает все решения по исключениям. Покупка в аптеке оборудования и изделий для диабетиков ограничивается запасом на 30 дней, максимум до 90 дней.

## **2. Обучение по самостоятельному уходу**

Обучение по самостоятельному уходу для больных диабетом разработано для обучения больных диабетом для соответствующего самостоятельного ухода и лечения диабета, включая информацию и правильное питание. Мы покрываем обучение по самостоятельному уходу и правильному питанию при первой постановке диагноза диабета; при врачебном диагнозе значительного изменения Ваших симптомов или состояния, которое требует внесения изменения в Ваше обучение по самостоятельному лечению; или в случае необходимости «освежить» информацию. Обучение проводится следующим образом:

- Врачом, другим Поставщиком медицинских услуг, у которого есть разрешение согласно разделу 8 Закона об образовании штата Нью-Йорк, или их персоналом во время визита в их кабинет;

- При направлении Вашего Врача или другого Поставщика медицинских услуг, который имеет право согласно разделу 8 Закона об образовании штата Нью-Йорк направить Вас к следующему не врачебному медицинскому персоналу: сертифицированная медсестра, обучающая лечению при диабете; сертифицированный диетолог; дипломированные диетологи для групповой работы, когда это удобно;
- Обучение также предоставляется у Вас на дому в случаях Необходимости по медицинским показаниям.

### 3. Ограничения

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

## Б. Медицинское оборудование длительного пользования и скобы

Мы покрываем аренду или покупку Медицинского оборудования длительного пользования и скоб.

### 1. Медицинское оборудование длительного пользования

Медицинское оборудование длительного пользования — это оборудование, которое:

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

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

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



---

## 2. Корсеты

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

## В. Слуховые аппараты

### 1. Внешние слуховые аппараты

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

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

### 2. Кохлеарные имплантаты

Мы покрываем слуховые аппараты с костной фиксацией (т. е. кохлеарные имплантаты), если они необходимы для устранения нарушений слуха. Примерами слуховых аппаратов с костной фиксацией, Необходимых по медицинским показаниям, являются:

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

Страховое покрытие распространяется на 1 (один) такой слуховой аппарат на каждое ухо в течение всего периода действия этого Договора. Мы предоставляем страховое покрытие ремонта и/или замены слухового аппарата с костной фиксацией только в случае его неисправности.

### **Г. Хоспис**

Уход в хосписе доступен, если Ваш лечащий Врач установил, что Вам осталось жить 6 (шесть) месяцев или меньше. Мы покрываем стационарный уход в хосписе при Больнице или хосписе, а также уход на дому и амбулаторные услуги, предоставляемые хосписом, включая лекарственные препараты и медицинские изделия. Страховое покрытие распространяется на 210 дней ухода в хосписе. Кроме этого, Мы покрываем 5 (пять) визитов поддерживающего лечения и ориентации, чтобы помочь Вам и ближайшим членам Вашей семьи справиться с эмоциональными и социальными проблемами, возникшими в связи с Вашей смертью, до и после нее.

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

### **Д. Медицинские изделия**

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

### **Е. Протезы**

#### **1. Внешние протезные устройства**

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

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

---

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

Страховое покрытие не распространяется на стельки для обуви.

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

Страховое покрытие распространяется только на стандартное оборудование.

Страховое покрытие распространяется на 1 (одно) протезное устройство для конечности в течение срока действия страхового покрытия. Кроме этого, Мы покрываем стоимость ремонта и замены протезного устройства и его деталей.

Мы не покрываем стоимость ремонта или замены, покрываемых гарантией, или в случае использования Вами не по назначению или злоупотребления устройством.

## **2. Внутренние протезные устройства**

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

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

Страховое покрытие распространяется только на стандартное оборудование.

## Раздел XI

### Стационарное обслуживание

#### (кроме психиатрии и зависимости от психоактивных веществ)

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

#### **А. Больничные услуги**

Мы покрываем стационарные Больничные услуги по Интенсивной терапии или лечению, прописанное или назначенное Медицинским работником, в случае травмы или заболевания, которые в силу степени тяжести подлежат лечению в стационаре:

- двухместная палата и питание;
- общий, специальный и интенсивный сестринский уход;
- еда и специальное питание;
- использование операционных, восстановительных и цистоскопических кабинетов и оборудования;
- использование отделений и оборудования для интенсивной терапии, специализированного лечения или кардиологической помощи;
- диагностические и терапевтические изделия, такие как лекарственные препараты, медикаменты, сыворотки, биопрепараты и вакцины, внутривенные препараты и красители для визуализации и их введение, но исключая изделия, которые не доступны в продаже, но доступны для Больницы;
- повязки и гипс;
- расходные материалы и использование оборудования для подачи кислорода, анестезии, физиотерапии, химиотерапии, электрокардиографии, электроэнцефалографии, рентгенологических исследований и лучевой терапии, лабораторных и патологических исследований;
- кровь и ее препараты, за исключением тех ситуаций, когда Вы получаете возможность участвовать в программе добровольного донорства;
- лучевая терапия, ингаляционная терапия, химиотерапия, пульмонологическая реабилитация, инфузионная терапия и кардиореабилитация;
- краткосрочная физиотерапия, логопедия и трудовая терапии;

- 
- любые дополнительные медицинские услуги и расходные материалы, которые предоставляются, пока Вы официально являетесь лежачим больным, и за которые выставляет счет Больница.

Требования по Участию в издержках в разделе «Перечень льгот» данного Договора применяются в случае продолжительной госпитализации в Больнице (т. е. пребывание в стационарном отделении Больницы на протяжении определенного количества последовательных дней), когда выписка и повторная госпитализация происходят по той же причине или сопутствующей причине в течение периода не более 90 дней.

### **Б. Услуги по наблюдению**

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

### **В. Медицинские услуги в стационаре**

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

### **Г. Стационар при ведении беременности и родов**

Мы покрываем ведение беременности и родов в стационаре Больницы для матери и уход за новорожденным в стационаре Больницы в течение как минимум 48 часов после нормальных родов и как минимум в течение 96 часов после родов путем кесарева сечения, независимо от медицинской необходимости такого ухода. Предоставляемый уход включает обучение родителей, помощь и подготовку грудного и искусственного вскармливания, проведение любых необходимых и важных осмотров матери и новорожденного. Кроме этого, Мы покрываем дополнительные дни такого ухода, которые Мы считаем Необходимыми по медицинским показаниям. В случае если мать посчитает необходимым покинуть Больницу и попросит осуществить визит на дому до истечения 48- или 96-часового минимального периода страхового покрытия, то Мы покроем такой визит на дому. Визит ухода на дому будет предоставлен в течение 24 часов после выписки матери или в момент просьбы матери, в зависимости от того, что наступает позднее. Наше страховое покрытие такого визита на дом дополняет визиты ухода на дому согласно Договору и не подлежит никакому Участию в издержках в разделе «Перечень льгот» настоящего Договора, которое применяется к льготам ухода на дому.

Мы также покрываем стационарное использование пастеризованного донорского грудного молока, в том числе смесей, Необходимых по медицинским показаниям, если Медицинским работником было выдано соответствующее распоряжение в отношении

младенца, который по медицинским причинам или физически не может получать материнское грудное молоко, участвовать в грудном вскармливании или чья мать по медицинским причинам или физически не способна вырабатывать материнское грудное молоко (вообще или в достаточном количестве) или участвовать в грудном вскармливании, несмотря на поддержку лактации. Зарегистрированный вес такого ребенка при рождении не должен превышать одной тысячи пятисот граммов, либо он должен иметь врожденное или приобретенное состояние, которое создает высокий риск развития некротизирующего энтероколита.

### **Д. Стационарное лечение при мастэктомии**

Мы покрываем стационарные услуги для Участников, которым проводится иссечение лимфатических узлов, удаление опухоли молочной железы, полная или частичная мастэктомия для лечения рака молочной железы и любых соматических осложнений, возникших после мастэктомии, включая лимфедему, в течение периода времени, который Вы и Ваш лечащий Врач считаете адекватным с медицинской точки зрения.

### **Е. Услуги хранения собственной крови**

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

### **Ж. Услуги по восстановлению**

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

### **З. Услуги по реабилитации**

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

Мы покрываем логопедию и физиотерапию только в случае, если:

1. Такая терапия связана с лечением или диагностированием Вашего заболевания или травмы.
2. Терапия назначена Врачом.
3. Вас госпитализировали или прооперировали из-за такого заболевания или травмы.

Оказание Покрываемых Услуг по реабилитации должно начаться в течение 6 (шести) месяцев после:

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

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

Мы покрываем услуги, предоставляемые Лечебным учреждением, оказывающим квалифицированный сестринский уход за больными, включая уход и лечение в двухместных палатах, как было описано ранее в «Больничных услугах». Повседневный, домашний и относящийся к периоду выздоровления уход не покрывается этим страховым планом (см. раздел «Исключения и ограничения» данного Договора). Прием в такое Лечебное учреждение, оказывающее квалифицированный сестринский уход за больными, должен опираться на лечебный план, подготовленный Вашим Поставщиком и утвержденный Нами. Мы покрываем до 200 дней нахождения не под повседневным уходом в течение Года плана.

## **К. Уход за больным в конце жизни**

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

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

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

### **Л. Ограничения/условия страхового покрытия**

1. Пока Вы получаете лечение в стационаре Учреждения, Мы не покрываем дополнительные расходы на специальных медсестер, расходы на отдельные палаты (за исключением Необходимости по медицинским показаниям) или лекарственные препараты и изделия, которые Вы забираете домой из Учреждения. Если Вы располагаетесь в отдельной палате, но при этом в ней нет Необходимости по медицинским показаниям, страховое покрытие будет обеспечивать максимальную стоимость двухместной палаты в Учреждении. Вам придется оплатить разницу между стоимостью таких палат.
2. Мы не покрываем расходы на радио, телефон и телевизор, а также косметические и парикмахерские услуги.
3. Мы не покрываем никакие расходы после наступления того дня, когда Мы сообщаем Вам об отсутствии Необходимости по медицинским показаниям получения стационарного лечения, за исключением случаев, когда Наш отказ отменяется Независимым апелляционным органом.



---

## Раздел XII

### Услуги в области психиатрии и лечения зависимостей от психоактивных веществ

Ознакомьтесь с разделом «Перечень льгот» настоящего Договора в отношении условий Участия в издержках, с ограничениями на день или посещение и любыми требованиями к Предварительному разрешению или Направлению, которые применяются к этим льготам, которые не являются более ограничительными, чем те, которые применяются к медицинским и хирургическим льготам в соответствии с Федеральным законом о равноправии в отношении психического здоровья и зависимости от психотропных веществ 2008 г. (Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008).

#### **А. Услуги лечения психических расстройств**

Мы покрываем следующие психиатрические услуги по лечению психических расстройств. В целях данной льготы, согласно определению Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), «психическое расстройство» означает любое расстройство психического здоровья.

- 1. Стационарное обслуживание.** Мы покрываем стационарное предоставление услуг в области психиатрии, связанных с диагностикой и лечением психических расстройств, сравнимых с другим больничным, медицинским и хирургическим покрытиями, которые предоставляются в данном Договоре. Покрытие стационарных услуг в области психиатрии ограничивается Учреждениями, перечисленными в разделе 1.03(10) Закона о психогигиене штата Нью-Йорк, например:
  - Психиатрический центр или Учреждение по стационарному лечению в юрисдикции Управления по психическому здоровью штата Нью-Йорк (New York State Office of Mental Health);
  - Психиатрическое Учреждение по стационарному лечению, подчиненное государственному или местному управлению;
  - Часть Больницы, которая предоставляет услуги по стационарному лечению в области психиатрии согласно действующему сертификату, выданному Комиссаром по психическому здоровью штата Нью-Йорк (New York State Commissioner of Mental Health);
  - Всеобъемлющая программа по экстренным психиатрическим ситуациям или другое Учреждение, которое предоставляет стационарное лечение для психиатрических пациентов, у которого есть действующий сертификат, выданный Комиссаром по психическому здоровью штата Нью-Йорк; а также аналогичное лицензированное или сертифицированное учреждение в других штатах. При

отсутствии лицензированного или сертифицированного аналогичным образом Учреждения Учреждение должно быть аккредитовано Совместной комиссией по аккредитации организаций здравоохранения (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) или национальной аккредитационной организацией, признанной Нами.

Мы также покрываем стоимость стационарных услуг для психиатрических пациентов в связи с диагнозом и лечением психических расстройств в Учреждениях, которые предоставляют лечение с проживанием и питанием. Покрытие услуг лечения с проживанием ограничивается Учреждениями, перечисленными в разделе 1.03 Закона о психогигиене штата Нью-Йорк, лечебными учреждениями с проживанием, которые являются частью центра комплексного подхода к лечению расстройств пищевого поведения в соответствии со статьей 30 Закона о психогигиене штата Нью-Йорк; в других штатах такое страховое покрытие ограничивается Учреждениями, у которых есть лицензия или сертификат на предоставление лечения такого же уровня. При отсутствии лицензированного или сертифицированного Учреждения, предоставляющего аналогичный уровень обслуживания, Учреждение должно быть аккредитовано Совместной комиссией по аккредитации организаций здравоохранения или национальной аккредитационной организацией, признанной Нами.

- 2. Амбулаторные услуги.** Мы покрываем амбулаторные услуги по психиатрическому лечению, в том числе программу услуг по частичной госпитализации и программу интенсивных амбулаторных услуг, в связи с диагнозом и лечением психических расстройств. Мы покрываем до 20 посещений семейных консультаций в течение календарного года. Семейное консультирование включает посещения семейных консультаций с присутствием участника и без него. Покрытие амбулаторных услуг по психиатрическому лечению включает Учреждения, которые получили действующий сертификат согласно статье 31 Закона о психогигиене штата Нью-Йорк или находятся под управлением Ведомства психического здоровья штата Нью-Йорк, центры стабилизации кризисных состояний, получившие лицензию в соответствии с разделом 36.01 Закона о психогигиене штата Нью-Йорк, и Учреждения с аналогичной лицензией или сертификатами в других штатах; услуги, предоставляемые лицензированным психиатром или психологом; услуги лицензированного клинического социального работника, у которого есть как минимум 3-летний дополнительный опыт в психотерапии; лицензированной практикующей медсестры; лицензированного консультанта по психическому здоровью; лицензированного психотерапевта по вопросам брака и семьи; лицензированного психоаналитика или профессиональной корпорации или корпорации факультетской практики в университете. При отсутствии лицензированного или сертифицированного аналогичным образом Учреждения, Учреждение должно быть аккредитовано Совместной комиссией по аккредитации организаций здравоохранения или национальной аккредитационной организацией, признанной Нами. Амбулаторные услуги также включают консультирование по вопросам питания для лечения психических расстройств.

---

**3. Расстройство аутистического спектра.** Мы обеспечиваем страховое покрытие следующих услуг, когда такие услуги предписаны или показаны участвующим Врачом или психологом, имеющими лицензию, и когда они определены Нами как необходимые с медицинской точки зрения для скрининга, диагностики или лечения расстройства аутистического спектра. На момент предоставления услуги и в целях данной льготы, согласно определению Руководства по диагностике и статистике психических расстройств, «расстройство аутистического спектра» означает всеобъемлющее нарушение развития.

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

Страховое покрытие распространяется на ремонт, установку сменных деталей и регулирование таких устройств, что может быть необходимо в результате нормального износа или значительных изменений Вашего физического состояния. Мы не будем обеспечивать страховым покрытием ремонт и замену, необходимые по причине утери или повреждения, вызванных неправильным использованием, плохим обращением или хищением; тем не менее, Мы оплатим 1 (один) ремонт или замену по каждому виду устройств, если это окажется необходимым в связи с поведенческими проблемами. Страховое покрытие будет предоставляться в отношении устройства, наиболее подходящего для Вашего функционального уровня на тот момент времени. Мы не будем обеспечивать страховым покрытием доставку, плату за обслуживание или плановое обслуживание.

- iii. **Лечение расстройств поведения.** Мы в максимально возможной степени предоставляем страховое покрытие таких программ консультирования и лечения, которые необходимы для развития, поддержки или восстановления функционирования личности. Мы будем обеспечивать такое страховое покрытие при условии, что услуга будет предоставляться лицензированным Поставщиком. Мы покрываем прикладной анализ поведения при условии, что он предоставляется лицензированным или сертифицированным Медицинским работником по прикладному анализу поведения. «Прикладной анализ поведения» означает разработку, внедрение и оценку изменений окружающей среды, используя поведенческие стимулы и последствия, с целью добиться социально значимого улучшения человеческого поведения, в том числе с применением прямого наблюдения, измерения и функционального анализа взаимосвязи между окружающей средой и поведением.
- iv. **Психиатрическая и психологическая помощь.** Мы предоставляем страховое покрытие непосредственных или консультативных услуг, предоставляемых психиатром, психологом или лицензированным клиническим социальным работником с опытом, необходимым согласно Закону штата Нью-Йорк о страховании, и лицензированным в том штате, в котором они занимаются своей деятельностью.
- v. **Терапевтическое лечение.** Мы в максимально возможной степени предоставляем страховое покрытие терапевтических услуг, которые необходимы для развития, поддержки или восстановления функционирования личности, когда такие услуги предоставляются лицензированными или сертифицированными логопедами, терапевтами, эрготерапевтами, физиотерапевтами, социальными работниками для лечения расстройств аутистического спектра и в тех случаях, когда услуги, предоставляемые такими Поставщиками, иным образом охвачены страховым покрытием в рамках настоящего Договора. За исключением случаев, запрещенных законом, услуги, предоставляемые в рамках данного пункта, должны быть включены в любую максимальную сумму, применяемую к услугам таких терапевтов и социальных работников в соответствии с настоящим Договором.
- vi. **Фармацевтические услуги.** Мы предоставим страховое покрытие Рецептурных препаратов для лечения расстройств аутистического спектра, которые выписаны Поставщиком, юридически уполномоченным их выписывать в соответствии с разделом 8 Закона об образовании штата Нью-Йорк. Страховое покрытие таких Рецептурных препаратов производится с учетом условий, положений и ограничений, которые применяются к льготам на Рецептурные препараты в рамках данного Договора.
- vii. **Ограничения.** Мы не предоставляем страховое покрытие каких-либо услуг или видов лечения, изложенных выше, если такие услуги или виды лечения предоставляются в рамках индивидуального учебного плана в соответствии с Законом об образовании штата Нью-Йорк. Предоставление услуг согласно

---

индивидуально составленному плану обслуживания семьи согласно разделу 2545 Закона об общественном здравоохранении штата Нью-Йорк, индивидуализированному образовательному плану согласно статье 89 Закона об образовании штата Нью-Йорк или индивидуально составленному плану обслуживания согласно нормативам Управления для лиц с расстройствами развития штата Нью-Йорк (New York State Office for People With Developmental Disabilities) не влияет на страховое покрытие согласно данному Договору на услуги, предоставляемые дополнительно вне учебной обстановки, если такие услуги назначены лицензированным Врачом или лицензированным психологом.

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

#### **Б. Услуги по лечению заболеваний, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами**

Мы покрываем следующие услуги наркологической помощи по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. В целях данной льготы, согласно определению Руководства по диагностике и статистике психических расстройств, «расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ» означает любое расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ.

- 1. Стационарное обслуживание.** Мы покрываем стационарные услуги по лечению зависимостей от психоактивных веществ, связанные с диагностикой и лечением этих расстройств. Сюда входят услуги по детоксикации и реабилитации при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ. Стационарные услуги по лечению зависимости от психоактивных веществ оказываются только в Учреждениях штата Нью-Йорк, получивших лицензию, сертификат или другим образом разрешенных в Управлении штата Нью-Йорк по оказанию услуг лечения и поддержки лиц с алкогольной и наркотической зависимостью (OASAS); в других штатах такие услуги оказываются только в таких Учреждениях, которые были лицензированы и сертифицированы аналогичным органом штата или аккредитованы Совместной комиссией или признанной Нами национальной аккредитационной организацией в качестве учреждений, реализующих программы лечения от алкогольной зависимости, наркозависимости или зависимости от психоактивных веществ.

Мы также покрываем стоимость стационарных услуг по лечению зависимости от психоактивных веществ, связанных с диагностикой и лечением расстройств,

связанных с употреблением психоактивных веществ, оказываемых в Учреждениях, которые предоставляют лечение с проживанием, включая стоимость проживания и питания. Покрытие услуг лечения с проживанием выполняется только в Учреждениях, которые получили лицензию, сертификат или иным образом получили разрешение со стороны OASAS; в других штатах такие услуги оказываются только в таких Учреждениях, которые были лицензированы и сертифицированы аналогичным органом штата или иным образом получили разрешение или аккредитованы Совместной комиссией или признанной Нами национальной аккредитационной организацией в качестве учреждений, реализующих программы лечения от алкогольной зависимости, наркозависимости или зависимости от психоактивных веществ, которые предоставляют такой же уровень лечения.

- 2. Амбулаторные услуги.** Мы покрываем услуги по амбулаторному лечению зависимости от психоактивных веществ, включая диагностику и лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в том числе программу услуг по частичной госпитализации, интенсивных амбулаторных услуг, программы опиоидного лечения, включая службы поддержки пациентов, консультации и заместительную терапию. Такое страховое покрытие распространяется только на Учреждения в штате Нью-Йорк, которые получили лицензию, сертификат или иным образом получили разрешение со стороны OASAS на оказание услуг по амбулаторному лечению расстройств, центры по стабилизации кризисных состояний, получившие лицензию в соответствии с разделом 36.01 Закона о психогигиене штата Нью-Йорк, и Учреждения в других штатах, лицензированные и сертифицированные аналогичным органом штата, или которые иным образом получили разрешение со стороны аналогичного органа штата, или аккредитованные Совместной комиссией или признанной Нами национальной аккредитационной организацией в качестве учреждений, реализующих программы лечения от алкогольной зависимости, наркозависимости или зависимости от психоактивных веществ. Покрытие также доступно в кабинете специалиста по амбулаторному лечению зависимости в связи с диагностикой и лечением алкоголизма, употребления психоактивных веществ и зависимостей, или у Врача, который получил разрешение согласно Федеральному закону о лечении лекарственной зависимости от 2000 г. (Drug Addiction Treatment Act of 2000) выписывать препараты наркотического действия в Перечне III, IV и V для лечения опиоидной зависимости в ходе Острой стадии детоксикации или периодов реабилитации.

---

## Раздел XIII

### Страховое покрытие Рецептурных препаратов

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

#### **А. Покрываемые Рецептурные препараты**

Мы покрываем Необходимые по медицинским показаниям Рецептурные препараты, за исключением случаев, когда указаны другие условия, только когда они отпускаются по рецепту и:

- согласно законодательству, должны содержать надпись на упаковке «Внимание! Федеральное законодательство запрещает распространение без рецепта»;
- одобрены FDA;
- назначены Поставщиком, у которого имеется разрешение выписывать препараты, которые находятся в рамках его врачебной практики;
- выписаны согласно утвержденным FDA указаниям по введению и дозировке;
- включены в Наш Фармацевтический справочник;
- отпускаются лицензированной аптекой.

К Рецептурным препаратам относятся, помимо прочего:

- Самоинъекционные/самовводимые Рецептурные препараты
- Ингаляторы (с камерами для удерживания аэрозоля)
- Стоматологические препараты для местного применения
- Пренатальные витамины, витамины с фторидом и витамины в виде самостоятельных веществ
- Препараты для лечения остеопороза и устройства, утвержденные FDA, или непатентованные эквиваленты в качестве утвержденных заменителей для лечения остеопороза и соответствующие критериям федеральной программы Medicare или Национальных институтов здравоохранения
- Пищевые добавки (формулы) для лечения фенилкетонурии, кетонурии разветвленных кетокислот, галактоземии и гомоцистиинурии
- Рецептурные или безрецептурные энтеральные смеси для использования на дому для приема внутрь или введения через зонд, выписанные Врачом или другим лицензированным Поставщиком. В письменном приказе должно быть указано, что энтеральная формула является необходимой с медицинской точки зрения и

доказала свою эффективность в качестве схемы лечения конкретного заболевания. Конкретные заболевания и расстройства включают, помимо прочего:

наследственные заболевания метаболизма аминокислот или органических кислот; болезнь Крона; гастроэзофагеальный рефлюкс; гастроэзофагеальную моторику, например, хроническую кишечную псевдообструкцию и множественную тяжелую пищевую аллергию. К разным пищевым аллергическим реакциям относятся, помимо прочего: аллергии на многочисленные пищевые белки, опосредованные иммуноглобулином E и неиммуноглобулином E; синдром тяжелого энтероколита, вызванного пищевым белком; эозинофильные расстройства и расстройства всасывания питательных веществ, вызванные нарушениями, влияющими на поглощающую поверхность, функцию, длину и моторику желудочно-кишечного тракта.

- Модифицированные твердые пищевые продукты с низким содержанием белка, содержащие модифицированные белки или основанные на аминокислотах для лечения некоторых наследственных нарушений метаболизма аминокислот и органических кислот и тяжелой аллергии на белки
- Рецептурные препараты, выписанные в сочетании с лечением или услугами, покрываемыми льготой по лечению бесплодия в разделе «Амбулаторные и профессиональные услуги» настоящего Договора
- Противораковые средства вне зарегистрированных показаний, при условии, что Рецептурный препарат утвержден для лечения конкретного вида рака, для которого он был выписан, в 1 (одном) из следующих справочников: American Hospital Formulary Service; National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium; Thomson Micromedex DrugDex; Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology; или других авторитетных сборниках, признанных Федеральным министром здравоохранения и социальных услуг (Federal Secretary of Health and Human Services) или центрами, оказывающими услуги согласно Medicare и Medicaid; или рекомендован в обзорной статье или редакционном комментарии в авторитетном профессиональном журнале с экспертным рецензированием
- Противораковые препараты перорального применения, употребляемые для того, чтобы убить или замедлить рост раковых клеток
- Препараты для отказа от курения, включая препараты, отпускаемые без рецепта, на которые имеется письменное назначение, а также Рецептурные препараты, выписанные Поставщиком
- Профилактические Рецептурные препараты, в том числе безрецептурные препараты, на которые имеется письменный заказ, предоставляемые согласно комплексным указаниям, подтвержденным Управлением ресурсов и служб здравоохранения США (HRSA), или если такие наименования и услуги получили рейтинг «А» или «В» Специальной комиссии по профилактике США (USPSTF)
- Рецептурные препараты для лечения психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая препараты для



---

детоксикации, препараты для поддерживающей терапии и препараты для купирования симптомов передозировки.

- Противозачаточные средства, устройства и другие изделия, включая безрецептурные противозачаточные средства, устройства и другие изделия, одобренные FDA, — в порядке, предписанном или иным образом разрешенные федеральными законами или законами штата. Термин «безрецептурные контрацептивы» означает продукты, описанные во всеобщих указаниях, поддерживаемых HRSA. Кроме того, покрытие включает экстренную контрацепцию, предоставляемую по рецепту или предписанию либо без них, но на законных основаниях. Вы можете запросить страховое покрытие альтернативной версии противозачаточного средства, устройства или другого продукта, если покрываемое противозачаточное средство, устройство или другой продукт недоступны или если их применение считается нецелесообразным с медицинской точки зрения — на усмотрение Вашего лечащего врача.

Вы можете попросить копию Нашего Фармацевтического справочника. Также Наш Фармацевтический справочник доступен на Нашем веб-сайте [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan). Вы можете запросить информацию о страховом покрытии конкретного лекарственного препарата настоящим Договором, позвонив Нам по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**.

## **Б. Пополнение запаса лекарственного препарата**

Мы покрываем Пополнение запаса Рецептурного препарата только в случае его получения в сетевой, розничной или специализированной аптеке или при заказе по почте авторизованным Поставщиком и только после использования 85% (розничная аптека) и 75% (специализированная аптека и заказ по почте) изначального запаса Рецептурного препарата. Льготы на Пополнение запаса не предоставляются более 1 (одного) года с даты первого рецепта. Для рецептурных глазных капель Мы допускаем ограниченное пополнение запаса до последнего дня периода применения утвержденной дозы, несмотря на ограничения покрытия по поводу преждевременного Пополнения запаса препарата. С точки зрения практичности, количество глазных капель в случае преждевременного Пополнения запаса ограничивается количеством, которое осталось от ранее полученной дозировки. Ваше Участие в издержках по ограниченному Пополнению запаса — это сумма, которая применяется к каждому рецепту или Пополнению запаса согласно изложению в разделе «Перечень льгот» настоящего Договора.

## **В. Информация о льготах и оплате**

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

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

Вы несете ответственность за оплату полной стоимости (сумма, которую аптека берет с Вас) за любой непокрываемый Рецепттурный препарат. При этом Наши сниженные ставки (Наша Стоимость Рецепттурного препарата) не будут доступны для Вас.

2. **Аптеки, участвующие в плане.** В случае приобретения Рецепттурных препаратов в аптеке, входящей в Нашу сеть (розничной или специализированной аптеке или заказ по почте), или в Аптеке, участвующей в плане, Вы оплачиваете наименьшую сумму:
  - Участие в издержках;
  - обычную или традиционную плату Аптеки, участвующей в плане, за Рецепттурный препарат (сюда входит оплата дозирования и налог с продаж). Ваше Участие в издержках никогда не будет превышать Обычную и традиционную плату за Рецепттурный препарат.
3. **Аптеки, не участвующие в плане.** Мы не оплачиваем стоимость каких-либо Рецепттурных препаратов, которые Вы приобретаете в розничной или специализированной Аптеке, не участвующей в плане, или заказывая по почте, кроме описанного выше.
4. **Назначенные аптеки.** Если Вам необходим конкретный Рецепттурный препарат, в том числе специальные Рецепттурные препараты, Мы можем направить Вас в Назначенную аптеку, с которой у Нас имеется договоренность на предоставление таких Рецепттурных препаратов.

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

---

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

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

- анемия, нейтропения, тромбоцитопения;
- болезнь Крона;
- муковисцидоз;
- расстройства эндокринной системы / неврологические расстройства как, например, младенческие судороги;
- дефицит ферментов / нарушение накопления липосом;
- болезнь Гоше;
- гормон роста;
- гемофилия;
- гепатит В, гепатит С;
- наследственный ангионевротический отек;
- иммунодефицит;
- иммуномодулятор;
- бесплодие;
- гемохроматоз;
- рассеянный склероз;
- онкология ротовой полости;
- остеоартрит;
- легочная артериальная гипертензия;
- ревматологические и схожие состояния (ревматоидный артрит, псориатический артрит, анкилозирующий спондилоартрит, ювенильный ревматоидный артрит, псориаз);
- трансплантаты;
- профилактика респираторно-синцитиального вируса.

5. **Заказ по почте.** Некоторые Рецептурные препараты можно заказать у Нашей аптеки, высылающей препараты по почте. Вы должны оплатить наименьшее из:

- Участие в издержках;
- стоимость Рецептурных препаратов для данного Рецептурного препарата. (Ваше Участие в издержках никогда не будет превышать Обычную и традиционную плату за Рецептурный препарат).

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

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

Вы или Ваш Поставщик можете получить копию перечня Рецептурных препаратов, доступных для заказа по почте, посетив Наш веб-сайт [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan)

или позвонив по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**. Перечень поддерживающих препаратов периодически обновляется. Посетите Наш веб-сайт [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) или позвоните по телефону **1-866-265-1893**, чтобы узнать, находится ли конкретный поддерживающий Рецепттурный препарат в перечне.

6. **Статус уровня.** Уровень Рецепттурного препарата может периодически меняться, но не более 4 (четырёх) раз за Год плана, или если Патентованный препарат становится доступным в качестве Непатентованного препарата, как описано ниже, на основании наших решений о присвоении уровня. Такие изменения могут происходить без предварительного уведомления. Тем не менее, если у Вас имеется рецепт на препарат, который перемещается на более высокий уровень или исключается из Нашего Фармацевтического справочника, то Мы уведомим Вас об этом не менее чем за 30 дней до вступления в силу данных изменений. Такие изменения могут повлечь изменения Вашего Участия в издержках. Вы также можете сделать запрос на предоставление исключения для Рецепттурного препарата, которого больше нет в Фармацевтическом справочнике, следуя процедуре, приведенной ниже, а также в разделе «Независимая апелляция» настоящего Договора. Вы можете получить доступ к самым обновленным статусам уровней препаратов на Нашем веб-сайте [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) или позвонив по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**.
7. **Когда Патентованный препарат становится доступным как Непатентованный препарат.** Когда Патентованный препарат становится доступным в виде Непатентованного препарата, уровень Патентованного рецепттурного препарата может измениться. В этом случае Вы будете оплачивать Участие в издержках, применимое к уровню, на котором получен Рецепттурный препарат. Обратите внимание: если Вы принимаете Патентованный препарат, который исключен или помещен на более высокий уровень в связи с тем, что стал доступен Непатентованный препарат, то Вы получите предварительное письменное уведомление об этом изменении за 30 дней до его вступления в силу. Вы можете сделать запрос на предоставление исключения для Рецепттурного препарата, которого больше нет в Фармацевтическом справочнике, следуя процедуре, приведенной ниже, а также в разделе «Независимая апелляция» настоящего Договора.
8. **Процесс предоставления исключения из Фармацевтического справочника.** Если Рецепттурного препарата нет в Нашем Фармацевтическом справочнике, Вы, Ваш уполномоченный представитель или Медицинский работник, выписавший Вам препарат, можете попросить сделать исключение для клинически утвержденного Рецепттурного препарата в письменной, электронной форме или по телефону. Запрос должен состоять из заявления Медицинского работника, выписывающего Ваш препарат, о том, что все Препараты из фармацевтического справочника будут или были неэффективны, не будут столь же эффективны, как этот препарат вне Фармацевтического справочника, или будут иметь отрицательный эффект. Если в покрытии отказано в ходе Нашего стандартного или ускоренного процесса

---

предоставления исключения Фармацевтического справочника, Вы имеете право подать Независимую апелляцию как описано в разделе «Независимая апелляция» настоящего Договора. Чтобы больше узнать об этом процессе, посетите Наш веб-сайт [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) или позвоните по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**.

**Стандартное рассмотрение предоставления исключения из Фармацевтического справочника.** Мы примем решение и сообщим о нем Вам или назначенному Вами лицу, а также Медицинскому работнику, выписавшему препарат, не позднее 72 часов с момента получения Нами Вашего запроса по телефону или в письменном виде. Если Мы одобрим такой запрос, Мы будем покрывать стоимость такого Рецептурного препарата, пока Вы его принимаете, включая пополнение его запасов.

**Ускоренное рассмотрение предоставления исключения из Фармацевтического справочника.** Если у Вас наблюдается состояние, которое может поставить под серьезную угрозу Ваше здоровье, жизнь или способность восстановить максимальное функционирование, или если Вы проходите текущий курс лечения, используя Рецептурный препарат, которого нет в Нашем Фармацевтическом справочнике, Вы имеете право попросить Нас ускорить рассмотрение предоставления исключения. Такой запрос должен состоять из заявления Вашего Медицинского работника, выписавшего препарат, о том, что Вам может быть нанесен вред в случае, если такой препарат будет недоступен в течение временных рамок Нашего стандартного процесса предоставления исключения из Фармацевтического справочника. Мы примем решение и сообщим о нем Вам или назначенному Вами лицу, а также Медицинскому работнику, выписавшему препарат, не позднее 24 часов с момента получения Нами Вашего запроса по телефону или в письменном виде. Если Мы одобряем Ваш запрос, то страховое покрытие будет включать такой Рецептурный препарат до тех пор, пока у Вас наблюдается такое состояние, которое может поставить под серьезную угрозу Ваше здоровье, жизнь или способность восстановить максимальное функционирование, или если Вы проходите текущий курс лечения, используя Рецептурный препарат, которого нет в Нашем Фармацевтическом справочнике.

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

У вас может быть полный запас (до 12 месяцев) назначенного противозачаточного препарата, устройства или продукта, который выдается за один раз. Если противозачаточные препараты, устройства и продукты предоставляются Аптекой, участвующей в плане, то они не подлежат Участию в издержках.

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

Специальные Рецепттурные препараты ограничиваются 30-дневным запасом. Для более подробной информации об ограничении запасов специальных Рецепттурных препаратов посетите Наш веб-сайт [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) или позвоните по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**.

Некоторые Рецепттурные препараты могут быть ограничены в количестве на основании критериев, разработанных Нами, периодически пересматриваемых и изменяемых. Такое допустимое количество может ограничивать предоставляемое количество каждого Рецепттурного препарата или его Пополнения и/или количество, предоставляемое на месяц. Вы можете узнать, есть ли у Рецепттурного препарата предельный уровень максимального количества, посетив Наш веб-сайт [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) или позвонив по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**. Если Мы откажем в Страховом покрытии такого количества препарата, которое превышает Наш установленный уровень, Вы имеете право подать Апелляцию согласно разделам «Проверка использования» и «Независимая апелляция» настоящего Договора.

- 10. Исходная ограниченная поставка Рецепттурных опиоидных препаратов.** Если Вам выпишут исходный ограниченный рецепт на 7-дневный (семидневный) запас или менее любого включенного в программу II, III или IV опиоидного препарата для снятия Острой боли, и к Вам применяются правила Доплаты, Ваша Доплата будет пропорционально распределена. Если Вы получите дополнительное количество Рецепттурного препарата в течение 30-дневного периода, в ходе которого Вы получили 7-дневный (семидневный) запас, Ваша Доплата за оставшуюся часть 30-дневного запаса также будет распределена пропорционально. Распределенная доплата ни при каких обстоятельствах не будет суммарно превышать Вашу Доплату за 30-дневный запас препарата.
- 11. Участие в издержках для пероральных противораковых препаратов.** Вы несете Участие в издержках для пероральных противораковых препаратов в меньшем размере из применимой суммы Участия в издержках Рецепттурного препарата, указанной в разделе «Перечень льгот» настоящего Договора, или Участия в издержках, если таковая имеется, которая применяется к внутривенным или инъекционным препаратам химиотерапии, покрываемым согласно разделу «Амбулаторные и профессиональные услуги» настоящего Договора.

### Г. Управление медицинскими услугами

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

- 1. Предварительное разрешение.** Чтобы гарантировать правильность применения и соблюдение всех нормативов страхового покрытия Рецепттурных препаратов, для некоторых Рецепттурных препаратов может понадобиться Предварительное

---

разрешение. Ваш Поставщик несет ответственность (когда это уместно) за получение Предварительного разрешения на Рецепттурный препарат. Если Вы решите приобрести Рецепттурный препарат без Предварительного разрешения, Вы должны оплатить полную стоимость Рецепттурного препарата и подать запрос на возмещение расходов. Для Покрывааемых препаратов для лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая назначенные или выданные Вам препараты для купирования передозировки опиоидов, не требуется Предварительное разрешение.

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

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

#### **Д. Ограничения/условия страхового покрытия**

1. Мы сохраняем за собой право ограничивать количество, дневной запас, доступ к преждевременному Пополнению запаса и/или длительность лечения для определенных лекарственных препаратов на основании Необходимости по медицинским показаниям, включая допустимые медицинские стандарты и/или рекомендуемые правила FDA.
2. Если Мы установим, что Вы можете использовать Рецепттурный препарат с причинением вреда здоровью, злоупотреблять им или использовать его с вредной частотой, Ваш выбор Аптек, участвующих в плане, и Поставщиков, имеющих право назначать Рецепттурные препараты, может быть ограничен. В таких случаях Мы

можем потребовать, чтобы Вы выбрали одну Аптеку, участвующую в плане, и одного Поставщика, которые будут предоставлять и координировать все Ваши будущие фармацевтические услуги. Льготы будут выплачены только в случае, если Вы будете использовать единственную выбранную Аптеку, участвующую в плане. Льготы будут выплачиваться только в том случае, если Ваши Рецепты или Пополнения запаса выписаны выбранным Поставщиком или Поставщиком, уполномоченным выбранным Вами Поставщиком. Если Вы не сделаете выбор в течение 31 дня с даты получения Нашего уведомления, Мы выберем за Вас единственную Аптеку, участвующую в плане, и/или Вашего Поставщика, имеющего право назначать Рецептурные препараты.

3. Приготовленные по заказу Рецептурные препараты покрываются только в случае, если в нем содержится как минимум 1 (один) основной ингредиент, который: представляет собой Покрываемый рецептурный препарат, но не совсем такой же, как Рецептурный препарат производителя, и приобретен в аптеке, которая имеет разрешение готовить Рецептурные препараты по заказу. Все приготовленные по заказу Рецептурные препараты стоимостью более \$100 требуют, чтобы Ваш Поставщик получил Предварительное разрешение. Приготовленные по заказу Рецептурные препараты находятся на уровне 2; 3.
4. Различные специальные и/или общие протоколы «применения» будут иногда применяться, чтобы гарантировать соответствующее применение лекарственных препаратов. Такие протоколы будут соответствовать стандартным правилам медицинского/лекарственного лечения. Основной целью протоколов является предоставление Нашим участникам льготы по Рецептурным препаратам, ориентированной на качество. В случае использования протокола применения, если при этом Вы употребляете препарат (-ы), на который (-ые) влияет такой протокол, Вас уведомят об этом заранее.
5. Инъекционные препараты (кроме инъекционных препаратов для самостоятельного введения) и инсулин, пероральные гипогликемические препараты, изделия и оборудование для диабетиков не покрываются в рамках этого раздела, но покрываются другими разделами настоящего Договора.
6. Мы не покрываем стоимость введения или инъекции Рецептурного препарата. Рецептурные препараты, предоставляемые или вводимые в кабинете Врача, покрываются согласно разделу «Амбулаторные и профессиональные услуги» настоящего Договора.
7. Мы не покрываем препараты, которые по закону не требуют рецепта, за исключением препаратов для прекращения курения, безрецептурных профилактических препаратов или устройств, предоставляемых в соответствии со всеобъемлющими рекомендациями, поддерживаемыми HRSA, или с рейтингом «А» или «В» от USPSTF или иным способом, предусмотренным настоящим Договором. Мы не покрываем Рецептурные препараты, у которых имеются в наличии безрецептурные эквиваленты, кроме случаев, когда такой препарат конкретно обозначен как Покрываемый в Фармацевтическом справочнике, или если в настоящем Договоре указаны другие



---

условия. Безрецептурные эквивалентные препараты – это препараты, доступные без рецепта с таким же названием / химическим веществом, как и их рецептурные аналоги.

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

## **Е. Общие условия**

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

## **Ж. Определения**

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

1. **Патентованный препарат:** Рецептурный препарат, который: 1) производится и продается под защитой торговой марки или имени конкретного производителя препаратов; или 2) Мы называем Патентованным рецептурным препаратом на основании доступных данных. Все Рецептурные препараты, определенные производителем, аптекой или Вашим Врачом как «Патентованные», не обязательно могут классифицироваться Нами как Патентованные.
2. **Назначенная аптека:** аптека, которая подписала договор с Нами или организацией, которая работает от Нашего имени, для отпуска конкретных Рецептурных препаратов, в том числе, помимо прочего, специальных Рецептурных препаратов. Если аптека является Участвующей в плане, это не значит, что она будет Назначенной.

3. **Фармацевтический справочник:** список, в котором перечислены Рецептурные препараты, покрытие которых может быть доступно согласно настоящему Договору. Мы периодически пересматриваем данный список и вносим в него изменения (не более 4 [четырёх] раз за календарный год или когда Патентованный препарат становится доступным в качестве Непатентованного препарата). Вы можете узнать, какой уровень классификации назначен для того или иного Рецептурного препарата, посетив Наш веб-сайт [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) или позвонив по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**.
4. **Непатентованный препарат:** Рецептурный препарат, который: 1) является химическим эквивалентом Патентованного препарата; или 2) Мы обозначили как Непатентованный рецептурный препарат на основании доступных данных. Все Рецептурные препараты, определенные производителем, аптекой или Вашим Врачом как «непатентованные», необязательно могут быть классифицированы Нами как Непатентованные.
5. **Аптека, не участвующая в плане:** аптека, которая не имеет договора с Нами на предоставление Рецептурных препаратов Участникам плана. Мы не оплачиваем стоимость никаких Рецептов или Пополнений запасов препаратов, которые Вы приобретаете в Аптеке, не участвующей в плане, кроме вариантов, описанных выше.
6. **Аптека, участвующая в плане:** это аптека, которая:
  - заключила договор с Нами или Нашим уполномоченным представителем на отпуск Рецептурных препаратов Участникам плана;
  - согласилась принимать установленное возмещение стоимости Рецептурных препаратов;
  - была назначена Нами как Аптека, участвующая в плане.Аптека, участвующая в плане, может быть розничной аптекой, специализированной аптекой или аптекой для почтовых заказов.
7. **Рецептурный препарат:** лекарственный препарат, продукт или устройство, утвержденные FDA, которые, согласно федеральному закону или закону штата, могут отпускаться только на основании Рецепта или Пополнения запаса. К Рецептурным препаратам относятся медикаменты, которые в силу своих характеристик могут вводиться самостоятельно или нетренированным лицом, осуществляющим уход.
8. **Стоимость Рецептурного препарата:** стоимость, которую Мы по договоренности выплачиваем Участвующим аптекам, включая расходы на предоставление препарата и налог с продаж за Покрываемый рецептурный препарат, отпущенный в Аптеке, участвующей в плане. Если Ваш Договор включает страховое покрытие Аптек, не участвующих в плане, стоимость Рецептурных препаратов, полученных в Аптеке, не участвующей в плане, рассчитывается при помощи Стоимости Рецептурного препарата, применимой к конкретному Рецептурному препарату в большинстве Аптек, участвующих в плане.

- 
9. **Рецепт или Пополнение запаса:** направление выписать Рецептурный препарат, выданное Медицинским работником с соответствующей лицензией, который действует в рамках своей специализации.
  10. **Обычная и традиционная плата:** обычная плата, которую аптека взимает с покупателей за Рецептурный препарат вне связи с возмещением аптеке от третьих сторон согласно разделу 6826-а Закона об образовании штат Нью-Йорк.

## Раздел XIV

### Льготы Wellness

#### **A. Возмещение расходов спортивным залам**

Мы частично покрываем Ваши расходы на определенные членские взносы в спортивных залах, но только в том случае, если такие взносы была уплачены спортивному залу, в котором имеется в наличии оборудование и программы для поддержания здоровья сердечно-сосудистой системы. Мы также возместим взносы, уплаченные за спортивные занятия (например, йога, пилатес, спиннинг), включая взносы или абонементы за фитнес-классы, проводимые в режиме онлайн, виртуально или в режиме прямой трансляции.

Возмещение расходов распространяется только на фактически посещенные или онлайн спортивные занятия. Мы не возмещаем:

- стоимость членства в теннисных клубах, загородных клубах, клиниках для похудения, спа-салонах или любых других подобных заведениях;
- стоимость пожизненного членства;
- расходы по оборудованию, одежде, витаминам или другим услугам, которые может предлагать заведение (например, массажи и т. д.);
- услуги, которые являются удобствами, например, тренажерный зал, которые включены в Ваш взнос за аренду или в ассоциацию домовладельцев.

Чтобы иметь право на возмещение расходов, Вы должны:

- быть активным членом спортивного клуба или посещать занятия в таком клубе;
- выполнить 50 визитов или спортивных занятий в режиме онлайн в течение 6-месячного (шестимесячного) периода.

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

- Заполненную форму на возмещение расходов; документы, подтверждающие Ваши посещения спортивного зала. Каждый раз, когда Вы посещаете спортивный зал,

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

сотрудник зала должен подписать и поставить дату на форме возмещения расходов; документ о посещении.

- Копию Вашего текущего счета за посещение спортивного зала, в которой указана стоимость оплаченного Вами членства или занятий.
- Копию брошюры, в которой описаны услуги, предоставляемые спортивным залом.

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

### Б. Программа Wellness

#### 1. Цель

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

#### 2. Описание

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

- выбранная программа оздоровления или фитнеса.

#### 3. Соответствие критериям

Вы, как Участник плана, можете принять участие в программе Wellness.

#### 4. Участие

Предпочтительным способом доступа к программе Wellness является Наш веб-сайт **myuhc.com**. Вам понадобится устройство с подключением к Интернету, чтобы принимать участие в программе веб-сайта. Тем не менее, если Вы не имеете доступа к Интернету, то позвоните Нам по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**, и Мы предоставим Вам информацию о том, как стать Участником не имея доступа к Интернету.

#### 5. Премии

Премии за участие в программах Wellness:

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

---

## Раздел XV

### Дополнительные льготы для некоторых участников

#### Essential Plan

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

#### **А. Стоматологические услуги**

- 1. Покрываемые стоматологические услуги.** Мы покрываем регулярные и плановые стоматологические услуги типа профилактических осмотров, чистки, рентгенологического исследования и других услуг для выявления изменений или патологий, при которых требуется лечение и/или наблюдение за Вами. Для посещения стоматолога направление от ОЛВ не требуется.
- 2. Как получить доступ к стоматологическим услугам.** Если Вам необходимо найти или сменить стоматолога, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-866-265-1893**, с понедельника по пятницу, с 8 а.м. до 6 р.м. Представители отдела обслуживания участников помогут Вам. Многие из них говорят на Вашем языке либо пользуются услугами переводчиков на любой необходимый Вам язык.
- 3. Ортодонтические услуги.** Ортодонтические услуги покрываются в том случае, если Вам Необходимо хирургическое лечение по медицинским показаниям, например, восстановительная хирургия челюсти.
- 4. Протезирование.** Полные и/или частичные зубные протезы покрываются, если они необходимы по состоянию здоровья, или если оно влияет на способность к трудоустройству. Для этой услуги требуется Предварительное разрешение. Полные зубные протезы и частичные зубные протезы, не подлежащие ремонту, утерянные, украденные или сломанные, не подлежат замене в течение как минимум восьми лет с момента первоначальной установки, за исключением случаев, когда Мы считаем, что они Необходимы по медицинским показаниям. К запросам на Предварительное разрешение для замены зубных протезов до истечения срока в восемь лет должно прилагаться письмо от Вашего Врача и стоматолога. В письме от Вашего стоматолога должны быть указаны конкретные обстоятельства, по которым требуется замена зубного протеза. В письме от Вашего Врача должно содержаться объяснение того, каким образом зубные протезы облегчат серьезную проблему со здоровьем и повысят Вашу трудоспособность. Если замена зубных протезов запрашивается до истечения восьмилетнего периода после предыдущей замены, то в подтверждающей документации должно содержаться разъяснение о профилактических мерах, предпринятых с целью устранения необходимости в дальнейших заменах протезов.

5. **Услуги по имплантации.** Зубные импланты покрываются страховкой при наличии медицинских показаний. Запросы на Предварительное разрешение имплантов должны сопровождаться подтверждающей документацией от Вашего Врача и стоматолога. Письмо от Вашего Врача должно содержать объяснение того, каким образом импланты облегчат проблему со здоровьем. Письмо от Вашего стоматолога должно содержать объяснение того, почему другие охватываемые страховкой функциональные альтернативы замены протеза не исправят состояние Ваших зубов и почему Вам необходимы импланты. Можно предоставлять прочую подтверждающую документацию, включая рентгеновские снимки.

### **Б. Услуги офтальмолога**

1. **Покрываемые услуги офтальмолога.** Мы предлагаем услуги офтальмолога по договору с March Vision – экспертом в предоставлении высококачественных офтальмологических услуг. Мы покрываем следующие виды офтальмологического обслуживания:
- услуги окулиста и оптометриста и контактные линзы, поликарбонатные линзы, искусственные глаза и/или замена потерянных или сломанных очков, в том числе, ремонт, при Необходимости по медицинским показаниям. Искусственные глаза оплачиваются в соответствии с назначением Поставщика, участвующего в плане;
  - проверки зрения, которые обычно проводятся один раз в 12 месяцев или чаще при необходимости по медицинским показаниям;
  - проверка плохого зрения и зрительные аппараты, назначенные Врачом;
  - направление к Специалистам по поводу заболеваний глаз или дефектов зрения.
2. **Как получить доступ к офтальмологическим услугам.** Если Вам необходимо найти или сменить офтальмолога, звоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**, с понедельника по пятницу, с 8 а.м. до 6 р.м.

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

Помимо страхового покрытия Рецептурных препаратов, описанного в разделе XIII, Мы также покрываем стоимость безрецептурных препаратов, медицинских изделий и батареек для слуховых аппаратов, заказанных лицензированным Поставщиком.

### **Г. Услуги по уходу за ногами**

Мы покрываем обычное лечение ног, проводимое квалифицированным медиком, кроме подиатра, когда Ваше физическое состояние представляет собой опасность из-за местного заболевания, травмы или симптомов, затрагивающих ноги, или когда оно проводится при необходимости и является частью других Покрываемых услуг, таких как диагностика и лечение диабета, язвы и инфекций. Мы не покрываем стоимости обычных гигиенических процедур по уходу за ногами, лечения мозолей и кожных

---

наростов, обрезания ногтей, мытья ног либо ванн для ног, если Вы не страдаете от патологических процессов, требующих оказания таких услуг.

#### **Д. Ортопедическая обувь**

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

#### **Е. Услуги планирования семьи**

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

Ниже приведены услуги по планированию семьи и поддержанию репродуктивного здоровья, которые Вы можете получить от любого Поставщика услуг Medicaid или от Поставщика, участвующего в плане:

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

Вам необходимо посетить Поставщика, участвующего в плане, чтобы следующие услуги по планированию семьи и поддержанию репродуктивного здоровья вошли в Наше покрытие:

1. Лечение бесплодия в соответствии с описанием услуг по планированию семьи, изложенным в разделе XV.
2. Профилактическое гинекологическое обслуживание, в том числе гистерэктомия, в соответствии с разделом «Амбулаторные услуги» данного Договора.
3. Любые другие Услуги планирования семьи и поддержания репродуктивного здоровья, не указанные выше.

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

### Ж. Неэкстренная транспортировка

Помимо неэкстренной транспортировки в машине скорой помощи, описанной в разделе VII, Вы имеете право на неэкстренную транспортировку личным автомобилем, автобусом, такси, с проводником и посредством общественного транспорта для посещения приемов Врачей.

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

Нью-Йорк (все районы): служба телефонного медицинского обслуживания – 1-844-666-6270

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

Все остальные округа: служба телефонного медицинского обслуживания:

Округ	Контактный номер
Округ Шенанго	1-855-733-9396
Округ Клинтон	1-866-753-4435
Округ Херкимер	1-866-753-4524
Округ Джефферсон	1-866-558-0757
Округ Мэдисон	1-855-852-3286
Округ Монро	1-866-932-7740
Округ Осуиго	1-855-733-9395
Округ Тайога	1-877-882-8313
Округ Брум	1-855-852-3294
Округ Кейюга	1-866-932-7743
Округ Фултон	1-855-360-3550
Округ Онайда	1-855-852-3288
Округ Онондага	1-855-852-3287
Округ Ориндж	1-855-360-3543
Округ Ренсселер	1-855-852-3293
Округ Рокленд	1-855-360-3542
Округ Алстер	1-866-287-0983
Округ Уоррен	1-855-360-3541
Округ Уэстчестер	1-866-883-7865



---

Вы можете получить доступ к информации на сайте [https://www.emedny.org/ProviderManuals/Transportation/PDFS/Transportation\\_PA\\_Guidelines\\_Contact\\_List.pdf](https://www.emedny.org/ProviderManuals/Transportation/PDFS/Transportation_PA_Guidelines_Contact_List.pdf)

Вам или Вашему Поставщику следует по возможности звонить поставщику транспортных услуг не позднее чем за 3 дня до назначенного приема у Врача и сообщить дату и время приема у Врача, адрес, куда Вам нужно подъехать, и имя и фамилию Врача.

### **3. Семейное консультирование**

Если Вы проходите курс лечения от наркозависимости или нуждаетесь в нем, Мы покрываем амбулаторные семейные консультации.

## **Раздел XVI**

### **Исключения и ограничения**

Покрытие согласно настоящему Договору не предоставляется на следующее:

#### **А. Перелеты**

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

#### **Б. Уход за выздоравливающим и повседневный уход**

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

#### **В. Переходная терапия**

Мы не покрываем переходную терапию. Переходная терапия — это любая практика специалиста в области психического здоровья, которая направлена на изменение сексуальной ориентации или гендерной идентичности участника в возрасте до 18 лет, включая усилия по изменению поведения, гендерных выражений или устранению или уменьшению сексуальных или романтических увлечений или чувств в отношении лица того же пола. Переходная терапия не включает консультирование или терапию для лица, которое стремится пройти гендерный переход или которое находится в процессе гендерного перехода, который обеспечивает принятие, поддержку и понимание

отдельного лица или облегчение страданий человека, социальную поддержку и исследования и создание идентичности, в том числе нейтральные для сексуальной ориентации меры по предотвращению или устранению незаконного поведения или небезопасной сексуальной практики при условии, что консультирование или терапия не направлены на изменение сексуальной ориентации или гендерной идентичности.

### **Г. Косметические услуги**

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

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

Мы не предоставляем Страховое покрытие по уходу или лечению, предоставленному за пределами Соединенных Штатов Америки, их владений, Канады или Мексики, за исключением Услуг экстренной помощи, Услуг экстренной медицинской помощи до госпитализации и услуг скорой помощи для устранения Вашего Экстренного состояния.

### **Е. Стоматологические услуги**

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

### **Ж. Экспериментальное лечение или лечение с целью исследования**

Мы не покрываем медицинские услуги, процедуры, лечение, устройства или Рецепттурные препараты в качестве экспериментального лечения или лечения с целью

---

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

### **3. Участие в тяжком уголовном преступлении**

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

### **И. Уход за стопами**

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

### **К. Государственное учреждение**

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

### **Л. Необходимость по медицинским показаниям**

Как правило, Мы не покрываем медицинские услуги, процедуры, лечение, анализы, устройства или Рецептурные препараты, которые Мы не считаем Необходимыми по медицинским показаниям. Если Независимый апелляционный орган, сертифицированный штатом, отменяет Наш отказ, то Мы предоставляем покрытие

## **Договор Участника плана New York Essential Plan 4**

---

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

### **М. Medicare и другие государственные программы**

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

### **Н. Военная служба**

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

### **О. Страхование автотранспортного средства, независимо от того, кто явился виновником столкновения**

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

### **П. Услуги, не указанные в перечне**

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

### **Р. Услуги, оказываемые членом семьи**

Мы не покрываем услуги, оказанные ближайшими членами семьи Участника со страховым покрытием. «Ближайший член семьи» — это ребенок, пасынок/падчерица, муж/жена, родитель, отчим/мачеха, родной брат/сестра, сводный брат/сестра, свекор/свекровь, невестка/зять, брат/сестра по отчиму/мачехе, бабушка/дедушка, жена/муж дедушки/бабушки, внук/внучка и жена/муж внука/внучки.

### **С. Услуги, за которые сотрудники Больниц выставляют отдельные счета**

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

---

### **Т. Бесплатные услуги**

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

### **У. Услуги офтальмолога**

Мы не покрываем осмотр или подгонку очков или контактных линз.

### **Ф. Война**

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

### **Х. Компенсация за производственные травмы**

Мы не покрываем услуги в том случае, если льготы на них предоставляются согласно федеральному или закону или закону штата о компенсации за производственные травмы, закону об ответственности работника или о профессиональных болезнях.

## **Раздел XVII**

### **Принятие решений по страховым требованиям**

#### **А. Страховые требования**

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

#### **Б. Уведомление о предъявлении требования**

Страховые требования должны содержать всю информацию, необходимую Нам для обработки такого требования, помимо прочего: идентификационный номер Участника, имя и фамилию, дату рождения, дату оказания услуги, тип услуги, стоимость каждой услуги, код процедуры за услугу (если применимо), код диагноза, имя, фамилию и адрес Поставщика, которому необходимо оплатить счет, а также всю дополнительную медицинскую документацию (при необходимости). Страховое требование, которое не содержит всю необходимую информацию, не будет принято. Такое требование следует подать повторно со всей необходимой информацией. Формы для подачи страхового требования можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**, или посетив Наш веб-сайт **myuhc.com/CommunityPlan**. Заполненные формы следует отправить по адресу, указанному в разделе «Как работает Ваше страховое покрытие» настоящего Договора или в Вашей

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

идентификационной карте. Также Вы можете направить Нам форму страхового требования в электронном формате, посетив Наш веб-сайт [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan).

### **В. Временные ограничения подачи страховых требований**

Страховые требования по поводу покрытий должны быть поданы Нам в течение 120 дней после получения Вами услуг, за которые запрашивается оплата. Если возможность подачи страхового требования в течение 120 дней отсутствует по уважительной причине, Вы должны подать такое требование, как только это станет возможным. Ни при каких обстоятельствах, за исключением отсутствия дееспособности, страховое требование не может подаваться позднее, чем через 1 (один) год с того момента, когда такое требование должно было быть подано.

### **Г. Страховые требования по запрещенным направлениям**

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

### **Д. Принятие решений по страховым требованиям**

Наша процедура рассмотрения страховых требований относится ко всем требованиям, не относящимся к установлению необходимости по медицинским показаниям, решений об экспериментальном или исследовательском характере. Например, процесс принятия решения по страховому требованию применяется к отказу в льготах и Направлениях, предусмотренных Договором. Если Вы не согласны с Нашим решением по страховому требованию, Вы можете подать Жалобу согласно разделу «Жалобы и порядок их рассмотрения» настоящего Договора.

Для описания процедур Проверки использования и процесса Апелляции по установлению необходимости по медицинским показаниям, решений об экспериментальном или исследовательском характере того или иного действия, см. разделы «Проверка использования» и «Независимая апелляция» настоящего Договора.

### **Е. Принятие решений по страховым требованиям до оказания услуги**

1. **Страховое требование до указания услуги** — это запрос на утверждение услуги или лечения до их предоставления. Если у Нас есть вся информация, необходимая для того, чтобы принять решение в отношении страхового требования до оказания услуги (например, решение о покрываемой льготе или Направлении), Мы примем решение и известим Вас (или назначенное Вами лицо) в течение 15 календарных дней с момента получения запроса.

Если Нам потребуется дополнительная информация, Мы запросим ее в течение 15 дней с момента получения страхового требования. У Вас будет 45 календарных

---

дней на подачу информации. Если Мы получим запрашиваемую информацию в течение 45 дней, Мы примем решение и известим Вас (или назначенное Вами лицо) в письменной форме в течение 15 дней с момента получения информации. Если вся необходимая информация не будет получена в течение 45 дней, Мы примем решение в течение 15 календарных дней после окончания 45-дневного периода.

- 2. Срочная оценка до оказания услуг.** Что касается срочной оценки до оказания услуг, если у Нас есть вся информация, необходимая для того, чтобы принять решение, Мы сделаем это и известим Вас (или назначенное Вами лицо) по телефону в течение 72 часов с момента получения запроса. Письменное уведомление будет направлено в течение 3 (трех) календарных дней после принятия решения. Если Нам потребуется дополнительная информация, Мы запросим ее в течение 24 часов. После этого у Вас будет 48 часов на представление информации. Мы примем решение и известим Вас (или назначенное Вами лицо) по телефону в течение 48 часов либо с момента получения информации, либо с момента окончания 48-часового периода, в зависимости от того, что наступит раньше. Письменное уведомление будет направлено в течение 3 (трех) календарных дней после принятия решения.

### **Ж. Принятие решений по страховым требованиям после получения услуги**

Страховое требование после получения услуги — это запрос на утверждение услуги или лечения после их предоставления. При наличии всей информации, необходимой для принятия решения в отношении страхового требования, относящегося к оказанной услуге, Мы примем решение и известим Вас (или назначенное Вами лицо) в течение 30 календарных дней с момента получения запроса в случае полного или частичного отклонения требования. Если Нам потребуется дополнительная информация, Мы запросим ее в течение 30 календарных дней. После этого у Вас будет 45 календарных дней на представление информации. Мы примем решение и известим Вас (или назначенное Вами лицо) в письменной форме в течение 15 календарных дней либо с момента получения информации, либо с момента окончания 45-дневного периода, в зависимости от того, что наступит раньше, в случае полного или частичного отклонения требования.

### **3. Оплата счетов**

Если Наше обязательство оплатить счет является достаточно очевидным, Мы оплатим его в течение 30 дней с момента получения счета (при подаче через Интернет или по электронной почте) и 45 дней с момента получения счета (при подаче с помощью других средств, включая бумажную копию или факс). Если Мы запрашиваем дополнительную информацию, Мы будем оплачивать счет в течение 15 дней после того, как примем Наше решение о производстве оплаты, но не позже, чем через 30 дней (для претензий, поданных через Интернет или электронную почту) или 45 дней (для претензий, поданных с помощью других средств, включая бумажную копию или факс) после получения информации.

## Раздел XVIII

### Жалобы и порядок их рассмотрения

#### А. Жалобы

Наша процедура рассмотрения Жалоб применяется к любому вопросу, не относящемуся к установлению необходимости по медицинским показаниям либо решения об экспериментальном или исследовательском характере. Например, она относится к отказу в предоставлении полагающихся Вам по Договору льгот или имеющимся у Вас вопросам или проблемам в отношении Нашей административной политики или доступа к Поставщикам.

#### Б. Подача Жалоб

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

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

Вы можете попросить, чтобы Мы отправили Вам уведомление о решении по Жалобе в электронном виде, а не в письменном виде или по телефону. Вы должны сообщить Нам заранее, если хотите получать уведомления в электронном виде. Чтобы выбрать вариант получения уведомлений в электронном виде, позвоните по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**, или посетите Наш веб-сайт **myuhc.com/CommunityPlan**. Вы можете в любой момент отказаться от получения уведомлений в электронном виде.



---

## **В. Принятие решения по Жалобе**

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

---

### Ускоренные/срочные Жалобы:

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

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

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

Жалобы после оказания услуг:  
(Страховое требование в отношении услуги или лечения, которые уже были предоставлены).

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

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

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

### Г. Содействие

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

**позвонить в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health) по телефону 1-800-206-8125 или написать туда по адресу:**

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

Адрес электронной почты: **[managedcarecomplaint@health.ny.gov](mailto:managedcarecomplaint@health.ny.gov)**

Веб-сайт: **[www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov)**

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

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

Позвоните по бесплатному телефону **1-888-614-5400** или отправьте сообщение по электронной почте **[cha@cssny.org](mailto:cha@cssny.org)**

Веб-сайт: **[www.communityhealthadvocates.org](http://www.communityhealthadvocates.org)**

## Раздел XIX

### Проверка использования

#### А. Проверка использования

Мы проверяем медицинские услуги для того, чтобы определить, являются или являлись ли эти услуги Необходимыми по медицинским показаниям или были экспериментальными или проводившимися с целью исследования («Необходимые по медицинским показаниям»). Этот процесс называется проверкой использования. Проверка использования включает проверку всех видов деятельности, независимо от того, имели ли они место до оказания услуги (Предварительное разрешение); при оказании услуги (одновременная проверка) или после оказания услуги (ретроспективная проверка). Со всеми вопросами о процедуре Проверки использования обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**. Бесплатный номер телефона доступен как минимум 40 часов в неделю с автоответчиком, принимающим сообщения в нерабочее время.

---

Все решения в отношении того, что услуги не являются Необходимыми по медицинским показаниям, будут приниматься: 1) лицензированными Врачами; или 2) лицензированными, сертифицированными, зарегистрированными или аккредитованными Медицинскими работниками, которые ведут свою практику в той же медицинской сфере или в похожей специализации, как и Поставщик, который, как правило, занимается лечением Вашего медицинского состояния или заболевания или предоставляет услуги по здравоохранению, которые проходят оценку; или 3) в отношении лечения зависимостей от психоактивных веществ, лицензированными Врачами или лицензированными, сертифицированными, зарегистрированными или аккредитованными Медицинскими работниками, которые специализируются на изучении поведения и обладают опытом в проведении курсов лечения зависимостей от психоактивных веществ. Мы не оплачиваем и не предоставляем финансовых стимулов Нашим сотрудникам или рецензентам при определении того, какие услуги являются Необходимыми по медицинским показаниям.

Мы разработали руководящие принципы и протоколы, призванные помочь Нам в этом процессе. Мы используем научно обоснованные данные и проверенные экспертами инструменты критериев для клинического рассмотрения, соответствующие возрасту пациента и утвержденные OASAS для лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, или одобренные ОМН для лечения психических расстройств. Конкретные руководящие принципы и протоколы предоставляются для ознакомления по запросу. Для получения дополнительной информации звоните по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**, или посетите Наш веб-сайт **myuhc.com/CommunityPlan**.

Вы можете попросить, чтобы Мы отправили Вам уведомление о решении по Проверке использования в электронном виде, а не в письменном виде или по телефону. Вы должны сообщить Нам заранее, если хотите получать уведомления в электронном виде. Чтобы выбрать вариант получения уведомлений в электронном виде, позвоните по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**, или посетите Наш веб-сайт **myuhc.com/CommunityPlan**. Вы можете в любой момент отказаться от получения уведомлений в электронном виде.

## **Б. Проверка Предварительных разрешений**

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

Если Нам потребуется дополнительная информация, Мы запросим ее в течение 3 (трех) рабочих дней. После этого у Вас или Вашего Поставщика будет 45 календарных дней на подачу информации. Если Мы получим запрашиваемую информацию в течение 45 дней, Мы примем решение и известим Вас (или назначенное Вами лицо) и Вашего Поставщика по телефону и в письменной форме в

течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения информации. Если вся необходимая информация не будет получена в течение 45 дней, Мы примем решение в течение 15 календарных дней с момента получения части запрошенной информации или окончания 45-дневного периода.

2. **Срочная проверка Предварительного разрешения.** Что касается срочной проверки Предварительного разрешения, если у Нас есть вся информация, необходимая для того, чтобы принять решение, Мы сделаем это и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика по телефону в течение 72 часов с момента получения запроса. Извещение в письменной форме будет предоставлено в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения запроса. Если Нам потребуется дополнительная информация, Мы запросим ее в течение 24 часов. После этого у Вас или Вашего Поставщика будет 48 часов на представление информации. Мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика по телефону в течение 48 часов либо с момента получения информации либо с момента окончания 48-часового периода, в зависимости от того, что наступит раньше.
3. **Лечение, назначенное решением суда.** В связи с запросами об услугах по лечению психических заболеваний и/или злоупотребления психоактивными веществами, которые еще не были оказаны, если Вы (или назначенное Вами лицо) утверждаете в форме, указанной Руководителем финансовых услуг (Superintendent of Financial Services), что Вы предстанете или предстали перед судом компетентной юрисдикции и можете быть субъектом судебного ордера, требующего такие услуги, Мы примем такое решение и предоставим Вам уведомление (или Вашему назначенному лицу) и Вашему Поставщику в течение 72 часов с момента получения такого запроса. Уведомление в письменной форме будет предоставлено в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения Нами запроса. Где это возможно, телефонное и письменное уведомление также будут предоставлены суду.
4. **Рассмотрение Услуг по реабилитации стационарных больных.** После получения запроса на получение Предварительного разрешения на страховое покрытие реабилитационных услуг, оказываемых пациентам в стационаре после Госпитализации, предоставляемых Больницей или лечебным учреждением, оказывающим квалифицированный сестринский уход за больными, Мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика по телефону и в письменной форме в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения необходимой информации.
5. **Центры стабилизации кризисных состояний.** Покрытие за услуги, предоставляемые в центрах стабилизации кризисных состояний, участвующих в плане, получивших лицензию в соответствии разделом 36.01 Закона о психогигиене штата Нью-Йорк, не требует Предварительного разрешения. Мы можем выполнить ретроспективную проверку лечения, предоставленного в центре стабилизации кризисных состояний, чтобы определить, Необходимо ли оно по медицинским показаниям. Мы будем использовать методы клинического анализа, рекомендованные OASAS или

---

одобренные ОМН. Если какое-либо лечение в центре стабилизации кризисных состояний, участвующем в плане, будет определено как не являющееся необходимым по медицинским показаниям, Участие в издержках, которое в ином случае было бы применимо к Вашему лечению, будет возложено только на Вас.

## **В. Одновременная проверка**

- 1. Несрочная одновременная проверка.** Мы примем решение в рамках Проверки использования в отношении услуг, осуществляемых в процессе лечения (одновременная проверка), и известим Вас (или назначенное Вами лицо) и Вашего Поставщика по телефону и в письменной форме в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения всей необходимой информации. Если Нам потребуется дополнительная информация, Мы запросим ее в течение 1 (одного) рабочего дня. После этого у Вас или Вашего Поставщика будет 45 календарных дней на подачу информации. Мы примем решение и известим Вас (или назначенное Вами лицо) и Вашего Поставщика по телефону и в письменной форме в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения Нами информации, или если Мы не получим запрашиваемую информацию, в течение 15 календарных дней с момента получения информации или 15 календарных дней с момента окончания 45-дневного периода, в зависимости от того, что наступит раньше.
- 2. Срочная одновременная проверка.** По одновременной проверке, касающейся продления Экстренной помощи, если запрос на страховое покрытие был сделан по крайней мере за 24 часа до истечения срока действия ранее одобренного решения, Мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика по телефону в течение 24 часов с момента получения запроса. Извещение в письменной форме будет предоставлено в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения запроса.

Если запрос на страховое покрытие не был сделан по крайней мере за 24 часа до истечения срока действия ранее утвержденного решения, но у Нас есть вся информация, необходимая для того, чтобы принять решение, Мы сделаем это и известим Вас (или назначенное Вами лицо) и Вашего Поставщика по телефону в течение 72 часов или 1 (одного) рабочего дня с момента получения запроса. Если Нам потребуется дополнительная информация, Мы запросим ее в течение 24 часов. После этого у Вас или Вашего Поставщика будет 48 часов на представление информации. Мы примем решение и направим Вам (или назначенному Вами лицу) и Вашему Поставщику извещение в письменной форме в течение 1 (одного) рабочего дня или 48 часов с момента получения информации или, если Мы не получили информацию, в течение 48 часов после окончания 48-часового периода.
- 3. Проверка медицинской помощи, оказываемой на дому.** После получения запроса на страховое покрытие медицинской помощи, оказываемой на дому после Госпитализации, Мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика по телефону и в письменной форме в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения необходимой информации. Если день,

следующий за днем, когда делается запрос, выпадает на выходные или праздничные дни, Мы примем решение и известим Вас (или назначенное Вами лицо) и Вашего Поставщика по телефону в течение 72 часов с момента получения необходимой информации. Если Мы получим запрос на услуги по оказанию медицинской помощи на дому и всю необходимую информацию до Вашей выписки из стационара, Мы не будем отказывать в предоставлении страхового покрытия услуг по уходу на дому в то время, как Наше решение по запросу находится на рассмотрении.

4. **Проверка лечения в стационаре заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами.** Если запрос на лечение в стационаре заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, подан Нам по меньшей мере за 24 часа до выписки из стационара, Мы примем решение в течение 24 часов после получения запроса и предоставим страховое покрытие стационарного лечения заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, пока Наше решение по запросу находится на рассмотрении.
5. **Стационарное лечение заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, в Учреждениях, участвующих в плане и сертифицированных OASAS.** Покрытие программ стационарного лечения заболеваний, связанных со злоупотреблениями психоактивными веществами, в Учреждениях, участвующих в плане и сертифицированных OASAS, не требует Предварительного разрешения. Покрытие не предполагает одновременное рассмотрение в течение первых 28 дней пребывания в стационаре, если сертифицированное OASAS Учреждение уведомит Нас о факте госпитализации и исходном плане лечения в течение 2 (двух) рабочих дней с момента госпитализации. По истечении 28 дней с момента поступления в стационар Мы можем рассмотреть весь период пребывания и определить, Необходимо ли оно по медицинским показаниям. Мы будем использовать метод клинического анализа, рекомендованный OASAS. Если какая-либо часть стационарного пребывания не будет признана Необходимой по медицинским показаниям, внутрисетевое Участие в издержках, которое в ином случае было бы применимо к Вашему пребыванию в стационаре, будет возложено только на Вас.
6. **Стационарное лечение заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, в Учреждениях, принимающих участие в плане и сертифицированных OASAS.** Покрытие программ амбулаторного лечения, интенсивного амбулаторного лечения, амбулаторной реабилитации и лечения опиоидной зависимости в Учреждениях, принимающих участие в плане и сертифицированных OASAS, не требует Предварительного разрешения. Если сертифицированное OASAS Учреждение уведомляет Нас о начале лечения и плане первоначального лечения в течение 2 (двух) рабочих дней, то покрытие не будет подлежать одновременной проверке в течение первых 4 (четырёх) недель непрерывного лечения при условии не более 28 посещений. После первых

---

4 (четырёх) недель непрерывного лечения при условии не более 28 посещений Мы можем проверить всё амбулаторное лечение, чтобы определить, является ли оно Необходимым по медицинским показаниям, а также будем использовать рекомендованные OASAS методы клинического анализа. Если какая-либо часть амбулаторного лечения не будет признана Необходимой по медицинским показаниям, внутрисетевое Участие в издержках, которое в ином случае было бы применимо к Вашему амбулаторному лечению, будет возложено только на Вас.

### **Г. Ретроспективные проверки**

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

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

### **Д. Ретроспективные проверки Предварительно разрешенных услуг**

В процессе ретроспективной проверки Мы можем отменить предварительно разрешенное лечение, услуги или процедуры только в тех случаях, когда:

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

### **Е. Определение изменения плана поэтапного лечения**

Вы, назначенное Вами лицо или Ваш Медицинский работник можете запросить определение необходимости отмены протокола поэтапного лечения для покрытия Рецепттурного препарата, выбранного Медицинским работником. При проведении Проверки использования для определения необходимости изменения протокола поэтапного лечения Мы будем использовать объективные проверенные экспертами критерии клинического анализа, которые подходят для Вас и Вашего состояния здоровья.

- 1. Поддерживающее обоснование и документация.** Запрос на определение необходимости изменения протокола поэтапного лечения должен содержать обоснование и документацию от Медицинского работника и подтвердить, что:
  - Необходимый Рецепттурный препарат противопоказан или, вероятно, вызовет неблагоприятную реакцию или физический или психический вред для Вас.
  - Ожидается, что необходимый Рецепттурный препарат будет неэффективен на основе Вашей известной истории болезни, состояния и состава рецепттурного препарата.
  - Вы попробовали необходимый Рецепттурный препарат, находясь под Нашим страховым покрытием или покрытием предыдущей медицинской страховки, или другой Рецепттурный препарат того же фармакологического класса или с тем же механизмом действия, и этот Рецепттурный препарат был отменен из-за недостаточной эффективности или результативности, сниженного эффекта или нежелательного явления.
  - Ваше состояние стабильно на Рецепттурном препарате, выбранном Вашим Медицинским работником для Вашего медицинского состояния, при условии что это не помешает Нам потребовать от Вас попробовать эквивалентный непатентованный аналог класса АВ.
  - Прием данного Рецепттурного препарата не в Ваших интересах, потому что он, вероятно, станет серьезным препятствием для соблюдения Вашего плана лечения, он, скорее всего, ухудшит сопутствующее состояние или, скорее всего, уменьшит Вашу способность достичь или поддерживать разумную функциональную активность в повседневной жизни.
- 2. Рассмотрение в соответствии со стандартной процедурой.** Мы примем решение об изменении протокола поэтапного лечения и предоставим Вам (или назначенному Вами лицу) и при необходимости Вашему Медицинскому работнику уведомление в течение 72 часов с момента получения обоснования и документации.
- 3. Ускоренное решение.** Если у Вас есть заболевание, которое ставит Ваше здоровье под серьезную угрозу без Рецепттурного препарата, назначенного Вашим Медицинским работником, то Мы определим изменение протокола поэтапного лечения в течение 24 часов с момента получения подтверждающего обоснования и документации.



---

Если требуемое подтверждающее обоснование и документация не отправляются с запросом на определение изменения протокола поэтапного лечения, Мы запросим информацию в течение 72 часов для Предварительного разрешения и ретроспективных проверок, меньшее из 72 часов или 1 (одного) рабочего дня для одновременных проверок и 24 часа для ускоренного анализа. Вам или Вашему Медицинскому работнику будет предоставлено 45 календарных дней для отправки информации для Предварительного разрешения, одновременных и ретроспективных проверок и 48 часов для отправки для ускоренных проверок. Для Предварительного разрешения Мы примем решение и направим Вам (или назначенному Вами лицу) и Вашему Медицинскому работнику извещение в течение 72 часов после получения информации, или если Мы не получили информацию, в течение 15 календарных дней после окончания 45-дневного периода. Для одновременных проверок Мы примем решение и направим Вам (или назначенному Вами лицу) и Вашему Медицинскому работнику извещение в течение 72 часов или 1 (одного) рабочего дня после получения информации или, если Мы не получили информацию, в течение 15 календарных дней после окончания 45-дневного периода. Что касается ретроспективных проверок, то Мы примем решение и направим Вам (или назначенному Вами лицу) и Вашему Медицинскому работнику извещение в течение 72 часов после получения информации или, если Мы не получили информацию, в течение 15 календарных дней после окончания 45-дневного периода. Для ускоренных проверок Мы примем решение и направим Вам (или назначенному Вами лицу) и Вашему Медицинскому работнику извещение в течение 24 часов после получения информации или, если Мы не получили информацию, в течение 48 часов после окончания 48-часового периода.

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

Если Мы определим, что протокол поэтапного лечения должен быть отменен, Мы разрешим немедленное покрытие Рецептурного препарата, назначенного Вашим Медицинским работником. Определение отрицательного поэтапного лечения может быть обжаловано.

### **Ж. Пересмотр решения**

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

### 3. Внутренняя апелляция на решение, принятое в ходе Проверки использования

Вы, назначенное Вами лицо и, в случае ретроспективной проверки, Ваш Поставщик вправе подать Апелляцию на отказ оплачивать расходы либо по телефону, либо лично или в письменной форме.

У Вас имеется 180 календарных дней на то, чтобы подать Апелляцию после получения извещения об отказе оплачивать расходы. Мы подтвердим Ваш запрос на внутреннюю Апелляцию в течение 15 календарных дней с момента его получения. Если потребуется, в этом подтверждении будет сообщено о необходимости представления дополнительной информации до того, как может быть принято решение. Апелляция будет рассматриваться специалистом-клиницистом, который является (1) Врачом или (2) Медицинским работником той же или схожей специальности, что и Поставщик, который, как правило, лечит рассматриваемое заболевание или состояние и который не подчиняется специалисту-клиницисту, который дал первоначальный отказ.

1. **Отказ в оплате услуг, оказанных вне сети.** Вы также имеете право обжаловать отказ в просьбе дать Предварительное разрешение на предоставление страхового покрытия медицинской услуги, оказываемой вне сети, если Мы решим, что медицинская услуга, предоставляемая вне сети, существенно не отличается от имеющейся медицинской услуги, предоставляемой в сети. Отказ в предоставлении страхового покрытия медицинской услуги — услуга, оказываемая Поставщиком, не участвующим в плане, но только в тех случаях, когда такая услуга не предоставляется Поставщиком, участвующим в плане. Вы не имеете права на апелляцию Проверки использования, если запрашиваемая Вами услуга предоставляется Поставщиком, участвующим в плане, даже если Поставщик, не участвующий в плане, имеет больше опыта в диагностике или лечении Вашего состояния. (Такая Апелляция будет рассматриваться как Жалоба). Для апелляции Проверки использования в связи с отказом в оплате медицинских услуг, оказанных вне сети, Вы или Ваше уполномоченное лицо должны представить:
  - Письменное заявление от Вашего лечащего Врача, который должен быть лицензированным, сертифицированным либо допущенным министерством здравоохранения Врачом, квалифицированным осуществлять практику по специализации, соответствующей Вашему заболеванию; в заявлении должно быть аргументированно объяснено, что запрашиваемая медицинская услуга, предоставляемая вне сети, существенно отличается от альтернативной медицинской услуги, предлагаемой Поставщиком, участвующим в плане, которую Мы утвердили для лечения Вашего заболевания.
  - 2 (два) документа из имеющихся медицинских и научных источников, подтверждающие, что услуга, оказанная вне сети: 1) вероятно, будет с клинической точки зрения более полезной для Вас, чем альтернативная услуга, оказываемая в сети; и 2) что вероятность возникновения неблагоприятных последствий в результате услуги, оказанной вне сети, скорее всего, не будет существенно выше по сравнению с услугой, оказанной в сети.

- 
2. **Отказ в разрешении по внесетевым услугам.** Вы также имеете право подать Апелляцию на отказ в просьбе выдать разрешение Поставщику, не участвующему в плане, когда Мы определили, что у Нас имеется Поставщик, участвующий в плане, с соответствующей квалификацией и опытом для удовлетворения Ваших конкретных медицинских потребностей, который в состоянии предоставить запрашиваемую медицинскую услугу. Для апелляции Проверки использования в связи с отказом в разрешении обратиться вне сети Вы или назначенное Вами лицо должны представить письменное заявление от Вашего лечащего Врача, который должен быть лицензированным, сертифицированным либо допущенным министерством здравоохранения Врачом, квалифицированным осуществлять практику по специализации, соответствующей Вашему заболеванию; в заявлении должно быть сказано:
- Что Поставщик, участвующий в плане, рекомендованный Нами, не имеет соответствующей подготовки и опыта для удовлетворения Ваших конкретных медицинских потребностей в отношении медицинской услуги.
  - Рекомендовать Поставщика, не участвующего в плане, имеющего соответствующую подготовку и опыт для удовлетворения Ваших конкретных медицинских потребностей в отношении медицинской услуги.

## **И. Апелляция первой инстанции**

1. **Апелляция на Предварительное разрешение.** Если Ваша Апелляция относится к запросу на Предварительное разрешение, Мы примем решение по Апелляции в течение 30 календарных дней со дня получения запроса на Апелляцию. Письменное уведомление о решении будет предоставлено Вам (или Вашему уполномоченному лицу) и, при необходимости, Вашему Поставщику в течение 2 (двух) рабочих дней после принятия решения, но не позднее чем через 30 календарных дней после получения запроса на Апелляцию.
2. **Ретроспективная Апелляция.** Если Ваша Апелляция подается в отношении страхового требования, относящегося к прошлому периоду, Мы примем решение по Апелляции в течение 30 календарных дней со дня получения информации, необходимой для рассмотрения апелляции, или 60 дней с момента получения апелляции, в зависимости от того, что произойдет раньше. Письменное уведомление о решении будет предоставлено Вам (или Вашему уполномоченному лицу) и, при необходимости, Вашему Поставщику в течение 2 (двух) рабочих дней после принятия решения, но не позднее чем через 60 календарных дней после получения запроса на Апелляцию.
3. **Ускоренная Апелляция.** Апелляция на проверку продолжающихся или дальнейших медицинских услуг, дополнительных услуг, оказываемых в процессе дальнейшего лечения, услуг медицинской помощи на дому после выписки из стационара, услуг, в отношении которых Поставщик просит немедленной проверки, услуг в сфере психиатрии и/или лечения зависимости от психоактивных веществ, которые могут быть предметом судебного ордера, или другие срочные вопросы будет

обрабатываться в ускоренном порядке. Ускоренная Апелляция в отношении ретроспективных проверок невозможна. Для ускоренной Апелляции Ваш Поставщик будет иметь обоснованный доступ к специалисту-клиницисту, назначенному на рассмотрение Апелляции, не позже чем через 1 (один) рабочий день с момента получения запроса на Апелляцию. Ваш Поставщик и специалист-клиницист могут обмениваться информацией по телефону или факсу. Решение по ускоренной Апелляции будет принято в течение 72 часов с момента получения Апелляции или 2 (двух) рабочих дней с момента получения информации, необходимой для рассмотрения Апелляции, в зависимости от того, что произойдет раньше. Письменное уведомление о решении будет предоставлено Вам (или назначенному Вами лицу) в течение 24 часов после принятия решения, но не позднее чем через 72 часа после получения запроса на Апелляцию.

Наша неспособность вынести решение по Вашей Апелляции в течение 60 календарных дней с момента получения информации, необходимой для стандартной Апелляции, или в течение 2 (двух) рабочих дней с момента получения информации, необходимой для ускоренной Апелляции, будет считаться отменой первоначального отказа оплачивать расходы на лечение.

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

### **К. Полное и справедливое рассмотрение Апелляции**

Мы бесплатно предоставим Вам любые новые или дополнительные доказательства, которые будут рассмотрены, использованы или созданы Нами, а также любое новое или дополнительное обоснование, связанное с Вашей Апелляцией. Доказательства или обоснование будут предоставлены в кратчайшие сроки и достаточно заблаговременно до даты, в которую должно быть представлено уведомление об окончательном отрицательном решении по предоставлению страхового покрытия, чтобы дать Вам возможность ответить до наступления этой даты.

---

## **Л. Помощь в подаче Апелляции**

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

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

Позвонить по бесплатному телефону 1-888-614-5400 или отправить электронное письмо по адресу [cha@cssny.org](mailto:cha@cssny.org)

Веб-сайт: [www.communityhealthadvocates.org](http://www.communityhealthadvocates.org)

## **Раздел XX**

### **Независимая апелляция**

#### **А. Ваше право на Независимую апелляцию**

При определенных обстоятельствах у Вас есть право на независимую апелляцию при отказе в предоставлении страхового покрытия. Если Мы отказали Вам в страховом покрытии, обосновав это отсутствием Необходимости по медицинским показаниям такой услуги (включая ее уместность, учреждение здравоохранения, уровень оказания помощи или эффективность Покрываемой льготы); или если такое лечение является экспериментальным или исследуемым (включая клинические исследования и лечение редких заболеваний); или если такое лечение не относится к Нашей сети, или если такое лечение является экстренной медицинской помощью или в случае неожиданного счета (в том числе при верном применении Участия в издержках), Вы или Ваш уполномоченный представитель можете подать Апелляцию Независимому апелляционному органу, независимой третьей стороне, которая имеет сертификацию, выданную штатом, на рассмотрение таких апелляций.

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

- Услуга, процедура или лечение должны быть в том или ином случае Покрываемыми услугами в соответствии с настоящим Договором.
- В общем, Вы должны уже получить окончательный отказ по Нашему внутреннему процессу Апелляции. Но Вы можете подать независимую апелляцию, даже если Вы еще не получили окончательный отказ по Нашей процедуре внутренней Апелляции, в случае, если:
  - Мы дали письменное согласие отказаться от внутренней Апелляции. Мы не обязаны соглашаться с Вашей просьбой отказаться от внутренней Апелляции.

- Вы подаете независимую апелляцию одновременно с временем подачи ускоренной внутренней Апелляции.
- Мы не соблюдали требования к процессу обработки претензий по Оценке использования (кроме незначительного нарушения, которое не может нанести Вам вред или ущерб, и Мы можем доказать, что такое нарушение возникло по достаточной причине или в силу условий, которые находятся вне Нашего контроля; такое нарушение произошло во время текущего, добросовестного обмена информацией между Вами и Нами).

### **Б. Ваше право на Апелляцию по решению, что Услуга не является Необходимой по медицинским показаниям**

Если Мы отказали в страховом покрытии из-за отсутствия Необходимости услуги по медицинским показаниям, Вы можете обратиться к Независимому апелляционному органу в случае, если Вы соответствуете требованиям, изложенным в параграфе «А» выше.

### **В. Ваше право на Апелляцию по такому решению, что Услуга представляет собой экспериментальное лечение или лечение с целью исследования**

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

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

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

1. услугу, процедуру или лечение, в отношении которых 2 (два) медицинских документа из опубликованных статей и научных исследований показывают, что они предпочтительнее для Вас, чем любая стандартная Покрываемая услуга (только определенные документы будут рассмотрены в поддержку этой рекомендации — Ваш лечащий Врач должен связаться с органами штата для того, чтобы получить актуальную информацию о том, какие документы будут считаться достаточными);
2. клиническое исследование, критериям отбора которого Вы соответствуете (только определенные клинические исследования могут быть приняты во внимание);

- 
3. лечение редкого заболевания, для которого, согласно заявлению Вашего Врача, нет стандартного лечения, которое может принести Вам больше пользы, чем запрашиваемая услуга; запрашиваемая услуга, скорее всего, принесет Вам пользу в лечении Вашего редкого заболевания, и такая польза превосходит риск получения такой услуги. Кроме того, Ваш лечащий Врач должен подтвердить, что Ваше состояние является редким заболеванием, которое сейчас является или ранее было предметом исследования Национальных институтов исследовательской сети редких заболеваний (National Institutes of Health Rare Disease Clinical Research Network) или оно поражает менее 200 000 жителей США в год.

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

#### **Г. Ваше право подавать Апелляцию по поводу решения, что Услуга не входит в сеть**

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

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

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

#### **Д. Ваше право подачи Апелляции по отказу в разрешении на услугу вне сети у Поставщика, не участвующего в плане**

Если Мы отказываем в страховом покрытии запроса на разрешение получить услугу у Поставщика, не участвующего в плане, поскольку Мы установили, что в Нашей сети есть Поставщик, участвующий в плане, с соответствующей квалификацией и опытом для удовлетворения Ваших конкретных медицинских потребностей, который в состоянии

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

предоставить запрашиваемую медицинскую услугу, Вы имеете право обратиться к Независимому апелляционному органу, если Вы соответствуете 2 (двум) требованиям для подачи независимой апелляции, указанным в параграфе «А» выше.

Кроме этого, Ваш лечащий Врач должен: подтвердить, что рекомендуемый Нами Поставщик, участвующий в плане, не обладает нужной подготовкой и опытом, чтобы удовлетворить Ваши особые медицинские потребности; рекомендовать Поставщика, не участвующего в плане, с соответствующей подготовкой и опытом, который удовлетворяет Ваши особые медицинские потребности и который может предоставить Вам запрашиваемую услугу.

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

### **Е. Ваше право подать Апелляцию в отказе сделать исключение из Фармацевтического справочника**

Если Мы отказали Вам в просьбе о страховом покрытии Рецептурного препарата, которого нет в Фармацевтическом справочнике, в ходе Нашего процесса по предоставлению исключения, Вы, назначенное Вами лицо или Медицинский работник, назначающий лечение, можете подать Апелляцию по отказу в Независимый апелляционный орган. Для более подробной информации о процессе предоставления исключения из Фармацевтического справочника см. раздел «Страховое покрытие Рецептурных препаратов» настоящего Договора.

### **Ж. Процедура независимой Апелляции**

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

Мы предоставим заявление на проведение независимой апелляции, принимая в рамках процедуры внутренней Апелляции окончательный отказ оплачивать расходы на лечение или свой письменный отказ от внутренней Апелляции. Вы также можете запросить заявление на проведение независимой апелляции в Департаменте финансовых услуг штата Нью-Йорк по телефону 1-800-400-8882. Отправьте заполненное заявление в Департамент финансовых услуг по адресу, указанному в заявлении. Если Вы удовлетворяете критериям на проведение независимой Апелляции, штат направит запрос в сертифицированный Независимый апелляционный орган.



---

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

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

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

Если Ваш внутренний запрос на предоставление исключения из Фармацевтического справочника получил стандартную оценку в рамках Нашего процесса рассмотрения исключений, то Независимый апелляционный орган должен принять решение по Вашей апелляции и уведомить Вас или назначенное Вами лицо, а также Медицинского работника, выписывающего Вам лечение, в течение 72 часов с момента получения Вашего заполненного заявления. Независимый апелляционный орган уведомит Вас или назначенное Вами лицо, а назначающий лечение Медицинский работник — в письменном виде в течение 2 (двух) рабочих дней с момента принятия решения. Если Независимый апелляционный орган отклоняет Наш отказ, Мы покрываем стоимость такого Рецептурного препарата, пока Вы его принимаете, включая пополнение его запасов.

Если Ваш внутренний запрос на предоставление исключения из Фармацевтического справочника получил ускоренную оценку в рамках Нашего процесса рассмотрения исключений, то Независимый апелляционный орган должен принять решение по Вашей независимой апелляции и уведомить Вас или назначенное Вами лицо, а также Медицинского работника, выписывающего Вам лечение, в течение 24 часов с момента получения Вашего заполненного заявления. Независимый апелляционный орган уведомит Вас или назначенное Вами лицо, а назначающий лечение Медицинский работник – в письменном виде в течение 2 (двух) рабочих дней с момента принятия решения. Если Независимый апелляционный орган отклоняет Наш отказ, то страховое покрытие будет включать такой Рецептурный препарат до тех пор, пока у Вас наблюдается такое состояние, которое может поставить под серьезную угрозу Ваше здоровье, жизнь или способность восстановить максимальное функционирование, или в течение текущего курса лечения, используя Рецептурный препарат, которого нет в Нашем Фармацевтическом справочнике.

Если Независимый апелляционный орган отменит Наше решение о том, что услуга не является Необходимой по медицинским показаниям, или одобрит страховое покрытие экспериментального лечения или лечения с целью исследования, Мы предоставим страховое покрытие при условии соблюдения других положений данного Договора. Обратите внимание, что, если Независимый апелляционный орган одобрит страховое покрытие экспериментального лечения или лечения с целью исследования, которое является частью клинического исследования, Мы оплатим только расходы на услуги, необходимые для обеспечения лечения для Вас в соответствии с дизайном исследования. Мы не несем ответственности за расходы на исследуемые препараты или устройства, расходы на услуги, не являющиеся медицинскими, расходы на управление научными исследованиями или расходы, на которые не распространялось бы страховое покрытие в рамках данного Договора на участие в отношении неэкспериментального лечения, предоставляемого в клиническом исследовании.

Решение Независимого апелляционного органа является обязательным как для Вас, так и для Нас. Решение Независимого апелляционного органа допустимо в любом судопроизводстве.

### **3. Ваши обязанности**

Инициирование процедуры независимой апелляции является Вашей обязанностью. Вы можете инициировать процедуру независимой апелляции путем подачи заполненного заявления в Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк. Вы можете назначить представителя, который поможет Вам заполнить заявление. Однако Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк может обратиться к Вам и запросить письменно подтвердить назначение Вашего представителя.

В соответствии с законодательством штата Нью-Йорк, Ваше заполненное заявление на проведение независимой Апелляции должно быть подано в течение 4 (четырёх)

---

месяцев либо с даты, когда Вы получили окончательное письменное уведомление о том, что отказ в предоставлении страхового покрытия остается в силе, либо с даты, когда Вы получите письменный отказ от проведения любой внутренней Апелляции, или Нашей неспособности обработать страховое требование. Мы не имеем права превышать этот срок.

## Раздел XXI

### Прекращение страхового покрытия

Этот Договор может быть расторгнут следующим образом:

#### **А. Автоматическое прекращение действия данного Договора**

Этот Договор автоматически прекращает свое действие

1. В случае Вашей смерти.
2. Когда Вам исполнится 65 лет, Ваше страховое покрытие закончится в конце того месяца, когда Вам исполняется 65 лет или Вы получите право на покрытие Medicare, в зависимости от того, что наступит раньше.
3. Когда Вы получаете право на покрытие Medicaid или регистрируетесь в программе Medicaid, Ваше покрытие закончится в конце того месяца, когда Вы получите право на покрытие Medicaid.
4. Если Ваш доход превысит 200% федерального уровня бедности, Ваше покрытие закончится в конце того месяца, когда изменится Ваш доход.
5. Если у Вас изменится иммиграционный статус, который дает Вам право на другое покрытие, включая Medicaid, и Ваше покрытие закончится в конце того месяца, когда Вы получите право на покрытие Medicaid.
6. Если Вы регистрируетесь в другой программе на бирже NY State of Health Marketplace.
7. Если Вы являетесь пользователем доступного медицинского страхования, спонсируемого работодателем.

#### **Б. Расторжение Договора Вами**

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

#### **В. Расторжение Договора Нами**

Мы можем расторгнуть данный Договор посредством письменного предварительного

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

уведомления за 30 дней по следующим причинам:

1. Неуплата Страховых взносов.

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

- Если Вы не оплатили необходимый Страховой взнос в течение 30-дневного срока, данный Договор прекращает свое действие в последний день такого 30-дневного срока. Если настоящий Договор перестает действовать, Вы не должны будете оплачивать никакие страховые требования, заявленные в течение период отсрочки платежа.

2. Мошенничество или умышленное искажение существенных фактов.

Этот Договор прекращает свое действие немедленно после письменного уведомления от NYSON Вам, если Вы совершили действие, которое определяется как мошенничество или умышленное искажение существенного факта в письменной форме в момент регистрации заявления на участие, или для того, чтобы получить покрытие услуги. Однако, если Вы совершили умышленное искажение существенного факта в письменной форме в момент регистрации заявления на участие, Мы аннулируем настоящий Договор в том случае, если искаженные факты привели бы к отказу с Нашей стороны в подписании такого Договора и приложений к нему. Аннулирование означает, что прекращение действия Вашего страхового покрытия будет иметь обратную силу до 1 (одного) года с момента заключения настоящего Договора.

3. Если Вы больше не проживаете в Нашей Зоне обслуживания.

4. Дата окончания действия Договора из-за того, что Мы прекращаем предлагать такой класс договоров, к которому принадлежит настоящий Договор, без учета страховых требований, опыта или статуса состояния здоровья согласно настоящему Договору. Мы уведомим Вас в письменной форме как минимум за 90 дней.

5. Дата окончания действия Договора из-за того, что Мы прекращаем предлагать страховое покрытие всех больничных, хирургических и медицинских расходов на рынке индивидуального страхования в этом штате. Мы уведомим Вас в письменной форме как минимум за 180 дней.

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

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

---

## Раздел XXII

### Право на временное приостановление страхового покрытия личного состава вооруженных сил

Если Вы как Участник плана являетесь резервистом вооруженных сил Соединенных Штатов Америки, включая Национальную гвардию, у Вас есть право временно приостановить действие страхового покрытия на время выполнения воинской обязанности и возобновить такое покрытие после завершения выполнения воинских обязанностей, если:

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

Чтобы приостановить страховое покрытие на период Вашего выполнения воинских обязанностей, Вы должны направить Нам письменный запрос.

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

Напишете Нам письменное заявление.

В случае страхового покрытия, приостановленного в течение выполнения воинской обязанности, страховое покрытие будет иметь обратную силу до даты, когда выполнение воинских обязанностей прекратилось.

## Раздел XXIII

### Общие положения

#### **1. Договоренности между Нами и Поставщиками, участвующими в плане**

Любые договоренности между Нами и Поставщиками, участвующими в плане, могут быть прекращены только Нами или самими Поставщиками. Настоящий Договор не требует от Поставщика принимать Участника в качестве пациента. Мы не гарантируем, что Участника примет любой Поставщик, участвующий в плане, или программа по здравоохранению.

### **2. Права переуступки**

Вы не имеете право переуступить льготы согласно настоящему Договору или по юридическим претензиям, основанным на отказе в предоставлении льгот, любому лицу, объединению или организации или запросить документы плана для любого лица, объединения или организации. Любая переуступка льгот, юридические требования по поводу отказа в льготах, запрос документов плана с Вашей стороны недействительны и не имеют законной силы. Переуступка означает передачу другому лицу, объединению или организации Вашего права на услуги, предоставляемые по настоящему Договору, или Вашего права запрашивать деньги у Нас за эти услуги или Вашего права возбуждать иск на основе отказа в предоставлении льгот или запроса документов плана. Ничто в этом пункте не повлияет на Ваше право назначать ответственное лицо или представителя, если это не запрещено действующим законодательством.

### **3. Внесение изменений в настоящий Договор**

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

### **4. Выбор правовой нормы**

Данный Договор регулируется законом штата Нью-Йорк.

### **5. Канцелярская ошибка**

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

### **6. Соответствие закону**

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

### **7. Продолжение ограничений льгот**

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

---

## **8. Полнота Договора**

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

## **9. Мошенничество и злоупотребление при оплате счетов**

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

## **10. Предоставление информации и аудит**

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

## **11. Идентификационные карты**

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

## **12. Неоспоримость**

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

### 13. Независимые подрядчики

Поставщики, участвующие в плане, выступают независимыми подрядчиками. Они не являются Нашими агентами или сотрудниками. Мы и Наши сотрудники не являемся агентами или сотрудниками Поставщика, участвующего в плане. Мы не несем ответственность ни за какие требования или претензии в отношении убытков, возникших из-за или в связи с любыми травмами, которые предположительно были получены Вами при получении медицинской помощи у Поставщика, участвующего в плане, или в Учреждении такого Поставщика.

### 14. Отзывы для развития Нашей страховой политики

Вы можете принять участие в развитии Нашей страховой политики, отправив свои предложения по адресу:

UnitedHealthcare Community Plan  
Member Services Department  
One Penn Plaza, 8th Floor  
New York, NY 10119

### 15. Доступные материалы

Мы предоставим Вам идентификационные карты, Договоры, дополнения и другие необходимые материалы.

### 16. Дополнительная информация о Вашем плане медицинских услуг

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

Мы предоставляем следующую информацию при подаче Вашего запроса:

- Список имен, адресов и официальных должностей Нашего совета директоров, руководства и членов; Наш самый последний сертифицированный финансовый отчет, состоящий из балансовой ведомости и сводки квитанций и выплат.
- Информация, предоставляемая Нами управлению Штата, о жалобах наших клиентов.
- Копия используемых Нами процедур для сохранения конфиденциальности информации Участника.
- Копия Нашего Фармацевтического справочника. Вы также можете запросить информацию о страховом покрытии конкретного лекарственного препарата настоящим Договором.
- Письменное описание Нашей программы обеспечения качества.
- Копия Нашего медицинского полиса относительно экспериментальных или исследуемых препаратов, медицинских изделий или лечения в рамках клинического исследования.



- 
- Членство Поставщиков в участвующих Больницах.
  - Копия наших критериев клинической оценки, и при необходимости, другая клиническая информация, которую Мы можем рассматривать для оценки конкретного заболевания, курса лечения или правил Применения.
  - Процедура письменного заявления и минимальные требования по квалификации Поставщиков.
  - Документы, содержащие процессы, стратегии, стандарты доказательств и другие факторы, влияющие на ограничения лечения в отношении медицинских/хирургических льгот, а также психического здоровья или злоупотребления психоактивными веществами в соответствии с Договором.

## **17. Уведомление**

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

## **18. Оплата Страховых взносов**

Страховой взнос за первый месяц, если таковой имеется, подлежит уплате при подаче заявки на покрытие. Страховое покрытие начинает работать на дату вступления в силу настоящего Договора, указанную здесь. Дальнейшие Страховые взносы должны быть оплачены на первое число каждого последующего месяца.

## **19. Возмещение Страхового взноса**

Мы возмещаем Вам любые должные Страховые взносы.

## **20. Возмещение переплат**

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

## **21. Дата возобновления Договора**

Дата возобновления данного Договора наступает спустя 12 месяцев с даты вступления

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

в силу Договора. Настоящий Договор возобновляется автоматически каждый год с даты возобновления при условии, что Вы имеете право подписывать такой Договор и что он не был расторгнут Нами по причинам, указанным в этом Договоре.

### **22. Восстановление после неуплаты**

Если Вы пропускаете необходимые оплаты в рамках настоящего Договора, то Договор возобновит свое действие только после получения оплаты Нами или Нашими авторизованными агентами или брокерами.

### **23. Право разработки рекомендаций и административных правил**

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

### **24. Право получения возмещения**

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

### **25. Знаки обслуживания**

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

### **26. Делимость договора**

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

---

## **27. Значительное изменение обстоятельств**

Если Мы не можем организовать оказание Покрываемых услуг согласно условиям настоящего Договора в результате событий вне Нашего контроля, Мы приложим разумные усилия, чтобы предоставить альтернативные варианты. К таким событиям относятся крупные бедствия, эпидемии, полное или частичное разрушение учреждений, беспорядки, гражданские волнения, недееспособность большей части персонала Поставщиков, участвующих в плане, или схожие причины. Мы приложим разумные усилия, чтобы организовать Покрываемые услуги. Мы и Наши Поставщики, участвующие в плане, не несем ответственность за задержку или неспособность предоставить или организовать Покрываемые услуги в случаях, когда задержка или неспособность предоставить услуги вызваны таким событием.

## **28. Суброгация и возмещение**

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

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

Мы просим, чтобы Вы сообщили Нам в течение 30 дней с даты, когда одно из уведомлений вручено какой-либо из сторон, в том числе страховой компании или адвокату, о Вашем намерении предъявить или расследовать требования по возмещению убытков или получить компенсацию за Ваши травмы, болезни или

состояния, по которым Мы предоставили льготы. Вы должны предоставить всю запрашиваемую информацию Нам или Нашим представителям, в том числе заполнение и предоставление каких-либо приложений, других форм или заявлений, которые Мы можем обоснованно запросить.

### **29. Сторонние бенефициары**

Данный Договор не предусматривает никаких сторонних бенефициаров. Никакие условия настоящего Договора не предоставляют другим лицам или организациям, кроме как Вам и Нам, право, льготу или средство защиты любого характера по причине настоящего Договора; ни одна другая сторона не может применять положения данного Договора или использовать любые средства правовой защиты, вытекающие из Нашего или Вашего исполнения или неисполнения какой-либо части настоящего Договора, предъявлять иск или подавать в суд в связи с нарушением каких-либо условий настоящего Договора.

### **30. Время возбуждения иска**

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

### **31. Услуги по переводу**

Для неанглоязычных Участников плана согласно настоящему Договору услуги по переводу предоставляются бесплатно. Для получения таких услуг позвоните Нам по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**.

### **32. Место проведения правовых действий**

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

### **33. Отказ от права**

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

---

#### **34. Кто имеет право вносить изменения в настоящий Договор**

Настоящий Договор может быть изменен, дополнен поправками или модифицирован только в письменной форме и подписан Нашим главным исполнительным директором (CEO); главным операционным директором (COO); президентом или лицом, назначенным CEO, COO или президентом. Ни один сотрудник, агент или другое лицо не уполномочены интерпретировать, изменять, модифицировать или иным образом изменять настоящий Договор в порядке, который расширяет или ограничивает сферу покрытия, условия приемлемости, регистрации или участия, за исключением письменного и подписанного подтверждения CEO, COO, президентом или лицом, назначенным CEO, COO или президентом.

#### **35. Кто получает оплату по настоящему Договору**

Оплата по настоящему Договору за оказание услуг, предоставленных Поставщиком, участвующим в плане, будет совершена Поставщику непосредственно Нами. Если Вы получаете услуги у Поставщика, не участвующего в плане, Мы оставляем за собой право совершить оплату Вам или Поставщику. Если Вы переуступаете льготы за неожиданный счет Поставщику, не участвующему в плане, Мы будем напрямую совершать оплату Поставщику, не участвующему в плане. Дополнительную информацию о неожиданных счетах см. в разделе «Как работает Ваше страховое покрытие» настоящего Договора.

#### **36. Отсутствие влияния на компенсации за производственные травмы**

Страховое покрытие, предоставляемое согласно настоящему Договору, не заменяет и не влияет на другие требования по покрытию согласно страхованию производственных травм или законодательству.

#### **37. Ваша медицинская документация и отчеты**

Для того чтобы обеспечить Ваше покрытие в рамках данного Договора, Нам может понадобиться получить Ваши медицинские записи и информацию от Поставщиков, которые занимались Вашим лечением. Наши действия по обеспечению этого покрытия включают рассмотрение Ваших запросов, Жалоб, Апелляций или претензий, связанных с Вашим лечением, и проверки качества Вашей помощи, будь то на основе конкретной претензии или обычной проверки случайно выбранных случаев. Принимая покрытие в соответствии с настоящим Договором, за исключением случаев, когда это запрещено законом штата или федеральным законом, Вы автоматически предоставляете Нам или Нашему уполномоченному лицу право на получение и использование Ваших медицинских записей для этих целей, и Вы разрешаете каждому Поставщику, который оказывает Вам услуги:

- раскрывать все факты о Вашей медицинской помощи, лечении и физическом состоянии Нам или медицинскому, стоматологическому или психиатрическому медицинскому работнику, которого Мы можем привлечь, чтобы помочь Нам в рассмотрении лечения или претензии, или в связи с жалобой или оценкой качества обслуживания;

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

- Предоставлять отчеты о Вашей медицинской помощи, лечении и физическом состоянии Нам или медицинскому, стоматологическому или психиатрическому медицинскому работнику, которого Мы можем привлечь, чтобы помочь Нам в рассмотрении лечения или претензии;
- Разрешить Нам копировать Вашу медицинскую документацию.

Мы согласны хранить Вашу медицинскую информацию в соответствии с федеральными требованиями и требованиями штата по соблюдению конфиденциальности. Тем не менее, в той степени, в которой это разрешено законодательством штата или федеральным законодательством, Вы автоматически даете Нам разрешение на разглашение информации Департаменту здравоохранения штата Нью-Йорк и другим уполномоченным федеральным, местным органам власти и органам власти штата, сфера компетенции которых распространяется на Essential Plan, организациям по надзору за качеством и третьим лицам, с которыми Мы заключаем контракт о помощи в выполнении настоящего Договора, при условии, что эти стороны также согласны хранить информацию в соответствии с федеральными требованиями и требованиями штата по соблюдению конфиденциальности. Если Вы желаете отозвать разрешение на распространение такой информации, Вы можете позвонить Нам по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**.

### **38. Ваши права и обязанности**

При получении медицинской помощи на Вас распространяются права и обязанности Участника плана. Являясь Вашим партнером по медицинскому обслуживанию, Мы стремимся обеспечить соблюдение Ваших прав, предоставляя Вам медицинскую страховку. Вы имеете право на получение полной и актуальной информации, касающейся диагностики, лечения и прогноза от Врача или другого Поставщика в выражениях, которые Вы можете понять. Когда предоставление Вам такой информации нецелесообразно, такая информация должна быть доступна для соответствующего лица, действующего от Вашего имени.

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

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

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

Вы имеете право доступа к Нашим Поставщикам, участвующим в плане.

Будучи Участником плана, Вы также должны активно участвовать в предоставляемом Вам медицинском обслуживании. Мы призываем Вас:

- 
- понимать имеющиеся у Вас проблемы со здоровьем, а также сотрудничать с Вашими Поставщиками для составления приемлемого для Вас плана лечения;
  - следовать плану лечения, согласованному с Вашими врачами или Поставщиками;
  - предоставлять Нам, Вашим врачам и другим Поставщикам информацию, необходимую для оказания Вам помощи в получении Вами услуг, в которых Вы нуждаетесь, и все льготы, на которые Вы имеете право согласно Вашему договору. Эта информация может включать в себя информацию о других медицинских страховках, приобретенных Вами помимо предоставленного Нами страхового покрытия;
  - информировать Биржу медицинского страхования штата Нью-Йорк (New York State Marketplace) в случае каких-либо изменений в Вашем имени или адресе в соответствии с Вашим Договором.

## Раздел XXIV

### ПЕРЕЧЕНЬ ЛЬГОТ UNITEDHEALTHCARE COMMUNITY PLAN

\*Подробную информацию см. в «Описании льгот» в данном Договоре

Услуги Поставщика, не участвующего в плане, не покрываются за исключением случаев, связанных с экстренной помощью. Вы платите полную стоимость услуг, предоставленных Поставщиком, не участвующим в плане, за исключением случаев, связанных с экстренной помощью.

Участие в издержках	Essential Plan 4
<b>Франшиза</b> • Частное лицо	\$0
<b>Ограничение по Личным расходам</b> • Частное лицо  Франшиза, Личное участие и Доплата, которые не должны превышать Ваш Предел расходов за свой счет, суммируются каждый Год плана.	\$0
<b>Визиты в кабинет врача</b>	
<b>Визиты в кабинет Основного лечащего врача</b> (или посещения на дому)	\$0 в кабинете Врача по системе Telehealth
<b>Визиты в кабинет Специалиста</b> (или посещения на дому)	\$0 в кабинете Врача по системе Telehealth
<b>Профилактическое медицинское обслуживание</b>	
<b>Ежегодные медицинские осмотры для взрослых*</b>	Полное покрытие страховкой
<b>Вакцинация взрослых*</b>	Полное покрытие страховкой
<b>Плановые гинекологические услуги / обследования в женской консультации*</b>	Полное покрытие страховкой



Участие в издержках	Essential Plan 4
<b>Профилактическое медицинское обслуживание (продолжение)</b>	
<b>Маммографии, скрининг и диагностические обследования на предмет рака молочной железы</b>	Полное покрытие страховкой
<b>Процедуры стерилизации для женщин*</b>	Полное покрытие страховкой
<b>Вазэктомия</b>	См. раздел «Хирургические услуги»
<b>Проверка плотности костной ткани*</b>	Полное покрытие страховкой
<b>Скрининг злокачественных опухолей предстательной железы</b>	Полное покрытие страховкой
<b>Все профилактические услуги, требуемые USPSTF и HRSA</b>	Полное покрытие страховкой
*Когда профилактические услуги не предоставляются согласно всеобщим указаниям USPSTF и HRSA	Использование Участия в издержках за соответствующие услуги (визиты в кабинет Основного лечащего врача; визиты в кабинет Специалиста; радиологические услуги в диагностических целях; лабораторные и диагностические процедуры)
<b>Экстренная медицинская помощь</b>	
<b>Услуги экстренной медицинской помощи до госпитализации (услуги скорой помощи)</b>	\$0
<b>Услуги скорой помощи в неэкстренных случаях</b> Требуется Предварительное разрешение	\$0

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

Участие в издержках	Essential Plan 4
<p><b>Отделение скорой помощи</b></p> <p>Отказ от Доплаты в случае Госпитализации</p>	<p>\$0</p> <p>Доплата не распространяется на медицинские судебные экспертизы, проводимые в соответствии с разделом 2805-і Закона об общественном здравоохранении</p>
<p><b>Центр оказания неотложной медицинской помощи</b></p>	<p>\$0</p> <p>в кабинете Врача по системе Telehealth</p>
<p><b>Амбулаторные и профессиональные услуги</b></p>	
<p><b>Расширенные услуги визуализации</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставляются в независимом радиологическом центре или кабинете</li> <li>• Выполняется в кабинете Специалиста</li> <li>• Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг</li> </ul> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>Тестирование на аллергию и лечение</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в кабинете ОЛВ</li> <li>• Выполняется в кабинете Специалиста</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>Стоимость услуг Амбулаторного хирургического центра</b></p>	<p>\$0</p>
<p><b>Услуги анестезии (в любых условиях)</b></p>	<p>Полное покрытие страховкой</p>
<p><b>Сердечно-легочная реабилитация</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в кабинете Специалиста</li> </ul>	<p>\$0</p>

Участие в издержках	Essential Plan 4
<b>Специализированные и амбулаторные услуги (продолжение)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг</li> <li>• Предоставляется в виде стационарных больничных услуг</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>Входит в Участие в издержках стоимости стационарных Больничных услуг</p>
<p><b>Химиотерапия и иммунотерапия</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в кабинете ОЛВ</li> <li>• Выполняется в кабинете Специалиста</li> <li>• Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг</li> <li>• Проводится дома</li> <li>• Препараты для химиотерапии и иммунотерапии</li> </ul> <p><b>Хиропрактика</b></p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>Клинические исследования</b> Требуется Предварительное разрешение</p>	<p>Применение Участия в издержках по соответствующей услуге</p>
<p><b>Диагностическая проверка</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в кабинете ОЛВ</li> <li>• Выполняется в кабинете Специалиста</li> <li>• Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>Диализ</b></p>	

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

Участие в издержках	Essential Plan 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в кабинете ОЛВ</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставляется в независимом Специализированном центре или кабинете Специалиста</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проводится дома</li> </ul> <p>Диализ, который проводится Поставщиком, не участвующем в плане, ограничен 10 посещениями за календарный год. См. описание льгот для получения дополнительной информации.</p>	\$0
<p><b>Услуги по реабилитации</b> (физиотерапия, лечение профессиональных заболеваний или нарушений речи)</p>	\$0
<p><b>Медицинская помощь на дому ограничивается не более чем 40 визитами в течение одного Года плана.</b></p> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	\$0
<p><b>Услуги по лечению бесплодия</b></p> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	Использование Участия в издержках за соответствующие услуги (визиты в кабинет врача; радиологические услуги в диагностических целях; хирургия; лабораторные и диагностические процедуры)

Участие в издержках	Essential Plan 4
<b>Специализированные и амбулаторные услуги (продолжение)</b>	
<p><b>Инфузионная терапия</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Применение <ul style="list-style-type: none"> <li>– Выполняется в кабинете ОЛВ \$0</li> <li>– Выполняется в кабинете Специалиста \$0</li> <li>– Предоставляется в виде амбулаторных Больничных услуг \$0</li> <li>– Инфузионная терапия на дому (инфузионная терапия на дому идет в счет количества визитов по медицинской помощи на дому) \$0</li> <li>– Препараты для инфузионной терапии \$0</li> </ul> </li> </ul> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	
<b>Медицинские визиты в стационаре</b>	\$0 за госпитализацию
<p><b>Прерывание беременности</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Аборты, необходимые по медицинским показаниям Без ограничений Полное покрытие страховкой</li> <li>• Элективные аборты \$0 1 (одна) процедура в течение Года плана</li> </ul>	
<p><b>Лабораторные процедуры</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в кабинете ОЛВ \$0</li> </ul>	

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

Участие в издержках	Essential Plan 4
<b>Специализированные и амбулаторные услуги (продолжение)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в кабинете Специалиста</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в независимом лабораторном центре</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг</li> </ul>	\$0
<b>Материнство и уход за новорожденным</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дородовой уход</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стационарные Больничные услуги и родильный дом Участие в издержках не распространяется на 1 (один) покрываемый страховой визит на дом при условии, что роженица выписывается из Больницы досрочно</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Услуги Врача и акушерки за роды</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддержка грудного вскармливания, консультации и материалы, включая молокоотсосы Покрываются на период грудного вскармливания</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Послеродовой уход Предварительное разрешение необходимо для молокоотсосов стоимостью более \$500</li> </ul>	Включено в услуги Врача и акушерки при Участии в издержках при родах
<b>Плата за амбулаторную хирургическую процедуру в Учреждении</b>	\$0

Участие в издержках	Essential Plan 4
<b>Специализированные и амбулаторные услуги (продолжение)</b>	
<b>Обследования, необходимые для Госпитализации</b>	\$0
<p><b>Рецептурные препараты – в кабинете или амбулаторных Учреждениях</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Применение <ul style="list-style-type: none"> <li>– Выполняется в кабинете ОЛВ \$0</li> <li>– Выполняется в кабинете Специалиста \$0</li> <li>– Выполняются в амбулаторных Учреждениях \$0</li> <li>– Участие в издержках на приобретение Рецептурного препарата \$0</li> </ul> </li> </ul> <p>Предварительное разрешение необходимо для некоторых препаратов. См. Список предпочтительных препаратов Вашего плана.</p>	
<p><b>Радиологические услуги в целях диагностики</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в кабинете ОЛВ \$0</li> <li>• Выполняется в кабинете Специалиста \$0</li> <li>• Предоставляется в независимом радиологическом центре \$0</li> <li>• Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг \$0</li> </ul>	
<b>Лечебные радиологические услуги</b>	

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

Участие в издержках	Essential Plan 4
<b>Специализированные и амбулаторные услуги (продолжение)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в кабинете Специалиста</li> <li>• Предоставляется в независимом радиологическом центре</li> <li>• Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг</li> </ul> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>Услуги по реабилитации</b> (физиотерапия, трудотерапия или логопедия)</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Мнение второго врача</b> по поводу диагноза ракового заболевания, хирургии и прочего</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Хирургические услуги</b> (включая хирургию ротовой полости; реконструктивную хирургию молочных желез; реконструктивную и коррекционную хирургию; трансплантацию)</p> <p><b>Все процедуры трансплантации должны выполняться в назначенном центре передового опыта</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Хирургический стационар в Больнице</li> <li>• Хирургическая амбулатория в Больнице</li> <li>• Хирургическая процедура, выполняемая в амбулаторном хирургическом центре</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>



Участие в издержках	Essential Plan 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хирургическая процедура в кабинете Врача</li> </ul> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	\$0
<b>Дополнительные услуги, оборудование и устройства</b>	
<p><b>Медицинское оборудование для больных диабетом, расходные материалы и обучение по самостоятельному медицинскому уходу</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оборудование для больных диабетом, расходные материалы и инсулин (30-дневный запас); запас на срок до 90 дней</li> <li>• Обучение больных диабетом</li> </ul>	\$0 \$0
<p><b>Медицинское оборудование длительного пользования и скобы</b></p> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	\$0
<p><b>Внешние слуховые аппараты</b> (единоразовая покупка – один раз в течение 3 [трех] лет)</p>	\$0
<p><b>Кохлеарные имплантаты</b> (1 [один] на ухо в течение срока страхового покрытия)</p> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	\$0

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

Участие в издержках	Essential Plan 4
<b>Дополнительные услуги, оборудование и устройства (продолжение)</b>	
<p><b>Услуги хосписа</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Стационар</li> <li>• Амбулатория</li> </ul> <p>210 дней в течение Года плана 5 (пять) посещений для терапии по причине тяжелой утраты в семье</p>	<p>\$0 \$0</p>
<p><b>Изделия медицинского назначения</b></p> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Протезы</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Внешние 1 (один) протез на конечность в течение жизни, а также стоимость ремонта и замены протеза и его деталей</li> <li>• Внутренние</li> </ul> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	<p>\$0</p> <p>Входит в Участие в издержках на стационарные Больничные услуги</p>
<b>Стационарные услуги и центры</b>	
<p><b>Больничный стационар для продолжительного пребывания</b> (включая стационар при лечении после мастэктомии, сердечно-легочную реабилитацию, паллиативный уход)</p> <p>Требуется Предварительное разрешение. Однако Предварительное разрешение не требуется для экстренной госпитализации.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Услуги хранения собственной крови</b></p>	<p>\$0</p>

Участие в издержках	Essential Plan 4
<b>Стационарные услуги и центры (продолжение)</b>	
<p><b>Госпитализация в целях наблюдения</b>  Доплата не взимается в случае прямого перевода из амбулатории в условия наблюдения</p>	\$0
<p><b>Лечебное учреждение, оказывающее квалифицированный сестринский уход</b>  (включая сердечно-легочную реабилитацию)  200 дней в течение Года плана  Доплата не взимается за каждый прием при прямом переводе с больничного стационара в такое лечебное учреждение  Требуется Предварительное разрешение</p>	\$0
<p><b>Услуги по восстановлению в стационаре</b>  (физиотерапия, лечение профессиональных заболеваний или нарушений речи)  Требуется Предварительное разрешение</p>	\$0
<p><b>Услуги по реабилитации в стационаре</b>  (физиотерапия, лечение профессиональных заболеваний или нарушений речи)  Требуется Предварительное разрешение</p>	\$0

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

Участие в издержках	Essential Plan 4
<b>Услуги в области психиатрии и лечения зависимостей от психоактивных веществ</b>	
<p><b>Стационарные услуги в области психиатрии, в том числе лечение с проживанием</b> (для продолжительного пребывания в Больнице)</p> <p>Требуется Предварительное разрешение. Однако Предварительное разрешение не требуется для экстренной госпитализации.</p>	\$0
<p><b>Амбулаторные услуги в области психиатрии</b> (в том числе частичная Госпитализация и услуги Интенсивной амбулаторной программы)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Визиты в кабинет</li> <li>• Все прочие амбулаторные услуги</li> </ul> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	<p>\$0</p> <p>\$0 в кабинете Врача по системе Telehealth</p> <p>\$0 в кабинете Врача по системе Telehealth</p>
<p><b>Прикладной анализ поведения (АВА Treatment) при расстройствах аутистического спектра</b></p> <p>в кабинете Врача по системе Telehealth</p> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	<p>\$0</p> <p>в кабинете Врача по системе Telehealth</p>

Участие в издержках	Essential Plan 4
<b>Услуги в области психиатрии и лечения зависимостей от психоактивных веществ (продолжение)</b>	
<p><b>Вспомогательные коммуникационные устройства при расстройствах аутистического спектра</b></p> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	\$0
<p><b>Стационарные услуги по лечению зависимости от психотропных веществ (для продолжительного пребывания в Больнице)</b></p> <p>Требуется Предварительное разрешение. Тем не менее, в случае экстренного приема или для Учреждений, сертифицированных OASAS, Предварительное разрешение не требуется.</p>	\$0
<p><b>Услуги по амбулаторному лечению зависимости от психоактивных веществ (в том числе частичная Госпитализация, услуги интенсивной амбулаторной программы и медикаментозной терапии)</b></p> <p>Для семейного консультирования можно использовать до 20 визитов в течение одного Года плана</p> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	\$0 в кабинете Врача по системе Telehealth
<p><b>Рецептурные препараты</b></p> <p>На определенные Рецептурные препараты не распространяется Участие в издержках, если они предоставляются согласно всеобщим указаниям HRSA или если товар или услуга имеют рейтинг «А» или «В» USPSTF и получены в Аптеке, участвующей в плане.</p>	
<p><b>Розничная аптека</b></p> <p>30-дневный запас препарата</p> <p>Уровень 1</p>	\$0

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

Участие в издержках	Essential Plan 4
Уровень 2	\$0
Уровень 3	\$0
<p>Предварительное разрешение не требуется для покрываемого Рецептурного препарата, применяемого для лечения зависимости, в том числе Рецептурного препарата на случай отмены опиоидов и/или стабилизации, а также для лечения передозировки опиоидами.</p>	
<p><b>Аптека заказа по почте</b> Запас препарата до 90 дней</p>	
Уровень 1	\$0
Уровень 2	\$0
Уровень 3	\$0
<p><b>Безрецептурные препараты</b></p>	\$0
<p><b>Смеси для энтерального питания</b></p>	
Уровень 1	\$0
Уровень 2	\$0
Уровень 3	\$0
<p><b>Льготы Wellness</b></p>	
<p><b>Возмещение расходов на услуги спортзала</b></p>	<p>До \$400 в год, \$200 за 6-месячный период после 50 визитов в течение 6 месяцев</p>
<p><b>Стоматологическая и офтальмологическая помощь</b></p>	
<p><b>Стоматологическая помощь</b></p>	

Участие в издержках	Essential Plan 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Профилактическое стоматологическое обслуживание</li> <li>• Плановое стоматологическое обслуживание</li> <li>• Значительные стоматологические процедуры (эндодонтия, периодонтология, протезирование) <ul style="list-style-type: none"> <li>– 1 (один) стоматологический осмотр и чистка в течение 6-месячного (шестимесячного) периода</li> <li>– Рентген всех зубов или панорамный рентген с 36-месячными интервалами, прикусной рентген зубов с интервалом от 6 (шести) до 12 месяцев</li> </ul> </li> </ul> <p>Ортодонтия и значительные стоматологические процедуры, требующие Предварительного разрешения</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>Офтальмологическая помощь</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Осмотр</li> <li>• Стекла для очков и оправы</li> <li>• Контактные линзы</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>

## Договор Участника плана New York Essential Plan 4

---

Участие в издержках	Essential Plan 4
1 (один) осмотр в течение Года плана, если иное не требуется по медицинским показаниям 1 (один) рецепт на линзы и оправу в течение Года плана, если иное не требуется по медицинским показаниям Контактные линзы требуют Предварительного разрешения	

Все внутрисетевые запросы для получения Предварительного разрешения являются ответственностью Вашего Поставщика, участвующего в плане. Вы не будете оштрафованы, если Поставщик, участвующий в плане, не подаст запрос на получение необходимого Предварительного разрешения. Однако, если услуги не покрываются согласно настоящему Договору, Вам придется оплатить полную стоимость таких услуг.



## УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

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

UnitedHealthcare Community Plan предоставляет следующие услуги:

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

Если Вам необходимы данные услуги, позвоните по бесплатному телефону, указанному в Вашей идентификационной карте участника.

Если Вы считаете, что сотрудники плана медицинского страхования UnitedHealthcare Community Plan не предоставили Вам данные услуги или отнеслись к Вам по-другому на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола, Вы можете подать жалобу координатору по гражданским правам следующими способами:

По почте: Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UT 84130

По электронной почте: **UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**

Также Вы можете подать жалобу по поводу гражданских прав в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) следующими способами:

Через веб-сайт: Портал Управления по гражданским правам для подачи жалоб:  
**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**

По почте: U.S. Dept. of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building,  
Washington, D.C. 20201

По телефону: Бесплатный номер 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

**Мы предоставляем бесплатные услуги, которые помогут Вам общаться с Нами. К ним относится составление писем на других языках или распечатка информации крупным шрифтом. Вы также можете попросить предоставить Вам устного переводчика. Если Вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**, с 8 а.м. до 6 р.м., с понедельника по пятницу.**

CSNY20MC4886650\_000 - Essential Plan

## LANGUAGE ASSISTANCE

**ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. English**  
**Call 1-866-265-1893 TTY/711.**

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





# Мы работаем для Вас

---

Помните, что Мы всегда готовы ответить на любые вопросы, которые у Вас могут возникнуть. Просто позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**, с 8 а.м. до 6 р.м., с понедельника по пятницу. Вы также можете посетить Наш веб-сайт **[myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan)**.

UnitedHealthcare Community Plan of New York  
One Penn Plaza, 8th Floor  
New York, NY 10119

**[myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan)**

**1-866-265-1893, ТТУ 711**

