

Январь 2025 г.



# Договор Участника плана

## New York | Essential Plan 2

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

Данная страница намеренно оставлена пустой.

Это Ваш

## **ДОГОВОР ESSENTIAL PLAN**

Составлен  
**UnitedHealthcare Community Plan**

Это Ваш индивидуальный Договор на покрытие Essential Plan, составленный 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.

**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, что Договор не был расторгнут ранее нами согласно положениям этого Договора или Вами путем отправки нам предварительного письменного уведомления за 30 дней.

Если Вы забеременеете во время действия этого Договора, Вы будете иметь страховое покрытие в течение всего срока беременности, а также одного года после родов. 12-месячный период послеродового покрытия начинается в последний день Вашей беременности и заканчивается в последний день 12-го месяца.

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 . . . . .	5
Раздел II. Как работает Ваше страховое покрытие. . . . .	11
Поставщики, участвующие в плане . . . . .	12
Роль основного лечащего врача. . . . .	12
Услуги, подлежащие предварительному разрешению . . . . .	14
Необходимость по медицинским показаниям . . . . .	15
Важные телефонные номера и адреса. . . . .	18
Раздел III. Доступ к медицинскому обслуживанию и промежуточному медицинскому обслуживанию . . . . .	19
Раздел IV. Участие в издержках и предельная сумма. . . . .	21
Раздел V. Кого покрывает план . . . . .	23
Раздел VI. Профилактическое медицинское обслуживание . . . . .	24
Раздел VII. Скорая помощь и услуги экстренной медицинской помощи до госпитализации. . . . .	27
Раздел VIII. Услуги экстренной помощи и неотложная медицинская помощь . . . . .	30
Раздел IX. Амбулаторные и специализированные услуги. . . . .	32
Раздел X. Дополнительные льготы, оборудование и устройства. . . . .	43
Раздел XI. Стационарное обслуживание. . . . .	48
Раздел XII. Услуги в области психиатрии и лечения зависимостей от психоактивных веществ . . . . .	52
Раздел XIII. Страховое покрытие рецептурных препаратов . . . . .	56
Раздел XIV. Льготы Wellness . . . . .	66
Раздел XV. Офтальмологическая помощь. . . . .	70
Раздел XVI. Стоматологическая помощь. . . . .	71
Раздел XVII. Исключения и ограничения . . . . .	75
Раздел XVIII. Принятие решений по страховым требованиям . . . . .	78
Раздел XIX. Жалобы и порядок их рассмотрения. . . . .	80
Раздел XX. Проверка использования . . . . .	82
Раздел XXI. Независимая апелляция . . . . .	90
Раздел XXII. Прекращение страхового покрытия . . . . .	95
Раздел XXIII. Право на временное приостановление страхового покрытия для личного состава вооруженных сил . . . . .	96
Раздел XXIV. Общие положения. . . . .	97
Раздел XXV. Перечень льгот . . . . .	105
Уведомление о недопущении дискриминации . . . . .	121

---

# Раздел I

## Определения

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

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

**Предельная сумма:** максимальная сумма, на которой основывается Наша оплата Покрываемых услуг. См. раздел «Участие в издержках и 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 услуг, 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 услуг. Такая сумма варьируется в зависимости от типа Покрываемых услуг.

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

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

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

## Договор Участника New York Essential Plan 2

---

### **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 Финансового отдела Государственного департамента штата Нью-Йорк (New York State Department of Financial Services) на проведение независимых апелляций согласно законодательству штата Нью-Йорк.

---

**Учреждение:** Больница; Амбулаторный хирургический центр; родильный дом; центр гемодиализа; реабилитационный центр; 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 о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк (New York Public Health Law); онкологический центр, назначенный Национальным институтом рака, лицензированный Департаментом здравоохранения в пределах Нашей зоны 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 (New York Mental Hygiene Law), 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 о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк (New York Public Health Law) (в других штатах — похожее сертифицированное учреждение). Если Вы проходите лечение зависимости от психоактивных веществ вне штата Нью-Йорк, то Учреждение такого рода должно также быть аккредитовано Объединенной Комиссией (Joint Commission) для предоставления программ лечения таких зависимостей.

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

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

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

**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 услуг, которые могут быть покрыты согласно данному Договору.

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

**Услуги хосписа:** уход, который предоставляет комфорт и поддержку лицам на последних стадиях смертельных заболеваний, а также их семьям. Такой уход предоставляет хоспис, сертифицированный согласно статье 40 Закона о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк (New York Public Health Law) или согласно другому процессу получения разрешения, необходимого в штате местонахождения хосписа.

## Договор Участника New York Essential Plan 2

---

**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 круглосуточные услуги по уходу за больными под руководством или наблюдением профессиональной дипломированной медсестры (RN);
- если такая Больница находится в штате Нью-Йорк, у нее имеется действующий план контрольно-ревизионной деятельности, который относится ко всем пациентам и соответствует, по меньшей мере, стандартам, изложенным в статье 1395x(k) раздела 42 Свода законов США (42 U.S.C. 1395x(k));
- обладает соответствующей лицензией от учреждения, которое имеет право выдавать лицензии таким Больницам;
- не является, за исключением особого стечения обстоятельств, санаторием, учреждением, предназначенным, в первую очередь, для лечения туберкулеза, домом престарелых, учреждением для лечения больных алкоголизмом и наркоманией, или учреждением, оказывающим уход за выздоравливающими, а также патронажным, учебным или реабилитационным учреждением.

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

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

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

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

- иммиграционным статусом «не граждане, соответствующие определенным критериям» без периода ожидания;
- гуманитарным статусом или находятся в определенных обстоятельствах (включая статус временной защиты, специальный статус несовершеннолетних, соискатели убежища, Конвенция против пыток, жертвы торговли людьми);
- действующая неиммиграционная виза;
- легальный статус, предоставленный другими законами (статус временного проживания, акт LIFE, лица, подпадающие под процедуру воссоединения семьи). Полный перечень иммиграционных статусов, которые имеют право участия в плане, можно прочитать на Нашем веб-сайте <http://www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status/> или узнать, позвонив в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (NY State of Health) 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 с правками (Social Security Act).

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

---

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

**Поставщик, не участвующий в плане:** Поставщик услуг, 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 Покрываемых услуг. Этот предел расходов ни в коем случае не включает Выставление счета по остатку или стоимость медицинских услуг, которые Мы не покрываем.

**Поставщик, участвующий в плане:** Поставщик услуг, 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. — дипломированный 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.

**Рецептурные препараты:** лекарственный препарат, продукт или устройство, утвержденные Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (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):** принимающие участие в плане практикующая медсестра, помощник врача или Врач, как правило, специализирующиеся на терапии или семейной практике, которые непосредственно предоставляют или координируют весь спектр медицинских услуг для Вас.

## Договор Участника New York Essential Plan 2

---

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

**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 услуг. За исключением случаев, указанных в разделе «Доступ к медицинскому обслуживанию и промежуточному медицинскому обслуживанию» данного Договора, или указаний Нашей компании об обратном, Направление для посещения Поставщика, 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 Albany, Bronx, Broome, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Dutchess, Erie, Essex, Franklin, Fulton, Genesee, Jefferson, Kings, Lewis, Madison, Monroe, Nassau, New York, Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orange, Orleans, Oswego, Queens, Rensselaer, Richmond, Rockland, Saratoga, Schenectady, Seneca, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester и Yates.

**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 Объединенной Комиссией (Joint Commission) или Больничным комитетом Американской остеопатической ассоциации (Bureau of Hospitals of the American Osteopathic Association), или в качестве Лечебного учреждения, оказывающего квалифицированный сестринский уход за больными в программе Medicare; любое другое наше определение для соответствия стандартам какому-либо из 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):** 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, принимающего участие 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(-и):** UnitedHealthcare Community Plan и любое лицо, которому Мы в законном порядке делегируем выполнение обязанностей от Нашего имени и согласно данному Договору.

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

**Вы, Ваш:** Участник.

## Раздел II

### Как действует Ваше страховое покрытие

#### **А. 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 услуг, принимающим участие в плане;
- входит в перечень Покрываемых услуг;
- не превышает никакие льготные ограничения, описанные в разделе «Перечень льгот» в данном Договоре;
- получена Вами в течение срока действия данного Договора.

## Договор Участника New York Essential Plan 2

---

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

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

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

Вы несете ответственность за Участие в издержках, которые относятся к Покрываемым услугам, только в том случае, если Вы получаете Покрываемые услуги от Поставщика, который не является Поставщиком, участвующим в плане, в следующих ситуациях:

- Поставщик указан в качестве Поставщика, участвующего в плане, в нашем онлайн-справочнике Поставщиков.
- Наш бумажный справочник Поставщиков, в котором данный Поставщик указан как Поставщик, участвующий в плане, на момент публикации не соответствует действительности.
- Мы направляем Вам письменное уведомление о том, что Поставщик является Поставщиком, участвующим в плане, в ответ на Ваш телефонный запрос о предоставлении информации о сетевом статусе Поставщика.
- Мы не направляем Вам письменное уведомление в течение 1 (одного) рабочего дня с момента Вашего телефонного запроса информации о сетевом статусе Поставщика.

В таких ситуациях, если Поставщик выставляет Вам счет на сумму, превышающую сумму Вашего Участия в издержках, и Вы оплачиваете счет, Вы имеете право на получение от Поставщика возмещения и процентов.

### 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 получить помощь Специалиста у Поставщика услуг, участвующего в плане. Вы можете выбрать любого ОЛВ, участвующего в плане, который перечислен в перечне ОЛВ Сети Essential Plan UnitedHealthcare Community Plan. В некоторых случаях Вы можете назначить Специалиста в качестве своего ОЛВ. Чтобы получить более подробную информацию о назначении Специалиста, см. раздел «Доступ к медицинскому обслуживанию и промежуточному медицинскому обслуживанию» в данном Договоре. 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 Участию в издержках по данному Договору при условии, что оказанные услуги были связаны со специализированной медицинской помощью.

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

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

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

Чтобы связаться с Вашим Поставщиком услуг в нерабочие часы, позвоните в кабинет Поставщика. Вы будете направлены к Вашему Поставщику услуг, автоответчику с инструкциями по получению услуг или другому Поставщику услуг. Если Вы находитесь в Экстренном состоянии, немедленно обратитесь за помощью в ближайшее отделение скорой помощи Больницы или позвоните по номеру **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 входящему в сеть UnitedHealthcare, ваш ОЛВ должен связаться с отделом предварительных разрешений UnitedHealthcare по телефону 1-866-362-3368. Специалист должен согласиться сотрудничать с UnitedHealthcare и принять наши платежи в качестве оплаты в полном объеме. Такое разрешение называется «предварительным разрешением». ОЛВ объяснит Вам все 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 медицинских услуг, не относящимся к сети UnitedHealthcare. Если план UnitedHealthcare Community Plan направляет Вас к поставщику медицинских услуг, 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 услуг, не участвующим в плане, будут оплачены таким же образом, как если бы они были предоставлены Поставщиком услуг, 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 услуг, принимающий участие в плане, несут ответственность за подачу запроса на получение Предварительного разрешения за внутрисетевые услуги, указанные в разделе «Перечень льгот» в данном Договоре.

### **З. Порядок получения Предварительного разрешения**

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

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

- Как минимум за 2 (две) недели до планируемой госпитализации или хирургического вмешательства, если Ваш Поставщик услуг 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 услуг рекомендует выполнить хирургическое вмешательство или процедуру в отделении амбулаторной хирургии Больницы или в Амбулаторном хирургическом центре. Если это невозможно, то как можно скорее в рабочее время до хирургического вмешательства или процедуры.
- В течение первых 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. Руководство медицинской службой**

Льготы, которые доступны Вам на основании данного Договора, проходят предварительные, параллельные и ретроспективные оценки, чтобы установить, когда Мы должны покрывать такие услуги. Целью таких оценок является предоставление рентабельных медицинских услуг путем оценки применения процедур, условий или места оказания таких услуг (если это уместно). Покрываемые услуги должны быть 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 услуг 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 услуг.
- Они не стоят дороже, чем альтернативная услуга или набор услуг, которые могут предоставить как минимум эквивалентный лечебный или диагностический результат.

- Когда обстановка или место оказания услуги также проходят оценку, услуги, которые могут быть безопасно оказаны Вам в обстановке с меньшей стоимостью, не будут необходимы с медицинской точки зрения, если они проводятся в условиях более дорогостоящей обстановки. Например, Мы не предоставляем покрытие 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 услуг, не участвующему в плане, Врачом, участвующим в плане, без Вашего четкого письменного согласия, где Вы подтверждаете тот факт, что направление выдано для посещения Поставщика услуг, не участвующего в плане, и что такой визит может привести к расходам, которые Мы не покроем. В случае с неожиданным счетом направление к Поставщику услуг, который не участвует в плане, значит:
  - Покрываемые услуги выполняются Поставщиком услуг, 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 будете освобождены от ответственности за любые расходы Поставщика, не участвующего в плане, по неожиданному счету, которые превышают сумму Вашего Внутрисетевого Участия в издержках. Поставщик, не участвующий в плане, может выставить Вам счет только на сумму, равную сумме Вашего Участия в издержках. Вы можете подписать форму, чтобы уведомить Нас и Поставщика, не участвующего в плане, о получении неожиданного счета.

Форму подтверждения 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) (копия). Вы должны отправить Нам форму по почте на адрес, указанный на Вашей идентификационной карте, и Вашему Поставщику услуг.

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

## **H. 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. Страховщик может применить к покрытию услуги, предоставляемой с использованием системы Telehealth, доплаты и/или личное участие, при условии, что они являются не менее выгодными для застрахованного лица, чем те доплаты и/или личное участие, которые установлены для той же услуги, предоставляемой не через систему Telehealth. Покрываемые услуги, предоставляемые при помощи системы Telehealth, могут подлежать проверке использования и регулируются требованиями по обеспечению качества, а также другим 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 услуг, участвующим в плане, для предоставления Вам Покрываемых услуг, на то время, пока Ваше местоположение не совпадает с местоположением Вашего Поставщика услуг.

## **O. 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 услуг. Кроме этого, Мы можем помочь Вам согласовывать лечение с уже существующими программами на основе местных сообществ и услугами, которые соответствуют Вашим потребностям. Это может подразумевать необходимость предоставить Вам информацию о внешних агентствах, программах на основе местных общин и услугах.

В некоторых случаях тяжелых или хронических заболеваний или 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 ПОДТВЕРЖДЕНИЯ НЕОЖИДАННЫХ СЧЕТОВ:**

Обратитесь по адресу, указанному на Вашей идентификационной карте.  
(При получении неожиданных счетов следует направить на этот адрес формы подтверждения неожиданных счетов).

- **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: 1-866-362-3368**

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

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

- **НАЦИОНАЛЬНАЯ ЛИНИЯ ЖИЗНИ ПО ВОПРОСАМ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СУИЦИДА:**

По телефону: **988**

Чат: **[988lifeline.org/chat](https://988lifeline.org/chat)**

---

## Раздел III

### Доступ к медицинскому обслуживанию и промежуточному медицинскому обслуживанию

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

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

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

Если у Вас угрожающее жизни состояние или заболевание, дегенеративное или инвалидизирующее состояние или заболевание, которое требует специализированной помощи в течение длительного периода времени, Вы можете попросить Специалиста, который принимает участие в плане, стать Вашим ОЛВ. Если Вы хотите, чтобы этот специалист был Вашим ОЛВ, Вам следует обсудить это с самим специалистом, спросить его, хочет ли он быть Вашим ОЛВ. Это означает, что этот врач 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 хочет быть Вашим ОЛВ, и причины такого решения 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, который не участвует в плане, пока Мы не установим, что в Нашей сети отсутствует необходимый Вам Поставщик услуг. Если Мы одобряем обращение к Специалисту, не принимающему участие в плане, то все Покрываемые услуги, которые предоставляет такой Специалист согласно утвержденному плану лечения, будут оплачены таким же образом, как если бы они были предоставлены Поставщиком услуг, участвующим в плане. Вы должны оплатить только внутрисетевое Участие в издержках.

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

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

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

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

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

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

---

Поставщик должен принять в качестве оплаты оговоренное вознаграждение, действовавшее непосредственно перед прекращением Наших отношений с Поставщиком. Поставщик должен также предоставить Нам все необходимые медицинские данные, связанные с Вашим лечением, придерживаться Наших политик и процедур, включая гарантирование качества лечения, получение Предварительного разрешения, других разрешений и плана лечения, утвержденного Нами. Вы сможете получать Покрываемые услуги, как если бы они предоставлялись Поставщиком, участвующем в плане. Вы должны оплатить только Внутрисетевое Участие в издержках. Обратите внимание, что, если Мы прекратили сотрудничество с Поставщиком услуг из-за мошенничества, нанесения неизбежного вреда пациентам или финансовой дисциплинарной меры со стороны совета штата или комитета, которые влияют на возможность Поставщика услуг вести свою практику, то продолжение лечения у такого Поставщика услуг невозможно.

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

Если Вы проходите курс лечения у Поставщика услуг, не принимающего участие в плане, в тот момент, когда Ваше покрытие согласно данному Договору вступает в силу, Вы можете получать Покрываемые услуги по текущему лечению у Поставщика услуг, 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, опасного 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, не участвующий в плане Поставщик услуг должен дать свое согласие принимать в качестве оплаты Наши гонорары за такие виды услуг. Поставщик услуг должен также согласиться предоставить Нам все необходимые медицинские данные, связанные с Вашим лечением, придерживаться Наших политик и процедур, включая гарантирование качества лечения, получения Предварительного разрешения, направления и плана лечения, утвержденного Нами. Если Поставщик услуг 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. Доплата**

Вы должны совершать Доплаты или вносить фиксированные суммы в разделе Перечень льгот данного Договора за Покрываемые услуги, за исключением случаев, когда указаны другие условия. Однако, если Предельная сумма за услугу меньше, 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 вычета любых применимых Доплат и Личного участия. Предельная сумма устанавливается Нами следующим образом:

Наши выплаты участвующим в плане Поставщикам услуг 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 услуг, 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

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

Вы — Участник, на которого выписан данный Договор — получаете страховое покрытие согласно данному Договору. Чтобы быть застрахованными по данному Договору, Вы должны проживать в нашей Зоне обслуживания. Ваш семейный бюджет должен составлять от 138% до 250% Федерального уровня бедности включительно. Если Вы являетесь пользователем Medicare или Medicaid или имеете доступную медицинскую страховку, оплачиваемую работодателем, Вы не имеете права подписывать данный Договор. Если Ваш доход составляет более 138 % Федерального уровня бедности и Вы моложе 19 лет или старше 64 лет, Вы не имеете права подписывать данный Договор.

Вы обязаны сообщать об изменениях Вашего статуса, которые могут повлиять на Ваше право пользоваться данным планом, включая Вашу беременность. Если Вы забеременеете во время действия настоящего Договора, Вы можете продолжать участвовать в программе в соответствии с разделом 369-ii Закона о социальном обеспечении штата Нью-Йорк. Если Вы продолжаете участвовать в плане Essential Plan, Вы будете иметь страховое покрытие в течение всего срока беременности, а также одного года после родов. 12-месячный период послеродового покрытия начинается в последний день Вашей беременности и заканчивается в последний день 12-го месяца. Вы также можете иметь право на участие в программе Medicaid, если Ваш семейный бюджет составляет менее 223% Федерального уровня бедности. Если Вы хотите получить страховое покрытие Medicaid вместо плана Essential Plan, Вам следует обратиться в NYSON.

#### **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.

#### **В. Регистрация**

Вы имеете право стать участником по данному Договору в любое время в течение года. Если Вы являетесь новым соискателем покрытия NYSON, действие Вашего покрытия 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, действие Вашего покрытия начнется в первый день месяца, следующего за месяцем, в который Вы выбрали план. Например, если Вы выберете Essential Plan 19 февраля, действие Вашего покрытия начнется 1 марта.

## Раздел VI

### Профилактическое медицинское обслуживание

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

#### Профилактическое 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 услуг, 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**, 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 медосмотры, профилактическое лечение и скрининги взрослых 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** 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.

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

- Б. Вакцинация взрослых.** Мы обеспечиваем покрытие вакцинации для взрослых согласно рекомендациям ACIP. Эта льгота не подлежит ни Доплатам, ни Личному участию, если она предоставляется согласно рекомендациям ACIP.

---

**В. Осмотры в женской консультации.** Мы покрываем осмотры в женской консультации, которые включают плановый осмотр у гинеколога, осмотр молочных желез и ежегодный 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. Эта льгота не подлежит ни Доплатам, ни Личному участию, если она предоставляется согласно общим указаниям, подтвержденным HRSA, а также наименованиям или услугам с рейтингом «А» или «В» USPSTF, 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 ее родственниц первой степени родства был рак молочной железы, Мы покрываем маммографии по рекомендации Поставщика услуг Участника. Однако ни в коем случае Мы не покрываем более 1 (одного) профилактического скрининга в течение Года плана.

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

Мы также обеспечиваем покрытие дополнительных скрининговых или диагностических обследований, в том числе диагностических маммографий, ультразвукового обследования и МРТ в целях обнаружения рака молочной железы. Скрининговые и диагностические обследования на предмет рака молочной железы, включая диагностические маммографии, ультразвуковое исследование молочной железы и МРТ не подлежат ни Доплатам, ни Франшизам, ни Личному участию, если они предоставляются Поставщиком услуг, участвующим в плане.

**Д. Планирование семьи и услуги по репродуктивному здоровью.** Мы покрываем услуги по планированию семьи, включая контрацептивные методы, утвержденные FDA и выписанные Поставщиком услуг, которые не покрываются в разделе «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. Такие услуги не подлежат ни Доплатам, ни Личному участию, если они предоставляются Поставщиком услуг, участвующим в плане.

Кроме прочего, Мы покрываем процедуру вазэктомии, которая подлежит Доплатам или Личному участию.

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

**Е. Измерение или анализ минеральной плотности костной ткани.** Мы покрываем стоимость измерения или анализов минеральной плотности костной ткани, а также Рецептурные препараты и устройства, утвержденные FDA, или их непатентованные эквивалентные препараты в качестве заменителей. Страховое покрытие Рецептурных препаратов рассматривается в разделе «Страховое покрытие Рецептурных препаратов» данного Договора. Измерение или анализы минеральной плотности костной ткани, препараты или необходимые устройства включают наименования, которые покрываются федеральной программой Medicare или соответствуют

## Договор Участника New York Essential Plan 2

---

критериям Национальных институтов здравоохранения. Вы будете иметь право на страховое покрытие, если Вы соответствуете критериям федеральной программы Medicare или критериям Национальных институтов здравоохранения (National Institutes of Health) 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.
- Такой возраст, пол и/или другие физиологические характеристики, которые представляют значительную угрозу развития остеопороза.

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

Эта льгота не подлежит ни Доплатам, ни Личному участию, если она предоставляется Поставщиком услуг, 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, 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.

Такие услуги не подлежат ни Доплатам, ни Франшизе или Личному участию, если они предоставляются Поставщиком услуг, участвующим в плане.

**3. Услуги по программе National Diabetes Prevention Program (NDPP).** Мы покрываем услуги по профилактике сахарного диабета, предоставляемые признанными Центром по контролю и профилактике заболеваний (CDC) программами для людей, которые входят в группу 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, а также если 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).

**I. Скрининг на колоректальный рак.** Мы покрываем скрининг на колоректальный рак для Участников в возрасте от 45 до 65 лет, включая все обследования и лабораторные анализы на колоректальный рак в соответствии с рекомендациями USPSTF для лиц со средним риском. Эта льгота включает первичную колоноскопию или другие медицинские анализы для скрининга на колоректальный рак и последующую колоноскопию, выполненную в связи с положительным результатом неколоноскопического профилактического скринингового анализа.

---

## 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 о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк (New York Public Health Law). Однако Мы только покрываем транспортировку в Больницу, выполненную такой службой скорой помощи, отсутствие которой с точки зрения здравомыслящего неспециалиста, который владеет общими понятиями в сфере медицины и здравоохранения, может:

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

Скорая помощь, получившая разрешение согласно статье 30 Закона штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении, должна оказать Вам помощь, и она не может выставить 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 услуг, 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 или водной) 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.

При отсутствии согласованных ставок Мы будем уплачивать Поставщику, не участвующему в плане и получившему разрешение согласно статье 30 Закона штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении, стандартную плату за экстренную транспортировку в скорой помощи, размер которой должен быть обоснованным и не превышать установленные ставки. Обычная и традиционная плата за экстренную транспортировку в скорой помощи — это сумма согласно FAIR Health для 80-го перцентиля, рассчитываемая с учетом места получения услуги.

Мы уплатим Поставщику, не участвующему в плане и не получившему разрешение согласно статье 30 Закона штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении, сумму, которую Мы сочтем разумной за экстренную транспортировку в скорой помощи. Тем не менее, сумма, которую Мы считаем разумной, не будет превышать плату Поставщика, не участвующего в плане.

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

Мы покрываем транспортировку в скорой помощи при неэкстренных случаях лицензированной скорой помощью между Учреждениями при транспортировке:

- из Неучаствующей больницы 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.

При отсутствии согласованных ставок Мы будем уплачивать Поставщику, не участвующему в плане и получившему разрешение согласно статье 30 Закона штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении, стандартную плату за неэкстренную транспортировку в скорой помощи, размер которой должен быть обоснованным и не превышать установленные ставки. Обычная и традиционная плата за неэкстренную транспортировку в скорой помощи — это сумма согласно FAIR Health для 80-го перцентиля, рассчитываемая с учетом места получения услуги [или выставленного Поставщиком счета].

Мы уплатим Поставщику, не участвующему в плане и не получившему разрешение согласно статье 30 Закона штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении, сумму, которую Мы сочтем разумной за неэкстренную транспортировку в скорой помощи. Тем не менее, сумма, которую Мы считаем разумной, не будет превышать плату Поставщика, не участвующего в плане.

---

## **В. Услуги воздушной скорой помощи**

### **1. Службы экстренной санитарной авиации**

Мы покрываем экстренную транспортировку, выполненную лицензированной скорой помощью в ближайшую Больницу, где могут предоставить Услуги экстренной помощи. Такое страховое покрытие охватывает перевозку воздушным транспортом в Больницу, если в Учреждении, куда первоначально был направлен больной, не имеется необходимых ресурсов для надлежащего лечения Экстренного состояния.

### **2. Службы неэкстренной санитарной авиации**

В неэкстренных случаях мы покрываем перевозку воздушным транспортом лицензированной скорой помощью между Учреждениями при транспортировке:

- из Больницы, не участвующей в плане, в участвующую;
- в Больницу, которая предоставляет более высокий уровень лечения, который был не доступен в первоначально выбранной Больнице;
- в более рентабельное Учреждение Интенсивной терапии; или
- из Учреждения Интенсивной терапии в Учреждение Субинтенсивной терапии.

### **3. Платежи за услуги санитарной авиации**

Мы выплатим Поставщику, участвующему в плане, оговоренную с ним сумму за предоставление услуг санитарной авиации.

Мы выплатим Поставщику, не участвующему в плане, сумму, которую Мы сочтем разумной за оказание услуг санитарной авиации. Тем не менее, сумма, которую Мы считаем разумной, не будет превышать плату Поставщика, не участвующего в плане.

Вы несете ответственность за Участие в издержках, касающихся услуг санитарной авиации. Поставщик, не участвующий в плане, может выставить Вам счет только на сумму, равную сумме Вашего Внутрисетевого Участия в издержках. Если Вы получили счет от Поставщика услуг, не участвующего в плане, сумма которого превышает размер Вашего Внутрисетевого Участия в издержках, Вам следует связаться с Нами.

## **Г. 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, интенсивное дорожное движение) 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 услуг 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 Неучаствующей Больнице в рамках внутрисетевого Участия в издержках. Если состояние Вашего здоровья позволяет Вам переместиться в Больницу, которая принимает участие в плане, Мы сообщим Вам об этом и поможем организовать перевозку.

- 3. Оплата оказанных Услуг экстренной помощи.** Мы выплатим Поставщику, участвующему в плане, оговоренную с ним сумму за предоставление Услуг экстренной помощи.

Мы выплатим Поставщику, не участвующему в плане, сумму, которую Мы сочтем разумной за оказание Услуг экстренной помощи. Тем не менее, сумма, которую Мы считаем разумной, не будет превышать плату Поставщика, не участвующего в плане.

Вы несете ответственность за Внутрисетевое Участие в издержках. Вы будете освобождены от ответственности за любые расходы Поставщика, не участвующего в плане, которые превышают сумму Вашего Внутрисетевого Участия в издержках. Поставщик, не участвующий в плане, может выставить Вам счет только на сумму, равную сумме Вашего Внутрисетевого Участия в издержках. Если Вы получили счет от Поставщика услуг, 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 времени, 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 услуг 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 участвующим Центром оказания неотложной медицинской помощи. Нет необходимости связываться с Нами до или после такого визита.
2. **Внесетевая помощь.** Мы покрываем Неотложную медицинскую помощь, оказанную неучаствующим Центром оказания неотложной медицинской помощи.

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

## Раздел IX

### **Амбулаторные и специализированные услуги**

(кроме психиатрии и зависимости от психоактивных веществ)

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

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

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

#### **Б. 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, угрожающих жизни.
- Вас направил Поставщик услуг, принимающий участие в плане, который решил, что Ваше участие в утвержденном клиническом исследовании будет уместным.

Все остальные клинические исследования, которые не касаются рака или других заболеваний или состояний, угрожающих жизни, могут подлежать условиям разделов «Проверка использования» и «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 лекарственного препарата, рассмотренного Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств;
- исследование препарата, которое освобождено от необходимости подавать заявку на регистрацию нового исследуемого препарата.

### Ж. Услуги для больных диабетом

Если у Вас диагностирован сахарный диабет, Вы не несете ответственность за Внутрисетевое Участие в издержках, связанных со следующими Покрываемыми услугами.

- Посещения кабинета основного лечащего врача для диагностики, лечения и контроля диабета. Однако Участие в издержках может применяться к другим услугам, которые предоставляются в течение одного и того же визита в качестве лечения диабета. Кроме того, если услуга для больных диабетом предоставлена во время визита, в то время как основной целью визита не было получение такой услуги, сумма Участия в издержках не будет меняться.
- Один визит в клинику для проведения ежегодного обследования сетчатки с расширением зрачка, в том числе при его проведении Специалистом;
- Один визит в клинику для проведения ежегодного обследования диабетической стопы, в том числе при его проведении Специалистом;
- Лабораторные процедуры и тесты для диагностики и лечения сахарного диабета.

### З. Диализ

Мы покрываем процедуры диализа при Острых или хронических заболеваниях почек.

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

- Поставщик услуг, не участвующий в плане, имеет соответствующую лицензию и разрешение для предоставления такого лечения.
- Поставщик услуг, не участвующий в плане, находится вне нашей Зоны обслуживания.
- Поставщик услуг, участвующий в плане, который занимается Вашим лечением, выдал письменное предписание, в котором указано, что Вы нуждаетесь в проведении диализа Поставщиком услуг, 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 услуг, не участвующим в плане.
- Льготы на услуги неучаствующего Поставщика услуг предоставляются при удовлетворения вышеизложенных условий. Такие льготы подлежат соответствующему Участию в издержках, применимых к процедурам диализа, которые предоставляются участвующим Поставщиком услуг. Однако Вы также несете ответственность за оплату разницы стоимости, которую должны были бы покрыть Мы, если бы услуга была предоставлена Поставщиком, участвующим в плане, а также за расходы Поставщика, не участвующего в плане.

---

## **И. 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 60 визитов для лечения одного заболевания в течение одного Года плана. Ограничение визитов применяется ко всем видам терапии вместе. В контексте данной льготы понятие «одно заболевание» означает заболевание или травму, приводящие к необходимости в таком лечении.

## **К. Лечение на дому**

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

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

Услуги на дому ограничиваются не более чем 40 визитами в течение одного 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.

## **Л. 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 услуг, 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.

#### **М. Инфузионная терапия**

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

### **Н. Прерывание беременности**

Мы Покрываем услуги по прерыванию беременности. Покрытие услуг по прерыванию беременности включает любой Рецептурный препарат, назначенный для прерывания беременности, в том числе Непатентованные препараты и Патентованные препараты, даже если эти Рецептурные препараты не были одобрены FDA для прерывания беременности, если Рецептурный препарат является признанным для прерывания беременности препаратом, указанным в одной из следующих справочных фармакопей:

- типовые списки основных лекарственных средств ВОЗ;
- Руководство ВОЗ по оказанию помощи, связанной с прерыванием беременности;
- Отчет о консенсусном исследовании Национальных академий наук, инженерных наук и медицины.

На услуги по прерыванию беременности не распространяется Участие в издержках, если они предоставляются Поставщиком, участвующим в плане.

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

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

Мы покрываем точные медицинские анализы на биомаркеры, включая анализы на отдельные и мультиплексные анализы, проведенные в принимающей участие в плане лаборатории, сертифицированной CLIA или освобожденной FDA от CLIA, в целях диагностики, лечения, соответствующего ведения или постоянного мониторинга для принятия решений о лечении Вашего заболевания или состояния, если такое тестирование признается эффективным и целесообразным в одном или нескольких указанных ниже документах:

- показания к проведению теста, одобренного или разрешенного FDA, или указанные тесты для утвержденного FDA рецептурного препарата;
- решения центров по услуг по Medicare и Medicaid («CMS») о страховом покрытии в стране или решения о локальном страховом покрытии, принятые административным подрядчиком Medicare;
- признанные на национальном уровне руководящие принципы клинической практики;
- литература и научные исследования после экспертного рецензирования, опубликованные или принятые к публикации в медицинских журналах, которые отвечают признанным на национальном уровне требованиям к научным рукописям и отдадут большинство опубликованных статей на рецензирование экспертам, не входящим в состав редакционного коллектива.

---

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

1. 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 беременности. Чтобы услуги акушерки покрывались, она должна иметь 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 учреждения или практиковать в учреждении, которое получило лицензию согласно статье 28 Закона о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк. Мы не оплачиваем повторные плановые услуги, оказанные как акушеркой, так и врачом. Более подробную информацию о стационарном уходе за матерью и ребенком см. в разделе «Стационарное обслуживание» в данном Договоре.

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, у Поставщика услуг, принимающего участие в плане, или обозначенного продавца.

## **Р. 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.

## **С. 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.

## **Т. 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.

## **У. Рецептурные препараты для применения в кабинете врача и амбулатории**

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

### Ф. Услуги по реабилитации

Мы покрываем Услуги по реабилитации, включая физиотерапию, логопедию и трудовую терапию в амбулаторном отделении Учреждения или в кабинете Медицинского работника. План покрывает не более 60 визитов для лечения одного заболевания в течение одного Года плана. Ограничение визитов применяется ко всем видам терапии вместе. В контексте данной льготы понятие «одно заболевание» означает заболевание или травму, приводящие к необходимости в таком лечении.

Мы покрываем логопедию и физиотерапию только в случае, если:

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

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

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

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

### Х. Мнение второго врача

- 1. Мнение второго врача в случае раковых заболеваний.** Мы покрываем мнение второго врача, предоставленное квалифицированным Специалистом, 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 услуг, который предоставит Вам второе мнение. Если мнения первого и второго специалиста не совпадают, Мы назначим другого Поставщика услуг, который предоставит третье мнение. После завершения процесса получения мнения второго врача Мы даем Предварительное разрешение на Покрываемые услуги, которое поддерживает большинство Поставщиков услуг, которые изучали Ваше дело.

---

## Ц. Услуги хирургии

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

Иногда 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, исключены из снижения стоимости при проведении множественных 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.

## Ч. Хирургия ротовой полости

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

- Хирургия ротовой полости на челюстной кости или окружающей ткани и стоматологические услуги для восстановления или замены здоровых зубов, 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.

### **Ш. Реконструктивная хирургия молочных желез**

Мы покрываем реконструктивную хирургию молочных желез или грудной стенки после мастэктомии или частичной мастэктомии. Страховое покрытие охватывает: все этапы реконструктивной хирургии молочных желез или грудной стенки 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. Операция по реконструкции грудной стенки включает эстетическое закрытие плоскости, как это определено Национальным институтом рака (National Cancer Institute). Операция по реконструкции груди или грудной стенки включает в себя нанесение татуировки на сосково-ареолярный комплекс, если такая татуировка выполняется медицинским работником. Также Мы покрываем имплантацию грудных протезов после мастэктомии и частичной мастэктомии.

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

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

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

### **Ы. 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.**

**Чтобы узнать о Вашем праве подавать внутреннюю или независимую Апелляцию по поводу Нашего решения, что трансплантация должна проводиться в Центре передового опыта, см. разделы «Проверка использования» и «Независимая апелляция» данного Договора.**

---

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 (New York Education Law):

##### **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 услуг, юридически уполномоченным выписывать их:

- индикаторная тест-полоска на ацетон;
- таблетки реагента на ацетон;
- спирт и перекись водорода, отпускаемые в расфасовке по 1 пинте;
- спиртовые салфетки;
- инсулиновые препараты;
- набор для автоматического забора крови из пальца;
- 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 услуг 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 (New York Education Law), 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; сертифицированный диетолог; дипломированные диетологи для групповой работы, когда это удобно; и
  - 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, слепотой или иными медицинскими показаниями.

### **4. Оборудование и расходные материалы для поэтапной терапии сахарного диабета**

Поэтапная терапия — программа, в рамках которой Вам необходимо попробовать один тип рецептурного препарата, расходного материала или оборудования для лечения диабета, если только по медицинским показаниям не требуется другой Рецептурный препарат, расходный материал или оборудование. Под действие поэтапной терапии относятся следующие Рецептурные препараты, расходные материалы и оборудование для лечения диабета:

- глюкометры и тест-полоски;
- расходные материалы для лечения диабета (включая, помимо прочего, шприцы, ланцеты, иглы, шприц-ручки);
- инсулин;
- инъекционные противодиабетические средства;
- пероральные противодиабетические препараты.

Эти предметы также могут потребовать предварительного разрешения и могут быть проверены на предмет медицинской необходимости. Если к Вашему запросу о покрытии Рецептурного препарата для лечения диабета применим протокол поэтапной терапии, Вы, Ваш уполномоченный представитель или Ваш медицинский работник можете подать запрос на определение необходимости изменения протокола поэтапной терапии, как указано в разделе «Проверка использования» настоящего Договора. Мы не будем добавлять требования к поэтапной терапии к Рецептурным препаратам для лечения диабета, включенным в Наш фармакологический справочник, в течение года действия плана, если только эти требования не будут добавлены по соображениям безопасности FDA.

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

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

### 2. Корсеты

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

## 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 данного Договора. Мы предоставляем страховое покрытие ремонта и/или замены слухового аппарата с костной фиксацией только в случае его неисправности.

---

### **3. Слуховые аппараты, отпускаемые без рецепта**

Мы покрываем отпускаемые без рецепта слуховые аппараты, рекомендованные Поставщиком. Мы также покрываем любые расходы, связанные с подгонкой и тестированием таких слуховых аппаратов. Ознакомьтесь с разделом «Перечень льгот» настоящего Договора для получения информации о требованиях к Участию в издержках или лимитах, которые применяются к отпускаемым без рецепта слуховым аппаратам.

### **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 препараты и медицинские изделия. Страховое покрытие распространяется на 210 дней ухода в хосписе. Кроме этого, Мы покрываем 5 (пять) визитов с целью поддерживающего ухода и ориентации, чтобы помочь Вам и ближайшим членам Вашей семьи справиться с эмоциональными и социальными проблемами, возникшими в связи с Вашей смертью, до и после нее.

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

### **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 к телу и которые временно или постоянно заменяют всю или часть внешней части тела, которая была утрачена или повреждена в результате травмы или заболевания. Мы покрываем стоимость париков только в случае сильной потери волос из-за травмы, 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 охватывает только 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 охватывает только стандартное оборудование.

## Раздел XI

### Стационарное обслуживание

(кроме психиатрии и зависимости от психоактивных веществ)

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

#### А. Больничные услуги

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

- палата на двоих и питание;
- общий, специальный и интенсивный сестринский уход;
- еда и специальное питание;
- использование операционных, восстановительных и цистоскопических кабинетов и оборудования;
- использование отделений и оборудования для интенсивной терапии, специализированного лечения или кардиологической помощи;
- диагностические и терапевтические изделия, такие как 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 терапия;
  - 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 тренировку 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.

## Договор Участника New York Essential Plan 2

---

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 считают адекватным с медицинской точки зрения.

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

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

### **Ж. Услуги по 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 палатах на двоих, 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 услуг 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 услуг.
2. Если тариф не был согласован, то мы возмещаем Интенсивную терапию в таком Учреждении по тарифу интенсивной терапии Medicare.
3. Если уровень ухода не является постоянным, то Мы возмещаем 75% от тарифа Интенсивной терапии Medicare.

## **Л. Центры передового опыта**

Центры передового опыта — это больницы, которые мы одобрили и назначили для получения определенных услуг. Чтобы узнать, является ли больница Центром передового опыта, ознакомьтесь с нашим Справочником поставщиков услуг, который доступен Вам по запросу; позвоните по номеру, указанному в Вашей идентификационной карте или посетите Наш веб-сайт по адресу [www.uhc.com/communityplan](http://www.uhc.com/communityplan). Мы покрываем следующие Услуги только при оказании их в Центрах передового опыта:

- Пересадка органа

Чтобы узнать о Вашем праве подавать внутреннюю или независимую Апелляцию, если Мы решим, что указанные выше услуги должны оказываться в Центре передового опыта, см. разделы «Проверка использования» и «Независимая апелляция» данного Договора.

### М. Ограничения / условия страхового покрытия.

1. Пока Вы получаете лечение в стационаре Учреждения, Мы не покрываем дополнительные расходы на специальных медсестер, расходы на отдельные палаты (за исключением, если это Необходимо по медицинским показаниям) или лекарственные препараты и изделия, которые Вы забираете домой из Учреждения. Если Вы располагаетесь в отдельной палате, но при этом в ней нет медицинской необходимости, страховое покрытие будет обеспечивать максимальную стоимость палаты на двоих в Учреждении. Вам придется оплатить разницу между стоимостью таких палат.
2. Мы не покрываем расходы на радио, телефон и телевизор, а также косметические и парикмахерские услуги.
3. Мы не покрываем никакие расходы после наступления того дня, когда Мы сообщаем Вам об отсутствии 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 года (Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008).

#### А. Услуги лечения психических расстройств

Мы покрываем следующие психиатрические услуги по лечению психических расстройств. В рамках данной льготы, согласно определению новейшего издания 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 (New York Mental Hygiene Law), 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 (New York Mental Hygiene Law), 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 (New York Mental Hygiene Law); 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, которое предоставляет лечение на аналогичном уровне, Учреждение должно быть аккредитовано Совместной комиссией по аккредитации организаций здравоохранения (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) 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 семейных консультаций в течение календарного года. Семейное консультирование включает семейные консультации в присутствии участника и семейные консультации без присутствия участника. Покрытие амбулаторных услуг по психиатрическому лечению включает Учреждения, которые получили действующий сертификат согласно статье 31 Закона о психогигиене штата Нью-Йорк (New York Mental Hygiene Law) или находятся под управлением Ведомства психического здоровья штата Нью-Йорк (New York State Office of Mental Health), центры стабилизации кризисных состояний, получившие лицензию в соответствии с разделом 36.01 Закона о психогигиене штата Нью-Йорк (New York Mental Hygiene Law), и Учреждения с аналогичной лицензией или сертификатами в других штатах; услуги, предоставляемые лицензированным психиатром или психологом; услуги лицензированного клинического социального работника; 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 (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) или национальной аккредитационной организацией, признанной Нами. При наличии назначения врача мы покрываем комплексные нейрофизиологические обследования на предмет дислексии, при условии проведения такого обследования медицинскими работниками. Амбулаторные услуги также включают консультирование по вопросам питания для лечения психического заболевания.
3. **Аутическое спектральное расстройство.** 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 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) «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, настольные ПК или планшетные компьютеры. Страховое покрытие распространяется на программное обеспечение и/или приложения, которые позволяют использовать ноутбук, стационарный или планшетный компьютер в качестве устройств для синтеза речи. Расходы на установку программы и/или техническую поддержку отдельно не возмещаются. Мы определим, должно ли устройство быть куплено или арендовано. Страховое покрытие распространяется на ремонт, установку сменных деталей и регулирование таких устройств, что может быть необходимо в результате нормального износа или значительных изменений Вашего физического состояния. Мы не покрываем расходы на ремонт или замену, необходимые по причине утери или повреждения, вызванных неправильным применением, 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 услуг. 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 услуг, иным образом охвачены страховым покрытием в рамках настоящего Договора. За исключением случаев, запрещенных законом, услуги, предоставляемые в рамках данного пункта, должны быть включены в любую максимальную сумму, применяемую к услугам таких терапевтов и социальных работников в соответствии с настоящим Договором.

- 
- vi. Фармацевтические услуги.** Мы предоставим страховое покрытие Рецептурных препаратов для лечения расстройств аутистического спектра, которые выписаны Поставщиком услуг, юридически уполномоченным их выписывать в соответствии с разделом 8 Закона об образовании штата Нью-Йорк (New York Education Law). 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 (New York Education Law). Предоставление услуг согласно индивидуально составленному плану обслуживания семьи согласно разделу 2545 Закона о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк (New York Public Health Law), индивидуализированному образовательному плану согласно статье 89 Закона об образовании штата Нью-Йорк (New York Education Law) 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 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) «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 по оказанию наркологической помощи и поддержки (Office of Addiction Services and Supports, OASAS); в других штатах такие услуги оказываются только в таких Учреждениях, которые были лицензированы и сертифицированы аналогичным государственным органом или аккредитованы Совместной комиссией (Joint Commission) 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, получивших лицензию, сертификат или иное разрешение со стороны OASAS; в других штатах такие услуги оказываются только в таких Учреждениях, которые были лицензированы и сертифицированы аналогичным государственным органом или иным образом получили разрешение или аккредитованы Совместной комиссией (Joint Commission) 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 сверстников, 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 (New York Mental Hygiene Law), и Учреждения в других штатах, лицензированные и сертифицированные аналогичным государственным органом, или которые иным образом получили разрешение со стороны аналогичного государственного органа, или аккредитованные Совместной комиссией (Joint Commission) 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 «Осторожно — Федеральное законодательство запрещает распространение без рецепта»;
- одобрены FDA;
- назначены Поставщиком услуг, у которого имеется разрешение выписывать препараты, которые находятся в рамках его врачебной практики;
- выписаны согласно утвержденным FDA указаниям по введению и дозировке;
- указаны в Нашем Фармацевтическом справочнике;
- отпускаются лицензированной аптекой.

---

К Рецептурным препаратам относятся, помимо прочего:

- Рецептурные препараты для лечения диабета, включенные в Наш фармакологический справочник, назначенные Вашим лечащим врачом или другим Поставщиком услуг, юридически уполномоченным выписывать их;
- 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 (National Institutes of Health);
- 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 услуг. 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 и услуги по сохранению фертильности в разделе «Амбулаторные и специализированные услуги» настоящего Договора;
- противораковые препараты 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-Drug Information; National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium; Thomson Micromedex DrugDex; Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology; или другие авторитетные сборники, признанные Федеральным министром здравоохранения и социальных услуг (Federal Secretary of Health and Human Services), или центрами, оказывающими услуги согласно Medicare и Medicaid; или рекомендованная обзорная статья или редакционный комментарий в серьезном профессиональном журнале с экспертным рецензированием;
- противораковые препараты перорального применения, употребляемые для того, чтобы убить или замедлить рост раковых клеток;
- препараты для отказа от курения, включая препараты, отпускаемые без рецепта, на которые имеется письменное назначение, а также Рецептурные препараты, выписанные Поставщиком услуг;
- профилактические Рецептурные препараты, в том числе безрецептурные препараты, на которые имеется письменный заказ, предоставляемые согласно комплексным указаниям, подтвержденным

## Договор Участника New York Essential Plan 2

---

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»);

- рецептурные препараты для предконтактной профилактики (PrEP) и постконтактной профилактики (PEP) для предотвращения ВИЧ-инфекции;
- Рецептурные препараты для лечения психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая препараты для детоксикации, и поддерживающего лечения, все препараты бупренорфина, метадон и инъекционный налтрексон длительного действия, а также опиоидные препараты и препараты для купирования симптомов передозировки, в том числе отпускаемые без рецепта препараты;
- противозачаточные средства, устройства и другие изделия, включая безрецептурные противозачаточные средства, устройства и другие изделия, утвержденные, одобренные или предоставленные 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 препарата, устройства и другого продукта по решению Вашего лечащего врача. Вы можете запросить предоставление исключения, попросив своего лечащего врача заполнить Форму исключительного применения контрацептивов и направить ее Нам. Чтобы больше узнать об этом процессе или получить экземпляр формы, посетите Наш веб-сайт [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) позвоните по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**.

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 услуг и только после использования 85% (розничная аптека) и 75% (специализированная аптека и заказ по почте) изначального запаса Рецептурного препарата. Льготы на Пополнение запаса не предоставляются более 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.

**Экстренное Пополнение запаса во время чрезвычайной ситуации в штате.** В случае объявления чрезвычайной ситуации в штате Вы, а также Ваш уполномоченный представитель или Ваш Лечащий врач, действующие от Вашего имени, можете немедленно получить 30-дневное Пополнение запаса Рецептурного препарата, который Вы принимаете в настоящее время. Вы оплатите сумму Участия в издержках, применимую к 30-дневному Пополнению запасов. Некоторые Рецептурные препараты, определенные Уполномоченным по вопросам здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Commissioner of Health), не одобрены для экстренного Пополнения запаса, в том числе контролируемые вещества, указанные в перечне II и III.

---

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

- 1. Расходы по Участию в издержках.** Вы оплачиваете расходы, указанные в разделе «Перечень льгот» настоящего Договора, когда Покрываемые Рецепттурные 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.

**Купоны и другая финансовая помощь.** Мы будем засчитывать любые платежи третьих лиц, финансовую помощь, скидки или другие купоны, которые помогают Вам оплатить Ваше Участие в издержках, в счет Вашего Предела расходов за свой счет.

- 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:

- Участия 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.

Если Назначенная аптека не является розничной, Вы также можете получить эти Рецепттурные препараты в розничной аптеке, если она является Участвующей аптекой и согласна на ту же сумму возмещения, что и Назначенная аптека.

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 услуг; 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 Рецепттурный препарат в такой аптеке, Вы лишаетесь покрытия такого Рецепттурного препарата. Если Назначенная аптека не является розничной, Вы можете получить Рецепттурные препараты в Участвующей розничной аптеке, которая согласна на ту же сумму возмещения, что и Назначенная аптека.

## Договор Участника New York Essential Plan 2

---

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;
- ВИЧ/СПИД;
- 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 лекарства по почте.

Вы должны оплатить наименьшее из:

- Участия в издержках;
- Стоимости 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 услуг 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 поддерживаемых препаратов периодически обновляется. Посетите наш веб-сайт [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) или позвоните по телефону **1-866-265-1893**, чтобы узнать, есть ли конкретный поддерживаемый Рецептурный препарат в перечне.

- 
6. **Статус уровня.** Уровень отпускаемого по рецепту лекарственного средства 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 лекарство, которое 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 Рецептурного 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 рецептурного препарата может измениться. В этом случае Вы будете оплачивать участие в издержках, применимое к уровню, на котором получен Рецептурный 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 Рецептурного 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 Рецептурного препарата нет в нашем Фармацевтическом справочнике, Вы, Ваш уполномоченный представитель или Ваш Медицинский работник, выписавший Вам препарат, можете попросить сделать исключение для клинически утвержденного Рецептурного препарата в письменной, электронной форме или по телефону. Запрос должен состоять из заявления Вашего Специалиста по здравоохранению, выписывающего препарат, о том, что все препараты из фармацевтического справочника будут или были неэффективны, не будут столь же эффективны, как этот препарат вне Фармацевтического справочника, или будут иметь отрицательный эффект. Если в покрытии отказано в ходе нашего стандартного или ускоренного процесса предоставления исключения Фармацевтического справочника, Вы имеете право подать Независимую апелляцию, как описано в разделе «Независимая апелляция» настоящего Договора. Чтобы больше узнать об этом процессе, посетите наш веб-сайт [myuhc.com/CommunityPlan](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 лекарственный 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 Рецептурные препараты ограничиваются 30-дневным запасом. Для более подробной информации об ограничении запасов специальных Рецептурных препаратов посетите Наш веб-сайт [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) или позвоните по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**.

Некоторые Рецептурные препараты могут быть ограничены в количестве на основании критериев, разработанных Нами, периодически пересматриваемых и изменяемых. Такое допустимое количество может ограничивать предоставляемое количество каждого Рецептурного препарата или его Пополнения и/или количество, предоставляемое на месяц. Вы можете узнать, есть ли у Рецептурного 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 Рецептурных опиоидных препаратов.** Если Вам выпишут исходный ограниченный рецепт на 7 (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 Рецептурного 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 в коем случае 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 Рецептурного 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 специализированные услуги» настоящего Договора.

---

## Г. Руководство медицинской службой

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

1. **Предварительное разрешение.** Чтобы гарантировать правильность применения и соблюдение всех нормативов покрытия Рецептурного препарата, может понадобиться Предварительное разрешение для некоторых Рецептурных препаратов. Ваш Поставщик несет ответственность (когда это уместно) за получение Предварительного разрешения на Рецептурный препарат. Не требуется Предварительное разрешение на покрываемые Рецептурные антиретровирусные препараты для лечения или профилактики ВИЧ или СПИД и препараты для лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая препараты для снятия последствий передозировки опиоидов, выписанные или выданные Вам.

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

2. **Поэтапное лечение.** Поэтапное лечение — это процесс, в течение которого Вам может понадобиться использовать один или несколько видов Рецептурного препарата, пока Мы не решим покрыть другой препарат как Необходимый по медицинским показаниям. Мы проверяем некоторые Рецептурные препараты, чтобы удостовериться в том, что все правила выдачи рецепта соблюдены. Эти правила позволяют Вам получать высококачественные и рентабельные Рецептурные препараты. Рецептурные 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 медикаментов на основании Необходимости по медицинским показаниям, включая допустимые медицинские стандарты и/или рекомендуемые правила FDA.
2. Если Мы установим, что Вы можете использовать Рецептурный препарат пагубным способом, злоупотреблять им или использовать его с вредной частотой, Ваш выбор Аптек, участвующих в плане, и Поставщиков услуг, имеющих право назначать Рецептурные препараты, может быть ограничен. В таких случаях мы можем потребовать, чтобы Вы выбрали одну Аптеку, участвующую в плане, и одного Поставщика услуг, 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 услуг или Поставщиком, уполномоченным выбранным Вами Поставщиком услуг. 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 услуг, имеющего право назначать Рецепттурные препараты.

3. Приготовленные по заказу Рецепттурные препараты покрываются только в случае, если в нем содержится как минимум 1 (один) основной ингредиент, который: представляет собой Покрываемый рецепттурный препарат, но не совсем такой же, как и Рецепттурный препарат производителя, и приобретен в аптеке, которая имеет разрешение готовить Рецепттурные препараты по заказу. Все приготовленные по заказу Рецепттурные препараты стоимостью более \$100 требуют, чтобы Ваш Поставщик услуг получил Предварительное разрешение. Приготовленные по заказу Рецепттурные препараты находятся на уровне 2; 3.
4. Различные специальные и/или общие протоколы «применения» будут иногда применяться, чтобы гарантировать соответствующее применение Рецепттурных препаратов. Такие протоколы будут соответствовать стандартным правилам медицинского/лекарственного лечения. Основной целью протоколов является предоставление Нашим участникам льготы по Рецепттурным препаратам, ориентированной на качество. В случае использования протокола применения, если при этом Вы употребляете препарат (-ы), на который (-е) 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 Рецепттурного препарата. Рецепттурные препараты, предоставляемые или вводимые в кабинете Врача, покрываются согласно разделу «Амбулаторные и специализированные 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 Рецепттурные 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 рецепттурные аналоги.
8. Мы не покрываем Рецепттурные препараты в качестве замены тех, которые были утеряны или украдены.
9. Мы не покрываем Рецепттурные 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 Рецепттурный 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:** Рецепттурный препарат, который: 1) производится и продается под защитой торговой марки или имени конкретного производителя лекарств; или 2) Мы называем Патентованным Рецепттурным препаратом на основании доступных данных. Все Рецепттурные 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 Рецепттурных препаратов, в том числе специальных Рецепттурных препаратов. Если аптека является Участвующей в плане, это не значит, что она будет Назначенной.
- 3. Фармацевтический справочник:** список, в котором перечислены Рецепттурные 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 Рецепттурного 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:** Рецепттурный препарат, который: 1) является химическим эквивалентом Патентованного препарата; или 2) Мы обозначили как Непатентованный рецепттурный препарат на основании доступных данных. Все Рецепттурные 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 Рецепттурных препаратов Участникам плана. Мы не оплачиваем стоимость никаких Рецептов или Пополнений запасов препаратов, которые Вы приобретаете в Аптеке, 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 Рецепттурных препаратов Участникам плана;
  - согласилась принимать установленное возмещение стоимости Рецепттурных препаратов;
  - была назначена Нами как Участвующая аптека.

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 Участвующей аптеке. Если Ваш Договор включает страховое покрытие Неучаствующих аптек, стоимость Рецептурных препаратов, полученных в Аптеке, не участвующей в плане, рассчитывается при помощи Стоимости Рецептурного препарата, применимой к конкретному Рецептурному препарату в большинстве Участвующих в плане аптек.
9. **Рецепт или Пополнение запаса:** направление выписать Рецептурный препарат, выданное Медицинским работником с соответствующей лицензией, действующим в рамках своей деятельности.
10. **Обычная и традиционная плата:** обычная плата, которую аптека взимает с покупателей за Рецептурный препарат вне связи с возмещением аптеке от третьих сторон согласно разделу 6826-а Закона об образовании штат Нью-Йорк (New York Education Law).

## Раздел XIV Льготы Wellness

### А. Возмещение расходов спортивным залам

Мы частично покрываем Ваши расходы на определенные членские взносы в спортивных залах, но только в том случае, если такие взносы были уплачены спортивному залу, в котором имеется в наличии оборудование и программы для поддержания здоровья сердечно-сосудистой системы. Мы 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, 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 пройдете все 50 посещений раньше.

## **Б. Пособие на здоровое питание и безрецептурные препараты (ОТС) для покрываемых товаров**

Благодаря этой льготе, предоставляемой Solutran, вы будете получать пособие в размере \$100, зачисляемый на вашу карту S3 каждый квартал, для оплаты покрываемых продуктов питания и безрецептурных товаров.

Эта льгота не подлежит передаче другому лицу, а неиспользованные кредиты сгорают в конце каждого квартала.

Покрываемые товары включают:

- здоровую пищу, например, фрукты, овощи, мясо, морепродукты, молочные продукты, воду и т. д.;
- патентованные и непатентованные безрецептурные препараты, такие как витамины, обезболивающие, зубная паста, капли от кашля и многое другое.

### **Пособие не может быть использовано для покупки табака или алкоголя.**

Вы можете использовать свое пособие в тысячах участвующих в плане магазинов. Посетите веб-сайт [HealthyBenefitsPlus.com/UHCEssentialPlan](https://www.HealthyBenefitsPlus.com/UHCEssentialPlan) для получения информации об участвующих в плане магазинах, проверки остатка пособия или получения ответа на свои вопросы от службы поддержки.

## **В. Вознаграждения за здоровую активность**

Профилактические визиты и другие действия, направленные на оздоровление, настолько важны, что вы сможете получать вознаграждение за их выполнение. Эта бонусная программа предлагается вам бесплатно как участнику плана UnitedHealthcare и в рамках льгот по программе NY Essential Plan.

Запланируйте и выполните одно из действий, направленных на оздоровление и соответствующих критериям, указанных в разделе «Перечень льгот» в конце настоящего Договора.

Вознаграждение будет начислено на вашу предоплаченную карту S3 для приобретения отпускаемых без рецепта препаратов и здорового питания. Вы можете использовать свою предоплаченную карту для оплаты здорового питания и отпускаемых без рецепта препаратов в розничных магазинах, участвующих в программе.

## Договор Участника New York Essential Plan 2

---

Посетите веб-сайт **HealthyBenefitsPlus.com/UHCEssentialPlan** для получения информации об участвующих в плане магазинах, проверки остатка пособия или получения ответа на свои вопросы от службы поддержки.

На обработку может потребоваться до 8–16 недель. Мероприятия должны быть завершены до 31 декабря 2025 г., а заявка должна быть подана и обработана до 31 марта 2026 г.

### Г. Кредит для беременных/в связи с родами

Благодаря этой льготе, предоставляемой Solutran, Вы получите единовременное пособие в размере \$150 на карту Visa/S3 для оплаты товаров для новорожденных за каждую отчетную беременность. Срок действия неиспользованных кредитов истекает через 12 месяцев после заявленной ожидаемой даты родов (EDD).

Покрываемые товары включают:

- подгузники для младенцев,
- подгузники в форме трусов для малышей,
- детские салфетки,
- детскую смесь,
- портативное оборудование для игры,
- автомобильные сиденья.

Вы можете использовать свое пособие в тысячах участвующих в плане магазинов. Посетите веб-сайт **HealthyBenefitsPlus.com/UHCEssentialPlan** для получения информации об участвующих в плане магазинах, проверки остатка пособия или получения ответа на свои вопросы от службы поддержки.

### Д. Помощь в уходе за детьми

Найдите и оплатите услуги по уходу за детьми вместе с Mirza: Уход за детьми обходится семьям в Нью-Йорке дорого. Mirza помогает родителям найти и подать заявку на участие в государственных программах по уходу за детьми, которые позволяют сократить расходы на содержание ребенка. Эти программы помогут оплатить услуги родственников, друзей или соседей по уходу за вашими детьми или записать детей в недорогой детский сад.

Если Вам нужна помощь в уходе за детьми, Вы можете рассказать нам о потребностях Вашей семьи, и наша команда окажет Вам индивидуальную поддержку в поиске. Чтобы принять участие, отправьте текст 8010 на номер (866) 238-2068. Para español, manda un texto con la palabra 8011 al (866) 238-2068 у empieza.

### Е. Программа помощи GED

Мы предлагаем участникам GEDWorks™ в качестве гибкого способа получения GED. В GEDWorks входят все инструменты, необходимые для прохождения теста GED.

GEDWorks дает:

- Доступ к индивидуальным планам исследования
- Круглосуточное бесплатное онлайн-обучение
- Круглосуточное онлайн-тестирование
- Специальный двуязычный консультант
- Тренировочные тесты
- Гарантия прохождения испытания

Для получения дополнительной информации зайдите на портал участника плана **myuhc.com/CommunityPlan**

---

## Ж. Консультирование по вопросам лактации

Благодаря этой льготе, предоставляемой компанией AeroFlow, беременные участницы могут посещать онлайн-курсы лактации или записаться на индивидуальный прием по лактации в рамках телемедицины. Запись на прием и все занятия проводятся профессиональными консультантами по лактации (IBCLC) Для получения дополнительной информации зайдите на портал участника плана [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan)

## 3. 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;
- членство в спортивном клубе или фитнес-центре;
- программа предоставления пособия на здоровое питание и безрецептурные препараты для самостоятельного лечения хронических заболеваний и пропаганды здорового поведения.
- специальная программа профилактики, обследования (включая биометрические) или программа лечения хронических заболеваний.

### 3. Соответствие критериям

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

### 4. Участие

- Чтобы получить доступ к льготе по Возмещению расходов на тренажерный зал, посетите наш веб-сайт по адресу [myuhc.com](http://myuhc.com)
- Чтобы получить доступ к льготам по Здоровому питанию и безрецептурным препаратам, посетите веб-сайт [HealthyBenefitsPlus.com/ UHCEssentialPlan](http://HealthyBenefitsPlus.com/UHCEssentialPlan)

Вам необходимо иметь доступ к устройству 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;
- денежные вознаграждения в виде подарочных карт ограниченного использования или подарочных сертификатов, ваучеров или скидок на товары или услуги в обмен на поддержание здорового поведения

## Раздел XV

### Офтальмологическая помощь

См. раздел «Перечень льгот» в данном Договоре для получения информации об ограничениях количества дней или визитов, любых требованиях к Предварительным разрешениям или к Направлениям, которые могут применяться к этим льготам.

#### **А. Офтальмологическая помощь**

Мы покрываем расходы на экстренную, профилактическую и стандартную офтальмологическую помощь.

#### **Б. Проверка зрения**

Мы покрываем проверку зрения с целью установить необходимость в корректирующих линзах и, если необходимо, предоставляем рецепт на них. Мы покрываем проверку зрения 1 (один) раз в любой 12-месячный период, за исключением случаев, когда возникает медицинская необходимость в более частых осмотрах, что подтверждают соответствующие документы. Проверка зрения может включать, помимо прочего:

- анамнез;
- внешний осмотр глаз или обследование глазного дна;
- офтальмоскопическое исследование;
- определение состояния рефракции;
- бинокулярное зрение;
- тонометрические пробы на глаукому;
- общие тесты на определение поля зрения и тесты на цветовосприятие;
- обобщение выводов и рекомендации на предмет корректирующих линз.

#### **В. Рецепт для линз и оправ**

Мы покрываем стандартные рецепты на стёкла для очков или контактные линзы 1 (один) раз в 12-месячный период; раз в страховой год, за исключением случаев, если Вам необходимо по медицинским показаниям получить новые стекла для очков или контактные линзы чаще, что подтверждается соответствующими документами. Рецептурные стекла для очков могут быть изготовлены как из стекла, так и из пластика. Если Вы выбираете нестандартные линзы, Мы покроем сумму, которую Мы заплатили бы за стандартные линзы, а Вы оплатите разницу между стоимостью стандартных и нестандартных линз. Разница в стоимости не распространяется на Ваш Предел расходов за свой счет.

Мы покрываем стоимость оправ 1 (один) раз в 12-месячный период; раз в Год плана, за исключением случаев, если Вам по медицинским показаниям нужна новая оправа чаще, что подтверждается соответствующими документами. Если Вы выбираете нестандартную оправу, Мы покроем сумму, которую Мы заплатили бы за стандартную оправу, а Вы оплатите разницу между стоимостью стандартной и нестандартной оправы. Разница в стоимости не распространяется на Ваш Предел расходов за свой счет.

---

## **Г. Как получить доступ к офтальмологическим услугам**

Если Вам необходимо найти Поставщика услуг, участвующего в плане, или сменить Вашего Поставщика услуг, позвоните по телефону **1-866-265-1893**; по телефону на Вашей идентификационной карте или посетите Наш веб-сайт **myuhc.com/CommunityPlan**.

# **Раздел XVI**

## **Стоматологическая помощь**

См. раздел «Перечень льгот» в данном Договоре для получения информации об ограничениях количества дней или визитов, любых требованиях к Предварительным разрешениям или к Направлениям, которые могут применяться к этим льготам.

Мы покрываем следующие виды стоматологического обслуживания:

### **А. Экстренное стоматологическое обслуживание**

Страховое покрытие распространяется на неотложную стоматологическую помощь для снятия боли, связанной со стоматологическим заболеванием или травмой. Экстренное стоматологическое обслуживание не требует Нашего Предварительного разрешения.

### **Б. Профилактическое стоматологическое обслуживание**

Мы покрываем расходы на профилактическое стоматологическое обслуживание, которое включает процедуры по предотвращению заболеваний в ротовой полости, включая:

- Профилактика (удаление зубного камня и полировка зубов) каждые 6 (шесть) месяцев; 2 (два) раза в течение Года плана (страхового года).

### **В. Стандартное стоматологическое обслуживание**

Мы покрываем стоимость стандартного стоматологического обслуживания в стоматологическом кабинете, включая:

- стоматологический осмотр, визиты и консультации один раз в течение 6-месячных (шестимесячных) последующих периодов (после появления молочных зубов); 2 (два) раза в течение страхового года;
- рентген, рентген всех зубов или панорамный рентген каждые 36 месяцев, прикусной рентген зубов с интервалом от 6 (шести) до 12 месяцев, другие рентгеновские снимки, если они необходимы по медицинским показаниям (после появления молочных зубов);
- процедуры простого удаления зубов и других плановых стоматологических хирургических процедур, которые не требуют госпитализации, включая пред- и послеоперационное лечение;
- седацию при сохраненном сознании в кабинете врача;
- амальгаму и композитный пломбировочный материал (пломбы).

## Договор Участника New York Essential Plan 2

---

### Г. Коронки

Мы покрываем коронки, включая коронки из нержавеющей стали, если это необходимо по медицинским показаниям. Требуется Предварительное разрешение.

### Д. Эндодонтия

Мы покрываем стоимость услуг по эндодонтии, включая процедуры по лечению больной полости коронки и канала корня зуба, когда в Госпитализации нет необходимости.

Мы покрываем терапию корневых каналов, когда это необходимо по медицинским показаниям.

### Е. Периодонтология

Мы покрываем ограниченные периодонтальные услуги. Мы охватываем нехирургические периодонтальные услуги. Мы покрываем периодонтальные хирургические услуги, необходимые для лечения, связанного с гормональными нарушениями, лекарственной терапией или врожденными дефектами. Мы также покрываем периодонтальные услуги в ожидании или ведущие к ортодонтии или косметической ортодонтии, которые покрыты по настоящему Договору.

Мы покрываем удлинение коронки только в том случае, если это связано с необходимой по медицинским показаниям процедурой на коронке или корневом канале. Требуется Предварительное разрешение.

### Ж. Протезирование

Услуги по протезированию покрываются следующим образом:

- съемные полные или частичные зубные протезы, включая 6 (шесть) месяцев медицинской помощи после доставки, когда они необходимы по медицинским показаниям, в том числе, когда это необходимо для облегчения серьезного состояния или состояния, которое, как определено, влияет на возможность трудоустройства; и
- дополнительные услуги, включая введение идентификационной карточки, ремонт, перебазировку и лечение расщелины нёба. 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. Запросы на предварительное разрешение на замену протезов до 8 (восьми) лет должны включать письмо от Вашего стоматолога с объяснением конкретных обстоятельств, которые требуют замены протеза. Если замена зубных протезов запрашивается в течение 8 (восьми) лет после предыдущей замены, то в подтверждающей документации должно содержаться разъяснение о мерах профилактики, предпринятых с целью устранения необходимости в дальнейших заменах протезов.

---

### **Общее руководство по всем съемным протезам:**

Полные и/или частичные зубные протезы будут одобрены только в том случае, если существующий протез не подлежит обслуживанию и не может быть скорректирован или переналожён. Корректировка или переналожение существующего протеза не покрывается, если такие процедуры выполняются в дополнение к новому протезу для той же дуги в течение 6 (шести) месяцев после установки нового протеза. В течение шести (6) месяцев до установки нового протеза покрывается только «кондиционирование ткани».

Очистка съёмного протеза или мягких тканей, непосредственно не связанных с естественными зубами или имплантатами, не покрывается страховкой. Профилактика и/или моделирование и планирование корней покрываются только в том случае, если они выполняются на естественных зубах.

«Немедленные» ортопедические устройства не покрываются страховкой.

### **Услуги по другим съемным протезам:**

«Препаровка протезного ложа» для корректировки при лечении с использованием материалов, предназначенных для заживления нездоровых бугорков до более определенной окончательной реставрации, является **ЕДИНСТВЕННЫМ** типом коррекции, покрываемой в течение 6 (шести) месяцев до установки нового протеза. Установка вкладышей для препаровки протезного ложа в существующие протезы ограничена одним разом на один протез.

Несъёмные мосты не покрываются страховкой, за исключением тех ситуаций, когда:

- Они необходимы для замены верхнего центрального резца или клыка (центрального/бокового) у пациента, который в остальном имеет полный набор природных, функциональных и/или восстановленных зубов.
- Они необходимы для стабилизации расщелины нёба.
- По причине наличия любого неврологического или физиологического состояния, которое препятствует установке съёмного протеза, что подтверждено медицинской документацией.

### **Услуги по установке зубных имплантатов:**

Мы покрываем стоматологические имплантаты, включая одиночные имплантаты, и услуги, связанные с имплантатами, если это необходимо по медицинским показаниям. Для услуг по имплантации требуется предварительное разрешение.

Запросы на Предварительное разрешение имплантов должны сопровождаться подтверждающей документацией от Вашего стоматолога. Кабинет стоматолога должен, помимо прочего, задокументировать Вашу историю болезни; текущие заболевания, от которых Вы лечитесь; список всех лекарственных препаратов, которые Вы принимаете в настоящее время; объяснить, почему имплантаты необходимы по медицинским показаниям и почему другие покрываемые функциональные альтернативы протезированию не исправляют Ваше стоматологическое состояние, а также подтвердить, что Вы являетесь подходящим кандидатом для установки имплантата. Если Ваш стоматолог укажет, что в настоящее время Вы проходите лечение серьезного заболевания, может потребоваться документация Вашего лечащего врача.

### **З. Хирургия ротовой полости**

Мы покрываем нестандартную хирургию для полости рта, такую как частичные и полные костные экстракции, повторная имплантация зубов, трансплантация зубов, хирургический доступ к непрорезавшемуся зубу, мобилизация прорезавшегося или неправильно расположенного зуба для улучшения прорезания и размещение устройства для облегчения прорезания такого зуба. Мы также покрываем хирургические операции в полости рта в ожидании или ведущие к ортодонтии или косметической ортодонтии, которые покрыты по настоящему Договору.

### **И. Ортодонтия**

Мы покрываем ортодонтические процедуры, помогающие вернуть структуры полости рта в здоровое состояние и функционирование, а также лечение таких серьезных патологических состояний, как расщелины нёба и расщепление губы; верхнечелюстная/нижнечелюстная микрогнатия (недоразвитие верхней или нижней челюсти); резко выраженный нижнечелюстной прогнатизм; резко выраженная асимметрия (черепно-лицевые аномалии); анкилоз височно-нижнечелюстного сустава и другие сильно выраженные костные дисплазии.

Процедуры включают, помимо прочего:

- быстрое нёбное расширение (Rapid Palatal Expansion, RPE);
- установку ортодонтических элементов (например, брекетов, ортодонтических колец);
- профилактическое ортодонтическое лечение;
- комплексное ортодонтическое лечение (во время которого для активного лечения устанавливаются и периодически корректируются ортодонтические аппараты);
- лечение съёмными ортодонтическими аппаратами;
- ортодонтическое фиксирование (снятие аппаратов, изготовление и установка ретейнеров).

### **К. Как получить доступ к услугам стоматолога.**

Если Вам необходимо найти или сменить стоматолога, звоните Нам по телефону **1-866-265-1893**, ТТУ (телетайп) **711**, 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.

---

## Раздел XVII

### 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, Рецептурные 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 услуги по ортодонтии, кроме случаев, конкретно указанных в разделе «Стоматологические услуги» настоящего Договора.

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

Мы не покрываем медицинские услуги, процедуры, лечение, устройства или Рецептурные 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 специализированные 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.

### **З. Участие в тяжелом уголовном преступлении**

Мы не покрываем расходы, связанные с заболеванием, лечением или медицинским состоянием из-за Вашего участия в тяжелом уголовном преступлении, бунте или восстании. Это исключение не применимо к страховому покрытию услуг по лечению травм, 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 XXV. 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 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. Война**

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

### **Ф. Компенсация работникам, получившим производственную травму**

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

## Раздел XVIII

### Принятие решений по страховым требованиям

#### **А. Страховые требования**

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

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

Страховые требования должны содержать всю информацию, необходимую Нам для обработки такого требования, в том числе: 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 услуг, 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 идентификационной карте. Также Вы можете направить Нам форму страхового требования в электронном формате, посетив Наш веб-сайт **myuhc.com/CommunityPlan**.

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

Страховые требования по поводу покрытий должны быть поданы Нам в течение 120 дней после получения Вами услуг, за которые запрашивается оплата. Если возможность подачи страхового требования в течение 120 дней отсутствует по уважительной причине, Вы должны подать такое требование, как только это станет возможным. Ни при каких обстоятельствах, за исключением отсутствия дееспособности, страховое требование не может подаваться позднее, чем через 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 услуг за услуги клинических лабораторий, услуги аптеки, услуги лучевой терапии, физиотерапии, рентгенографии или услуги визуализации, предоставленные по направлению, запрещенному разделом 238-a(1) Закона о государственном здравоохранении штата Нью-Йорк (New York Public Health Law).

---

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

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

Процедуры Проверки использования и процесса Апелляции по установлению необходимости по медицинским показаниям, решений об экспериментальном или исследовательском характере того или иного действия, описаны в разделах «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 указания 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 XIX

### 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:

---

<u>Ускоренные/Срочные Жалобы:</u>	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.
<u>Жалобы до оказания услуг:</u> (Запрос на услугу или лечение, которые еще не были предоставлены).	В письменной форме в течение 30 календарных дней с момента получения Вашей Жалобы.
<u>Жалобы после оказания услуг:</u> (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.
<u>Все другие Жалобы:</u> (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)**

## Договор Участника New York Essential Plan 2

---

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**

Веб-сайт: **www.communityhealthadvocates.org**

## Раздел XX

### 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, несмотря на то, 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.

Первоначальные решения в отношении того, что услуги не являются Необходимыми по медицинским показаниям, будут приняты: 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 услуг, 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. Апелляционные решения в отношении того, что услуги не являются Необходимыми по медицинским показаниям, будут приняты: 1) лицензированными Врачами, которые прошли профессиональную сертификацию или допущены департаментом здравоохранения к осуществлению деятельности по той же или аналогичной специальности, что и Поставщик, который обычно занимается лечением Вашего патологического состояния или заболевания, либо предоставляет рассматриваемую медицинскую услугу; 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 услуг, 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 **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 принятия решения в рамках проверки Предварительного разрешения, Мы примем решение и известим Вас (или назначенное Вами лицо) и Вашего Поставщика услуг по телефону и в письменной форме в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения запроса. Если Нам потребуется дополнительная информация, Мы запросим ее в течение 3 (трех) рабочих дней. После этого у Вас или Вашего Поставщика услуг будет 45 календарных дней на представление информации. Если Мы получим запрашиваемую информацию в течение 45 дней, Мы примем решение и известим Вас (или назначенное Вами лицо) и Вашего Поставщика услуг 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 услуг 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 услуг будет 48 часов на представление информации. Мы примем решение и известим Вас (или Ваше уполномоченное лицо) и Вашего Поставщика услуг по телефону в течение 48 часов либо с момента получения информации либо с момента окончания 48-часового периода, в зависимости от того, что наступит раньше.
- 3. Лечение, назначенное решением суда.** В связи с запросами об услугах по лечению психических заболеваний и/или злоупотребления психоактивными веществами, которые еще не были оказаны, если Вы (или назначенное Вами лицо) утверждаете в форме, указанной Руководителем финансовых услуг (Superintendent of Financial Services), что Вы будете представлять 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 услуг 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 услуг по телефону и в письменной форме в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения необходимой информации.
5. **Центры стабилизации кризисных состояний.** Не требуют Предварительного разрешения Услуги, предоставляемые в центрах по стабилизации кризисных состояний, получивших лицензию в соответствии с разделом 36.01 Закона о психогигиене штата Нью-Йорк (New York Mental Hygiene Law), в других штатах, если эти Учреждения получили лицензию или прошли сертификацию, а также иным образом получили разрешение штата или были аккредитованы совместной комиссией в качестве учреждений, реализующих программы лечения от алкогольной зависимости, наркозависимости или зависимости от психоактивных веществ. Мы можем выполнить проверку лечения, предоставленного в центре стабилизации кризисных состояний, задним числом, чтобы определить, были ли оно Необходимо по медицинским показаниям. Мы будем использовать методы клинического анализа, рекомендованные OASAS или одобренные OMH. 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 распространяется на Ваше лечение, будет возложено только на Вас.
6. **Предварительное разрешение на лечение бешенства.** Лечение бешенства после заражения, разрешенное окружным органом здравоохранения, считается Предварительно разрешенным Нами.

### **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 услуг 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 услуг будет 45 календарных дней на представление информации. Мы примем решение и известим Вас (или назначенное Вами лицо) и Вашего Поставщика услуг 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 части информации или в течение 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 услуг 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 услуг 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 услуг будет 48 часов на представление информации. Мы примем решение и направим Вам (или назначенному Вами лицу) и Вашему Поставщику услуг 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 услуг 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 услуг по телефону в течение 72 часов с момента получения необходимой информации. Если Мы получим запрос на услуги по оказанию медицинской помощи на дому и всю необходимую информацию до Вашей выписки из стационара, Мы не будем отказывать в предоставлении страхового покрытия услуг по уходу на дому в то время, как Наше решение по просьбе находится на рассмотрении.
4. **Проверка лечения в стационаре заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами.** Если запрос на лечение в стационаре заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, подан Нам по меньшей мере за 24 часа до выписки из стационара, Мы примем решение в течение 24 часов после получения запроса и предоставим страховое покрытие стационарного лечения заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, пока Наше решение по просьбе находится на рассмотрении.
5. **Стационарное лечение заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, в принимающих участие Учреждениях, лицензированных, сертифицированных или иным образом санкционированных OASAS.** Стационарное лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в Участвующем учреждении, имеющем лицензию, сертификат или иное разрешение 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, 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 принимающих участие в плане Учреждениях, сертифицированных OASAS.** Покрытие программ амбулаторного лечения, интенсивного амбулаторного лечения, амбулаторной реабилитации и лечения опиоидной зависимости в принимающих участие в плане и сертифицированных OASAS Учреждениях 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, 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 услуг в течение 30 календарных дней с момента получения запроса. Если Нам потребуется дополнительная информация, Мы запросим ее в течение 30 календарных дней. После этого у Вас или Вашего Поставщика услуг будет 45 календарных дней на представление информации. Мы примем решение и известим Вас и Вашего Поставщика услуг в письменной форме в течение 15 календарных дней либо с момента получения информации, либо с момента окончания 45-дневного периода, в зависимости от того, что наступит раньше.

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

### Д. Ретроспективные проверки Предварительно 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 вынесено при использовании тех же конкретных стандартов, критериев или процедур, которые использовались в ходе проверки Предварительного разрешения.

### Е. Определение изменения плана поэтапного лечения

Вы, назначенное Вами 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 подтверждать, 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 Рецептурный препарат, находясь под Нашим страховым покрытием или покрытием предыдущей медицинской страховки, или другой Рецептурный препарат того же фармакологического класса или с тем же механизмом действия, и этот Рецептурный препарат был отменен из-за недостаточной эффективности или результативности, сниженного эффекта или нежелательного явления;
  - Ваше состояние стабильно на Рецептурном препарате, выбранном Вашим Медицинским работником для Вашего медицинского состояния, при условии, что это не мешает Нам потребовать от Вас попробовать эквивалентный непатентованный аналог класса АВ;
  - Прием данного Рецептурного препарата не в Ваших интересах, потому что он, вероятно, станет серьезным препятствием для соблюдения Вашего плана лечения, он, скорее всего, ухудшит сопутствующее состояние или, скорее всего, уменьшит Вашу способность достичь или поддерживать разумную функциональную активность в повседневной жизни.
2. **Рассмотрение в соответствии со стандартной процедурой.** Мы примем решение об изменении протокола поэтапного лечения и предоставим Вам (или 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 Рецептурного 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 услуг, который порекомендовал Покрываемую услугу, прежде чем Мы приняли решение отказать в оплате лечения, Ваш Поставщик услуг может потребовать его пересмотра теми же специалистами-клиницистами, которые это решение вынесли, или назначенным клиническим экспертом, если изначальный клинический эксперт недоступен. В отношении проверок Предварительного разрешения и одновременных проверок пересмотр проводится в течение 1 (одного) рабочего дня после подачи запроса о пересмотре. Если отказ оплачивать расходы на лечение остается без изменения, Вы и Ваш Поставщик услуг будете извещены о таком отказе оплачивать расходы по телефону и в письменной форме.

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

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

У Вас имеется 180 календарных дней 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 услуг, который, как правило, лечит рассматриваемое заболевание или состояние и который не подчиняется специалисту-клиницисту, который дал первоначальный отказ.

- 1. Отказ в оплате услуг, оказанных вне сети.** Вы также имеете право обжаловать отказ в просьбе дать Предварительное разрешение на предоставление страхового покрытия медицинской услуги, оказываемой вне сети, если Мы решим, что медицинская услуга, предоставляемая вне сети, существенно не отличается от имеющейся медицинской услуги, предоставляемой в сети. Отказ в предоставлении страхового покрытия медицинской услуги, оказываемой Поставщиком, не участвующим в плане, но только в тех случаях, когда такая услуга не предоставляется Поставщиком услуг, участвующим в плане. Вы не имеете права на Апелляцию Проверки использования, если запрашиваемая Вами услуга предоставляется Поставщиком услуг, 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 департаментом здравоохранения Врачом, квалифицированным практиковать в области специализации, соответствующей Вашему заболеванию; в заявлении должно быть аргументированно объяснено, что запрашиваемая медицинская услуга, предоставляемая вне сети, существенно отличается от альтернативной медицинской услуги, имеющейся у Поставщиков услуг, участвующих в плане, которых 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 неучаствующему в плане Поставщику, когда мы определили, что у Нас имеется участвующий Поставщик услуг с соответствующей квалификацией и опытом для удовлетворения Ваших конкретных медицинских потребностей, который в состоянии предоставить запрашиваемую медицинскую услугу. Для Апелляции Проверки использования в связи с отказом в разрешении обратиться вне сети Вы или назначенное Вами лицо должны представить письменное заявление от Вашего лечащего врача, который должен быть лицензированным, сертифицированным либо допущенным департаментом здравоохранения Врачом, квалифицированным осуществлять практику в области специализации, соответствующей Вашему заболеванию; в заявлении должно быть сказано:
- что Поставщик, участвующий в плане и 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 услуг 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 услуг просит немедленной проверки, услуг в сфере психиатрии и/или лечения зависимости от психоактивных веществ, которые могут быть предметом судебного ордера, или другие срочные вопросы будет обрабатываться в ускоренном порядке. Ускоренная Апелляция в отношении ретроспективных проверок невозможна. Для ускоренной Апелляции Ваш Поставщик услуг будет иметь обоснованный доступ к клиническому специалисту, назначенному на рассмотрение Апелляции, не позже чем через 1 (один) рабочий день с момента получения запроса на Апелляцию. Ваш Поставщик услуг 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 стационарного лечения заболевания, связанного со злоупотреблением психоактивными веществами, который был подан по крайней мере за 24 часа до выписки из стационара, и Вы или Ваш Поставщик услуг подадите ускоренную Апелляцию на Наш отказ, Мы примем решение по Апелляции в течение 24 часов после получения запроса на Апелляцию. Если Вы или Ваш Поставщик услуг подадите ускоренную внутреннюю Апелляцию и ускоренную независимую Апелляцию в течение 24 часов с момента получения Нашего отказа, Мы также обеспечим страховое покрытие лечения в стационаре заболевания, связанного со злоупотреблением психоактивными веществами, в то время, когда решения по ускоренной внутренней Апелляции и ускоренной независимой Апелляции будут находиться на рассмотрении.

### **К. 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 (Consumer Assistance Program):

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

или позвонить по бесплатному телефону 1-888-614-5400, или отправить сообщение электронной почты по адресу [cha@cssny.org](mailto:cha@cssny.org)

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

## Раздел XXI

### 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 является экстренной услугой или услугой, включенной в неожиданный счет (невзирая на правильность применения 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 придерживаемся требований к процессу обработки претензий по Оценке использования (кроме незначительного нарушения, которые не могут 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 пункте «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 пункте «А» выше, а Ваш лечащий Врач должен подтвердить, что Ваше состояние или заболевание является таковым, для которого:

1. Стандартные медицинские услуги неэффективны или неадекватны 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 адекватными).
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 департаментом 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 пункте «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 департаментом здравоохранения или квалифицирован практиковать в области специализации, в которой он оказывает Вам услугу по здравоохранению.

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

Если Мы отказываем в страховом покрытии запроса на разрешение получить услугу у Поставщика услуг, не участвующего в плане, поскольку Мы установили, что в Нашей сети есть Поставщик услуг, участвующий в плане, с соответствующей квалификацией и опытом для удовлетворения Ваших конкретных медицинских потребностей, который в состоянии предоставить запрашиваемую медицинскую услугу, Вы имеете право обратиться к Независимому апелляционному органу, если Вы соответствуете 2 (двум) требованиям для подачи независимой апелляции, указанным в пункте «А» выше.

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

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

---

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

Если Мы отказали Вам в просьбе о страховом покрытии Рецептурного препарата, которого нет в Фармацевтическом справочнике в ходе Нашего процесса по предоставлению исключения, Вы, назначенное Вами лицо или Медицинский работник, назначающий лечение, могут 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 Управлении финансовых услуг штата Нью-Йорк (New York State Department of Financial Services) по телефону 1-800-400-8882. Отправьте заполненное заявление в Государственный департамент страхования (Department of Financial Services) 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 с 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.

## Договор Участника New York Essential Plan 2

---

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 Рецепттурного 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 Рецепттурный 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 Рецепттурный 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, являющегося частью клинического исследования, Мы оплатим только расходы на услуги, необходимые для обеспечения лечения для Вас в соответствии с замыслом 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 судепроизводстве.

### 3. Ваши обязанности

**Возбуждение процедуры независимой апелляции является Вашей обязанностью.** Вы можете возбудить процедуру независимой апелляции путем подачи заполненного заявления в Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк (New York State Department of Financial Services). Вы можете назначить представителя, который поможет Вам заполнить заявление. Однако Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк (Department of Financial Services) 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 остается в силе отказ в предоставлении страхового покрытия, 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 XXII

### Прекращение страхового покрытия

Этот Договор будет расторгнут следующим образом:

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

Действие этого Договора прекращается автоматически:

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. Действие настоящего Договора не прекращается автоматически, если Вы получаете право на участие в программе Medicaid в связи с Вашей беременностью или в течение 12-месячного периода послеродового покрытия. Если Вы забеременели, Ваш семейный бюджет составляет менее 223% Федерального уровня бедности и Вы хотите зарегистрироваться в программе Medicaid вместо плана Essential Plan, Вам следует обратиться в NYSON.
4. Если у Вас изменится иммиграционный статус, который дает Вам право на другое покрытие, включая Medicaid, и Ваше покрытие закончится в конце того месяца, в котором Вы получаете право на покрытие Medicaid.
5. Если Вы регистрируетесь в другой программе на рынке медицинского страхования штата Нью-Йорк (NY State of Health Marketplace).
6. Если Вы являетесь пользователем недорогого 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 уведомления за 30 дней по следующим причинам:

1. 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.

2. Если Вы больше не проживаете в Нашей Зоне обслуживания.
3. 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.
4. 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 XXIII

### Право на временное приостановление страхового покрытия для 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 длятся в течение периода, когда Президент дал разрешение призвать резервистов для выполнения воинских обязанностей при условии, что в таких дополнительных воинских обязанностях есть потребность и выгода для федерального правительства.
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 XXIV

## 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 услуг. Настоящий Договор не требует от Поставщика услуг 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 права переуступить льготы согласно настоящему Договору или по юридическим претензиям, основанным на отказе в предоставлении льгот, любому человеку, объединению или организации или запросить документы плана для любого человека, объединения или организации, за исключением случаев, когда речь идет о передаче услуг, описанных в разделе «Скорая помощь и Услуги экстренной медицинской помощи до Госпитализации», Вашему Поставщику услуг, получившему разрешение согласно статье 30 Закона штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении. Любая переуступка льгот, юридические требования по поводу отказа в льготах, запрос документов плана с Вашей стороны являются недействительными 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 60 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 права на дополнительные льготы, если статус Вашего страхового покрытия меняется в течение года. Например, Ваше страховое покрытие заканчивается, а Вы регистрируетесь для участия в плане позднее в течение того же года.

### 8. Весь Договор

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

### 9. Мошенничество и злоупотребление при оплате счетов

У Нас задействованы определенные процессы для оценки требований до и после оплаты для обнаружения обмана и злоупотребления при оплате счетов. Участники, которые желают получить услуги у 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 предоставить 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 (ID) только в целях идентификации. Наличие идентификационной карты не дает никаких прав на услуги или льготы в рамках настоящего Договора.

### 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

Участвующие в плане поставщики 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 услуг.

---

#### **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 услуг в участвующих Больницах.
- Копия Наших критериев клинической оценки, и при необходимости, другая клиническая информация, которую Мы можем рассматривать для оценки конкретного заболевания, курса лечения или правил Применения.
- Процедура письменного заявления и минимальные требования по квалификации Поставщиков услуг.
- 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. 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.

### 19. Дата возобновления Договора

Дата возобновления данного Договора наступает спустя 12 месяцев с даты вступления 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.

### 20. 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.

### 21. 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.

### 22. Знаки поставщиков

UHCNY, Inc. — это независимая корпорация, зарегистрированная согласно Закону о страховании штата Нью-Йорк (New York Insurance Law). 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.

### 23. Делимость договора

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

---

## **24. Значительное изменение обстоятельств**

Если Мы не можем организовать оказание Покрываемых услуг согласно условиям настоящего Договора в результате событий, которые неподвластны Нашему контролю, Мы приложим разумные усилия, чтобы предоставить альтернативные варианты. К таким событиям относятся крупные бедствия, эпидемии, полное или частичное разрушение учреждений, беспорядки, гражданские волнения, недееспособность большей части персонала Поставщика, участвующего 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.

## **25. 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 Нам 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 каких-либо действий против наших прав или не нарушали договор между Вами и нами. Закон окончательно предполагает, что урегулирование между Вами и ответственной стороной не включает какую-либо 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.

## **26. 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.

### **27. 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.

### **28. Услуги по переводу**

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

### **29. 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.

### **30. 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.

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

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

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

Оплата по настоящему Договору за оказание услуг, предоставленных Поставщиком услуг, участвующим в плане, будет совершена Поставщику услуг непосредственно Нами. Если Услуги экстренной медицинской помощи Вам оказывает Поставщик, не участвующий в плане, включая услуги Стационара после оказания Услуг отделения скорой помощи, услуги санитарной авиации и неожиданные счета, мы платим напрямую Поставщику.

Если Услуги экстренной медицинской помощи до Госпитализации, Услуги транспортировки наземным и водным транспортом в скорой помощи, а также Услуги неэкстренной транспортировки в скорой помощи Вам оказывает Поставщик услуг, не участвующий в плане и получивший разрешение согласно статье 30 Закона штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении, мы платим напрямую Поставщику, не участвующему в плане. Если Вы не передаете право на получение выплат Поставщику, не участвующему в плане и получившему разрешение согласно статье 30 Закона штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении, мы будем платить совместно Вам и Поставщику, не участвующему в плане.

---

### **33. Отсутствие влияния на Workers' Compensation (Закон о компенсации за производственные травмы)**

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

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

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

- раскрывать все факты о Вашей медицинской помощи, лечении и физическом состоянии нам или медицинскому, стоматологическому или психическому медицинскому работнику, которого мы можем привлечь, чтобы помочь нам в рассмотрении лечения или претензии, или в связи с жалобой или оценкой качества обслуживания;
- предоставлять отчеты о Вашей медицинской помощи, лечении и физическом состоянии нам или медицинскому, стоматологическому или психическому медицинскому работнику, которого мы можем привлечь, чтобы помочь нам в рассмотрении лечения или претензии;
- 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 (New York State Department of Health) и другим уполномоченным федеральным, государственным и местным органам власти, 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**.

### 35. 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 услуг в выражениях, которые Вы можете понять. Когда предоставление Вам такой информации не целесообразно, такая информация должна быть доступна для соответствующего лица, действующего от Вашего имени.

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

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

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

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

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

- Разобраться в имеющихся у Вас проблемах со здоровьем, а также сотрудничать с Вашими Поставщиками услуг для составления приемлемого для Вас плана лечения.
- Следовать плану лечения, согласованному с Вашими врачами или Поставщиками услуг.
- Предоставлять Нам, Вашим врачам и другим Поставщикам услуг 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 XXV

### ПЕРЕЧЕНЬ ЛЬГОТ UNITEDHEALTHCARE COMMUNITY PLAN

\*Для подробной информации см. «Описание 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.

<b>Участие в издержках</b>	<b>Essential Plan 2</b>
<b>Франшиза</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Частное лицо</li></ul>	\$0
<b>Ограничение по Личным расходам</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Частное лицо</li></ul> <p>Франшиза, Личное участие и Доплата, которые не должны превышать Ваш Предел расходов за свой счет, суммируются каждый Год плана.</p>	\$200
<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
<b>Маммографические скрининги*</b>	Полное покрытие страховкой
<b>Маммографии, скрининг и диагностические обследования на предмет рака молочной железы</b>	Полное покрытие страховкой

Участие в издержках	Essential Plan 2
<b>Профилактическое медицинское обслуживание (продолжение)</b>	
<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>Скрининг на колоректальный рак</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</b> (услуги скорой помощи)	\$0
<b>Услуги скорой помощи в неэкстренных случаях</b> Требуется Предварительное разрешение	\$0
<b>Отделение скорой помощи</b> Отказ от Доплаты в случае Госпитализации	\$0 Доплата не распространяется на медицинские судебные экспертизы, проводимые в соответствии с разделом 2805-i Закона о здравоохранении (Public Health Law)
<b>Центр оказания неотложной медицинской помощи</b> Для оказания скорой медицинской помощи вне сети требуется Предварительное разрешение; требуется направление	\$0 в кабинете врача по системе Telehealth

Участие в издержках	Essential Plan 2
<b>Специализированные и амбулаторные услуги</b>	
<b>Расширенные услуги визуализации</b> <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> Требуется Предварительное разрешение	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0</li> <li>\$0</li> <li>\$0</li> </ul>
<b>Тестирование на аллергию и лечение</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в кабинете ОЛВ</li> <li>• Выполняется в кабинете специалиста</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0</li> <li>\$0</li> </ul>
<b>Стоимость услуг Амбулаторного хирургического центра</b>	\$0
<b>Услуги анестезии</b> (в любых условиях)	Полное покрытие страховкой
<b>Сердечно-легочная реабилитация</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в кабинете специалиста</li> <li>• Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг</li> <li>• Предоставляется в виде стационарных больничных услуг</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0</li> <li>\$0</li> </ul> Входит в Участие в издержках стоимости стационарных Больничных услуг
<b>Химиотерапия и иммунотерапия</b> <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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0</li> <li>\$0</li> <li>\$0</li> <li>\$0</li> <li>\$0</li> </ul>

## Договор Участника New York Essential Plan 2

Участие в издержках	Essential Plan 2
<b>Специализированные и амбулаторные услуги</b> (продолжение)	
<b>Хирургия</b>	\$0
<b>Клинические исследования</b> Требуется Предварительное разрешение	Применение Участия в издержках по соответствующей услуге
<b>Диагностическая проверка</b>  • Выполняется в кабинете ОЛВ • Выполняется в кабинете специалиста • Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг	\$0 \$0 \$0
<b>Диализ</b>  • Выполняется в кабинете ОЛВ • Предоставляется в независимом Специализированном центре или кабинете Специалиста • Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг • Проводится дома  Диализ, который проводится Поставщиком услуг, не участвующем в плане, ограничен 10 посещениями за календарный год. См. описание льгот для получения дополнительной информации.	\$0 \$0 \$0 \$0
<b>Услуги по восстановлению</b> (физиотерапия, лечение профессиональных заболеваний или нарушений речи)	\$0 60 визитов для лечения каждого состояния; комбинированное лечение в течение одного Года плана
<b>Медицинская помощь на дому</b> 40 визитов в течение одного Года плана Требуется Предварительное разрешение	\$0

Участие в издержках	Essential Plan 2
<b>Специализированные и амбулаторные услуги</b> (продолжение)	
<b>Услуги по лечению бесплодия</b> Требуется Предварительное разрешение	Использование Участия в издержках за соответствующие услуги (визиты в кабинет Врача; радиологические услуги в диагностических целях; хирургия; лабораторные и диагностические процедуры)
<b>Инфузионная терапия</b> <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> Требуется Предварительное разрешение	
<b>Медицинские визиты в стационаре</b>	\$0 за госпитализацию
<b>Прерывание беременности</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Услуги по искусственному прерыванию беременности</li> </ul>	Полное покрытие страховкой
<b>Лабораторные процедуры</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в кабинете ОЛВ \$0</li> <li>• Выполняется в кабинете специалиста \$0</li> <li>• Выполняется в независимом лабораторном центре \$0</li> <li>• Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг \$0</li> </ul>	

## Договор Участника New York Essential Plan 2

Участие в издержках	Essential Plan 2
<b>Специализированные и амбулаторные услуги (продолжение)</b>	
<p><b>Материнство и уход за новорожденным</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дородовой уход \$0</li> <li>• Стационарные Больничные услуги и родильный дом \$0 Участие в издержках не распространяется на 1 (один) покрываемый страховой визит на дом при условии, что роженица выписывается из Больницы досрочно</li> <li>• Услуги Врача и акушерки за роды \$0</li> <li>• Поддержка грудного вскармливания, консультации и материалы, включая молокоотсосы Покрываются на период грудного вскармливания \$0</li> <li>• Послеродовой уход Полное покрытие страховкой</li> <li>• Послеродовой уход, оказываемый в соответствии с всеобщими указаниям USPSTF и HRSA Включено в услуги Врача и акушерки при Участии в издержках при родах</li> <li>• Послеродовой уход, не оказываемый в соответствии с всеобщими указаниям USPSTF и HRSA</li> </ul> <p>Предварительное разрешение необходимо для молокоотсосов стоимостью более \$500</p>	
<p><b>Плата за амбулаторную хирургическую процедуру в Учреждении</b></p>	\$0
<p><b>Обследования, необходимые для Госпитализации</b></p>	\$0

Участие в издержках	Essential Plan 2
<b>Специализированные и амбулаторные услуги (продолжение)</b>	
<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</li> <li>– Выполняется в кабинете Специалиста</li> <li>– Выполняются в амбулаторных Учреждениях</li> <li>– Участие в издержках на приобретение Рецептурного препарата</li> </ul> </li> </ul> <p>Предварительное разрешение необходимо для некоторых препаратов. См. Список предпочтительных препаратов Вашего плана.</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>Радиологические услуги в целях диагностики</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполняется в кабинете ОЛВ</li> <li>• Выполняется в кабинете специалиста</li> <li>• Предоставляется в независимом радиологическом центре</li> <li>• Предоставляется в виде амбулаторных больничных услуг</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>Лечебные радиологические услуги</b></p> <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>

## Договор Участника New York Essential Plan 2

Участие в издержках	Essential Plan 2
<b>Специализированные и амбулаторные услуги</b> (продолжение)	
<b>Услуги по реабилитации</b> (физиотерапия, трудотерапия или логопедия)	\$0  60 визитов для лечения каждого состояния, комбинированное лечение в течение одного Года плана  Логопедия и физиотерапия покрываются только после пребывания в больнице или хирургического вмешательства
<b>Мнение второго врача</b> по поводу диагноза ракового заболевания, хирургии и прочего	\$0
<b>Хирургические услуги</b> (включая хирургию ротовой полости; реконструктивную хирургию молочных желез; реконструктивную и коррекционную хирургию; трансплантацию)  <b>Все процедуры трансплантации должны выполняться в назначенных центрах передового опыта</b> <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> <li>• Хирургическая процедура в кабинете врача</li> </ul> Требуется Предварительное разрешение	\$0  \$0  \$0  \$0
<b>Дополнительные услуги, оборудование и устройства</b>	
<b>Медицинское оборудование для больных диабетом, расходные материалы и обучение по самостоятельному медицинскому уходу</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доступное в розничных аптеках 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

Участие в издержках	Essential Plan 2
<b>Дополнительные услуги, оборудование и устройства</b> (продолжение)	
<b>Медицинское оборудование длительного пользования и скобы</b> Требуется Предварительное разрешение	\$0
<b>Внешние слуховые аппараты</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Рецептные слуховые аппараты (единоразовая покупка — один раз в течение 3 [трех] лет)</li> <li>• Отпускаемые без рецепта слуховые аппараты (единоразовая покупка — один раз в течение 3 [трех] лет)</li> </ul>	\$0 Требуется Предварительное разрешение.  \$0
<b>Кохлеарные имплантаты</b> [1 (один) на ухо в течение срока страхового покрытия] Требуется Предварительное разрешение	\$0
<b>Услуги хосписа</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Стационар</li> <li>• Амбулатория</li> </ul> 210 дней в течение Года плана 5 (пять) посещений для терапии по причине тяжелой утраты в семье	\$0  \$0
<b>Изделия медицинского назначения</b> Требуется Предварительное разрешение	\$0
<b>Протезы</b> <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> Требуется Предварительное разрешение	\$0  Входит в Участие в издержках на стационарные Больничные услуги

## Договор Участника New York Essential Plan 2

Участие в издержках	Essential Plan 2
<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>	\$0
<p><b>Услуги хранения собственной крови</b></p>	\$0
<p><b>Госпитализация в целях наблюдения</b></p> <p>Отказ от Доплаты в случае прямого перевода из амбулатории в условия наблюдения</p>	\$0
<p><b>Лечебное учреждение, оказывающее квалифицированный сестринский уход</b> (включая сердечно-легочную реабилитацию)</p> <p>200 дней в течение Года плана</p> <p>Отказ от Доплаты за каждый прием при прямом переводе с больничного стационара в такое лечебное учреждение</p> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	\$0
<p><b>Услуги по восстановлению в стационаре</b> (физиотерапия, лечение профессиональных заболеваний или нарушений речи)</p> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	<p>\$0</p> <p>60 дней для комбинированного лечения в течение одного Года плана</p>
<p><b>Услуги по реабилитации в стационаре</b> (физиотерапия, лечение профессиональных заболеваний или нарушений речи)</p> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	<p>\$0</p> <p>60 дней для комбинированного лечения в течение одного Года плана</p>

Участие в издержках	Essential Plan 2
<b>Услуги в области психиатрии и лечения зависимостей от психоактивных веществ</b>	
<p><b>Стационарные услуги в области психиатрии</b>  для продолжительного пребывания в Больнице или Учреждении по месту жительства</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> <li>• Амбулаторные услуги, предоставляемые в Учреждении, лицензированном, сертифицированном или иным образом утвержденном ОМН</li> <li>• Все прочие амбулаторные услуги</li> </ul>	<p>\$0</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>
<p><b>Вспомогательные коммуникационные устройства при расстройствах аутистического спектра</b></p> <p>Требуется Предварительное разрешение</p>	\$0

## Договор Участника New York Essential Plan 2

Участие в издержках	Essential Plan 2
<b>Услуги в области психиатрии и лечения зависимостей от психоактивных веществ</b> (продолжение)	
<p><b>Стационарные услуги по лечению зависимости от психотропных веществ</b> (для продолжительного пребывания в Больнице)</p> <p>Требуется Предварительное разрешение. Тем не менее, Предварительное разрешение не требуется в случае экстренного приема или для Участвующих Учреждений, лицензированных, сертифицированных или иным образом санкционированных OASAS.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Услуги по амбулаторному лечению зависимости от психоактивных веществ</b> (в том числе, частичная Госпитализация, услуги интенсивной амбулаторной программы и медикаментозной терапии)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Визиты в кабинет</li> <li>• Все прочие амбулаторные услуги</li> <li>• Программы лечения опиоидной зависимости</li> <li>• Все прочие амбулаторные услуги</li> </ul> <p>Требуется Предварительное разрешение. Тем не менее, Предварительное разрешение не требуется для Участвующих Учреждений, лицензированных, сертифицированных или иным образом санкционированных OASAS.</p>	<p>\$0 в кабинете врача по системе Telehealth</p>

Участие в издержках	Essential Plan 2
<p><b>Рецептурные препараты</b>  На 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>  30-дневный запас препарата</p> <p>Уровень 1</p> <p>Уровень 2</p> <p>Уровень 3</p> <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>\$1</p> <p>\$3</p> <p>\$3</p>
<p><b>Аптека заказа по почте,</b>  запас препарата до 90 дней</p> <p>Уровень 1</p> <p>Уровень 2</p> <p>Уровень 3</p>	<p>\$2,50</p> <p>\$7,50</p> <p>\$7,50</p>
<p><b>Смеси для энтерального питания</b></p> <p>Уровень 1</p> <p>Уровень 2</p> <p>Уровень 3</p>	<p>\$1</p> <p>\$3</p> <p>\$3</p>
<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 посещения 50 визитов в течение 6 месяцев</p>
<p><b>Пособие на здоровую пищу / безрецептурные препараты (ОТС)</b></p>	<p>Предоставляется: Solutran \$100 в квартал  Остаток пособия сгорает в конце квартала</p>

## Договор Участника New York Essential Plan 2

Участие в издержках	Essential Plan 2
<b>Вознаграждения за здоровую активность</b>	
<b>Скрининг на рак молочной железы</b>	\$25/календарный год 1 скрининг на рак молочной железы, женщины в возрасте от 50 до 74 лет
<b>Вакцина против гриппа</b>	\$15/календарный год
<b>Прививка вакциной Tdap, если требуется</b>	\$15 за действие
<b>Вакцина от опоясывающего лишая, если требуется</b>	\$15 за действие
<b>Пневмококковая вакцина, если требуется</b>	\$15 за действие
<b>Оценка состояния почек</b>	\$15/календарный год Два анализа для оценки функции почек: • Расчетная скорость клубочковой фильтрации (eGFR) • Альбумин/креатининовое соотношение в моче (uACR)
<b>Терапия статинами у пациентов с сахарным диабетом</b>	\$25/календарный год Получите рецепт на статины и продолжайте принимать необходимые препараты
<b>Терапия статинами у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями</b>	\$25/календарный год Получите рецепт на статины и продолжайте принимать необходимые препараты
<b>Отказ от табака</b>	\$25/календарный год • Получение рецепта на препараты для отказа от курения или • Проведение консультационной сессии с лечащим врачом или • Оба варианта
<b>Контроль уровня HbA1C при сахарном диабете</b>	\$20/календарный год Уровень A1c ниже 9

Участие в издержках	Essential Plan 2
<b>Вознаграждение за здоровую активность</b> (продолжение)	
<b>Контроль высокого артериального давления</b>	\$20/календарный год Артериальное давление ниже 140/90 в кабинете врача
<b>Скрининг на рак шейки матки (в возрасте 21–64 лет)</b>	\$25/календарный год
<b>Скрининг колоректального рака (в возрасте 45–75 лет)</b>	\$25/календарный год
<b>Обследование глаз при диабете</b>	\$25/календарный год Обследования сетчатки глаза с расширением зрачка
<b>Соотношение лекарств от астмы</b>	\$25/календарный год Получение рецептов на лекарства для лечения астмы как минимум в 2 раза чаще, чем на лекарства для экстренной помощи
<b>Дополнительное вознаграждение за выполнение 3 действий</b>	\$25/календарный год
<b>Ежегодный профилактический визит</b>	\$25/календарный год
<b>Кредит для беременных/в связи с родами</b> Кем предоставлено: Solutran	Однократный кредит в размере \$150, доступный в течение 12 месяцев (с предполагаемой даты родов)

## Договор Участника New York Essential Plan 2

Участие в издержках	Essential Plan 2
<b>Стоматологическая и офтальмологическая помощь</b>	
<b>Стоматологическая помощь</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Профилактическое стоматологическое обслуживание</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Плановое стоматологическое обслуживание</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Значительные стоматологические процедуры (эндодонтия, периодонтология и 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 требуют Предварительного разрешения</p>	\$0
<b>Офтальмологическая помощь</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Осмотр</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Стекла для очков и оправы</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Контактные линзы</li> </ul> <p>1 (один) осмотр в течение Года плана, если иное не требуется по медицинским показаниям</p> <p>1 (один) рецепт на линзы и оправу в течение Года плана, если иное не требуется по медицинским показаниям</p> <p>Контактные линзы требуют Предварительного разрешения</p>	\$0

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 номеру телефона, указанному в Вашей идентификационной карте участника.

Если Вы считаете, что сотрудники плана медицинского страхования UnitedHealthcare Community Plan не предоставили Вам данные услуги или отнесли 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 социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services), 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 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 **711**, с 08:00 до 18:00, с понедельника по пятницу.**

## 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	اللغة العربية/Arabic
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

Данная страница намеренно оставлена пустой.

# Мы работаем для Вас

---

Помните, что Мы всегда готовы ответить на любые вопросы, которые у Вас могут появиться. Просто позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-866-265-1893**, ТTY **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, TTY 711**

