समुदायमा स्वागत छ

UnitedHealthcare Community Plan को Ohio ले Ohio का बासिन्दाहरूलाई वृद्ध, दृष्टिविहीन वा असक्षमता भएका, कभर गरिएका परिवार र बालबालिकाहरू (स्वस्थकार सुरुवात र स्वस्थकार परिवारहरूसहित) र वयस्क विस्तार Medicaid का लाभहरू प्रदान गर्छ।

UnitedHealthcare Community Plan

CSOH25MD0257293_000   1/25

यो पेज जानबूझेर खाली राखिएको छ।

स्वागत छ

UnitedHealthcare Community Plan मा स्वागत छ। तपाईं अब स्वास्थ्य हेरचाह योजनाको सदस्य हुनुहुन्छ, जसलाई व्यवस्थित हेरचाह संगठन (MCO) पनि भनिन्छ। UnitedHealthcare Community Plan ले Ohio का वासिन्दाहरुलाई कम आय भएका व्यक्ति, गर्भवती व्यक्ति, शिशु र बालबालिका, वृद्धवृद्धा र असक्षमता भएका व्यक्तिहरूसहित योग्यता भएकाहरूलाई स्वास्थ्य सेवाहरू प्रदान गर्छ। सदस्यका रूपमा, तपाईं अब का लागि कुनै शुल्कविना, कुनै सहभुक्तानीविना रोमाञ्चक लाभहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ। थप रूपमा, हामीसँग दम र Healthy First Steps™ गर्भावस्था कार्यक्रमजस्ता अवस्थाहरूका लागि रोग र हेरचाह व्यवस्थापन गर्ने कार्यक्रमहरू छन्।

कृपया यो सदस्य हातेपुस्तिका समीक्षा गर्न केही मिनेट लिनुहोस्। हामी तपाईंको जुनसुकै प्रश्नको जवाफ दिन तयार छौं। तपाईं **myuhc.com/CommunityPlan** मा धेरैजसो प्रश्नहरूको जवाफ पाउन सक्नुहुन्छ। सदस्य सेवाहरूलाई **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा फोन गर्नुहोस् 7:00 a.m. देखि 7:00 p.m. सम्म, सोमवारदेखि शुक्रवारसम्म।

यस सदस्य पुस्तिकामा प्रदान गरिएको जानकारी जानकारीमूलक र द्रुत सन्दर्भ गाइडको रूपमा काम गर्ने उद्देश्यले हो।

सुरु गर्नेबारे

हामी तपाईंलाई आफ्नो स्वास्थ्य योजनाबाट तुरुन्तै अधिकतम लाभ लिन चाहन्छौं। यी तीन वटा सजिलो चरणबाट सुरु गर्ने:

1. **आफ्नो प्राथमिक हेरचाह प्रदायक (Primary Care Provider, PCP) लाई फोन गर्नुहोस् र जाँचको समय तालिका बनाउनुहोस्।** नियमित रूपमा जाँच गर्नका लागि राम्रो स्वास्थ्यका लागि महत्त्वपूर्ण छ। तपाईंको PCP को फोन नम्बर तपाईंले हाल मेलबाट प्राप्त गर्नुभएको सदस्य आइडी कार्डमा सूचीबद्ध हुनुपर्छ। तपाईं आफ्नो PCP नम्बर थाहा छैन भने वा तपाईं जाँचको समय तालिका बनाउन मद्दत गर्न चाहनुहुन्छ भने सदस्य सेवाहरूलाई **1-800-895-2017,** TTY **711** मा फोन गर्नुहोस्। हामी यहाँ मद्दत गर्न छौं।
2. **आफ्नो स्वास्थ्य मूल्याङ्कन लिनुहोस्।** तपाईं हालको जीवनशैली र स्वास्थ्यको ठुलो तस्वीर प्राप्त गर्ने यो छोटो र सजिलो तरिका हो। यसले हामीलाई उपलब्ध लाभ र सेवाहरूसँग मिलाउन मद्दत गर्छ। स्वास्थ्य मूल्याङ्कन पूरा गर्न आजै **myuhc.com/CommunityPlan** मा जानुहोस्। साथै, हामी तपाईंलाई UnitedHealthcare Community Plan मा स्वागत गर्न चाँडै फोन गर्ने छौं। यस कलको क्रममा, हामी तपाईंको स्वास्थ्य योजनाका लाभहरूका बारेमा व्याख्या गर्न सक्छौं। हामी तपाईंलाई फोनबाट स्वास्थ्य मूल्याङ्कन पूरा गर्न पनि मद्दत गर्न सक्छौं।
3. **आफ्नो स्वास्थ्य योजना थाहा पाउनुहोस्।** तपाईंको नयाँ योजनाको द्रुत संक्षिप्त विवरणका लागि पृष्ठ 9 मा रहेको स्वास्थ्य योजना हाइलाइटहरू खण्डबाट सुरु गर्नुहोस्। र भविष्यको सन्दर्भका लागि यो पुस्तिका प्रयोग गर्न सुनिश्चित गर्नुहोस्।

सदस्यका सेवाहरू 1-800-895-2017, TTY 711

7:00 a.m. देखि 7:00 p.m. सम्म, सोमवारदेखि शुक्रवारसम्म

हाम्रो कार्यालय यी निम्न प्रमुख दिनका बिदाहरूमा बन्द हुन्छ:

- नयाँ वर्षको दिन
- Martin Luther King Jr. डे
- मेमोरियल डे
- स्वतन्त्रता दिवस
- श्रम दिवस
- थैंक्सगिविंग डे
- थैंक्सगिविंग को अर्को दिन पछि
- क्रिसमस डे

विषयसूचीहरू

स्वागत छ **3**

स्वास्थ्य योजनका हाइलाइटहरू **9**

सदस्य आइडी कार्ड 9

एक झलकमा लाभहरू 10

तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी मूल्याङ्कन 11

सदस्य सहायता 12

तपाईंले तुरुन्तै तपाईंको फार्मेसी लाभ प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। 14

चिकित्सक कहाँ जाँदै **16**

तपाईंको प्राथमिक हेरचाह प्रदायक (PCP) 16

वार्षिक जाँचहरू 18

तपाईंको PCP सँग अपोइन्टमेन्ट गर्दै 19

तपाईंको PCP अपोइन्टमेन्टका लागि तयारी गर्दै 20

NurseLine सेवाहरू – तपाईंको 24-घण्टा स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी स्रोत 20

यदि तपाईंलाई हेरचाह चाहिन्छ र तपाईंको डाक्टरको कार्यालय बन्द छ 21

घरबाट टाढा हुँदाको स्वास्थ्य हेरचाह 22

मेडिकल होम 22

स्वतः सन्दर्भित सेवाहरू 23

वयस्क विस्तार जनसंख्या सदस्यहरूको लागि अतिरिक्त लाभ 24

दोस्रो विचार प्राप्त गर्दै 25

पूर्व प्रमाणीकरण 25

तपाईंको PCP नेटवर्क छोड्छ भने निरन्तर हेरचाह 25

यातायात सेवा – गैर-आपतकालीन 26

अस्पताल तथा आपतकालीन **27**
आपतकालीन हेरचाह 27
अस्पतालका सेवाहरू 28
आपतकालीन दन्तको हेरचाह 28
चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक पर्ने सेवाहरू 29
संयुक्त राज्य बाहिर कुनै चिकित्सा कभरेज छैन 30

Ohio Department of Medicaid सदस्य हातेपुस्तिका **32**
Ohio राज्यबाट स्वागत छ 32
Ohio Department of Medicaid सदस्य हातेपुस्तिका 34
पहिचान (आइडी) कार्ड 36
नयाँ सदस्यसम्बन्धी जानकारी 37
निर्धारित औषधिहरू 38
UnitedHealthcare Community Plan मा नसमेटिएका सेवाहरू 38
चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक नभएसम्म सेवाहरू UnitedHealthcare Community Plan द्वारा समेटिएका छैनन् 39
हेरचाह व्यवस्थापन सेवाहरू 39
सदस्य सेवाहरू 40
व्यवहारिक स्वास्थ्य सेवाहरू, मानसिक स्वास्थ्य र पदार्थ प्रयोग विकार उपचार सेवाहरू 41
OhioRISE 42
समन्वित सेवा कार्यक्रम 44
स्वास्थ्य जाँच 45
प्राथमिक हेरचाह प्रदायक (PCP) छनौट गरिँदैछ 46
तपाईंको PCP सँग परिवर्तन गर्दै 47
टेलिहेल्थ 47
तपाईंको सदस्यता अधिकार 48

तपाईं दुःखी हुनुहुन्छ र हामीले गरेको निर्णयमा समहम हुनुहुन्न भने UnitedHealthcare Community Plan लाई कसरी थाहा दिने – अपिल र गुनासोहरू. 50

सदस्य अपील फारम 54

गुनसो र अपील फारम. 56

राज्यको सुनुवाईहरू 58

सम्पत्ति पुनः प्राप्ति 59

आपतकालीन सेवाहरू. 59

आकस्मिक चोट वा बिरामी (प्रत्यासन) 60

अन्य स्वास्थ्य बीमा (लाभको समन्वय – COB) 61

बीमा हराएको सूचना (मान्य कभरेजको प्रमाणपत्र). 61

Medicaid पात्रता गुमाउनु भयो 61

MCP सदस्यताको स्वचालित नवीकरण 61

आफ्नो MCP सदस्यता समाप्त गर्ने 62

Medicaid सेवाहरूको तालिका 66

UnitedHealthcare Community Plan ले समेट्ने सेवाहरू. 66

UnitedHealthcare का अतिरिक्त लाभहरू 74

अतिरिक्त लाभहरू. 74

योजनाका अन्य विवरणहरू. 81

नेटवर्क प्रदायक पार्नुहोस्. 81

प्रदायक निर्देशिका 81

यदि तपाईंले सेवाहरूको लागि बिल प्राप्त गर्नुहुन्छ 82

अग्रिम निर्देशनहरू. 82

ठगी र दुर्व्यवहार. 84

घटनाहरू रिपोर्ट गरिदै 85

तपाईंको विचार महत्त्वपूर्ण छ 88

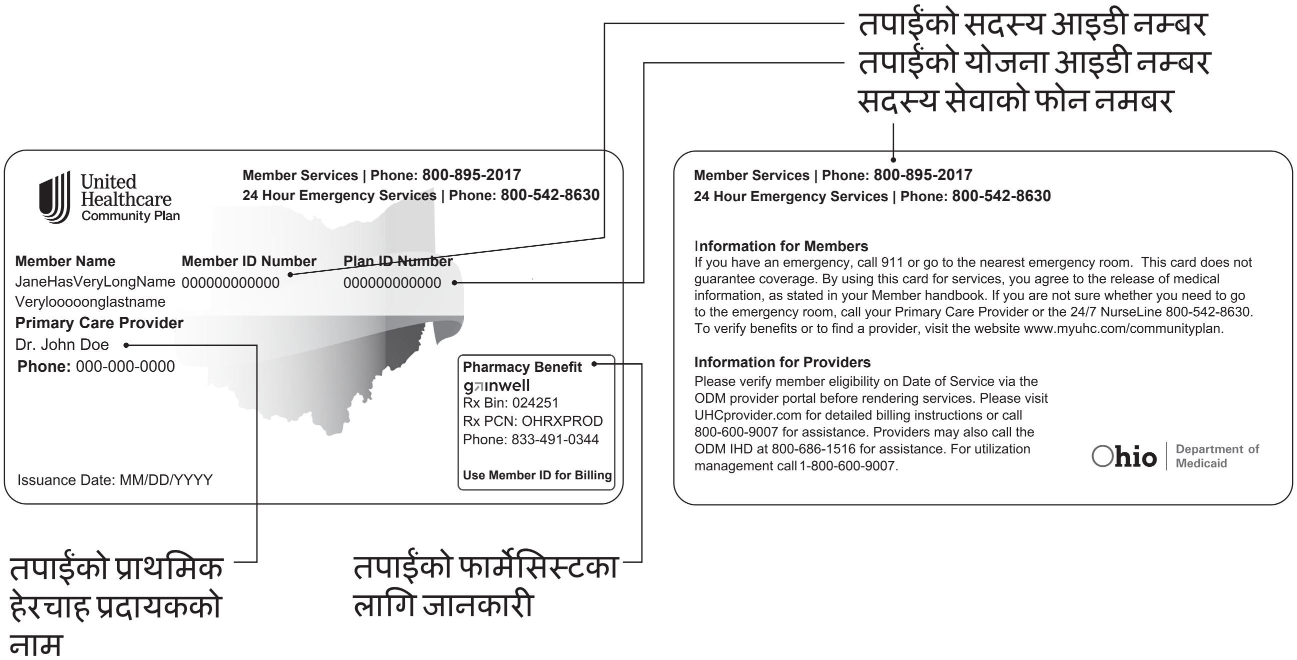
उपयोग व्यवस्थापन 89

गुणस्तर कार्यक्रम 89
भेदभावबाट सुरक्षा र संरक्षण 90
क्लिनिकल अभ्यास दिशानिर्देशहरू र नयाँ प्रविधि 90
तपाईंको सदस्यताका उत्तरदायित्वहरू 91
हेरचाह शब्दावली व्यवस्थित गरियो 92
गोपनियता अभ्यासहरूको स्वास्थ्य योजनासम्बन्धी सूचनाहरू 98

परिशिष्ट A 106
Ohio सिङ्गल फार्मेसी बेनिफिट म्यानेजर (SPBM) 106
1. सदस्य हातेपुस्तिका सामग्रीहरू 106
1.1 कर्पोरेट पहिचान 106
1.2 उपलब्ध सेवाहरू 106
1.2.1 Preferred Drug List (PDL) 107
1.2.2 पूर्व प्रमाणीकरणहरु 107
1.2.3 फार्मेसी उपयोगिता व्यवस्थापन रणनीतिहरू 108
1.2.4 बहिष्कृत सेवाहरू 109
1.2.5 अतिरिक्त सेवाहरू 109
1.3 अपील, गुनासो र राज्यका सुनुवाईहरूका लागि अनुरोध गर्नुहोस् 109
1.4 सिफारिसहरू परिवर्तन गर्नुहोस् 112
1.5 फार्मेसीमा पहुँच 112
1.6 बाहिरी बिरामीका लागि आपतकालीन औषधी 112
1.7 गैर-भदभाव कथन 112
1.8 प्रदायक नेटवर्कको कथन 113
1.9 फार्मेसी प्रदायक नेटवर्क 113

स्वास्थ्य योजनका हाइलाइटहरू

सदस्य आइडी कार्ड



तपाईंको सदस्यता आइडी कार्ड हरायो?

तपाईं वा परिवारको सदस्यले कार्ड हराउनुहुन्छ भने तपाईं **myuhc.com/CommunityPlan** मा गएर नयाँ कार्ड प्रिन्ट गर्न सक्नुहुन्छ। वा सदस्य सेवालाई **1-800-895-2017**, TTY **711**नम्बरमा फोन गर्नुहोस्।

एक झलकमा लाभहरू

UnitedHealthcare Community Plan सदस्यका अनुसार, तपाईंसँग तपाईंलाई उपलब्ध गराइने विभिन्न खालका स्वास्थ्य हेरचाहका लाभ र सेवाहरू छन्। संक्षिप्त विवरण छ। तपाईंले लाभको खण्डमा पूर्ण सूची फेला पार्नु हुने छ।

प्राथमिक हेरचाह सेवाहरू

तपाईं आफ्नो प्राथमिक हेरचाह प्रदायक (PCP) मा सबै भेट समेट्नुहुन्छ। तपाईंको PCP भनेको तपाईंले आफ्नो अधिकांश स्वास्थ्य हेरचाह देख्नु हुने मुख्य चिकित्सक हो। यसमा चेकअप, चिसो र फ्लूको उपचार, स्वास्थ्य चिन्ता र स्वास्थ्य जाँचहरू पर्छन्।

ठुलो प्रदायक नेटवर्क

तपाईं हाम्रा प्रदायकहरूको ठुलो नेटवर्कबाट कुनै पनि PCP छनौट गर्नुहोस्। हाम्रो नेटवर्कमा विशेषज्ञ, अस्पताल र औषधि पसलहरू — तपाईंलाई आफ्नो स्वास्थ्य हेरचाहका धेरै विकल्पहरू प्रदान गर्ने कार्य पनि पर्छन्। नेटवर्क प्रदायकहरूको पूरा सूची **myuhc.com/CommunityPlan** मा खोज्नुहोस् वा **1-800-895-2017,** TTY **711** मा फोन गर्नुहोस्।

NurseLine

NurseLine ले तपाईंलाई अनुभवी दर्ता गरिएका नर्सहरूलाई 24/7 टेलिफोन एक्सेस दिन्छ। तिनीहरूले तपाईंलाई कुनै पनि स्वास्थ्यसम्बन्धी प्रश्न वा चिन्ताहरूका बारेमा जानकारी, सहायता र शिक्षा दिन सक्छन्। **1-800-542-8630,** TTY **1-800-855-2880** मा फोन गर्नुहोस्।

विशेषज्ञ सेवाहरू

तपाईंको कभरेजमा विशेषज्ञहरूबाट सेवाहरू समावेश छन्। विशेषज्ञहरू भनेका केही अवस्थाहरूको उपचार गर्न उच्च तालिम प्राप्त भएका चिकित्सक वा नर्सहरू हुन्। तपाईंलाई सर्वप्रथम आफ्नो PCP रेफरल चाहिन्छ। हातेपुस्तिकाको पेज 16 हेर्नुहोस्।

औषधिहरू

तपाईंको योजनाले सबै उमेरका सदस्यहरूका लागि कुनै सहभुक्तानीहरू नभएका निर्धारित औषधिहरू समेट्छ। निम्न कुराहरू पनि समेटिएका छन्: इन्सुलिन, सुई र सिरिन्जहरू, गर्भनिरोधक, अर्थराइसिजको कोटेड अस्पिरिन, आइरनको पिल्स र चपाउन मिल्ने भिटामिनहरू।

अस्पतालका सेवाहरू

तपाईं अस्पतालको बसाइ र बाहिरी बिरामी सेवाहरू (रात नबिताइकन अस्पतालमा प्राप्त हुने सेवाहरू) समेट्नुहुन्छ।

प्रयोगशाला सेवाहरू

कभर गरिएका सेवाहरूमा बिरामीको कारण पत्ता लगाउन मद्दत गर्ने जाँच र एक्स-रेहरू पर्छन्।

बाल कल्याणका भेटहरू

बाल कल्याणका सबै भेट र खोपहरू तपाईंको योजनामा समेटिएका छन्।

प्रसूति गर्भावस्था हेरचाह

तपाईं आफ्नो बच्चा जन्मिनुअघि र जन्मिएपछि चिकित्सकका भेटहरू समेट्नुहुन्छ। जसमा अस्पतालको बसाइ पनि पर्छ। आवश्यक भएमा हामी बच्चा जन्मिएपछि गृह भेटहरू पनि समेट्छौं।

परिवार नियोजन

तपाईं गर्भावस्थाको समय व्यवस्थापन गर्न मद्दत गर्ने सेवाहरू समेट्नुहुन्छ। यसमा गर्भनिरोधकका उत्पादन र प्रक्रियाहरू पर्छन्।

दृष्टि हेरचाह

तपाईंको दृष्टिसम्बन्धी लाभहरूमा नियमित आँखा परीक्षण र चश्माहरू समावेश छन्। हातेपुस्तिकाको पेज 71 हेर्नुहोस्।

दन्त हेरचाह

UnitedHealthcare Community Plan ले तपाईंको दन्तसम्बन्धी लाभहरू समेट्छ। तपाईंको दन्त कभरेजका बारेमा थप जानकारीका लागि वा दन्त चिकित्सक खोज्नका लागि, **myuhc.com/CommunityPlan** मा साइन इन गर्नुहोस् वा UnitedHealthcare® एप वा सदस्य सेवाहरूको नम्बर मा **1-800-895-2017,** TTY **711** मा फोन गर्नुहोस्।

यातायात सेवाहरू उपलब्ध छन्

तपाईंलाई आफ्नो PCP वा अन्य चिकित्सा प्रदायकका लागि सवारी चाहिन्छ भने हामी मद्दत गर्न सक्छौं। चिकित्सा यातायात केही चिकित्सा हेरचाहका लागि समेटिएको छ। तपाईंसँग चिकित्सककहाँ जाने अर्को कुनै उपाय छैन भने सार्वजनिक यातायात नभएको क्षेत्रमा बस्नुहुन्छ वा स्वास्थ्य अवस्था वा असक्षमताका कारण सार्वजनिक यातायात प्रयोग गर्न सक्नुहुन्न भने कम्तीमा 48 घण्टाअघि **1-800-895-2017,** TTY **711** मा फोन गर्नुहोस्। थप जान्नका लागि, **myuhc.com/CommunityPlan** मा साइन इन गर्नुहोस् र यातायात कभरेज खोज्न "कभरेज र लाभहरू" चयन गर्नुहोस्।

तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी मूल्याङ्कन

स्वास्थ्यसम्बन्धी मूल्याङ्कन भनेको तपाईंलाई आफ्नो जीवनशैली र स्वास्थ्यका बारेमा सजिला प्रश्नहरू सोध्ने छोटो र सजिलो सर्वेक्षण हो। तपाईंले यो भरेर हामीलाई मेल गरेको बेला हामी तपाईंलाई अझ राम्रोसँग बुझ्न सक्छौं। र यसले तपाईंलाई उपलब्ध गराइएका धेरै लाभ र सेवाहरू तपाईंसँग मेल गराउन हामीलाई मद्दत गर्छ।

कृपया केही मिनेट लिनुहोस् र स्वास्थ्य सम्बन्धी मूल्याङ्कन फारम भर्नुहोस्। वा फोनबाट यसलाई पूरा गर्न **1-800-895-2017** मा फोन गर्नुहोस्।

सदस्य सहायता

हामी तपाईंलाई आफ्नो स्वास्थ्य योजनाबाट धेरै लाभ लिनका लागि यसलाई जतिसक्दो छिटो सजिलो बनाउन चाहन्छौँ। हाम्रो सदस्यका अनुसार, तपाईंसँग आवश्यक भएमा यातायात र दोभासेहरूसहितका तपाईंलाई उपलब्ध गराइएका धेरै सेवाहरू छन्। र तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् भने जवाफहरू पाउने धेरै स्थानहरू छन्।

वेबसाइटले योजनाका विवरणहरूमा 24/7 पहुँच प्रदान गर्छ

तपाईंको खातामा वेब पहुँचका लागि साइन अप गर्न **myuhc.com/CommunityPlan** मा जानुहोस्। यो सुरक्षित वेबसाइटले तपाईंका स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी एकै ठाउँमा राख्छ। योजनाका विवरणहरूका अतिरिक्तमा, साइटमा तपाईंलाई मद्दत गर्न सक्ने उपयोगी उपकरणहरू पर्छन्:

- प्रदायक फेला पार्नुहोस्
- रुचाइएको औषधीको सूचीमा औषधि खोज्नुहोस्
- लाभका विवरणहरू प्राप्त गर्नुहोस्
- नयाँ सदस्य हातेपुस्तिका डाउनलोड गर्नुहोस्
- नयाँ सदस्य आइडी कार्ड प्रिन्ट गर्नुहोस्
- स्वास्थ्यसम्बन्धी निश्चित लक्ष्यहरू पूरा गर्न उपलब्ध स्वस्थकर पुरस्कारहरूका बारेमा जानकारी फेला पार्नुहोस्

सदस्य सेवाहरू 7:00 a.m. देखि 7:00 p.m. सम्म सोमवारदेखि शुक्रवारसम्म उपलब्ध छन्

सदस्य सेवाहरू तपाईंका प्रश्नहरू वा चिन्ताहरूलाई मद्दत गर्न सक्छन्। यसमा निम्न कुराहरू पर्छन्:

- आफ्ना लाभहरूका बारेमा बुझ्ने
- प्रतिस्थापन सदस्य आइडी कार्ड प्राप्त गर्न सहयोग गर्ने
- चिकित्सक फेला पार्ने वा आकस्मिक हेरचाह क्लिनिक
- विशेषज्ञता हेरचाह पहुँच गर्ने तरिका
- गुनासो वा अपील दायर गर्ने तरिका

1-800-895-2017, TTY **711** मा फोन गर्नुहोस्।

हेरचाह व्यवस्थापन कार्यक्रम

UnitedHealthcare Community Plan ले हेरचाह व्यवस्थापनका सेवाहरू प्रदान गर्छ। तपाईंलाई दम वा मधुमेहजस्तो दीर्घकालीन स्वास्थ्य अवस्था छ भने तपाईं हेरचाह व्यवस्थापन कार्यक्रमबाट लाभ लिन सक्नुहुन्छ। हामी चिकित्सकका अपोइन्टमेन्टहरू निर्धारण गर्ने र तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको हेरचाहका बारेमा तपाईंका सबै प्रदायकहरूलाई जानकार गराउनेजस्ता धेरै कुराहरूमा मद्दत गर्न सक्छौँ। थप जान्नका लागि, **1-800-895-2017,** TTY **711** मा फोन गर्नुहोस्।

हामी तपाईंको भाषा बोल्छौँ

तपाईं अङ्ग्रेजी बाहेकको अन्य भाषा बोल्नुहुन्छ भने हामी असक्षमता भएका व्यक्तिहरूका लागि अनुवादित प्रिन्ट गरिएका सामग्री र भाषा सेवाहरू, सदस्यको प्राथमिक भाषाका रूपमा पहिचान गरिएको गैर-अङ्ग्रेजी भाषाहरूमा लिखित जानकारी, वैकल्पिक ढाँचाहरूमा लिखित जानकारी र अन्य सहायक सहायता वा सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध गराउन सक्छौँ। वा हामी तापईंलाई यी सामग्रीहरू बुझ्नका लागि मद्दत गर्न सक्ने मौखिक दोभासे प्रदान गर्न सक्छौँ। तपाईंले योजनाका अन्य विवरणहरू भनिने खण्डमा व्याख्यात्मक सेवा र भाषा सहायताका बारेमा थप जानकारी फेला पार्नु हुने छ। वा सदस्य सेवालाई **1-800-895-2017**, TTY **711**नम्बरमा फोन गर्नुहोस्।

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionar materiales impresos traducidos. O podemos proporcionar un intérprete que puede ayudar a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros detalles del plan. O llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017,** TTY **711.**

आपतकालीन अवस्थाहरू

आपतकालीन अवस्थामा, ... **911** मा फोन गर्नुहोस्

अन्य महत्त्वपूर्ण नम्बरहरू

24/7 नर्सलाइन. . . . . . . (दिनको 24 घण्टा, हप्ताको 7 दिन उपलब्ध छ)	**1-800-542-8630**
TTY	**1-800-855-2880**
Healthy First Steps (आमा बन्नेहरूका लागि)	**1-800-599-5985**
हेरचाह व्यवस्थापन	**1-800-895-2017**
ठगी र दुर्व्यवहार हटलाइन	
UnitedHealthcare	**1-877-766-3844**
Ohio बीमा विभाग	**1-800-686-1527**
. . . .	**1-614-644-2671**
Ohio Medicaid कस्टमर हटलाइन.	**1-800-324-8680**
TTY	**1-800-292-3572**

तपाईंको ठेगाना परिवर्तन गर्नुभयो भने कृपया आफ्नो स्थानीय रोजगार र परिवारिक सेवा (JFS) कार्यालयमा सम्पर्क गर्नुहोस्।

तपाईंले तुरुन्तै तपाईंको फार्मेसी लाभ प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ।

UnitedHealthcare Community Plan का सदस्यहरूले प्रेसक्रिप्सन दाबीहरू प्रशोधन गर्न Gainwell प्रयोग गर्नेछन् र सहायता को लागी Gainwell सदस्य पुस्तिकालाई सन्दर्भित गर्नुपर्नेछ। तपाईंको योजनाले निर्धारित औषधि त औषधिहरूको ठूलो सूची समेट्छ। समेटिएका औषधिहरू रोजिएको औषधि सूची (PDL) मा देखाइएको छ। यो सूचीलाई सूत्रका रूपमा पनि चिनिन्छ। तपाईंको चिकित्सकले तपाईंलाई चाहिने औषधिहरू योजनामा समेटिएका छन् भनी सुनिश्चित गर्न यो सूची/PDL प्रयोग गर्नुहुन्छ। Gainwell ले तपाईंका निर्धारित औषधिहरूको कभरेज व्यवस्थित गर्छ र पूर्व स्वीकृतिमा अन्य औषधिहरू समेट्न सक्छ। तपाईंको औषधिलाई पूर्व स्वीकृति चाहिन्छ भने तपाईंको हेरचाह प्रदायकले तपाईंका लागि अनुरोध गर्न सक्छ। तपाईं हाम्रो वेबसाइट **myuhc.com/CommunityPlan** मा आफ्नो योजनाका लागि रुचाइएको औषधि सूची (PDL) फेला पार्न सक्नुहुन्छ। तपाईं नामले औषधि पनि खोज्न सक्नुहुन्छ।

तपाईंका भरिएका निर्धारित औषधिहरू प्राप्त गर्न सजिलो छ। कसरी छ:

1. तपाईंका औषधिहरू रुचाइएको औषधिको सूचीमा पर्छन्?

हो भने

तपाईंका औषधिहरू रुचाइएको औषधिको सूचीमा पर्छन् भने तपाईंले सबै पूरा गर्नुभयो। तपाईंले प्रत्येक पटक आफ्ना भरिएका निर्धारित औषधिहरू प्राप्त गर्न आफ्नो नयाँ सदस्य आइडी कार्ड देखाउन सुनिश्चित हुनुहोस्।

रुचाइएको औषधिको सूची अनलाइन हेर्नका लागि **myuhc.com/CommunityPlan** मा गएर हेर्नुहोस्। तपाईं Gainwell सदस्य सेवाहरूलाई **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) मा पनि फोन गर्न सक्नुहुन्छ।
हामी यहाँ मद्दत गर्न छौं।

होइन भने

तपाईंका निर्धारित औषधिहरू रुचाइएको औषधिको सूचीमा छैनन् भने आफ्नो चिकित्सकसँग आगामी 30 दिनभित्र अपोइन्टमेन्ट निर्धारण गर्नुहोस्। उहाँहरू तपाईंलाई रुचाइएको औषधिको सूचीमा रहेको औषधिलाई स्विच गर्नका लागि मद्दत गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको चिकित्सकलाई तपाईंलाई सूचीमा नभएको औषधि चाहिन्छ भन्ने लाग्छ भने उहाँ अपवादको अनुरोध गर्नका लागि तपाईंलाई मद्दत गर्न पनि सक्नुहुन्छ।

2. तपाईंसँग निर्धारित औषधि छ?

तपाईंसँग आफ्नो चिकित्सकले दिनुभएको निर्धारित औषधि छ वा आफ्नो निर्धारित औषधि पुनः भर्नुपर्ने छ भने नेटवर्क फार्मेसीमा जानुहोस्। फार्मेसिस्टलाई आफ्नो सदस्य आइडी कार्ड देखाउनुहोस्। तपाईं नेटवर्क फार्मेसीहरूका सूची फेला पार्न प्रदायक निर्देशिक अनलाइन **spbm.medicaid.ohio.gov** मा गएर वा Gainwell सदस्य सेवाहरू 1-833-491-0344 मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ।

3. तपाईंलाई रुचाइएको औषधिको सूचीमा नभएको औषधि पुनः भर्नुपर्छ भने

नेटवर्क फार्मेसीमा गएर आफ्नो सदस्य आइडी कार्ड देखाउनुहोस्। तपाईंसँग आफ्नो सदस्य आइडी कार्ड छैन भने तपाईं फार्मासिस्टलाई तलको जानकारी देखाउन सक्नुहुन्छ। आफ्ना निर्धारित औषधिका विकल्पहरूका बारेमा आफ्नो चिकित्सकसँग कुराकानी गर्नुहोस्।

फार्मासिस्टसम्बन्धी ध्यान दिनुहोस्

कृपया यस सदस्यको Gainwell दाबीलाई प्रयोग गरी प्रक्रिया गर्नुहोस्:

BIN: 02451
प्रोसेसरको नियन्त्रण नम्बर: OHRXPROD

तपाईंले सदस्यको औषधिलाई पूर्व प्रमाणीकरण चाहिन्छ वा हाम्रो सूत्रमा छैन भन्ने सन्देश प्राप्त गर्नुभयो भने कृपया Gainwell लाई **1-833-491-0344** मा फोन गर्नुहोस् वा थप जानकारीका लागि **spbm.medicaid.ohio.gov** मा गएर हेर्नुहोस्।

चिकित्सक कहाँ जाँदै

तपाईंको प्राथमिक हेरचाह प्रदायक (PCP)

हामीले प्राथमिक हेरचाह प्रदायक वा PCP हेर्ने मुख्य चिकित्सकलाई फोन गर्छौं। तपाईं समयका साथ एउटै PCP देखाएको बेला, उहाँहरूसँग सम्बन्ध विकास गर्न सजिलो हुन्छ। प्रत्येक परिवारको सदस्यले आ-आफ्ना PCP हुनुपर्छ वा तपाईं सबै जनाले एउटै चिकित्सक छनौट गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं आफ्नो PCP लाई हेर्नका लागि निम्नानुसार:

- नियमित रूपमा हेरचाह गर्ने, वार्षिक रूपमा पनि जाँचहरू गराउने
- विशेषज्ञसँग आफ्नो हेरचाह संयोजन गर्ने
- चिसो तथा फ्लु भएकोलाई उपचार गराउने
- अन्य स्वास्थ्यसम्बन्धी चिन्ताहरू

तपाईंसँग विकल्पहरू छन्

तपाईं आफ्नो PCP का लागि धेरै प्रकारको नेटवर्क प्रदायकहरूबिच छनौट गर्न सक्नुहुन्छ। केही प्रकारहरूका PCP हरू निम्न समावेश छन्:

- परिवार चिकित्सकलाई (सामान्य स्वास्थ्यपेशेवर पनि भनिन्छ) — बालबालिका तथा वयस्कहरूलाई हेरचाह गर्ने
- आन्तरिक औषधिको चिकित्सकलाई (इन्टर्निस्ट पनि भनिन्छ) — वयस्कहरूलाई हेरचाह गर्ने
- नर्स पेशेवर (NP) — बालबालिका तथा वयस्कहरूलाई हेरचाह गर्ने
- बाल रोग विशेषज्ञ — बालबालिकाहरूलाई हेरचाह गर्ने
- चिकित्सक सहायक (PA) — बालबालिका तथा वयस्कहरूलाई हेरचाह गर्ने

नेटवर्क प्रदायक भनेको के हो?

नेटवर्क प्रदायकहरू भनेको UnitedHealthcare Community Plan सँग जोडिएर हाम्रो सदस्यहरूको हेरचाह गर्नेलाई नै नेटवर्क प्रदायकहरू भनिन्छ। यी प्रदायकहरूलाई देखाएपछि तपाईंले हामीलाई फोन गर्न आवश्यक पर्दैन। कहिलेकाहीं सदस्यहरूले विशेष किसिमको चिकित्सकलाई पनि देखाउन आवश्यक पर्छ। प्रदायकले हाल नेटवर्क प्रदायक नभए तापनि, तपाईंलाई आवश्यक परेको बेलामा तपाईंले विशेषज्ञ वा सेवा प्राप्त गर्नु हुने छ भनी सुनिश्चित गर्न हामी तपाईंको PCP सँग काम गर्ने छौं। तपाईंले गैर-नेटवर्क प्रदायकलाई हेर्नुअघि हामीले हेरचाह वा सेवालाई अग्रिम अधिकार दिएको बेला तपाईंलाई कुनै शुल्क लाग्दैन।

तपाईं आफ्नो PCP द्वारा नपठाइकन र UnitedHealthcare Community Plan प्रमाणीकरणविना विशेषज्ञलाई देखाउनुभयो भने तपाईंले बिल भुक्तानी गर्नु पर्ने हुन्छ। तपाईं जुनसुकै सेवाहरूका लागि सधैं आफ्नो पहिलो PCP सँग कार्य गर्न आवश्यक पर्छ।

UnitedHealthcare Community Plan का प्रदायकहरू

UnitedHealthcare Community Plan ले UnitedHealthcare Community Plan को गुणस्तर मापदण्डहरू पूरा गर्ने प्रदायकहरूसँग सम्झौता गर्छ।

तपाईंका लागि सही PCP फेला पार्ने 3 वटा तरिका छन्।

1. हामीद्वारा छापिएको प्रदायक निर्देशिकामा गएर हेर्नुहोस्। प्रदायक निर्देशिले हाम्रा सबै नेटवर्क प्रदायकहरूलाई सूचीबद्ध गर्छ। तपाईं सदस्य सेवाहरूमा फोन गरेर वा आफूले प्राप्त गर्नुभएको पोस्टकार्ड फिर्ता गरेर आफ्नो सदस्य पहिचान (आइडी) कार्ड समावेश गर्ने आफ्नो नयाँ सदस्य सामग्रीहरूसहित प्रिन्ट गरिएको प्रदायक निर्देशिकाका लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।
2. **myuhc.com/CommunityPlan** मा गएर चिकित्सक खोज्ने उपकरण प्रयोग गर्नुहोस्।
3. सदस्य सेवाहरूलाई **1-800-895-2017,** TTY **711.** मा फोन गर्नुहोस्। हामी तपाईंका प्रश्नहरूको जवाफ दिन सक्छौं र तपाईंको नजिकैको PCP फेला पार्न मद्दत गर्न सक्छौं।

तपाईंको योजनामा गुणस्तरीय चिकित्सक, अस्पताल र अन्य हेरचाह प्रदायकहरूको नेटवर्क छ सबै कार्मचारीले तपाईंलाई उत्तम हेरचाह प्राप्त गर्न मद्दत गर्नका लागि मिलेर काम गर्छन्। नेटवर्क प्रदायकहरूको सूचीका लागि आफ्नो योजनाको प्रदायक निर्देशिका जाँच गर्नुहोस्। हामीले तपाईंका लागि गुणस्तरीय नेटवर्क निर्माण गर्न जारी राख्दा प्रदायकहरू वर्षभरि परिवर्तन हुन सक्छन्। तपाईं **myuhc.com/CommunityPlan** वा UnitedHealthcare एपमा सबैभन्दा नयाँ प्रदायक निर्देशिका पाउन सक्नुहुन्छ।

तपाईंलाई हाम्रा जुनसुकै सेवाहरूका लागि प्रदायक खोज्न मद्दत चाहिन्छ भने वा हाम्रा सेवाहरूसँग काम गर्ने प्रदायक र दोस्रो बीमाकर्ता, तपाईंले सदस्य सेवाहरूलाई **1-800-895-2017,** TTY **711.** मा पनि फोन गर्न सक्नुहुन्छ। हामी तपाईंलाई तपाईंका लागि काम गर्ने नेटवर्क PCP फेला पार्न मद्दत गर्न पाउँदा खुसी छौं। तपाईंसँग कुनै स्थान, भाषा वा सांस्कृतिक प्राथमिकताहरू छन् भने तपाईंका सदस्य सेवाहरूको अधिवक्तालाई थाहा दिनुहोस्। सदस्य सेवाहरूमा फोन गरेर तपाईंलाई प्रदायक निर्देशिका निःशुल्क कागजको प्रतिलिपि पनि पठाउन सकिन्छ।

तपाईंले एकपटक PCP छनौट गर्नुभयो भने सदस्य सेवाहारूलाई फोन गर्नुहोस् र हामीलाई थाहा दिनुहोस्। तपाईंका रेकर्डहरू अपडेट गरिएको छ वा छैन भनी सुनिश्चित गर्ने छौं। तपाईं PCP लाई छनौट गर्न चाहनुहुन्न भने तपाईंको स्थान र बोलिने भाषाको आधारमा UnitedHealthcare छनौट गर्न सक्नुहुन्छ।

नेटवर्क चिकित्सकहरूका बारेमा थप जान्नुहोस्

तपाईं नेटवर्क चिकित्सकहरूका बारेमा थप जानकारी जान्नका लागि **myuhc.com/CommunityPlan** मा वा सदस्य सेवाहरूलाई फोन गर्न सक्नुहुन्छ। हामीलाई निम्न जानकारी समावेश गर्न आवश्यक पर्छ:

- नाम, ठेगाना, टेलिफोन नम्बरहरू
- पेशागत योग्यताहरू
- विशेषज्ञता
- चिकित्सा विद्यालयको उपस्थित भयो
- आवासको समापन
- बोर्डको प्रमाणीकरण स्थिति
- बोलिने भाषाहरू

वार्षिक जाँचहरू

तपाईंको वार्षिक जाँचको महत्त्व

तपाईं चिकित्सककहाँ जान बिरामी नै हुनुपर्छ भन्ने छैन। वास्तवमा तपाईंको PCP सँग वार्षिक जाँच गर्नाले तपाईंलाई स्वास्थ्य रहनमा मद्दत गर्छ। तपाईंको PCP ले तपाईंको स्वास्थ्यको समग्र जाँच गर्नुका साथै तपाईंलाई आवश्यक पर्ने स्क्रिनिङ, परीक्षण र शटहरू पनि प्रदान गर्नु हुने छ। र स्वास्थ्यसम्बन्धी समस्या देखिएमा यसलाई चाँडो पत्ता लगाइएको खण्डमा सामान्यतया उपचार गर्न सजिलो हुन्छ।

यहाँ केही महत्त्वपूर्ण स्क्रिनिङ छन्। तपाईंले कतिपटक स्क्रिनिङ प्राप्त गर्ने भन्ने कुरा तपाईंको उमेर र जोखिम कारकहरूमा आधारित छ। तपाईंका लागि के उचित छ भन्ने बारेमा आफ्नो चिकित्सकसँग कुराकानी गर्नुहोस्।

महिलाका लागि

- प्याप स्मियर — यसले पाठेघरको क्यान्सर पत्ता लगाउन मद्दत गर्छ
- स्तन परीक्षण/म्यामोग्राफी — स्तन क्यान्सर पत्ता लगाउन मद्दत गर्छ

पुरुषका लागि

- टेस्ट्स परीक्षण — टेस्टिकुलर क्यान्सर पत्ता लगाउन मद्दत गर्छ
- प्रोस्टेट परीक्षण — प्रोस्टेट क्यान्सर पत्ता लगाउन मद्दत गर्छ

बाल कल्याणका भेटहरू

बाल कल्याणका भेटहरूले तपाईंको PCP लाई तपाईंको बच्चाको वृद्धि र विकासको मूल्याङ्कन गर्ने एक अवसर प्रदान गर्छ। उनीहरूले बोली र श्रवण परीक्षण र खोपहरू लगाउनेजस्ता आवश्यक स्क्रिनिङहरू पनि गर्ने छन्। यी नियमित भेटहरू भनेको तपाईंको बच्चाको व्यवहार र निम्नसहित समग्र कल्याणका बारेमा तपाईंसँग हुने जुनसुकै प्रश्नहरूका बारेमा सोध्ने उत्कृष्ट समय पनि हो:

- खाने
- सुतिरहेको
- व्यवहार
- सामाजिक अन्तर्क्रियाहरू
- शारीरिक क्रियाकलाप

जाँच गर्ने तालिका

यी उमेरहरूका लागि तपाईंको राम्रो बच्चाको भेट तालिका बनाउन महत्त्वपूर्ण छ:

3 देखि 5	15 महिना
1 महिना	18 महिना
2 माहिना	24 महिना
4 महिना	30 महिना
6 महिना	प्रत्येक वर्ष 3 वर्षपछि
9 महिना	किशोरहरूको राम्रो जाँच गर्ने
12 महिना	

चिकित्सकले तपाईंको बच्चालाई दिन सक्ने खोपहरू र ति खोपहरूले उनीहरूलाई कसरी रोगबाट बचाउँछ भन्ने बारेमा यहाँ दिइएको छ:

- **हेपाटाइटिस A र हेपाटाइटिस B:** दुई वटा कलेजोका सामान्य सङ्क्रमणहरूबाट बचाउँछ
- **रोटाभाइरस:** गम्भीर पखाला लाग्न सक्ने भाइरसबाट बचाउँछ
- **डिप्थेरिया:** खतरनाक थाइराइट सङ्क्रमणबाट बचाउँछ
- **टिटानस:** खतरनाक स्नायु रोगबाट बचाउँछ
- **पर्टुसिस:** रुघा खोकी लाग्नबाट बचाउँछ
- **HiB:** बच्चालाई हुने मेनिन्जाइटिसबाट बचाउँछ
- **मेनिन्गोकोक्कल:** ब्याक्टेरियलबाट हुने मेनिन्जाइटिसबाट बचाउँछ
- **पोलियो:** प्यारालाइसिस हुने भाइरसबाट बचाउँछ
- **MMR:** दादुरा, कण्ठमाला र रूबेलाबाट बचाउँछ
- **भ्यारिसेला:** ठेउलाबाट बचाउँछ
- **इन्फ्लुएन्जा:** फ्लु भाइरसविरूद्ध बचाउँछ
- **निमोकोक्कल:** कानका संक्रमण, रगतका संक्रमण, निमोनिया र ब्याक्टेरियल मेनिन्जाइटिसबाट बचाउँछ
- **HPV:** महिलाहरूमा पाठेघरको मुखको क्यान्सर र पुरुषहरूमा जनेन्द्रीयमा आउने गाँठागुँठी निम्त्याउन सक्ने यौन प्रसारित भाइरसबाट बचाउँछ

तपाईंको PCP सँग अपोइन्टमेन्ट गर्दै

तपाईंको चिकित्सकको कार्यालयमा सिधैँ फोन गर्नुहोस्। नम्बर तपाईंको सदस्य आइडी कार्डमा हुनु पर्छ। तपाईंले अपोइन्टमेन्ट निर्धारण गर्न फोन गरेको बेला तपाईं केका लागि आउँदै हुनुहुन्छ भनी कार्यालयमा बताउने कुरा सुनिश्चित गर्नुहोस्। यसले तपाईंलाई आवश्यक परेको बेला, तपाईंलाई आवश्यक पर्ने हेरचाह प्राप्त गर्न सुनिश्चित गर्न मद्दत गर्ने छ।

निम्नबाट तपाईंको जाँच कति छिटो हुन्छ भन्ने कुरा अपेक्षा गर्न सक्नुहुन्छ:

- आपतकालीन अवस्थामा — तुरुन्तै वा आपतकालीन सुविधा
- जीवन जोखिममा नपर्ने आपतकालीन अवस्थाहरूमा — तुरुन्तै वा आपतकालीन सुविधामा रिफर गर्ने
- आकस्मिक (आपतकालीन अवस्था नभएको) अवस्थामा — 1 दिन वा 24 घण्टाभित्र
- तालिका — 6 हप्ताभित्र
- रोकथाममूलक र कल्याण — 6 हप्ताभित्र

तपाईंको PCP अपोइन्टमेन्टका लागि तयारी गर्दै

भेट्नुअघि

1. तपाईं केका लागि भेट्न चाहनुहुन्छ (लक्षणहरूबाट राहत पाउन, विशेषज्ञबाट रेफरल, विशिष्ट जानकारी आदि) भनी थाहा पाउनुहोस्।
2. नयाँ लक्षणहरू र तिनीहरू कहिलेबाट सुरु भएका हुन् भन्नेबारे ध्यान दिनुहोस्।
3. तपाईंले दैनिक रूपमा सेवन गर्ने औषधि वा भिटामिनहरूको सूची बनाउनुहोस्।

भेटको अवधिमा

तपाईं चिकित्सकसँग भएको बेला, निम्न कुरा गर्न नहिचकिचाउनुहोस्:

- प्रश्नहरू सोध्ने
- तपाईंलाई सम्झन सजिलो हुन्छ भन्ने लाग्छ भने चिकित्सकले भनेका कुराहरू टिप्नुहोस्
- चिकित्सकलाई विस्तारै बोल्न वा तपाईंले नबुझेका कुराहरू व्याख्या गर्न लगाउनुहोस्
- कुनै पनि औषधि, उपचार वा अवस्थाहरूका बारेमा थप जानकारी सोध्नुहोस्

NurseLine सेवाहरू - तपाईंको 24-घण्टा स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी स्रोत

1-800-542-8630, TTY **1-800-855-2880 मा फोन गर्नुहोस्**

तपाईं बिरामी भएको वा तपाईंलाई चोटपटक लागेको बेला स्वास्थ्य हेरचाहसम्बन्धी निर्णयहरू गर्न गाह्रो हुन सक्छ। तपाईंलाई आपतकालीन कोठामा जानुपर्छ, आकस्मिक हेरचाह केन्द्रमा जानुपर्छ, प्रदायकलाई भेट्नुपर्छ वा स्व-हेरचाह प्रयोग गर्नुपर्छ भन्ने कुरा थाहा नहुन सक्छ। अनुभवी NurseLine को नर्सले तपाईंलाई निर्णय गर्न मद्दत गर्नका लागि जानकारी दिन सक्छन्।

नर्सहरूले निम्नसहित धेरै स्वास्थ्य अवस्था र चिन्ताहरूको जानकारी र सहायता प्रदान गर्न सक्छन्:

- साधारण चोटपटकहरू
- सामान्य बिमारीहरू
- स्व-हेरचाहका सुझाव तथा उपचारका विकल्पहरू
- हालैका निदान तथा दीर्घकालीन अवस्थाहरू
- उपयुक्त चिकित्सा हेरचाह छनौट गर्न
- बिमारी रोकथाम
- पोषणयुक्त तथा तन्दुरुस्ती
- तपाईंको प्रदायकलाई सोध्ने प्रश्नहरू
- सुरक्षित तरिकाले कसरी औषधि सेवन गर्ने
- पुरुष, महिला तथा बालबालिकाको स्वास्थ्य

तपाईं स्वास्थ्य समस्याका बारेमा मात्र जान्न इच्छुक हुनुभएको र थप जान्न चाहनुभएको हुन सक्छ। दर्ता गरिएका अनुभवी नर्सहरूले तपाईंलाई स्वास्थ्यसम्बन्धी कुनै पनि प्रश्न वा चिन्ताको जानकारी, सहायता र ज्ञान प्रदान गर्न सक्छन्।

सामान्यतया टोल फ्रि नम्बर **1-800-542-8630,** TTY **1-800-855-2880** मा फोन गर्नुहोस्। तपाईं दिनको 24 सैँ घण्टा, हप्ताको 7तै दिन जुनसुकै बेला टोल फ्रि NurseLine को नम्बरमा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। र तपाईं जतिसुकै पटक फोन गर्न सक्नुहुन्छ।

यदि तपाईंलाई हेरचाह चाहिन्छ र तपाईंको डाक्टरको कार्यालय बन्द छ

तपाईंलाई आपतकालीन अवस्था नभएको बेला हेरचाह चाहियो भने तपाईंको चिकित्सकलाई फोन गर्नुहोस्। दिनको 24 घण्टा, हप्ताको 7 दिन नै चिकित्सकको फोन उठ्छ। तपाईंको चिकित्सकले वा चिकित्सकले फोनबाट तपाईंलाई आफ्नो हेरचाहका लागि सही छनोट गर्न मद्दत गर्नु हुने छ।

तपाईंलाई निम्न गर्न लगाइन सक्छ:

- क्लिनिक वा आकस्मिक हेरचाह केन्द्र कार्यालय बन्द भइसकेपछि त्यहाँ जान
- बिहानमा कार्यालय जान
- आपतकालीन कोठा (ER) मा जान
- तपाईंको फार्मेसीबाट औषधि ल्याउन

घरबाट टाढा हुँदाको स्वास्थ्य हेरचाह

- तपाईंलाई घरबाट टाढा हुँदा आकस्मिक स्वास्थ्य हेरचाह चाहियो भने मद्दतका लागि तपाईंको PCP लाई वा UnitedHealthcare Community Plan को नम्बर **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा फोन गर्नुहोस्
- आपतकालीन अवस्थामा, तपाईंले पहिला आफ्नो PCP लाई फोन गर्न आवश्यक छैन। अझ नजिकैको आपतकालीन कोठामा जानुहोस् वा **911** मा फोन गर्नुहोस्।
- आपतकालीन कोठामा गइसकेपछि तपाईंको PCP लाई फोन गर्नुहोस्
- तपाईंको PCP बाट आफ्नो फलो-अप हेरचाह लिनुहोस्
- तपाईं घर फर्कने बेलामा तपाईंले PCP बाट नियमित स्वास्थ्य सेवाहरू प्राप्त गरेको हुनुपर्छ
- संयुक्त राज्य र यसका क्षेत्रबाहिरका सबै सेवा कभर गरिएका छैनन्

तपाईंले घरबाट टाढा हुँदा चिकित्सा आपतकालीन हेरचाह पाउनुभएको अवस्थामा चिकित्सकले इलेक्ट्रोनिक रूपमा वा यो ठेगानामा दाबीहरू पठाउन सक्नुहुन्छ:

UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 5220
Kingston, NY 12402-5220

तपाईं घरबाट टाढा हुनुहुन्छ र तपाईंलाई गैर-आकस्मिक हेरचाह चाहिन्छ तर तपाईंको नजिक नेटवर्क प्रदायक फेला पार्न सक्नुहुन्न भने तपाईंको सदस्य आइडी कार्डमा रहेको फोन नम्बरमा सदस्य सेवाहरूमा कल गर्नुहोस्।

मेडिकल होम

मेडिकल होम भनेको के हो?

मेडिकल होम भनेको चिकित्सा हेरचाहको एक स्रोत हो जसलाई तपाईंले सधैं प्रयोग गर्न र विश्वास गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं हरेक समय एउटै चिकित्सक वा चिकित्सा अभ्यासमा जानुहुन्छ भने उक्त चिकित्सक नै तपाईंको "मेडिकल होम" हो।

मलाई मेडिकल होम किन चाहिन्छ?

मेडिकल होमले तपाईंलाई चिकित्सा हेरचाह र सल्लाह प्राप्त गर्न सहज बनाउँछ। तपाईंका लागि मेडिकल होम लाभदायक हुनुका धेरै कारण छन्।

- मेडिकल होममा पहिले देखि नै तपाईंको मेडिकल रेकर्ड हुने छ। जसले चिकित्सकलाई तपाईंको उपचार छिटो गर्नमा मद्दत पुर्‍याउछ।
- मेडिकल होमले तपाईंले प्राप्त गरेका खोप, भोगेका रोग र लिएका औषधिहरूका बारेमा र तपाईंका लागि के उचित हुन्छ भन्ने बारेमा थाहा पाउने छ
- मेडिकल होमले तपाईंको एलर्जी र अन्य स्वास्थ्यसम्बन्धी समस्याहरू के हुन् थाहा पाउने छ
- मेडिकल होमले तपाईंका लागि कस्तो व्यवहार र स्वास्थ्य सामान्य छ भनेर थाहा पाउने छ
- मेडिकल होमले अघिल्लो उपचारका बारेमा तपाईंका प्रश्नहरूको जवाफ दिन सक्छ

हामी हाम्रा सबै सदस्यलाई मेडिकल होम गराउन सुझाव दिन्छौं।

स्वतः सन्दर्भित सेवाहरू

तपाईं आफ्नो PCP द्वारा गरिएका कुनै अर्को चिकित्सकको रिफर वा सिफारिसविना नै केही सेवा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। यसलाई नै स्वतः सन्दर्भित सेवाहरू भनिन्छ। तपाईंको PCP ले तपाईंका लागि अर्को चिकित्सक रिफर नगरी तपाईंले प्राप्त गर्न सक्ने सेवाहरूका उदाहरणहरूमा निम्न पर्छन्:

- दन्त हेरचाह
- दृष्टि हेरचाह
- महिला स्वास्थ्य विशेषज्ञ (प्रसूति, स्त्री रोग, प्रमाणित नर्स मिडवाइफ) द्वारा प्रदान गरिएको महिलाको दिनचर्या र निवारक स्वास्थ्य सेवाहरू
- विशेष स्याहार (केमोथेरापी र दुखाइ व्यवस्थापन विशेषज्ञ सेवाहरूबाहेक)
- आपतकालीन अवस्थाको स्याहार
- परिवार योजनासम्बन्धी मान्यताप्राप्त प्रदायकहरू (QFPP) द्वारा प्रदान गरिएका सेवाहरू
- व्यवहारात्मक स्वास्थ्य सेवा, मानसिक स्वास्थ्य र लागूपदार्थ दुर्व्यसनीसम्बन्धी सेवाहरू
- संघीय रूपमा मान्यताप्राप्त स्वास्थ्य केन्द्रहरू (FQHCs)/ग्रामीण स्वास्थ्य क्लिनिकहरू (RHCs) र प्रमाणित नर्स पेशेवर सेवाहरूमा प्रदान गरिएका सेवाहरू
- डायलिसिस
- रेडिएसन थेरापी
- म्यामोग्रामहरू

तपाईं आपतकालीन स्याहार वा संघीय रूपमा मान्यताप्राप्त स्वास्थ्य केन्द्र (FQHCs)/ग्रामीण स्वास्थ्य क्लिनिक (RHCs), परिवार नियोजनसम्बन्धी मान्यताप्राप्त प्रदायक (QFPPs) र Ohio मानसिक स्वास्थ्य र लत सेवा विभाग (OhioMHAS) मान्यताप्राप्त उपचार केन्द्रका Medicaid प्रदायकहरूद्वारा उपलब्ध गराइएका सेवाहरूबाहेक सबै स्वतः सन्दर्भित सेवाका लागि नेटवर्क प्रदायककहाँ जानुपर्छ। सहभागी प्रदायकहरू तपाईंको UnitedHealthcare Community Plan को प्रदायक निर्देशिकामा सूचीबद्ध गरिएका प्रदायकहरू हुने छन्। तपाईंको प्रदायक निर्देशिकामा क्यान्सर विशेषज्ञ, स्त्री रोग विशेषज्ञ, आँखाका विशेषज्ञ, दन्त चिकित्सक र मनोवैज्ञानिकहरू जस्ता विशेषज्ञहरू समावेश हुने छन्। तपाईंले आफ्नो प्रदायकलाई सूचीबद्ध देख्नुभएन भने तपाईंको प्रदायकले UnitedHealthcare Community Plan स्वीकार गर्नुभएको छ कि छैन भनेर जान्नका लागि सदस्य सेवाहरूमा फोन गर्नुहोस् वा **myuhc.com/CommunityPlan** मा गएर हेर्नुहोस्। तपाईंलाई उत्कृष्ट स्याहार प्राप्त हुने सुनिश्चित गर्न तपाईंको PCP लाई विशेषज्ञ र अन्य प्रदायकहरूसँग भएको कुनै पनि स्वतः सन्दर्भित जाँचका बारेमा बताउनुहोस्। यसो गर्दा, तपाईंको PCP ले तपाईंको स्वास्थ्य स्याहारको व्यवस्था मिलाउन मद्दत गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं UnitedHealthcare Community Plan मा सहभागी प्रदायक नभएको प्रदायककहाँ जानुहुन्छ भने यी सेवाहरूलाई पूर्व अनुमति चाहिन सक्छ।

नेटवर्क बाहिरका प्रदायकहरू

UnitedHealthcare Community Plan नेटवर्कमा नभएका प्रदायक नेटवर्क बाहिरको प्रदायक हो। तपाईं नेटवर्क बाहिरको प्रदायककहाँ जानुहुन्छ भने उक्त हेरचाह परिवार नियोजन कभर सेवा, आपतकालीन सेवा नभएसम्म वा तपाईंसँग हामीबाट प्राप्त पूर्व अनुमति नभएसम्म UnitedHealthcare ले सामान्यतया हेरचाहका लागि भुक्तान गर्दैन। कृपया सदस्य सेवाहरूलाई **1-800-895-2017** मा फोन गर्नुहोस् (सुन्नमा कठिनाईः **711**)। हामीले तपाईंलाई मद्दत गर्ने छौँ। सदस्य सेवाहरूले तपाईंलाई मानसिक स्वास्थ्य प्रदायकसहित विशेषज्ञहरूको सूची पनि उपलब्ध गराउन सक्छन्।

वयस्क विस्तार जनसंख्या सदस्यहरूको लागि अतिरिक्त लाभ

संस्थागत सेवाहरू, विशेषगरी नर्सिङ सुविधा र बौद्धिक असक्षमता भएका व्यक्तिहरूका लागि अन्तरिम हेरचाह सुविधा (ICF-IID) सेवाहरू चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक भएको अवस्थामा वयस्क विस्तार जनसंख्याका लागि सीमाविना कभर गरिन्छ।

नर्सिङ सुविधा (NF) सेवाहरू

OAC नियम 5160-26-02 र 5160-26-03 ले ODM लाई सदस्यहरूलाई ODM सँगको अनुरोधमा अव्यावस्थित गर्न अनुमति दिन्छ। वर्तमान CFC र ABD जनसंख्याका लागि, MCP सदस्यहरूलाई दोस्रो महिनाको लगातार नर्सिङ सुविधा स्थलको बसाइमा अव्यावस्थित गरिने छ र निश्चित आवश्यकताहरू पूरा भएमा तिनीहरूलाई शुल्क-को-सेवा (FFS) कार्यक्रम अन्तर्गत कभर गरिनेछ। MCP सदस्यहरू वयस्क विस्तार Medicaid श्रेणीमा योग्य रहन्छन् भने वयस्क विस्तार MCP सदस्यहरूलाई अव्यावस्थित गर्न सकिँदैन र तिनीहरू चिकित्सा रूपमा आवश्यक NF बसाइको सम्पूर्ण अवधिका लागि व्यवस्थापन हेरचाह कार्यक्रममा कायम रहने छन्। ICF-IID भर्नाहरू: वयस्क विस्तार सदस्यलाई ICF-IID सुविधास्थलमा भर्ना गरिएको बारेमा तपाईंलाई थाहा छ भने कृपया तुरुन्तै ODM लाई सम्पर्क गर्नुहोस् र ODM ले कभरेजका लागि अगाडि के गर्ने निर्णय गर्न MCP सँग सहकार्य गर्ने छन्।

मनोवैज्ञानिक सेवाहरू

वयस्कहरूका लागि मनोवैज्ञानिक सेवाहरूमा कुनै लाभ सीमा (जसलाई “कठोर सीमा” पनि भनिन्छ) छैनन्; सबै वयस्क विस्तार सदस्यलाई चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक मनोवैज्ञानिक सेवाहरू सीमाविना उपलब्ध गराइनुपर्छ। यो लाभ संघीय मानसिक स्वास्थ्य समानता र लत समानता ऐन (MHPAEA) का आवश्यकतानुसार पालन सुनिश्चित गर्नका लागि कठोर सीमाविना डिजाइन गरिएको हो।

दोस्रो विचार प्राप्त गर्दै

दोस्रो विकल्प भनेको तपाईं उहीँ स्वास्थ्यसम्बन्धी चिन्ताहरूका लागि दोस्रो चिकित्सकसँग जचाउन चाहनु हो। तपाईं आफ्ना समेटिएका कुनै पनि लाभहरूका लागि नेटवर्क प्रदायकबाट दोस्रो विकल्प प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। यो तपाईंको इच्छा हो। तपाईंले दोस्रो विकल्प लिनु आवश्यक छैन।

पूर्व प्रमाणीकरण

केही अवस्थाहरूमा तपाईंको प्रदायकले तपाईंलाई केही सेवा दिनुअघि सेवाबाट अनुमति प्राप्त गर्नुपर्छ। यसलाई पूर्व प्रमाणीकरण भनिन्छ। यो तपाईंको प्रदायकको जिम्मेवारी हो। प्रदायकहरूले पूर्व प्रमाणीकरण प्राप्त गर्नुभएन भने तपाईं ती सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्नु हुने छैन।

पूर्व स्वीकृति आवश्यक पर्न सक्छ

पूर्व स्वीकृति आवश्यक पर्ने केही सेवाहरू समावेश छन्:

- अस्पताल भर्नाहरू
- घरमा स्वास्थ्य हेरचाह सेवाहरू
- MRIs, MRAs, CT स्क्यान र PET स्क्यानसहित केही बहिरङ्ग इमेजिङका प्रक्रियाहरू

तपाईंको PCP नेटवर्क छोड्छ भने निरन्तर हेरचाह

कहिलेकाहीँ PCP हरूले नेटवर्क छोड्छन्। तपाईंको PCP सँग यस्तो भयो भने तपाईंले हामीबाट तपाईंलाई थाहा दिने पत्र प्राप्त गर्नु हुने छ। कहिलेकाहीँ UnitedHealthcare Community Plan ले तपाईंलाई चिकित्सकहरूले नेटवर्क छोडेको छोटो समयका लागि कभर सेवाहरू प्राप्त गर्न भुक्तानी गर्ने छ। तपाईं गम्भीर चिकित्सा समस्याका लागि सक्रिय रूपमा उपचार गरिरहनुभएको छ भने तपाईंको चिकित्सकले नेटवर्क छोडेको बेला तपाईं निरन्तर रूपमा हेरचाह र उपचार प्राप्त गर्न सक्षम हुन सक्नुहुन्छ। जस्तै, तपाईं क्यान्सरका लागि केमोथेरापी लिइरहनुभएको छ वा तपाईंको चिकित्सकले नेटवर्क छोडेको बेला कम्तीमा छ महिनाको गर्भवती हुनुहुन्छ भने तपाईं योग्य हुन सक्नुहुन्छ। यो सोध्नका लागि, कृपया आफ्नो चिकित्सकलाई फोन गर्नुहोस्। UnitedHealthcare बाट निरन्तर रूपमा हेरचाह र उपचारका लागि प्रमाणीकरणलाई अनुरोध गर्न सोध्नुहोस्।

यातायात सेवा - गैर-आपतकालीन

तपाईंलाई आफ्नो PCP वा अन्य चिकित्सा प्रदायकका लागि सवारी चाहिन्छ भने हामी मद्दत गर्न सक्छौँ। UnitedHealthcare Community Plan ले तपाईंलाई आफ्नो PCP, WIC, फार्मेसी वा अन्य सहभागी स्वास्थ्य हेरचाह वा व्यवहारात्मक स्वास्थ्य हेरचाह प्रदायक, जस्तै दृष्टि, दन्त र मानसिक स्वास्थ्य र लागूपदार्थको प्रयोगमा प्रति वर्ष 30 एकतर्फी वा 15 राउन्ड यात्राहरू प्रदान गर्ने छ। तपाईं आफ्नो Medicaid पुनर्निर्धारण भेटहरूमा प्राप्त गर्न मद्दतका लागि अनुरोध पनि गर्न सक्नुहुन्छ।

आवश्यक यातायातको अतिरिक्त, UnitedHealthcare Community Plan ले यी थप यातायात सेवाहरू निम्नमा प्रदान गर्दछ:

- माइलेज प्रतिपूर्ति अब यी सदस्य वा तिनीहरूका प्रतिनिधिहरूका लागि उपलब्ध छ जसले मेडिकल अपोइन्टमेन्टहरूमा यात्राका लागि आफ्नै गाडी प्रयोग गर्न रुचाउँछन्। सदस्यहरूले 5 दिनअघि यात्राका लागि फोन गर्नुपर्छ।
- गर्भावस्था, प्रसवपूर्व, प्रसवपछि, WIC अपोइन्टमेन्ट, NICU र बच्चाहरू (1 वर्षभन्दा कम उमेरका) राम्रा भेटहरूका लागि असीमित यात्राहरू। अग्रिम सूचना माफ गरियो। स्ट्यान्ड-अलोन फार्मेसीका यात्राहरूलाई अनुमति छ।

अस्पताल तथा आपतकालीन

आपतकालीन हेरचाह

आकस्मिक हेरचाह क्लिनिकहरू तपाईंका लागि त्यहाँ छन् जब तपाईंले गैर-जीवन-खतरनाक अवस्थाका लागि चिकित्सकलाई हेर्न आवश्यक छ तर तपाईंको PCP उपलब्ध छैन वा यो क्लिनिकको समयपछि हुन्छ। आकस्मिक हेरचाहका लागि आदर्श सामान्य स्वास्थ्य समस्याहरू निम्न समावेश छन्:

- घाँटी दुख्ने
- कानको संक्रमण हुने
- सामान्य काटेको वा जलनहरू हुने
- फ्लु हुने
- न्यून ग्रेडको ज्वरो आउने
- मोचहरू

तपाईं वा तपाईंको बच्चालाई आकस्मिक समस्या चाहिन्छ भने आफ्नो पहिलो PCP लाई फोन गर्नुहोस्। तपाईंको चिकित्सकले तपाईंलाई सही प्रकारको हेरचाह प्राप्त गर्न मद्दत गर्नुहुन्छ। तपाईंको चिकित्सकले तपाईंलाई आकस्मिक हेरचाह वा आपतकालीन कक्षमा जानका लागि भन्न सक्नुहुन्छ।

भावी योजना

तपाईंको नजिकैको आकस्मिक हेरचाह क्लिनिक कुन हो भनेर थाहा पाउनु राम्रो हुन्छ। तपाईंको प्रदायक निर्देशिकामा तपाईंले आकस्मिक हेरचाहका क्लिनिकहरूको सूची फेला पर्न सक्नुहुन्छ। वा तपाईंले सदस्य सेवाहरूलाई **1-800-895-2017,** TTY **711.** मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ।

अस्पतालका सेवाहरू

कहिलेकाहीँ तपाईंको स्वास्थ्यले तपाईंलाई अस्पताल जानुपर्ने बनाउन सक्छ। दुवै अन्तरङ्ग र बहिरङ्ग अस्पतालका सेवाहरू हुन्।

बहिरङ्गका सेवाहरू एक्स-रे, ल्याब परीक्षण तथा माइनर शल्यक्रियाहरू। तपाईंलाई बहिरङ्गका सेवाहरूको आवश्यक चाहिन्छ भने तपाईंको PCP ले बताउनु हुने छ। तपाईंको चिकित्सकको कार्यालयले तपाईंलाई तिनीहरूलाई तालिका गर्न मद्दत गर्न सक्नुहुन्छ।

अन्तरङ्गका सेवाहरू तपाईंलाई अस्पतालमा रातभर बस्न आवश्यक छ। यसले गम्भीर रोग, शल्यक्रिया वा बच्चा जन्माउन सक्छन्।

अन्तरङ्गका सेवाहरूले तपाईंलाई अस्पतालमा भर्ना गर्न आवश्यक छ (अस्पतालको भर्ना भनिन्छ)। अस्पतालले UnitedHealthcare Community Plan लाई सम्पर्क गर्ने छ र तपाईंको हेरचाहका बारेमा प्रमाणीकरणलाई सोध्नु हुने छ। तपाईंलाई अस्पतालमा भर्ना गर्ने चिकित्सक तपाईंको PCP होइन भने तपाईंले आफ्नो PCP लाई कल गर्नुपर्छ र तपाईंलाई अस्पतालमा भर्ना गरिँदै हुनुहुन्छ भन्ने जानकारी गराउनुपर्छ।

आपतकालीन दन्तको हेरचाह

दुखाइ, रक्तस्राव वा संक्रमण नियन्त्रण गर्नका लागि आपतकालीन दन्त हेरचाहका सेवाहरू तपाईंको योजनामा समेटिएका छन्।

अस्पताल जाँदै

तपाईंलाई आपतकालीन हेरचाह चाहिन्छ वा तपाईंको चिकित्सकले तपाईंलाई जान भनुभयो भने मात्र तपाईं अस्पताल जानुपर्छ।

चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक पर्ने सेवाहरू

यी चिकित्सा सेवाहरू निम्न पर्छन्:

- जीवनलाई खतरामा पार्ने, पीडा वा पीडा निम्त्याउने, शारीरिक विकृति वा खराबी निम्त्याउने, असक्षमता निम्त्याउने वा बढ्ने धम्की दिने वा रोग निम्त्याउने वा निम्त्याउने चिकित्सा अवस्थाहरूलाई रोक्न, निदान गर्न, बिग्रनबाट रोक्न, कम गर्न, सुधार्न वा निको पार्न UnitedHealthcare Community Plan सदस्यको अशक्तता आवश्यक छ;
- UnitedHealthcare Community Plan सदस्यको चिकित्सा अवस्थाको उपचारका लागि उपयुक्त सुविधा र हेरचाहको उचित स्तरमा उपलब्ध गराइन्छ; र
- चिकित्सा अभ्यासको सामान्यतया स्वीकृत मापदण्डहरूअनुसार प्रदान गरिन्छ।

फ्रिस्ट्यान्डिङ जन्म केन्द्रमा फ्रीस्ट्यान्डिङ जन्म केन्द्र सेवाहरू। Ohio मा कुनै योग्य केन्द्रहरू छन् वा छैनन् भनी हेर्नका लागि सदस्यहरूले सदस्य सेवाहरूलाई फोन गर्नुपर्छ।

चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक स्वास्थ्य सेवाहरू आपत्कालिन सेवाहरूबाहेक MCO को प्रदायक नेटवर्कमा प्रदायकहरूमार्फत प्राप्त गरिने छ।

कुनै सदस्यलाई नर्सिङ सुविधा सेवाहरूको आवश्यकता छ भने उहाँहरूले उपलब्ध गराएका प्रदायकहरूको जानकारीका लागि सदस्य सेवाहरूलाई फोन गर्नुपर्छ।

राहत लाभमा 21 वर्ष मुनिका व्यक्तिको प्राथमिक हेरचाहकर्तालाई अल्पकालीन, अस्थायी राहत निम्नमा समावेश छ: खानाको तयारी र बच्चाको आराम/पर्यवेक्षणको समयमा प्रदान गरिएको ह्यान्ड-अन सहायतामा मद्दत गर्ने; र सेवाहरू योजनाबद्ध वा आपत्कालिनको आधारमा र बच्चाको घरमा नामाङ्कन गरिएका Medicaid प्रदायकहरूद्वारा कार्यरत व्यक्तिहरूद्वारा प्रदान गर्न सक्ने Medicare-प्रमाणित गृह स्वास्थ्य एजेन्सी वा अन्यथा मान्यता प्राप्त एजेन्सीहरू हुन्। राहत सेवाहरू बच्चाको कानुनी रूपमा जिम्मेवारी परिवार सदस्य वा फोस्टर हेरचाहकर्ताद्वारा डेलिभर गर्न सकिँदैन। प्रदायकहरू विश्राम सेवाहरूको प्रावधानको समयमा जागृत हुनुपर्छ र रातभर प्रदान गर्न सकिँदैन। त्यहाँ प्रति महिना 24 घण्टाभन्दा बढी विश्रामको सीमा छ र प्रति पात्रो वर्ष 250 घण्टाभन्दा बढी हुँदैन।

राहत लाभका लागि सदस्य योग्यता:

- 21 वर्ष मुनिका र SSI को लागि योग्य ठहरिएका बालबालिकाहरू
- Medicaid व्यवस्थित हेरचाह संगठन (MCO) हेरचाह व्यवस्थापन कार्यक्रममा नामाङ्कन गर्ने
- अनौपचारिक, भुक्तानी नगर्ने प्राथमिक हेरचाहकर्तासँग बस्ने
- संस्थागत स्तरको हेरचाह पूरा गर्न MCO द्वारा निर्धारित गर्ने
- MCO द्वारा निर्धारित सीपयुक्त नर्सिङ वा सीपयुक्त पुनर्सुधार सेवाहरू कम्तीमा पनि प्रति हप्ता एक पटक आवश्यक पर्छ
- कम्तीमा लगातार 6 महिनाका लागि अनुरोध गरिएको मितिको तत्कालअघि कम्तीमा 14 घण्टा प्रति हप्ता गृह स्वास्थ्य सहयोगी सेवाहरू प्राप्त गरेको छ
- प्राथमिक हेरचाहकर्तालाई दीर्घकालीन सेवा र सहायता आवश्यकताहरूको परिणाम स्वरूप वा संस्थागत वा घर बाहिर प्लेसमेन्टको प्रावधान रोक्नका लागि बच्चाको हेरचाहबाट अस्थायी राहतको आवश्यकता छ भनी MCO ले निर्धारण गरेको छ

तपाईंले प्राप्त गर्न सक्नुअघि केही चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक पर्ने सेवाहरूले पूर्व प्रमाणीकरण प्राप्त गर्नुपर्छ। पूर्व प्रमाणीकरणका बारेमा थप जानकारीका लागि कृपया यो हातेपुस्तिकाको पृष्ठ 25 मा गएर हेर्नुहोस्।

संयुक्त राज्य बाहिर कुनै चिकित्सा कभरेज छैन

तपाईं संयुक्त राज्य वा यसका क्षेत्रहरूको बाहिर हुनुहुन्छ र चिकित्सा हेरचाह चाहिन्छ भने तपाईंले प्राप्त गर्ने कुनै पनि स्वास्थ्य सेवाहरू UnitedHealthcare Community Plan द्वारा कभर गरिने छैन। Medicaid ले संयुक्त राज्य बाहिर प्राप्त गर्ने कुनै पनि चिकित्सा सेवाहरूका लागि तपाईंले भुक्तानी गर्न सकिँदैन।

प्रतीक्षा नगर्नुहोस्

तपाईंलाई आपतकालीन हेरचाहको आवश्यक छ भने **911** मा फोन गर्नुहोस् वा नजिकैको अस्पतालमा जानुहोस्।

Ohio Department of Medicaid
सदस्य हातेपुस्तिका

Ohio Department of Medicaid सदस्य हातेपुस्तिका

Ohio राज्यबाट स्वागत छ

आदरणीय UnitedHealthcare Community Plan को सदस्य:

UnitedHealthcare Community Plan मा स्वागत छ। तपाईंलाई यो जानकारी पढ्न वा बुझ्न समस्या छ भने कृपया सदस्य सेवाहरूलाई सहायताका लागि कुनै शुल्कविना तपाईंले **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ 7:00 a.m. देखि 7:00 p.m. सम्म, सोमवारदेखि शुक्रवारसम्म। हामी मौखिक दोभासे वा अनुवाद सेवाहरू प्रदान गरेर अङ्ग्रेजी वा तपाईंको प्राथमिक भाषामा यो जानकारीलाई व्याख्या गर्न सक्छौँ। हामीले यो जानकारी सदस्यको प्राथमिक भाषाका रूपमा चिनिने गैर-अङ्ग्रेजी भाषाहरूमा छाप्न पनि सक्छौँ। तपाईं यो कागजात ठूलो प्रिन्ट, ब्रेल वा अडियोजस्ता ढाँचाहरूमा निःशुल्क प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।तपाईं यो कागजात अन्य ढाँचाहरूमा, जस्तै ठूलो प्रिन्ट, ब्रेल वा अडियो, अन्य सहायक सहायता वा असक्षमता भएका व्यक्तिहरूका लागि निःशुल्क सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं दृश्यात्मक रूपमा वा श्रवण-शक्ति कमजोर हुनुहुन्छ भने विशेष मद्दत प्रदान गर्न पनि सक्नुहुन्छ। सदस्य सेवाहरूलाई **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा फोन गर्नुहोस् 7:00 a.m. देखि 7:00 p.m. सम्म, सोमवारदेखि शुक्रवारसम्म। यो कल निःशुल्क रहेको छ।

तपाईंको स्वास्थ्य अवस्था छ र निरन्तर चिकित्सा हेरचाह आवश्यक छ भने सदस्य सेवाहरूलाई सकेसम्म चाँडो फोन गर्नुहोस्। जस्तै: तपाईंलाई शल्यक्रिया चाहिन्छ भने; गर्भवती हुनुहुन्छ; वा तपाईं विशेषज्ञलाई देख्दै हुनुहुन्छ, शारीरिक उपचार प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ वा गृह स्वास्थ्य सेवा हो भने कृपया सदस्य सेवाहरूलाई तुरुन्तै फोन गर्नुहोस्।

तपाईंको सदस्य हातेपुस्तिका संलग्न गरिएको छ। तपाईंको सदस्य हातेपुस्तिकाले तपाईंलाई UnitedHealthcare Community Plan सदस्यका रूपमा जान्न आवश्यक पर्ने धेरै जानकारी दिइन्छ। तपाईंले यी सामग्रीहरू पढ्नु धेरै महत्त्वपूर्ण छ।

निम्न जानकारीले तपाईंलाई UnitedHealthcare Community Plan मार्फत स्वास्थ्य सेवाहरू प्राप्त गर्न मद्दत गर्ने छ:

- तपाईंको आइडी कार्डले तपाईंको प्राथमिक हेरचाह प्रदायक (PCP) को नाम र टेलिफोन नम्बर सूचीबद्ध गर्छ। तपाईंको PCP ले तपाईंका अधिकांश स्वास्थ्य हेरचाह आवश्यकताहरूका लागि उपचार गर्ने छ। तपाईंको आइडी कार्डमा तपाईंको PCP सूचीबद्ध गरिएको चाहानुहुन्न भने तपाईंले UnitedHealthcare Community Plan को सदस्य सेवाहरूलाई तपाईंको PCP परिवर्तन गर्नका लागि फोन गर्नुपर्छ। तपाईंको PCP UnitedHealthcare Community Plan को प्रदायक नेटवर्कका रूपमा भागमा हुनुपर्छ।
- प्रदायक UnitedHealthcare Community Plan को प्रदायक नेटवर्कका रूपमा भाग भएका प्रदायकहरूको नाममा सूचीबद्ध गर्छ। तपाईंका धेरैजसो स्वास्थ्य हेरचाह सेवाहरूका लागि, तपाईंले UnitedHealthcare Community Plan को प्रदायक नेटवर्कका रूपमा भाग भएका प्रदायकहरूले हेर्नुपर्छ। तपाईंको सदस्य हातेपुस्तिकाले यी प्रदायकहरूबाट कसरी सेवाहरूमा पहुँच गर्न सक्ने तरिका व्याख्या गर्ने छन्। तपाईं मद्दतका लागि सदस्य सेवाहरूलाई पनि फोन गर्न सक्नुहुन्छ।

- तपाईंले Medicaid हटलाइनमा सम्पर्क गरेको बेला छापिएको प्रदायक निर्देशिका लागि सोध्नुभयो भने व्यवस्थित हेरचाह योजना चयन गर्न, तपाईंले अरू केही दिनमा निर्देशिका पनि प्राप्त गर्नुपर्छ। तपाईं नामाङ्कन गर्न Medicaid हटलाइनलाई सम्पर्क गर्नुभएन र तपाईंलाई UnitedHealthcare Community Plan मा नियुक्त गरिएको थियो भने तपाईं **1-800-895-2017,** TTY **711,** 7:00 a.m. देखि 7:00 p.m. सम्म, सोमवारदेखि शुक्रवारसम्म वा संलग्न पोस्टकार्ड फिर्ता गरेर सदस्य सेवा विभागमा फोन गरेर छापिएको प्रदायक डाइरेक्टरीको अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। सदस्यहरूले हाम्रो वेबसाइट **myuhc.com/CommunityPlan** मा गएर प्रदायक नेटवर्कको नवीनतम जानकारी हेर्न पनि सक्छन्।

तपाईंले माथिका वस्तुहरू प्राप्त गर्नुभएन भने वा तपाईंले जानकारी बुझ्नुभएको छैन भने कृपया मद्दतका लागि सकेसम्म छिटो हाम्रो सदस्य सेवाहरूलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

यदि तपाईंले कभर गरिएका स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न तपाईंको घरबाट 30 माइल वा बढी यात्रा गर्नुपर्ने हुन्छ भने, UnitedHealthcare Community Plan ले प्रदायकको कार्यालयमा र फर्कने यातायात प्रदान गर्नेछ। यसका साथै, हामीले तपाईंको सदस्य हातेपुस्तिकामा व्याख्या गरिएअनुसार प्रदायकका केही अन्य भेटहरूका लागि यातायात पनि प्रदान गर्ने छौं। तपाईं सदस्य हुनुभएको बेला, तपाईं यातायातको निर्धारण गर्न कम्तीमा 48 घण्टाअघि **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ।

UnitedHealthcare Community Plan द्वारा प्रदान गरिएको यातायात सहयोगको अतिरिक्त, तपाईंले स्थानीय काउन्टी रोजगार र परिवार सेवा विभागको गैर-आपतकालीन यातायात (NET) कार्यक्रम मार्फत निश्चित सेवाहरूको लागि यातायात प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। NET सेवाहरूमा प्रश्नहरू वा सहायताका लागि तपाईंको रोजगार र परिवार सेवाको काउन्टी विभागलाई फोन गर्नुहोस्।

MCP को वैकल्पिक सदस्यता

- उमेरको पर्वाह नगरिकन संघीय रूपमा मान्यताप्राप्त इंडियन जनजातिका सदस्यहरू
- विकासात्मक असक्षमताको Ohio विभागमार्फत घर तथा समुदाय आधारित छुट सेवाहरू प्राप्त गर्ने व्यक्तिहरू

MCP सदस्यताबाट हटाइयो

निम्न व्यक्तिहरूलाई UnitedHealthcare Community Plan मा सामेल हुन अनुमति दिइँदैन:

- दुवै Medicaid र Medicare कार्यक्रमहरूअन्तर्गत दोहोरो रूपमा योग्य हुने
- संस्थागत (नर्सिङ होममा र वयस्क विस्तार श्रेणी, दीर्घकालीन हेरचाह सुविधा, ICF-IID वा कुनै अन्य खालको संस्थाअन्तर्गत योग्य नहुने)
- Medicaid छुट सेवाहरू प्राप्त गर्ने र वयस्क विस्तार श्रेणीअन्तर्गत योग्य नहुने

तपाईंले आफू र आफ्नो बच्चाले माथिका कुनै पनि मापदण्ड पूरा गर्ने र व्यवस्थित हेरचाह योजनाको सदस्य नहुने कुरा विश्वास गर्नुहुन्छ भने तपाईंले Medicaid हटलाइनलाई 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572) मा फोन गर्नुपर्छ। माथिका कुनै पनि मापदण्ड पूरा गरिएको छ भने MCP सदस्यता अन्त्य गरिने छ।

तपाईंसँग माथिका कुनै पनि जानकारीका बारेमा अन्य प्रश्नहरू वा हामीलाई मद्दत गर्न सक्ने अन्य प्रश्नहरू छन् भने कृपया हाम्रो सदस्य सेवाहरूलाई **1-800-895-2017,** TTY **711** मा फोन गर्नुहोस्। हामी तपाईंलाई सदस्यका रूपमा पाउँदा खुसी छौं र राम्रो स्वास्थ्य सेवाका लगि तपाईंसँग काम गर्न तत्पर छौं।

Ohio Department of Medicaid सदस्य हातेपुस्तिका

ATTENTION: If you do not speak English, language services, free of charge, are available to you. Call toll-free **1-800-895-2017,** TTY **711,** 7:00 a.m.–7:00 p.m., Monday–Friday.

Si habla español (Spanish), tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-895-2017.** TTY **711.**

English: ATTENTION: Translation and other language assistance services are available at no cost to you. If you need help, please call the toll-free number on your member identification card.

Spanish: ATENCIÓN: La traducción y los servicios de asistencia de otros idiomas se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita ayuda, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Haitian French Creole: ATANSYON: Gen tradiksyon ak lòt sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Si ou bezwen èd, tanpri rele nimewo gratis lan ki sou kat idantifikasyon ou kòm manm lan.

Somali: DIGNIIN: Turjumaada iyo adeegyada kale ee kaalmada luuqadda waxaad ku heleysaa lacag la'aan. Haddii aad u baahan tahay caawimaad, fadlan wac lambarka sida bilaashka loo waco ee ku yaala kaarkaaga aqoonsiga xubinnimo.

Ukranian: УВАГА! Ви можете безкоштовно скористатися послугами перекладу та іншими послугами мовної підтримки. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте за безкоштовним номером, вказаним у вашій ідентифікаційній картці учасника.

Arabic: تنبيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجانًا. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدوّن على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

Nepali: ध्यान दिनुहोस्ः तपाईंका लागि अनुवाद र अन्य भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध छन्। मद्दतको अनुरोध गर्न, कृपया आफ्नो आइडी कार्डमा सूचीबद्ध टोल-फ्रि फोन नम्बरमा सदस्यलाई कल गर्नुहोस्।

तपाईंलाई यो जानकारी वा UnitedHealthcare Community Plan को कुनै अन्य जानकारी पढ्न वा बुझ्नमा समस्या छ भने कृपया तपाईंलाई निःशुल्क मद्दत गर्नका लागि हाम्रो सदस्य सेवालाई टोल फ्रि नम्बर **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा 7:00 a.m.–7:00 p.m., सोमवारदेखि शुक्रवारसम्म सम्पर्क गर्नुहोस्। हामी यो जानकारी अङ्ग्रेजी वा तपाईंको प्राथमिक भाषामा व्याख्या गर्न सक्छौँ। तपाईं यो कागजात ठूलो प्रिन्ट, ब्रेल वा अडियोजस्ता ढाँचाहरूमा निःशुल्क प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। टोल फ्रि नम्बर **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा 7:00 a.m.–7:00 p.m., सोमवारदेखि शुक्रवारसम्म फोन गर्नुहोस्।

UnitedHealthcare Community Plan मा स्वागत छ। तपाईं अहिले व्यवस्थित हेरचाह योजना (MCP) पनि भनिने स्वास्थ्य हेरचाह योजनाको सदस्य हुनुहुन्छ। UnitedHealthcare Community Plan ले Ohio का बासिन्दाहरूलाई कम आय भएका व्यक्ति, गर्भवती व्यक्ति, शिशु र बालबालिका, वृद्धवृद्धा र असक्षमता भएका व्यक्तिहरूसहित योग्यता भएकाहरूलाई स्वास्थ्य सेवाहरू प्रदान गर्छ। यस सदस्य पुस्तिकामा प्रदान गरिएको जानकारी जानकारीमूलक र द्रुत सन्दर्भ गाइडको रूपमा काम गर्ने उद्देश्यले हो।

UnitedHealthcare Community Plan ले कम आम्दानी भएका व्यक्ति, गर्भवती भएका व्यक्ति, शिशु र बालबालिका, वृद्ध वयस्क र असक्षमता भएका व्यक्तिहरूसहित ओहायोका योग्य निवासीहरूलाई स्वास्थ्य हेरचाह सेवाहरू प्रदान गर्छ।

तपाईंले सुविधाहरूबाट UnitedHealthcare Community Plan मा समेटिएका र UnitedHealthcare Community Plan नेटवर्कमा प्रदान भएका सवाहरू प्राप्त गर्नुपर्छ भन्ने कुरा महत्त्वपूर्ण छ। UnitedHealthcare Community Plan नेटवर्कमा प्रदायकहरू तपाईंलाई चाहिने हेरचाह दिन तपाईंको स्वास्थ्य योजनामा काम गर्न सहमती जनाउँछन्। UnitedHealthcare Community Planले समेट्ने सेवाहरूको बारेमा जानकारीको लागि पृष्ठ 65–72 हेर्नुहोस्। तपाईं निम्नकुराका लागि UnitedHealthcare Community Plan को नेटवर्कमा नहुने प्रदायकहरू यो समयमा मात्र प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ:

- आपतकालीन सेवाहरू
- संघीय रूपमा योग्यताप्राप्त स्वास्थ्य केन्द्रहरू (FQHC)/ग्रामीण स्वास्थ्य क्लिनिकहरू (RHC)
- परिवार नियोजनका योग्य प्रदायकहरू
- प्रमाणित नर्स मिडवाइफ वा प्रमाणित नर्स परिचारिका
- UnitedHealthcare Community Plan ले तपाईंलाई हर्नका लागि स्वीकृति दिएको नेटवर्कभन्दा बाहिरको प्रदायक

प्रदायक निर्देशिकाले हाम्रो सबै नेटवर्क प्रदायकहरू साथै सेवाहरू प्राप्त गर्न प्रयोग गर्न सकिने अन्य गैर-नेटवर्क प्रदायकहरूको सूची दिन्छ। तपाईंले UnitedHealthcare Community Plan का प्रदायक निर्देशिका अनुरोध गर्न विकल्पसहितको पोस्टकार्ड प्राप्त गर्नुपर्ने थियो। तपाईं सदस्य सेवाहरूमा फोन गरेर वा आफूले प्राप्त गर्नुभएको पोस्टकार्ड फिर्ता गरेर आफ्नो सदस्य पहिचान (आइडी) कार्ड समावेश गर्ने आफ्नो नयाँ सदस्य सामग्रीहरूसहित प्रिन्ट गरिएको प्रदायक निर्देशिकाका लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। प्रदायक निर्देशिकाले हाम्रो सबै नेटवर्क प्रदायकहरू साथै सेवाहरू प्राप्त गर्न प्रयोग गर्न सकिने अन्य गैर-नेटवर्क प्रदायकहरूको सूची दिन्छ। तपाईं प्रदायक नेटवर्कसम्बन्धी नवीनतम जानकारी हेर्न हाम्रो वेबसाइट **myuhc.com/CommunityPlan** मा पनि गएर हेर्न सक्नुहुन्छ वा सहायताका लागि सदस्य सेवालाई **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा 7:00 a.m.–7:00 p.m., सोमवारदेखि शुक्रवारसम्म फोन गर्न सक्नुहुन्छ।

पहिचान (आइडी) कार्ड

तपाईंले UnitedHealthcare Community Plan सदस्यता आइडी कार्ड प्राप्त गर्नुपर्ने थियो।। UnitedHealthcare Community Plan मा सामेल हुनुभएका तपाईंको परिवारको प्रत्येक सदस्यले आफ्नै कार्ड प्राप्त गर्नु हुने छ। यी कार्डहरूले तपाईंका मासिक Medicaid कार्डलाई प्रतिस्थापन गर्छन्। व्यक्ति UnitedHealthcare Community Plan सदस्य रहुनजेसम्म प्रत्येक कार्ड रोम्रा छन्। तपाईंले Medicaid कार्ड प्राप्त गरेझैं प्रत्येक महिना नयाँ कार्ड प्राप्त गर्नु हुने छैन।

तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ भने तपाईंले UnitedHealthcare Community Plan लाई थाहा दिनुपर्ने हुन्छ। हामी तपाईंलाई आफ्नो बच्चाका लागि नयाँ आइडी कार्ड पठाउन सक्ने भएकाले तपाईंले आफ्नो बच्चा जन्मिसकेपछि मा पनि फोन गर्नुपर्छ।

निम्न समस्या भएमा UnitedHealthcare Community Plan को सदस्य सेवालाई सकेसम्म छिटो **1-800-895-2017** वा TTY **711** मा फोन गर्नुहोस्:

- तपाईंले अझै आफ्ना आइडी कार्डहरू प्राप्त गर्नुभएको छैन वा
- कार्डहरूमा भएका कुनै पनि जानकारी गलत छ भने

- तपाईंले आफ्ना कार्डहरू हराउनुभयो
- तपाईंको बच्चा हुनुहुन्छ

सधैँ आफ्ना आइडी कार्ड(हरू) आफूसँग राख्नुहोस्

तपाईंलाई चिकित्सा सेवाहरू प्राप्त गरेको प्रत्येक पटक आफ्नो आइडी कार्ड चाहिने छ। यसको अर्थ तपाईंलाई निम्न कार्य गर्ने बेला आफ्नो UnitedHealthcare Community Plan को आइडी कार्ड चाहिन्छ भन्ने हो:

- तपाईंले आफ्नो प्राथमिक हेरचाह प्रदायक (PCP) लाई भेटेको
- विशेषज्ञ वा अन्य प्रदायकलाई भेटेको
- आकस्मिक कक्षमा गएको बेला
- आकस्मिक हेरचाह सुविधामा गएको बेला
- कुनै कारणले गर्दा अस्पतालमा गएको बेला
- चिकित्सा आपूर्तिहरू प्राप्त गरेको बेला
- निर्धारित औषधि प्राप्त गरेको बेला
- चिकित्सा परीक्षणहरू गराएको बेला
- यातायात निर्धारण गरेको बेला

नयाँ सदस्यसम्बन्धी जानकारी

तपाईंसँग पहिले नै स्वीकार र निर्धारण गरिएका स्वास्थ्य हेरचाह सेवाहरू छन् भने तपाईंले सदस्य सेवालाई तुरुन्तै फोन गर्न महत्त्वपूर्ण छ। केही निश्चित परिस्थितिहरूमा र तपाईंले नामाङ्कन गरिसकेपछि विशेष समयका लागि, तपाईंलाई UnitedHealthcare Community Plan को नेटवर्क प्रदायक नभएका प्रदायकबाट हेरचाह प्राप्त गर्न अनुमति दिन सकिन्छ। **तपाईंले हेरचाह प्राप्त गर्नुअघि UnitedHealthcare Community Plan लाई फोन गर्नुपर्छ।** तपाईंले हामीलाई फोन गर्नुभएन भने तपाईं हेरचाह प्राप्त गर्न सक्नुहुन्न र/वा दाबी भुक्तानी नहुन सक्छ। जस्तै, तपाईंसँग निम्न सेवाहरू पहिले नै स्वीकार र/वा निर्धारण गरिएका छन् भने तपाईंले सदस्य सेवालाई फोन गर्नुपर्ने हुन्छ:

- अङ्ग, बोन म्यारो वा हेमाटोपोइटिक स्टेम सेल प्रत्यारोपण
- तेस्रो त्रैमासिक प्रसवपूर्व (गर्भावस्था) हेरचाह, डेलिभरीसहित
- भर्ना/बाह्य बिरामी शल्यक्रिया
- प्राथमिक हेरचाह वा विशेष प्रदायकसहितको अपोइन्टमेन्ट
- केमोथेरापी वा विकिरण उपचारहरू
- पछिल्लो 30 दिनसम्म अस्पतालबाट डिस्चार्जपछिको उपचार
- गैर-नियमित दन्त वा दृष्टि सेवाहरू (जस्तै, ब्रेसहरू वा शल्यक्रिया)
- चिकित्सा उपकरण (जस्तै: अस्पतालका बिस्तारा, मोटराइज्ड ह्वीलचेयर, घरमा अक्सिजन र श्वासप्रश्वासको आपूर्ति, असंयम आपूर्ति, आन्तरिक पोषण र आपूर्तिहरू)
- तपाईंले घरमा स्वास्थ्य, थेरापीहरू र नर्सिङसहित घरमा प्राप्त गरेका सेवाहरू

तपाईंले नामाङ्कन गरेपछि, तपाईंका कुनै पनि हालक औषधिहरू सेवाका लागि Medicaid शुल्कले भुक्तानी गरेको बेला यिनीहरूलाई प्रमाणीकरण नचाहिएको पूर्व प्रमाणीकरण आवश्यक पर्छ भने UnitedHealthcare Community Plan ले तपाईंलाई बताउने छ। तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् भने तपाईंले UnitedHealthcare Community Plan ले प्रदान गरेका जानकारी हेर्न र UnitedHealthcare Community Plan को सदस्य सेवालाई सम्पर्क गर्न एकदमै महत्त्वपूर्ण छ। तपाईं आफ्ना औषधि(हरू) लाई पूर्व प्रमाणीकरण चाहिन्छ भनेर फेला पार्न UnitedHealthcare Community Plan को वेबसाइट **myuhc.com/CommunityPlan** मा पनि हेर्न सक्नुहुन्छ। यो आवश्यक भएमा तपाईंले UnitedHealthcare Community Plan मा पूर्व प्रमाणीकरण अनुरोध पेश गर्न औषधि निर्देशकको कार्यालयलाई फलो अप गर्नुपर्ने हुन सक्छ। तपाईंका औषधि(हरू) लाई पूर्व प्रमाणीकरण आवश्यक पर्छ भने तपाईं आफ्नो प्रदायकले UnitedHealthcare Community Plan लाई अनुरोध पेश नगरेसम्म र यो स्वीकृत नभएसम्म औषधि(हरू) प्राप्त गर्न सक्नुहुन्न।

निर्धारित औषधिहरू

MCO सदस्यहरूले आफ्नो प्रेसक्रिप्सन भर्नका लागि Gainwell ODM को ठेक्का गरिएका SPBM प्रयोग गर्नेछन् र सहयोगको लागि यस पुस्तिकाको एपेन्डिक्स A मा रहेको Gainwell सदस्य पुस्तिका हेर्नुपर्नेछ।

UnitedHealthcare Community Plan मा नसमेटिएका सेवाहरू

UnitedHealthcare Community Plan ले Medicaid द्वारा नसमेटिएका सेवा वा आपूर्तिहरूका लागि भुक्तानी गर्ने छैन:

- सबै सेवा वा आपूर्तिहरू चिकित्सा रूपमा आवश्यक छैनन्
- पितृत्व परीक्षण
- मृत्युको कारण पत्ता लगाउने सेवाहरू (अटोप्सी) वा फोरेन्सिक अध्ययनहरूसँग सम्बन्धित सेवाहरू
- सहायता प्राप्त आत्महत्या सेवाहरूलाई कुनै व्यक्तिको मृत्युको कारणले गर्दा वा मद्दत गर्ने उद्देश्यका लागि सेवाहरूको रूपमा परिभाषित गरिन्छ

तपाईंसँग कुनै सेवा कभर गरिएको छ कि छैन भन्नेबारे प्रश्न छ भने कृपया सदस्य सेवाहरूलाई बिहान 7:00 a.m.–7:00 p.m. **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा फोन गर्नुहोस्।

चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक नभएसम्म सेवाहरू UnitedHealthcare Community Plan द्वारा समेटिएका छैनन्

UnitedHealthcare Community Plan ले लागूयोग्य राज्य नियमहरूको समीक्षा गर्छ र आवश्यक पर्दा चिकित्सा आवश्यकता समीक्षा सञ्चालन गर्छ। UnitedHealthcare Community Plan ले Medicaid द्वारा कभर नगरिएका निम्न सेवाहरूका लागि चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक निर्धारण नगरेसम्म भुक्तानी गर्दैन:

- बलात्कार, अनैतिक सम्बन्ध वा आमाको जीवन बचाउन बाहेक गर्भपतन
- बायोफिडब्याक सेवाहरू
- Medicaid द्वारा कभर नगरिएको र अभ्यासको परम्परागत मापदण्डहरू अनुरूप नभएका औषधि र उपकरणहरूसहित प्रयोगात्मक सेवा र प्रक्रियाहरू
- स्वेच्छिक स्टेरिलाइजेसनको रिभर्सलसहित पुरुष वा महिला दुवैका लागि बाँझपन उपचार
- लागुऔषध र/वा मदिराको प्रयोग रोक्नका लागि अन्तरङ्ग उपचार (सामान्य अस्पतालमा इन-पेन्टेन्ट डिटोक्सिफिकेशन सेवाहरू कभर हुन्छन्)
- चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक नभएको प्लास्टिक वा कस्मेटिक सर्जरी
- चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक नभएसम्म मोटोपनाको उपचारका लागि सेवाहरू
- चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक नभएअनुसार Medicare वा अन्य तेस्रो-पक्ष भुक्तानीकर्ताद्वारा निर्धारित सेवाहरू
- यौन वा विवाह परामर्श
- 21 वर्षको उमेर मुनिका व्यक्तिहरू वा कानुनी रूपमा प्रक्रिया गर्न सहमति हुन सक्दैनन् भने स्वेच्छिक स्टेरिलाइजेसन

आवृत्ति सीमाहरू

यो Medicaid वा UnitedHealthcare Community Plan मा नपरेका सेवाहरूको पूर्ण सूची होइन। तपाईंको व्यवस्थित हेरचाह संगठनले तपाईंको प्रदायकबाट प्राप्त सेवाहरूका लागि सबै अनुरोधको समीक्षा गर्ने छ। तपाईंसँग कुनै सेवा कभर गरिएको छ कि छैन भन्नेबारे प्रश्न छ भने कृपया सदस्य सेवाहरूलाई बिहान 7:00 a.m.–7:00 p.m. **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा फोन गर्नुहोस्।

हेरचाह व्यवस्थापन सेवाहरू

UnitedHealthcare Community Plan ले हेरचाह व्यवस्थापनका सेवाहरू प्रदान गर्छ।

- तपाईंलाई दम वा मधुमेहजस्तो दीर्घकालीन स्वास्थ्य अवस्था छ भने तपाईं हेरचाह व्यवस्थापन कार्यक्रमबाट लाभ लिन सक्नुहुन्छ। चिकित्सकले फोन कल अनुरोध गरेमा, सदस्यले फोन कलका लागि अनुरोध गरेमा वा MCO लाई हेरचाह व्यवस्थापन सेवाहरू सदस्यका लागि सहयोगी हुने छ जस्तो लागेमा UnitedHealthcare Community Plan का कर्मचारी, नर्स, हेरचाह प्रबन्धक र आउटरिच कार्यकर्ताहरू लगायतका सदस्यहरूले सदस्यहरूलाई सम्पर्क गर्न सक्छन्। साथै, UnitedHealthcare Community Plan ले चिकित्सा आवश्यकताभन्दा बढी रकम वा आवृत्तिमा सेवाहरू प्रयोग गर्ने सदस्यहरूलाई हेरचाह व्यवस्थापन प्रदान गर्दछ।

- UnitedHealthcare Communtiy Plan का कर्मचारीले सदस्यलाई उनीहरूका अवस्थाहरू जस्तै, स्वास्थ्य जोखिम मूल्याङ्कन (HRA) र अन्य अवस्था वा परिस्थिति विशेष प्रश्नहरूबारे थप जानकारीका लागि प्रश्नहरू सोध्न सक्छन्
- UnitedHealthcare Community Plan का कर्मचारीहरूले सदस्यहरूलाई कसरी आफ्नो हेरचाह गर्ने र सेवाहरू (स्थानीय स्रोतहरूसहित) कसरी पहुँच गर्ने भनेर बुझ्न मद्दत गर्ने जानकारी प्रदान गर्ने छन्
- UnitedHealthcare Community Plan का कर्मचारी सदस्यको PCP र अन्य सेवा प्रदायकसँग मिलेर हेरचाह समन्वय गर्ने छन्
- अन्य हेरचाह समन्वय संस्थाहरूसँग आपसी सहकार्यको समर्थन जसमा छूट सेवा प्रदायक र सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य प्रदायकहरू समावेश हुन सक्छन्
- UnitedHealthcare Community Plan का कर्मचारीले तपाईंको स्वास्थ्य, सामाजिक र मानसिक स्वास्थ्य इतिहास हेर्ने छन् र हामीसँग सबै तयार छ भनी सुनिश्चित गर्ने छन्। रजिस्टर्ड नर्स र सामाजिक कार्यकर्ताहरूका टोलीले सबैभन्दा उपयुक्त सेटिङमा तपाईंका आवश्यकताहरू पूरा गर्ने हेरचाहको योजना डिजाइन गर्न तपाईं, तपाईंको परिवार, तपाईंको PCP, अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायक र सामुदायिक स्रोतहरूसँग काम गर्ने छन्।
  - हामी तपाईंका व्यक्तिगत आवश्यकताहरूमा आधारित हेरचाहको अनुकूलित योजना सिर्जना गर्ने छौँ
  - हामी परिवारका सदस्य, हेरचाहकर्ता र स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूसँग समन्वय गर्ने छौँ
  - हामी तपाईंलाई उहाँहरूलाई आवश्यक पर्ने सेवाहरू प्राप्त गर्न सुनिश्चित गर्न मद्दत गर्ने छौँ

हेरचाह व्यवस्थापन सेवाहरूबारे कुनै प्रश्न छन् भने वा हेरचाह व्यवस्थापन सेवाहरूबाट लाभान्वित हुने महसुस गरेमा सदस्यहरूले हामीलाई 1-800-508-2581 मा फोन गर्नुहोस्। सदस्यहरूलाई प्रदायकद्वारा हेरचाह समन्वयका लागि पनि सन्दर्भ गर्न सकिन्छ।

सदस्य सेवाहरू

सदस्य सेवाहरू तपाईंका प्रश्नहरू वा चिन्ताहरूलाई मद्दत गर्न सक्छन्। यसमा निम्न कुराहरू पर्छन्:

- आफ्ना लाभहरूका बारेमा बुझ्ने
- कभर गरिएका सेवाहरू
  - प्रदायक फेला पार्न मद्दत गर्नुहोस्
  - फोन गर्नका लागि टेलिफोन नम्बर
  - काम गर्ने समय
- विशेषज्ञता हेरचाह वा सेवाहरू पहुँच गर्ने तरिका
- PCP हरू परिवर्तन गर्ने
- MCP/प्रदायकहरू/भेदभावका बारेमा कसरी उजुरी गर्ने
- गुनासो वा अपील दायर गर्ने तरिका
- भाषा सहायतामा पहुँच गर्ने

- तपाईं अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषा बोल्नुहुन्छ भने हामी अनुवादित मुद्रित सामग्रीहरू उपलब्ध गराउन सक्छौँ वा हामी तपाईंलाई यी सामग्रीहरू बुझ्न मद्दत गर्न सक्ने दोभाषे उपलब्ध गराउन सक्छौँ
- सदस्यहरूले आफ्नो जनसांख्यिकीय जानकारीमा परिवर्तन हुँदा र उनीहरू गर्भवती भएमा सदस्य सेवाहरूमा फोन गर्नुपर्छ
- प्रदायक फेला पार्न मद्दत गर्नुहोस्
- UnitedHealthcare Community Plan/प्रदायक/भेदभावका बारेमा उजुरी दायर गर्ने

सहायताका लागि सदस्य सेवाहरूलाई बिहान 7:00 a.m.–7:00 p.m. **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा फोन गर्नुहोस्।

व्यवहारिक स्वास्थ्य सेवाहरू, मानसिक स्वास्थ्य र पदार्थ प्रयोग विकार उपचार सेवाहरू

मानसिक स्वास्थ्य र लागूपदार्थ दुर्व्यसनी विकारको उपचार सेवाहरू उपलब्ध छन्। यी सेवाहरूमा निम्न समावेश हुन्छन्:

- चिकित्सा सेवाहरू
- लतको उपचारका लागि औषधि-आधारित उपचार
- मनोवैज्ञानिक परीक्षण
- पियर रिकभरी समर्थन, आंशिक अस्पताल भर्ना र आवासीय उपचार, केस व्यवस्थापन, गहन बाहिरी बिरामी, निकासी व्यवस्थापन समावेश गर्न लागूपदार्थ दुर्व्यसनीका विकारहरूको उपचार सेवाहरू
- चिकित्सीय व्यवहार सेवा
- मनोसामाजिक पुनर्वास
- सामुदायिक मनोचिकित्सक सहायता उपचार
- निदानात्मक मूल्याङ्कन र मूल्याङ्कन
- मनोचिकित्सा र परामर्श
- सङ्कटविरुद्ध हस्तक्षेप
- ओपियोइड उपचार कार्यक्रम सेवाहरू
- व्यवहारात्मक स्वास्थ्य नर्सिङ सेवाहरू
- वयस्कहरूका लागि उपचार
- वयस्कहरूका लागि दृढ सामुदायिक उपचार
- मोबाइल प्रतिक्रिया र स्थिरीकरण सेवा (MRSS)
- बालबालिका/किशोरीहरूका लागि गहन गृह-आधारित उपचार

तपाईंलाई कभर गरिएको छ

जब तपाईंलाई मद्दतको आवश्यकता पर्छ, तब कहाँ जानु पर्छ भन्ने जान्नु महत्त्वपूर्ण हुन्छ। हामी हाम्रा सदस्यहरूका लागि उपलब्ध छौँ। मानसिक स्वास्थ्य विषयहरूमा सीधा कुराकानीका लागि **Liveandworkwell.com** मा गएर हेर्नुहोस्।

24-घण्टा व्यवहारिक स्वास्थ्य संकट रेखासँग कसरी सम्पर्क गर्ने

यदि तपाईं संकटमा हुनुहुन्छ भने हामीलाई कल गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं तुरुन्तै कसैसँग कुरा गर्न सक्नुहुन्छ र हामी तपाईंलाई आवश्यक हेरचाह प्राप्त गर्न मद्दत गर्न सक्छौँ। बस हाम्रो 24-घण्टा व्यवहारिक स्वास्थ्य संकट रेखामा कल गर्नुहोस् 877-542-9236। यो कल निःशुल्क छ। व्यवहार स्वास्थ्य संकट रेखा दिनको 24 घण्टा, हप्ताको 7 दिन, वर्षको 365 दिन उपलब्ध छ। हामीसँग अङ्ग्रेजी नबोल्ने मानिसहरूका लागि नि:शुल्क दोभासे सेवाहरू छन्।

तपाईंलाई मानसिक स्वास्थ्य र/वा लागूपदार्थ दुर्व्यसनी विकार उपचार सेवाहरू चाहिन्छ भने कृपया सदस्य सेवाहरूलाई **1-800-895-2017,** TTY **711** मा फोन गर्नुहोस्। तपाईं हाम्रो वेबसाइट **myuhc.com/CommunityPlan** मा, हाम्रो प्रदायक निर्देशिकामा वा **1-800-895-2017,** TTY **711** मा सदस्य सेवाहरूलाई कल गरेर अतिरिक्त UnitedHealthcare Community Plan प्रदायकहरू पनि फेला पार्न सक्नुहुन्छ।

OhioRISE

OhioRISE (Ohio एकीकृत प्रणाली र उत्कृष्टतामार्फत लचिलोपन) जटिल व्यवहार स्वास्थ्य र बहुप्रणाली आवश्यकता भएका बालबालिका र युवाहरूका लागि व्यवस्थित हेरचाह कार्यक्रम हो। बहुप्रणाली आवश्यकता भएका बालबालिका र युवाहरू किशोर न्याय, बाल संरक्षण, विकासात्मक असक्षमता, शिक्षा, मानसिक स्वास्थ्य र लत र अन्य जस्ता प्रायः धेरै सामुदायिक प्रणालीहरूमा संलग्न हुन्छन्। OhioRISE ले यी बालबालिका र युवाहरूलाई उनीहरूको विद्यालय, घर र समुदायमा सफल हुन सहयोग गर्ने लक्ष्य राखेको छ। यो समर्थन हेरचाह समन्वय र विशेष सेवाहरू मार्फत प्रदान गरिन्छ जुन घरभित्र वा युवा व्यक्तिको समुदायमा प्रदान गरिन्छ।

OhioRISE बाट लाभ उठाउन सक्ने बालबालिका र युवाहरू:

- व्यवहारात्मक स्वास्थ्य चुनौतीहरूको परिणाम भएका धेरै आवश्यकता छन्
- बहुप्रणाली आवश्यकताहरूमा रहेका वा गहिरो प्रणाली संलग्नका लागि जोखिममा रहेका
- घर बाहिर प्लेसमेन्टको जोखिममा रहेका वा घर बाहिर प्लेसमेन्टबाट आफ्नो परिवारमा फर्किरहेका व्यक्ति

OhioRISE कार्यक्रममा नामाङ्कन भएका व्यक्तिको शारीरिक स्वास्थ्य सेवाहरू व्यवस्थित हेरचाह संगठन (MCO) वा सेवाका लागि शुल्क (FFS) Medicaid द्वारा कभर गरिएको छ।

OhioRISE योग्यताको:

निम्न अवस्थामा बच्चा र युवा OhioRISE को लागि योग्य हुन सक्छन्:

- Ohio Medicaid का लागि योग्य,
- 21 वर्षभन्दा मुनि र
- Ohio चाइल्ड एण्ड एडोलेसेन्ट नीड्स एण्ड स्ट्रेन्थ्स (CANS) मूल्याङ्कनले पहिचान गरेअनुसार महत्वपूर्ण व्यवहारात्मक स्वास्थ्य उपचार चाहिन्छ वा
- मानसिक स्वास्थ्य वा लागूपदार्थ दुरुपयोग आवश्यकताहरूका लागि अस्पतालमा हुनुहुन्छ।

OhioRISE सेवाहरू:

Medicaid मार्फत पहिले नै उपलब्ध व्यवहारात्मक स्वास्थ्य सेवाहरूको अतिरिक्त, OhioRISE ले निम्न सेवाहरू प्रदान गर्छ:

- हेरचाह समन्वय — बच्चा वा युवाको व्यवहारात्मक स्वास्थ्य आवश्यकताहरूका लागि योजना सहायता र हेरचाहका साथ सहयोग गर्ने। उहाँहरूको व्यवस्थित हेरचाह संगठन (MCO) मार्फत उहाँहरूको हेरचाह संयोजक पनि यस प्रक्रियाको हिस्सा हुन सक्नुहुन्छ।
- गहन गृहको आधारितमा उपचार (IHBT) - बच्चा वा युवाको घरभित्र गहन छोटो अवधिका सेवाहरू उहाँहरूको व्यवहारात्मक स्वास्थ्यलाई स्थिर र सुधार्न मद्दत गर्ने।
- व्यवहारात्मक स्वास्थ्य राहत — घर वा समुदायमा आधारित वातावरणमा रहेका बालबालिका वा युवाहरूको प्राथमिक हेरचाहकर्ताहरूलाई छोटो अवधिको राहत गर्ने।
- प्राथमिक फ्लेक्स कोष — बच्चा वा युवाका लागि विशेष आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्ने निश्चित स्रोतहरू खरिद गर्न 365-दिनको अवधिमा $1,500।
- मनोचिकित्सा आवासीय उपचार सुविधा (PRTF) - अस्पतालहरूबाहेक अन्य सुविधाहरू, जसले 20 वा कम उमेरका व्यक्तिहरूलाई गहन मनोचिकित्सा आवासीय उपचार सेवाहरू प्रदान गर्छ।
- मोबाइल प्रतिक्रिया र स्थिरीकरण सेवाहरू (MRSS) - तत्काल व्यवहारात्मक सेवाहरू संकटमा बालबालिका/युवाहरूका लागि हो। MRSS ले बालबालिका र युवाहरूलाई उहाँहरूको घर र समुदायमा तत्काल, आवश्यक हेरचाह प्राप्त गर्ने सुनिश्चित गर्न मद्दत गर्छ। यो सेवा Medicaid व्यवस्थित हेरचाह संगठन (MCO) र सेवाका लागि शुल्क (FFS) Medicaid मार्फत पनि प्रदान गरिन्छ।

CANS का मूल्याङ्कनहरूमा

OhioRISE का लागि बच्चा वा युवा मूल्याङ्कन गर्न UnitedHealthcare Community Plan, सदस्य सेवाहरू **1-800-895-2017,** TTY **711** मा सम्पर्क गर्नुहोस्। हामीले CANS मूल्याङ्कन पूरा गर्न बच्चा वा युवा समुदायमा CANS मूल्याङ्कनकर्ता खोज्न मद्दत गर्ने छौं।

OhioRISE सम्पर्कसम्बन्धी जानकारी

OhioRISE मा थप जानकारीका लागि, **1-800-895-2017,** TTY **711** मा UnitedHealthcare Community Plan सदस्य सेवाहरूलाई वा Aetna OhioRISE सदस्य सेवाहरूलाई 833-711-0773, TTY 711 मा सम्पर्क गर्नुहोस्।

समन्वित सेवा कार्यक्रम

UnitedHealthcare Community Plan ले सदस्यहरूलाई हेरचाह व्यवस्थापन प्रदान गरी सेवाहरू रकम वा फ्रिक्वेन्सीमा प्रयोग गरी चिकित्सा आवश्यकताभन्दा बढी हुन्छ। यो तपाईंले उच्च-गुणस्तरको, समन्वित स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न सुनिश्चित गर्नका लागि गरिन्छ। तपाईं यस कार्यक्रमको हिस्सा हुन रोज्नुभयो भने तपाईंलाई हेरचाह प्रबन्धकसँग हेरचाह समन्वय प्रस्ताव गरिने छ। कार्यक्रममा नामाङ्कन भइसकेपछि, एक जनालाई नियुक्त गरिसकेपछि हेरचाह प्रबन्धकले तपाईंलाई सम्पर्क गर्ने छ।

तपाईं कार्यक्रमको हिस्सा हुनुहुन्छ भने तपाईंलाई फार्मेसी छनौट गर्न र तपाईंको PCP पुष्टि गर्न भनिएको पत्र प्राप्त हुने छ। पत्र पठाएको मितिदेखि 30 दिनभित्र तपाईंले फार्मेसी छनौट गर्नुभएन भने UnitedHealthcare Community Plan ले निम्न आधारमा नेटवर्क फार्मेसी छनौट गर्ने छ:

- तपाईं पहिले कहाँ जानुभएको थियो
- सम्भव भएसम्म 24 सौँ घण्टा खुला हुन्छ
- तपाईंको घर नजिकै

आपतकालीन अवस्थामा वा केही समयपछि सेवाहरूका लागि बाहेक, CSP सदस्यहरू:

- तपाईंको निर्धारित औषधि भर्नका लागि तपाईं कसरी फार्मेसी पत्ता लगाउन सक्नुहुन्छ?
- PCP लाई तोकिएको हुन सक्छ जसले अन्य प्रदायकहरूसँग हेरचाह समन्वय गर्ने छ

सदस्यहरूले सीमित परिस्थितिहरूमा आफ्नो फार्मेसी वा PCP परिवर्तन गर्न अनुरोध गर्न सक्छन्।

यो कार्यक्रमका साथ तपाईंको सुरु मितिअघि, तपाईं नयाँ आइडी कार्ड प्राप्त गर्नु हुने छ जसले तपाईंको फार्मेसी र PCP लाई सूचीबद्ध गर्ने छ। तपाईं आफ्नो आइडी कार्डको फार्मेसी परिवर्तन गर्न आवश्यक छ भने सदस्य सेवाहरूलाई **1-800-895-2017,** TTY **711.** मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। फार्मेसी परिवर्तनहरूका लागि अनुरोधहरू व्यक्तिगतको आधारमा समीक्षा गरिने छ।

कार्यक्रमका लागि छनौट भएकाहरूले मेलमा थप विवरणहरू प्राप्त गर्ने छन् र राज्यको सुनुवाईमा उहाँहरूको अधिकारका बारेमा सूचित गरिने छ।

स्वास्थ्य जाँच

स्वास्थ्य जाँचले ओहायोको प्रारम्भिक र आवधिक स्क्रिनिङ, निदान र उपचार (EPSDT) लाभ हो। स्वास्थ्य जाँचले 21 वर्ष मुनिका सदस्यहरूका लागि चिकित्सा परीक्षा, खोप (सटहरू), स्वास्थ्य शिक्षा र प्रयोगशाला परीक्षणहरू समावेश गर्छ। यी परीक्षणहरूले बच्चाहरू स्वस्थ्यकार छन् र उनीहरूको शारीरिक र मानसिक रूपमा विकास भइरहेको छ भनी सुनिश्चित गर्छ। आमाको जन्मपूर्व परीक्षण हुनुपर्छ र बच्चाहरूको जन्म 3 देखि 5 दिनसम्म उमेरमा र 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 र 30 महिनाको उमेरमा परीक्षा हुनुपर्छ। त्यसपछि बालबालिकाले वर्षमा कम्तीमा एउटा परीक्षण दिनुपर्छ।

स्वास्थ्य जाँचले पनि चिकित्सा, दृष्टि, दन्त, सुनुवाई, पोषण, विकास, र व्यवहारिक स्वास्थ्य परीक्षणहरू, साथै परीक्षाद्वारा फेला पारिएका शारीरिक, व्यवहारिक वा अन्य समस्याहरू वा अवस्थाहरूको उपचारका लागि अन्य हेरचाहलाई पनि कभर गर्दछ। केही परीक्षणहरू र उपचार सेवाहरूको लागि पूर्व प्राधिकरण आवश्यक हुन सक्छ।

स्वास्थ्य जाँचका सदस्यहरूलाई शुल्कविना उपलब्ध छ र यसमा निम्न समावेश छ:

- नवजात शिशु, शिशु, बालबालिका, किशोर र 21 वर्ष मुनिका युवा वयस्कहरूका लागि रोकथाम जाँचहरू गर्ने
- स्वास्थ्य जाँचका स्क्रिनिङहरू:
  - चिकित्सा जाँचहरू (शारीरिक तथा विकाससम्बन्धी स्क्रिनिङहरू)
  - दृष्टिसम्बन्धी जाँचहरू
  - दन्तसम्बन्धी जाँचहरू
  - सुनुवाईसम्बन्धी जाँचहरू
  - पोषणयुक्तसम्बन्धी जाँचहरू
  - विकासात्मकसम्बन्धी जाँचहरू
  - लिडसम्बन्धी परीक्षण गरिँदै छ
- प्रयोगशालासम्बन्धी परीक्षणहरू (उमेर र लिङ्ग उपयुक्तसम्बन्धी परीक्षणहरू)
- खोपहरू
- स्वास्थ्य समस्या वा स्क्रिनिङको क्रममा फेला परेका समस्याहरूको उपचार गर्न चिकित्सकीय रूपमा फलो-अप हेरचाह गर्न आवश्यक पर्छ। यसमा समावेश हुन सक्छ, तर निम्न लगायतका कुरा पर्छन्:
  - समस्या वा समस्याहरूको निदान र उपचार गर्न प्राथमिक हेरचाह प्रदायक, विशेषज्ञ, दन्तचिकित्सक, अप्टोमेट्रिस्ट र अन्य UnitedHealthcare Community Plan प्रदायकहरूसँग भेटहरू हुने
  - अन्तरङ्ग वा बहिरङ्ग अस्पतालको हेरचाह गर्ने
  - क्लिनिकका भेटहरू
  - निर्धारित औषधिहरू
- स्वास्थ्य शिक्षा

रोकथाममूलक जाँच र स्क्रिनिङहरू प्राप्त गर्न यो धेरै महत्त्वपूर्ण छ ताकि तपाईंका प्रदायकहरूले कुनै पनि स्वास्थ्य समस्याहरू चाँडै पत्ता लगाउन सक्छन्। यसरी तपाईंको प्रदायकले तिनीहरूलाई उपचार गर्न सक्ने वा समस्या थप गम्भीर हुनुअघि, उपचारका लागि विशेषज्ञलाई रेफरल गर्न सक्नुहुन्छ। **सम्झनुहोस्: केही सेवाहरूले तपाईंको PCP बाट रेफरल वा UnitedHealthcare Community Plan द्वारा पूर्व प्रमाणीकरणको आवश्यक पर्छ।** साथै, केही EPSDT वस्तु वा सेवाहरूका लागि, तपाईंको प्रदायकले 20 वर्षभन्दा माथिका सदस्यहरूका लागि सीमा भएका वा कभर नगरिएका कुराहरू कभर गर्न UnitedHealthcare Community Plan का लागि पूर्व प्रमाणीकरणका लागि सोध्न सक्नुहुन्छ। कृपया कुनै सेवाहरूको रेफरल र/वा पूर्व प्रमाणीकरण चाहिन्छ भनेर हेर्न पृष्ठ 25 मा गएर हेर्नुहोस्।

स्वास्थ्य जाँचको भागका रूपमा, हेरचाह व्यवस्थापन सेवाहरू 21 वर्ष मुनिका सबै सदस्यहरूका लागि उपलब्ध छन् र विशेष स्वास्थ्य हेरचाह आवश्यकताहरू छन्। कृपया UnitedHealthcare Community Plan द्वारा प्रदान गरिएको हेरचाह व्यवस्थापन सेवाहरूका बारेमा थप जान्नका लागि पृष्ठ 38 मा गएर हेर्नुहोस्।

सदस्यले स्वास्थ्य जाँच सेवाहरू निम्नद्वारा प्राप्त गर्न सक्छन्:

- तपाईंको PCP र दन्तचिकित्सकलाई नियमित रूपमा जाँचहरू गराउनुका लागि अपोइन्टमेन्टहरू लिनका लागि कल गर्दै (तपाईंले PCP लाई फोन गरेको बेला स्वास्थ्य जाँच परीक्षणका लागि सोध्नु सुनिश्चित गर्दै) वा
- तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् भने वा सेवामा पहुँच गर्न मद्दत चाहिन्छ भने प्रदायक खोज्ने वा अपोइन्टमेन्ट गर्नेसहित; कभर सेवा; यातायात; पूर्व प्रमाणीकरण; महिला, शिशु तथा बालबालिका (WIC), हेल्प मि ग्रो, ब्यूरो फर चिल्ड्रेन विथ मेडिकल असक्षमता (BCMH), हेड स्टार्ट र सामुदायिक सेवाहरूजस्तै खाना, तताउने सहायता, आदि सन्दर्भहरूका लागि UnitedHealthcare Community Plan सदस्य सेवाहरूलाई कल गरिँदै छ।

प्राथमिक हेरचाह प्रदायक (PCP) छनौट गरिँदैछ

UnitedHealthcare Community Plan का प्रत्येक सदस्यले UnitedHealthcare Community Plan प्रदायक निर्देशकबाट प्राथमिक हेरचाह प्रदायक (PCP) छनौट गर्नुपर्छ। तपाईंको PCP व्यक्तिगत प्रदायक, प्रदायक समूह अभ्यास, उन्नत अभ्यास नर्स वा उन्नत अभ्यास नर्स समूह अभ्यास प्रसूति/स्त्री रोग (OB/GYN), पारिवारिक चिकित्सा (सामान्य अभ्यास), आन्तरिक चिकित्सा वा बाल रोगमा प्रशिक्षित छ।

तपाईंको PCP ले तपाईंको स्वास्थ्य हेरचाह निर्देशित गर्न तपाईंसँग काम गर्ने छ। तपाईंको PCP ले तपाईंको जाँच र सटहरू गर्ने छ र तपाईंको स्वास्थ्य हेरचाहको नियमित रूपमा आवश्यकताअनुसार उपचार गर्ने छ। आवश्यक भएमा, तपाईंको PCP ले तपाईंलाई प्रदायक, विशेषज्ञ वा तपाईंलाई अस्पतालमा भर्ना गर्न पठाउने छ।

तपाईं PCP को कार्यालयमा फोन गरेर आफ्नो PCP मा पुग्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको PCP को नाम र टेलिफोन नम्बर तपाईंको UnitedHealthcare Community Plan आइडी कार्डमा छापिएको छ।

तपाईंको PCP सँग परिवर्तन गर्दै

तपाईं आफ्नो PCP परिवर्तन गर्न चाहनुहुन्छ भने तपाईंले पहिले परिवर्तनका लागि अनुरोध गर्न सदस्य सेवा विभागलाई फोन गर्नुपर्छ। सदस्यहरूले मासिक रूपमा आफ्नो PCP परिवर्तन गर्न सक्छन्। आफ्नो PCP कुनै पनि समयमा परिवर्तन गर्नुहोस्। PCP को सदस्यताको पहिलो महिना भित्रमा परिवर्तन अनुरोधको मितिदेखि लागू हुने छ। तपाईं आफ्नो सदस्यताको पहिलो महिनापछि PCP परिवर्तन गर्न अनुरोध गर्नुहुन्छ भने परिवर्तन गर्न अर्को महिनाको पहिलो दिनमा प्रभावकारी हुने छ।

UnitedHealthcare Community Plan ले तपाईंलाई आफ्नो PCP परिवर्तन गरिएको छ र आफ्नो नयाँ PCP देख्न सुरु गर्ने मिति थाहा दिनका लागि तपाईंलाई नयाँ आइडी कार्ड पठाउने छ।

UnitedHealthcare Community Plan मा रहेका PCP हरूको नामका लागि, तपाईं छापिएको प्रतिलिपि अनुरोध गर्नुभएको खण्डमा हाम्रो वेबसाइटमा **www.uhc.com/communityplan/ohio/plans/medicaid/community-plan** मा गएर हेर्नुहोस् वा तपाईं UnitedHealthcare Community Plan सदस्य सेवाहरूलाई **1-800-895-2017,** TTY **711** मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। हामी तपाईंलाई तपाईंका लागि काम गर्ने नेटवर्क PCP फेला पार्न मद्दत गर्न पाउँदा खुसी छौं।

टेलिहेल्थ

टेलिहेल्थ भनेको अडियो र/वा भिडियो प्रयोग गरेर स्वास्थ्य सेवाको प्रत्यक्ष गर्ने डेलिभरी हो। आफ्नो अपोइन्टमेन्टका लागि अफिसमा आउनुको सट्टा, तपाईं आफ्नो घर वा कार्यालयमा बस्नुहुन्छ र आफ्नो स्वास्थ्य र व्यवहारात्मक स्वास्थ्य पेशेवरहरू हेर्न र कुराकानी गर्न आफ्नो स्मार्टफोन, ट्याब्लेट वा कम्प्युटर प्रयोग गर्नुहोस्। Medicaid सदस्यहरूलाई टेलिहेल्थ प्रयोग गर्नका लागि कुनै शुल्क लाग्दैन र टेलिहेल्थले यातायात सेवाहरू आवश्यक पर्ने तनावलाई हटाउँछ।

Medicaid सदस्यहरूले धेरै बिमारी र चोटपटक, सामान्य स्वास्थ्य अवस्था, अनुगमन भेटघाट र स्क्रिनिङहरू साथै औषधि(हरू)को सिफारिसका लागि टेलिहेल्थ मार्फत चिकित्सा र व्यवहारिक स्वास्थ्य पेशेवरहरूलाई भेट्न सक्छन्।

उहाँहरूले टेलिहेल्थ प्रस्ताव गर्छन् वा गर्दैनन् भनेर आफ्नो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकसँग जाँच गर्नुहोस्।

तपाईंको सदस्यता अधिकार

UnitedHealthcare Community Plan को सदस्यका रूपमा, तपाईंसँग निम्न अधिकारहरू छन्:

- UnitedHealthcare Community Plan ले उपलब्ध गराउनुपर्ने सबै जानकारी र सेवाहरू प्राप्त गर्ने
- सम्मानजनक व्यवहार पाउने र आफ्नो मर्यादा र गोपनीयता पाउने
- तपाईंको चिकित्सा रेकर्डसम्बन्धी जानकारी गोप्य राखिने छ भन्ने कुरामा निश्चित हुने
- तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारीका बारेमा लिने। यो जानकारी तपाईंले कानुनी रूपमा यो जानकारी प्राप्त गर्न अनुमोदन गर्नुभएको वा तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्य उत्तम नभएको अवस्थामा आपतकालीन अवस्थामा पुग्नुपर्छ भनी राख्नुभएको जुनसुकै व्यक्तिलाई पनि उपलब्ध गराउन सकिन्छ।
- तपाईंको स्वास्थ्य हेरचाहसम्बन्धी निर्णयहरू गर्न प्रदायकहरूसँग सहभागी हुने
- तपाईंको स्वास्थ्य सेवाका बारेमा लिइने निर्णयहरूमा तपाईंको सर्वोत्तम हितमा भएको हदसम्म त्यसमा सहभागी हुन सक्ने
- जुनसुकै चिकित्सा हेरचाहसम्बन्धी उपचारका बारेमा तपाईंले पालना गर्न सक्ने तरिकाले जानकारी प्राप्त गर्ने
- तपाईंले चिकित्सा हेरचाह पाउँदा अरू व्यक्तिले तपाईंको कुरा सुन्न वा तपाईंलाई देख्न सक्दैनन् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्ने
- संघीय नियमहरूमा तोकिएबमोजिम बल, अनुशासन, सहजता वा बदलाको माध्यमका रूपमा प्रयोग गरिने कुनै पनि प्रकारको संयम वा एक्लोपनबाट मुक्त हुने
- तपाईंको चिकित्सा रेकर्डको प्रतिलिपि अनुरोध गर्ने र प्राप्त गर्ने र आवश्यक भएमा रेकर्ड परिवर्तन/सच्याउन लगाउन सक्ने
- UnitedHealthcare Community Plan को कानुनद्वारा अनिवार्य नभएसम्म तपाईंका बारेमा कुनै पनि जानकारी दिन हुन्छ वा हुँदैन भन्ने
- उपचार वा थेरापीका लागि हुन्छ वा हुँदैन भन्ने। तपाईंले हुँदैन भन्नुभयो भने प्रदायक वा UnitedHealthcare Community Plan बाट के हुन सक्छ भन्नेबारे तपाईंसँग कुराकानी गर्नुपर्छ र उनीहरूले यसबारे तपाईंको मेडिकल रेकर्डमा टिप्पणी राख्नुपर्छ।
- अपील, गुनासो (उजुरी) वा राज्य सुनुवाइ दायर गर्ने। थप जान्नका लागि यो पुस्तिकाको पृष्ठ 51 हेर्नुहोस्।
- UnitedHealthcare Community Plan बाट सदस्यसम्बन्धी सबै लिखित जानकारी प्राप्त गर्ने:
  - तपाईंलाई निःशुल्क
  - UnitedHealthcare Community Plan सेवा क्षेत्रमा सदस्यहरूको प्रचलित अङ्ग्रेजीबाहेकका भाषाहरूमा
  - मौखिक दोभासे वा अनुवादन सेवाहरू
  - वैकल्पिक ढाँचाहरूमा लिखित जानकारी
  - असक्षमता भएका व्यक्तिका लागि अन्य सहायक सहायता वा सेवाहरू
  - अन्य तरिकाहरूबाट, कुनै पनि कारणले जानकारी पढ्न समस्या हुन सक्ने सदस्यहरूका विशेष आवश्यकताहरूमा मद्दत गर्न

- तपाईं अङ्ग्रेजी बोल्नुहुन्न वा जानकारी बुझ्न मद्दत चाहिन्छ भने UnitedHealthcare Community Plan र यसका प्रदायकहरूबाट निःशुल्क मद्दत प्राप्त गर्न
- तपाईंको श्रवण कमजोर छ भने साङ्केतिक भाषाबाट मद्दत प्राप्त गर्न सक्ने
- स्वास्थ्य सेवा प्रदायक विद्यार्थी हो भने बताउन र उनीहरूको हेरचाह अस्वीकार गर्न सक्ने
- कुनै पनि प्रयोगात्मक हेरचाहका बारेमा बताउन र हेरचाहमा सहभागी हुन अस्वीकार गर्न सक्ने
- अग्रिम निर्देशनहरू (बाच्ने इच्छा) बनाउन। अग्रिम निर्देशनहरूका बारेमा थप जान्नका लागि पृष्ठ 81 हेर्नुहोस्।
- Ohio स्वास्थ्य विभागमा तपाईंको अग्रिम निर्देशन पालना नगरेको बारेमा कुनै पनि गुनासो दायर गर्न
- तपाईंका अवस्थाहरूका लागि चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक उपचारका बारेमा कुनै फरक पर्दैन लागत वा लाभ कभरेजजस्ता विकल्पहरू छलफल गर्ने अधिकार
- संगठनको सदस्यका अधिकार तथा जिम्मेवारीहरूका बारेमा सिफारिस गर्ने अधिकार
- MCP ले सदस्यको स्वास्थ्य अवस्थाको आवश्यकताअनुसार सबै गुनासोलाई छिटोछरितो रूपमा समीक्षा र समाधान गर्ने छ भनी जान्ने। सदस्यको सूचनासहित गुनासो समाधान निम्न समय फ्रेममा पूरा हुने छ:
  (a) सेवाहरू प्राप्त गर्न नसक्ने बारेमा गुनासो भएमा गुनासो प्राप्त भएको दुई व्यावसायिक दिनभित्र
  (b) तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको हेरचाहको बिल प्राप्त गर्ने गुनासोहरूबाहेक अन्य सबै गुनासो भएमा तीस पात्रो दिनभित्र
  (c) तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको हेरचाहको बिल प्राप्त गर्ने बारे गुनासोहरूका लागि साठ्ठी पात्रो दिनभित्र
- UnitedHealthcare Community Plan को नेटवर्कमा रहेको आफ्नो प्राथमिक हेरचाह प्रदायक (PCP) लाई अर्को PCP मा परिवर्तन गर्न, कम्तिमा मासिक UnitedHealthcare Community Plan ले तपाईंलाई परिवर्तनको मितिसम्ममा नयाँ PCP को हो भनेर लिखित रूपमा केही पठाउनु पर्छ।
- आफ्ना अधिकारहरू पूरा गर्नका लागि स्वतन्त्र हुन र UnitedHealthcare Community Plan, UnitedHealthcare Community Plan का प्रदायकहरू वा Ohio Department of Medicaid ले यसलाई तपाईंको विरुद्धमा राख्ने छैनन् भन्ने कुरा थाहा पाउन
- UnitedHealthcare Community Plan ले संघीय र राज्यका सबै कानुनहरू र लागू हुने गोपनीयतासम्बन्धी अन्य कानुनहरू पालना गर्नुपर्छ भन्ने कुरा थाहा पाउन
- सम्भव भएसम्म र उपयुक्त हुँदासम्म तपाईंलाई हेरचाह गर्ने प्रदायक छनौट गर्न
- तपाईं महिला हुनुहुन्छ भने कभर गरिएको महिलाको स्वास्थ्य सेवाहरूका लागि UnitedHealthcare Community Plan नेटवर्कमा महिला स्वास्थ्य प्रदायकमा जान सक्नुहुन्छ
- आपतकालीन सेवाहरूका लागि कुनै अस्पताल वा अन्य उपयुक्त सेटिङहरू प्रयोग गर्ने
- UnitedHealthcare Community Plan नेटवर्कमा योग्य प्रदायकबाट दोस्रो विचार प्राप्त गर्ने। योग्य प्रदायकले तपाईंलाई भेट्न सक्नुहुन्न भने UnitedHealthcare Community Plan ले हाम्रो नेटवर्कमा नभएको प्रदायकसँग भेट सेट अप गर्नुपर्छ।
- हामीबाट UnitedHealthcare Community Plan का बारेमा जानकारी प्राप्त गर्न। हाम्रो संरचना र सञ्चालनहरू र हामीले सञ्चालन गर्ने कुनै पनि चिकित्सक प्रोत्साहन योजनाहरूका बारेमा जानकारीसहित तपाईं हाम्रो योजनाका बारेमा थप जानकारीका लागि सोध्न सक्नुहुन्छ।

- जातीय, धर्म, लिङ्ग, लैङ्गिक पहिचान, यौन झुकाव, उमेरको आधारमा भेदभावको कुनै पनि गुनासो भएमा तलका ठेगानाहरूमा Ohio Department of Medicaid र/वा संयुक्त राज्य विभाग स्वास्थ्य र देवानी अधिकारका लागि कार्यालय, असक्षमता, राष्ट्रिय मूल, सैन्य स्थिति, आनुवंशिकसम्बन्धी जानकारी, पुर्खा, स्वास्थ्य स्थिति वा स्वास्थ्य सेवाहरूको आवश्यकताअनुसार सम्पर्क गर्ने

  The Ohio Department of Medicaid
  Office of Human Resources, Employee Relations
  P.O. Box 182709
  Columbus, Ohio 43218-2709
  इमेल ODM: **EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov**
  फ्याक्स: 614-644-1434

  Office for Civil Rights
  United States Department of Health and Human Services
  233 N. Michigan Ave., Suite 240
  Chicago, Illinois 60601
  फोन: 312-886-2359, TTY 312-353-5693

तपाईं दुःखी हुनुहुन्छ र हामीले गरेको निर्णयमा समहम हुनुहुन्न भने UnitedHealthcare Community Plan लाई कसरी थाहा दिने - अपिल र गुनासोहरू

तपाईं UnitedHealthcare Community Plan वा हाम्रा प्रदायकहरूसँग असन्तुष्ट हुनुहुन्छ वा हामीले गरेको निर्णयसँग सहमत हुनुहुन्न भने सकेसम्म चाँडो हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्। तपाईं वा तपाईंका लागि बोल्न चाहनुहुने कसैले हामीलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं तपाईंका लागि कसैले बोलेको चाहनुहुन्छ भनेजस्तै तपाईंको चिकित्सक वा प्रदायक तपाईंको सहमतिमा, हामीलाई लिखित रूपमा तपाईंको स्वीकृति दिनुहोस्। UnitedHealthcare Community Plan ले मद्दत गर्न चाहन्छ। हामी सम्पर्क गर्नका लागि, तपाईं:

- सदस्य सेवा विभागलाई **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ वा
- तपाईंको सदस्य हातेपुस्तिकामा फारम भर्नुहोस् वा
- छापिएको प्रतिलिपि माग्नका लागि सदस्य सेवा विभागलाई फोन गर्नुहोस् वा
- हाम्रो वेबसाइट **myuhc.com/CommunityPlan** मा गएर हेर्नुहोस् वा
- तपाईं केमा दुखी हुनुहुन्छ भनी हामीलाई एउटा पत्र लेख्नुहोस्। तपाईंको पहिलो र अन्तिम नाम, तपाईंको UnitedHealthcare Community Plan सदस्य आइडी कार्डको अगाडिको नम्बर र तपाईंको ठेगाना र टेलिफोन नम्बर पत्रमा राख्न निश्चित हुनुहोस् ताकि हामी तपाईंलाई आवश्यक परेमा सम्पर्क गर्न सक्छौं। तपाईंले आफ्नो समस्या व्याख्या गर्न मद्दत गर्ने कुनै पनि जानकारी पनि पठाउनुपर्छ।

मेलमार्फत वा तपाईंको पत्रमा:

UnitedHealthcare Community Plan
Grievances and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

UnitedHealthcare Community Plan ले तपाईंलाई लिखित रूपमा केही पठाउने छ हामीले निम्न निर्णय गर्छौं भने:

- तपाईंका लागि सेवा कभर गर्न अनुरोध अस्वीकार गर्ने;
- तपाईंले अनुमोदन गरिएका सबै सेवाहरू प्राप्त गर्नुअघि सेवाहरू घटाउनुहोस्, निलम्बन गर्नुहोस् वा बन्द गर्नुहोस्; वा
- UnitedHealthcare Community Plan द्वारा कभर नगरिएको तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको सेवाका लागि भुक्तानी अस्वीकार गर्नुहोस्।

हामीले गरेनौं भने हामी तपाईंलाई लिखित रूपमा केही पठाउने छौं:

- तपाईंका लागि अनुरोध गरिएको सेवा कभर गर्ने वा नगर्ने निर्णय गर्ने
- तपाईं दुखी हुनुभएको कुराका बारेमा हामीलाई बताउनुभएको कुराको जवाफ दिनुहोस्।

अपीलहरू

तपाईं पत्रमा सूचीबद्ध गरिएको निर्णय/कारबाहीसँग सहमत हुनुहुन्न भने र तपाईंले हामीलाई **60 पात्रोको दिनभित्र** हाम्रो निर्णय/कारबाही परिवर्तन गर्न अनुरोध गर्न सम्पर्क गर्नुहुन्छ भने यसलाई **अपील** भनिन्छ। 60 क्यालेन्डर दिनको अवधि पत्र पठाइएको मितिको अर्को दिनदेखि सुरु हुन्छ। हामीले तपाईंले स्वीकृत गरिएका सबै सेवाहरू प्राप्त गर्नुअघि सेवाहरू घटाउने, निलम्बन गर्ने वा बन्द गर्ने निर्णय गरेका छौं भने तपाईंले कहिले सेवाहरूको भुक्तानी गर्नुपर्ने हुन सक्ने तपाईंले छनौट गर्नुभयो भने तपाईंले सेवाहरू कसरी प्राप्त गरिरहनुभएको छ भनेर तपाईंको पत्रले तपाईंलाई बताउने छ।

हामीले तपाईंलाई फरक मिति नभनेसम्म तपाईंले हामीलाई सम्पर्क गरेको मितिदेखि 15 क्यालेन्डर दिनभित्र हामीले तपाईंको अपीलको जवाफ लिखित रूपमा दिनुपर्छ। हामीले हाम्रा निर्णय वा कार्यलाई तपाईंको अपीलको नतिजाका रूपमा परिवर्तन गर्दैनौं भने हामीले तपाईंलाई राज्यको सुनुवाईको अनुरोध गर्ने आफ्नो अधिकारका बारेमा सूचित गर्ने छौं। **तपाईं UnitedHealthcare Community Plan को अपील प्रक्रिया गरिसकेपछि मात्र राज्यको सुनुवाइको अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।**

गुनासो

तपाईं UnitedHealthcare Community Plan वा हाम्रा प्रदायकहरूका कुनै कुराका बारेमा असन्तुष्ट भएकाले हामीलाई सम्पर्क गर्नुहुन्छ भने हामीलाई सम्पर्क गर्नुहुन्छ भने यसलाई **गुनासो भनिन्छ।** UnitedHealthcare Community Plan ले निम्न समय सीमाभित्र तपाईंलाई फोनमार्फत (वा हामी फोनमार्फत सम्पर्क गर्न सक्दैनौँ भने मेलमार्फत) तपाईंको गुनासोको जवाफ दिने छौँ:

- सेवा प्राप्त गर्न नसकेको गुनासोका बारेमा 2 कार्य दिन
- तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको हेरचाहको बिल प्राप्त गर्ने बारे गुनासोहरूबाहेक अन्य सबै गुनासो भएमा 30 पात्रो दिनभित्र
- तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको हेरचाहको बिल प्राप्त गर्ने बारेमा गुनासोहरूका लागि 60 पात्रो दिनभित्र

हामीलाई अपील वा गुनासोका लागि निर्णय गर्न थप समय चाहिन्छ भने हामीले थप 14 पात्रो दिन लिन आवश्यक छ हामी तपाईंलाई पत्र पठाउने छौँ। उक्त पत्रले हामीलाई थप समय चाहिने कारण पनि व्याख्या गर्ने छ। हामीलाई आफ्नो अपील वा गुनासोको सम्बन्धमा निर्णय गर्न थप समय चाहिन्छ भन्नेजस्तो तपाईंलाई लाग्छ भने तपाईं हामीलाई 14 क्यालेन्डर दिनसम्म लिनका लागि पनि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईंले उजुरी दर्ता गर्ने अधिकार पनि छ **जुनसुकै समय** मा सम्पर्क गरेर:

Ohio Department of Medicaid
Bureau of Managed Care Compliance and Oversight
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709

1-800-605-3040 वा 1-800-324-8680
TTY 1-800-292-3572

Ohio Department of Insurance
50 W. Town Street
3rd Floor – Suite 300
Columbus, Ohio 43215

1-800-686-1526

यो पेज जानबूझेर खाली राखिएको छ।

सदस्य अपील फारम

तपाईं आफ्नो व्यवस्थित स्याहार संस्था (MCE) ले गरेको निर्णयसँग सहमत हुनुहुन्न भने तपाईंले जति सक्दो छिटो MCE मा सम्पर्क गर्नु पर्ने हुन्छ। तपाईं यो फाराम हेरेर MCE मा सम्पर्क गरी आफ्नो वा अरूको तर्फबाट कुरा राख्न सक्नुहुन्छ।

निर्देशनहरू: फाराममा भएको खण्ड I र II भर्नुहोस्, समस्याबारे जति सक्दो विस्तृत रूपमा व्याख्या गर्नुहोस् र भरेको फाराम उपयुक्त MCE मा पेश गर्नुहोस्। MCE ले निर्णय लिन सक्ने कुरा सुनिश्चित गर्नका लागि, उक्त फारामसँगै निम्न कागजात पनि पेश गर्नु पर्ने हुन्छ:

- तपाईंले पेश गर्न चाहेको कुनै पनि रेकर्डका प्रतिलिपिहरू दिनुहोस् (मूल कागजातहरू नपठाउनुहोस्)
- तपाईंको तर्फबाट अरू कसैले पेश गर्दिने हो भने, तपाईंले तल आफ्नो सहमति दिनु पर्ने हुन्छ

खण्ड I - सदस्यको जानकारी		
सदस्यको नाम		**अनुरोध गरेको मिति** (mm/dd/yyyy)
सदस्यको आइडी नम्बर	**सदस्यको फोन नम्बर**	**जन्म मिति** (mm/dd/yyyy)
सदस्यको ठेगाना		

अनुरोध गर्नुको कारण

- ☐ सेवा(हरू) अस्वीकार भयो, कटौती भयो वा समाप्त भयो
- ☐ भुक्तानी वा दाबी अस्वीकार भयो
- ☐ पूर्व स्वीकृतिका लागि अनुरोधबारे असामयिक निर्णय
- ☐ अन्य (व्याख्या गर्नुहोस्):
- ☐ मलाई लाग्छ कि यो निर्णयको प्रतीक्षा गर्नाले मेरो जीवनमा, शारीरिक वा मानसिक स्वास्थ्यमा वा मैले अधिकतम कार्य गर्न सक्ने क्षमतामा एकदमै जोखिम पुर्‍याउन सक्छ। यो बाकसमा चिन्ह लगाएर म बुझ्छु कि यसले म र/वा प्रदायकले मेरो अपीलको बारेमा थप जानकारी पठाउने समय घटाउन सक्छ जबसम्म म्याद थपको लागि अनुरोध गरिएको छैन। थप समय अनुरोध नगरिएमा र मापदण्ड पूरा भएमा, मैले 72 घण्टाभित्र निर्णय पाउने छु।
- ☐ मलाई लाग्छ कि यो निर्णयको प्रतीक्षा गर्नाले मेरो स्वास्थ्यमा एकदमै जोखिममा पुर्‍याउन सक्छ। थप समय अनुरोध नभएसम्म, मैले 15 दिनभित्र मेरो अपीलको निर्णय पाउने छु।

खण्ड II - विशेष समस्याको विवरण

कृपया तपाईंको नाम, मिति, ठेगाना, प्रदायकको जानकारी लगायत तपाईंको अनुरोध र पूर्व स्वीकृतिका लागि अनुरोध (थाहा भएमा) सँग सम्बन्धित सबै विवरण उल्लेख गर्नुहोस्। थप ठाउँ चाहिएमा यस फारामसँगै अर्को कागजको पाना पनि संलग्न गर्नुहोस्।

तल हस्ताक्षर गर्नुभयो भने तपाईं उपलब्ध गराइएको जानकारी सत्य तथा सही छ भनी सहमत हुनुहुन्छ।

सदस्यको हस्ताक्षर	**मिति** (mm/dd/yyyy)

तपाईंको तर्फबाट अरू कसैले यो फाराम भर्दै हुनुहुन्छ भने तपाईंले तल नाम भएको व्यक्तिलाई आफ्नो तर्फबाट यो फाराम पेश गर्ने लिखित सहमति दिँदै हुनुहुन्छ। तल हस्ताक्षर गर्नुभयो भने तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधि उपलब्ध गराइएको जानकारी सत्य तथा सही छ भनी सहमत हुनुहुन्छ।

सदस्यको अधिकृत प्रतिनिधिको नाम (लागूयोग्य भएमा)	**सदस्यसँगको नाता**

अधिकृत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर (लागूयोग्य भएमा)

☐ तपाईं सदस्यको तर्फबाट यो फाराम पेश गर्दै हुनुहुन्छ भने यो बाकसमा ठीक चिह्न लगाउनुहोस्। Ohio प्रशासकीय संहिता नियम 5160-26-08.4 अनुसार, अपील दायर गर्नका लागि सदस्यको तर्फबाट कार्य गर्ने कुनै पनि प्रदायकसँग सदस्यको लिखित सहमति हुनुपर्छ। MCE ले लिखित सहमति प्राप्त गरेपछि मात्र अपील अघि बढाउने छ।

गुनसो र अपील फारम

सदस्यको नाम________________________________ आइडी # ________________________

ठेगाना ____________________________________

टेलिफोन नम्बर (घर) ___________________________ (कार्यालय) ________________________

कृपया नाम, मिति, सेवा प्रदान गरेको ठेगाना, समय र समस्याहरू उल्लेख गरेर आफ्नो सरोकार विस्तृतमा व्याख्या गर्नुहोस्। उपयुक्त भएमा, UnitedHealthcare Community Plan ले सामान्यतया नसमेटिने सेवाहरूका लागि भुक्तानी गर्नु पर्ने कारण पनि उल्लेख गर्नुहोस्। कृपया यो भरेको फाराम तल सूचीबद्ध गरिएको ठेगानामा मेल गर्नुहोस्।

____

(हस्ताक्षर) (मिति)

UnitedHealthcare Community Plan
Grievances and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

यो पेज जानबूझेर खाली राखिएको छ।

राज्यको सुनुवाईहरू

राज्यको सुनुवाई भनेको तपाईं वा तपाईंको तर्फबाट कुरा राख्न चाहने व्यक्ति जस्तै तपाईंको चिकित्सक वा प्रदायक, काउन्टी रोजगार तथा परिवार सेवा विभागको कोही व्यक्ति, UnitedHealthcare Community Plan को कोही व्यक्ति र Ohio रोजगार तथा परिवार सेवा विभाग (ODJFS) मा रहेको राज्य सुनवाई ब्यूरोको सुनुवाई अधिकारीसँग बस्ने बैठक हो। यो बैठकमा, तपाईंले किन UnitedHealthcare Community Plan ले सही निर्णय लिएन जस्तो लाग्छ भनेर व्याख्या गर्नु हुने छ भने UnitedHealthcare Community Plan ले सो निर्णय लिनुको कारण व्याख्या गर्ने छ। त्यसपछि, सुनुवाई अधिकारीले उक्त कुरा सुनेर नियमहरू र उपलब्ध जानकारीका आधारमा को सही छ भनेर निर्णय लिने छन्।

UnitedHealthcare Community Plan ले निम्न अवस्थामा तपाईंसँग भएको राज्य सुनुवाईको माग गर्न पाउने अधिकारबारे जानकारी दिने छ:

- हामीले तपाईंको अपील अनुरूप आफ्नो निर्णय वा कार्य परिवर्तन नगरेमा
- UnitedHealthcare Community Plan को समन्वित सेवा कार्यक्रममा नामाङ्कन गर्न लगाउने वा जारी राख्ने निर्णय लिइएमा
- तपाईंको UnitedHealthcare Community Plan को समन्वित सेवा कार्यक्रमको प्रदायक परिवर्तन गर्ने अनुरोध अस्वीकार गर्ने निर्णय गरिएको छ

तपाईंले UnitedHealthcare Community Plan को अपील प्रक्रिया पूरा गरेपछि मात्र राज्य सुनुवाईको माग गर्न सक्नुहुन्छ

तपाईं राज्य सुनुवाई राख्न चाहनुहुन्छ भने, तपाईं वा तपाईंको तर्फबाट कुरा राख्न चाहने कोही व्यक्ति जस्तै तपाईंको चिकित्सक वा प्रदायकले **90 दिनभित्र** सुनुवाईको माग गर्नुपर्छ। सुनुवाई फाराममा भएको मेलिङ मितिपछिको दिनबाट 90 दिनको अवधि सुरु हुन्छ। तपाईंले सबै स्वीकृत सेवाहरू प्राप्त हुनुअघि सेवाहरू कम गर्ने, निलम्बन गर्ने वा रोक्ने निर्णय लिने बारेमा अपील गर्नुभएको थियो भने, तपाईंले सेवाहरू प्राप्त गर्न चाहेमा कसरी प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ र सेवाहरूको भुक्तानी कहिले गर्नुपर्छ भन्ने सबै कुरा तपाईंको पत्रमा हुने छ। हामीले तपाईंलाई UnitedHealthcare Community Plan को समन्वित सेवा कार्यक्रममा नामाङ्कन गर्ने प्रस्ताव गर्‍यौं र तपाईंले फाराममा भएको मेलिङ मितिबाट 15 दिनभित्र सुनुवाई राख्न माग गर्नुभयो भने हामीले निर्णय नसुन्दासम्म तपाईंलाई सो कार्यक्रममा नामाङ्कन गर्ने छैनौँ।

सुनुवाई राख्ने माग गर्नका लागि:

- तपाईं राज्य सुनुवाईको फाराम हस्ताक्षर गरेर फाराममा सूचीबद्ध गरिएको फ्याक्स नम्बर र ठेगानामा पठाउन सक्नुहुन्छ
- राज्य सुनवाई ब्यूरोलाई 1-866-635-3748 मा फोन गर्नुहोस्
- आफ्नो अनुरोध अनलाइन **https://hearings.jfs.ohio.gov/apps/SHARE/#_frmLogin** मा पेश गर्नुहोस्
- आफ्नो अनुरोध इमेलमार्फत **bsh@jfs.ohio.gov** मा पेश गर्नुहोस्

तपाईं निःशुल्क कानुनी सेवाबारे जानकारी लिन चाहनुहुन्छ तर तपाईंलाई आफ्नो स्थानीय कानुनी सहयोग कार्यालयको नम्बर थाहा छैन भने Ohio राज्य कानुनी सेवा संघलाई 1-800-589-5888 मा फोन गरेर स्थानीय नम्बर लिन सक्नुहुन्छ।

राज्य सुनुवाईका निर्णयहरू सामान्यतया अनुरोध प्राप्त भएको 70 दिन नकट्दै जारी हुन्छन्। तर पनि, MCO वा राज्य सुनवाई ब्यूरोले स्वास्थ्य अवस्थामा शीघ्र निर्णयको मापदण्ड पूरा हुन्छ भनी निर्णय लिएमा। शीघ्र निर्णय अनुरोध प्राप्त गरेको 3 दिन नबित्दै तुरुन्तै जारी गरिने छ। मानक समयभित्र निर्णय लिँदा तपाईंको जीवन, स्वास्थ्य वा अधिकत्तम कार्य गर्न सक्ने क्षमतालाई जोखिममा पार्न सक्ने अवस्थाहरूमा शीघ्र निर्णय लिइन्छ।

सम्पत्ति पुनः प्राप्ति

तपाईं Medicaid लाभहरू प्राप्त गर्दा स्थायी रूपमा संस्थागत हुनुहुन्छ वा 55 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरको हुनुहुन्छ भने सम्पत्ति पुनः प्राप्ति कार्यक्रमले तपाईंको सम्पत्तिबाट Medicaid द्वारा भुक्तानी गरेको तपाईंको हेरचाह बापतको लागतका लागि गरिएका भुक्तानीहरू रिकभर गर्न सक्छ। तपाईंको हेरचाह बापतको लागतमा क्यापिटेसन भुक्तानी तपाईंले प्राप्त गरेका सेवाहरूको लागतभन्दा बढी भए तापनि Medicaid ले तपाईंको व्यवस्थित हेरचाह योजनामा भुक्तानी गर्ने क्यापिटेसन भुक्तानी समावेश हुन सक्छ। **Medicaid प्राप्तकर्ताको मृत्युपछि मात्र सम्पत्ति पुनः प्राप्ति हुन्छ।**

आपतकालीन सेवाहरू

आपतकालीन सेवाहरू भनेका प्रदायकले तुरुन्तै उपचार गर्नु पर्ने चिकित्सा समस्याका लागि दिइने सेवाहरू हुन्। तपाईं काउन्टीमा वा बाहिर जहाँ बसेपनि हामी आपतकालीन अवस्थाहरूका लागि चाहिने हेरचाह कभर गर्छौं। आपतकालीन सेवाहरू कस्तो अवस्थामा आवश्यक पर्न सक्छन् भनी केही उदाहरण तल दिइएका छन्:

- गर्भपतन/गर्भावस्थामा योनीबाट रगत बग्नु
- हृदयघात
- अत्यन्तै छाती दुख्ने
- एकदमै बढी रक्तस्राव हुने
- श्वासप्रश्वासमा हुने गम्भीर कठिनाइहरू
- सम्भावित आघात
- मानसिक स्वास्थ्य: आत्महत्या, हत्या वा आफूलाई चोट दिने, सनक वा मनोविकृतिको जोखिम जसमा तुरुन्तै चिकित्सा सावधानीको आवश्यकता पर्छ

आपतकालीन चिकित्सा अवस्था

आपतकालीन चिकित्सा अवस्था भनेको अति गम्भीरताका तीव्र लक्षणहरूले (गम्भीर पीडा लगायत) गर्दा हुने चिकित्सा अवस्था हो जसमा स्वास्थ्य तथा औषधिको बारेमा औसत ज्ञान भएको विवेकशील व्यक्तिमा तत्काल चिकित्सा ध्यान नपुग्ने अपेक्षा गर्न सकिन्छ जसकारण निम्नमध्ये कुनै पनि कुरा हुन सक्छ: व्यक्तिको स्वास्थ्य (वा, गर्भवती महिलाको सन्दर्भमा, महिलाको वा उनको अजन्मिएको बच्चाको स्वास्थ्य) गम्भीर जोखिममा राख्न; शारीरिक कार्यहरूको गम्भीर हानी; वा शरीरको कुनै पनि शारीरिक अंग वा भागको गम्भीर अस्थिरता।

पोस्ट-स्टेबिलाइजेसन सेवाहरू

पोस्ट-स्टेबिलाइजेसन हेरचाह सेवाहरू" भनेको आपतकालीन चिकित्सा अवस्थासँग सम्बन्धित कभर गरिएका सेवाहरू हो जसलाई उपचार गर्ने प्रदायकले आपतकालीन चिकित्सा अवस्था स्थिर गरिसकेपछि उक्त अवस्था कायम राख्नका लागि वा 42 C.F.R. 422.113 (अक्टोबर 1, 2019) सदस्यको अवस्था सुधार गर्न वा समाधान गर्न।

तपाईंले आपतकालीन सेवाहरू लिनुअघि UnitedHealthcare Community Plan लाई सम्पर्क गरेर अनुमति लिनु पर्दैन। आपतकालीन सेवाहरूलाई पूर्व प्रमाणीकरण आवश्यक पर्दैन। आपतकालीन अवस्था आइपरेमा, **911** मा फोन गर्नुहोस् वा नजिकको आकस्मिक कक्ष (ER) वा अन्य उपयुक्त हेरचाह क्षेत्रमा जानुहोस्।

तपाईं आकस्मिक कक्षमा जाने कि नजाने भनेर निश्चित हुनुहुन्न भने, आफ्नो प्राथमिक स्याहार प्रदायकलाई वा 24/7 NurseLine सेवालाई 1-800-542-8630 (TTY 1-800-855-2880) मा फोन गर्नुहोस्। तपाईंको PCP वा 24/7 NurseLine प्रतिनिधिले तपाईंलाई तपाईंको चिकित्सा समस्याबारे बताउन सक्नुहुन्छ र तपाईंले के-के गर्नुपर्छ भने सुझाव दिन सक्नुहुन्छ।

तपाईंलाई आपतकालीन सेवाहरूको आवश्यकता भएमा, निम्न कुराहरू सम्झनुहोस्:

- नजिकको अस्पतालमा रहेको आकस्मिक कक्षमा वा अन्य उपयुक्त क्षेत्रमा जानुहोस्। उहाँहरूलाई तपाईं UnitedHealthcare Community Plan को सदस्य हो भनेर बताउनुहोस् र आफ्नो UnitedHealthcare Community Plan को सदस्य आइडी कार्ड देखाउनुहोस्।
- प्रदायकले तपाईंको आपतकालीन अवस्थाको उपचार गर्नुहुन्छ, तपाईंको आपतकालीन समस्याको उपचार गर्न अरू चिकित्सा हेरचाहको आवश्यकता छ जस्तो लाग्छ भने, उहाँले UnitedHealthcare Community Plan मा फोन गर्नुपर्छ
- आपतकालीन अवस्था नियन्त्रणमा आउँदा बित्तिकै तपाईंले आफ्नो प्राथमिक स्याहार प्रदायकलाई फोन गर्नु पर्ने हुन्छ
- अस्पतालले तपाईंलाई बस्न भनेमा, कृपया 24 घण्टाभित्र UnitedHealthcare Community Plan लाई फोन गर्न नबिर्सनुहोस्

आकस्मिक चोट वा बिरामी (प्रत्यासन)

तपाईंले अर्को व्यक्ति वा व्यवसायका कारण भएको चोटपटक वा रोगका लागि चिकित्सकलाई देखाउनु परेमा सदस्य सेवा विभागलाई फोन गरेर हामीलाई थाहा दिनुपर्छ। जस्तै, तपाईं कार दुर्घटनामा परेर वा कुकुरले टोकेर चोट लागेको छ भने वा पसलमा लोटेर चोट लागेको छ भने तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको हेरचाह वा सेवाको खर्च अर्को बीमा कम्पनीले बेहोर्न पर्ने हुन सक्छ। हामीलाई फोन गरेर गल्ती गरेको व्यक्तिको नाम, उहाँको बीमा कम्पनी र कुनै वकील संलग्न भएमा वकीलको नाम पनि दिनुहोस्।

अन्य स्वास्थ्य बीमा (लाभको समन्वय – COB)

तपाईं वा तपाईंको कोही परिवारसँग अर्को कम्पनीको स्वास्थ्य बीमा छ भने सदस्य सेवा विभागमा र आफ्नो काउण्टी मामिलाकर्तालाई फोन गरेर बीमाको बारेमा बताउनुपर्छ। जस्तै, तपाईं काम गर्नुहुन्छ र स्वास्थ्य बीमा छ भने वा तपाईंको बालबालिकाको अर्को अभिभावकले बनाएको स्वास्थ्य बीमा छ भने तपाईंले सदस्य सेवा विभागमा फोन गरेर उक्त जानकारी दिनुपर्छ। तपाईंले पहिले रिपोर्ट गरेको स्वास्थ्य बीमा हराएको छ भने पनि सदस्य सेवा र आफ्नो काउण्टी मामिलाकर्तालाई फोन गर्नुपर्छ। हामीलाई यो जानकारी दिनुभएन भने हेरचाह लिन र मेडिकल बिलहरूको भुक्तानी गर्न समस्या पर्न सक्छ।

बीमा हराएको सूचना (मान्य कभरेजको प्रमाणपत्र)

जब-जब तपाईंले स्वास्थ्य बीमा हराउनुहुन्छ, तब-तब आफ्नो पुरानो बीमा कम्पनीबाट मान्य कभरेजको प्रमाणपत्र भन्ने सूचना प्राप्त गर्नुहुन्छ। तपाईंसँग अहिले बीमा छैन भनेर यो सूचनामा लेखेको छ। तपाईंलाई आफ्ना रेकर्डहरू राख्नका लागि पछि यस सूचनाको प्रतिलिपि माग्न सकिने हुनाले यसको प्रतिलिपि राख्नुपर्छ।

Medicaid पात्रता गुमाउनु भयो

तपाईं काउन्टी रोजगार तथा परिवार सेवा विभागसँग रहेको अपोइन्टमेन्टमा गइरहनुपर्छ। तपाईं त्यहाँ जानुभएन भने वा उहाँहरूले मागेको जानकारी दिनुभएन भने आफ्नो Medicaid योग्यता गुमाउन सक्नुहुन्छ। यस्तो भयो भने UnitedHealthcare Community Plan लाई Medicaid सदस्यको रूपमा तपाईंको सदस्यता रोक्न लगाइने छ र UnitedHealthcare Community Plan ले तपाईंको खर्च कभर गर्ने छैन।

MCP सदस्यताको स्वचालित नवीकरण

तपाईंले आफ्नो Medicaid योग्यता गुमाउनुभयो तर 90 दिनभित्र यो फेरि सुरु भयो भने तपाईं स्वचालित रूपमा फेरि UnitedHealthcare Community Plan को सदस्य बन्नु हुने छ।

आफ्नो MCP सदस्यता समाप्त गर्ने

व्यवस्थित हेरचाह संगठनको सदस्यको रूपमा, तपाईंले कुनै पनि समयमा आफ्नो सदस्यता समाप्त गर्न पाउने अधिकार छ। तपाई वार्षिक खुल्ला भर्ना महिनाको समयमा पहिलो तीन महिना (90 दिन) वा कम्तिमा प्रत्येक 12 महिनामा एकचोटि आफ्नो सदस्यता समाप्त गर्न छनौट गर्न सक्नुहुन्छ। Ohio Department of Medicaidले तपाईंलाई तपाईंको वार्षिक खुला भर्ना महिना कहिले हुने छ भनेर बताउन मेलमा केहि पठाउने छ। तपाईं अनिवार्य भर्ना क्षेत्रमा रहेमा, तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्य हेरचाह सेवाहरू कभर गर्नका लागि अर्को व्यवस्थित हेरचाह संगठन छनौट गर्नुपर्ने छ।

तपाईंले आफ्नो सदस्यता आफ्नो सदस्यता लिएको पहिलो तीन महिनामा वा खुला भर्नाको महिनामा समाप्त गर्न चाहनुहुन्छ भने, तपाईंले 1-800-324-8680 मा Medicaid हटलाइनमा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। TTY 711. तपाईंले Medicaid हटलाइन वेबसाइट **www.ohiomh.com** मा गएर अनलाइन अनुरोध पेस गर्न पनि सक्नुहुन्छ। तपाईंले महिनाको अन्तिम 10 दिन अघि फोन गरेमा, तपाईंको सदस्यता अर्को महिनाको पहिलो दिन समाप्त हुने छ। तपाईंले यो समय पछि फोन गरेमा, तपाईंको सदस्यता अर्को महिनाको पहिलो दिनसम्म समाप्त हुने छैन। यदि तपाईंले अर्को व्यवस्थित हेरचाह संस्था रोज्नुभयो भने, तपाईंको नयाँ व्यवस्थित हेरचाह संगठनले तपाईंको सदस्यता सुरु हुने मितिभन्दा पहिले मेलमा जानकारी पठाउने छ।

नयाँ योजना छनोट गर्दा

तपाईं आफ्नो सदस्यतालाई अर्को व्यवस्थित हेरचाह संगठन (MCO) मा परिवर्तन गर्नका लागि समाप्त गर्ने बारे सोच्दै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्ना छनोटहरूका बारेमा जान्नुपर्छ, विशेष गरी यदि तपाईं आफ्ना हालका प्रदायक(हरू) लाई राख्न चाहनुहुन्छ कि चाहनुहुन्न भनेर जान्नुपर्छ। सम्झिनुहोस्, प्रत्येक MCO सँग नेटवर्कमा रहेका डाक्टर र अस्पतालहरूको आफ्नै सूची छ। थप रूपमा, प्रत्येक MCO सँग लिखित जानकारी छ जसले यसले प्रदान गर्ने लाभहरू र यसमा भएका नियमहरू बताउँछ। यदि तपाईं एक व्यवस्थित हेरचाह संगठनका बारेमा लिखित जानकारी चाहनुहुन्छ जसमा तपाईं सामेल हुन सोच्दै हुनुहुन्छ वा तपाईंसँग MCO का बारेमा प्रश्नहरू मात्र छन् भने, तपाईं या त योजनामा फोन गर्न सक्नुहुन्छ वा 1-800-324-8680; TTY 1-800-292-3572 मा Medicaid हटलाइनमा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले Medicaid हटलाइन वेबसाइट **www.ohiomh.com** मा गएर आफ्नो क्षेत्रका MCO हरूका बारेमा जानकारी पत्ता लगाउन पनि सक्नुहुन्छ।

सदस्यता समाप्तिको कारण मात्र भएमा

कहिलेकाहीँ त्यहाँ एक विशेष कारण हुन सक्छ जुन तपाईंले योजनाको साथ आफ्नो सदस्यता समाप्त गर्न आवश्यक छ। यसलाई "उचित कारणको" सदस्यता समाप्ति भनिन्छ। खुला भर्ना र भर्नाको पहिलो तीन महिना बाहिरको अवधिहरूमा उचित कारणका अनुरोधहरू लागू हुन्छन्। उचित कारणको सदस्यता समाप्तिका बारेमा सोध्नका लागि, तपाईंले पहिले UnitedHealthcare Community Plan सामुदायिक योजनामा फोन गर्न सक्नुहुन्छ र हामीलाई समस्या समाधान गर्ने एक मौका दिन सक्नुहुन्छ। हामीले समस्या समाधान गर्न नसकेमा, तपाईंसँग निम्न कारणहरूमध्ये कुनै एक छ भने तपाईंले कुनै पनि समयमा उचित कारणको समाप्तिका लागि सोध्न सक्नुहुन्छ:

1. तपाईँ सर्दै हुनुहुन्छ र तपाईको हालको MCO उपलब्ध छैन जहाँ तपाई अहिले बस्नुहुन्छ र तपाईको MCO सदस्यता समाप्त हुनु अघि तपाईको नयाँ क्षेत्रमा गैर-आकस्मिक चिकित्सा हेरचाह चाहिन्छ।
2. तपाईंको हालको MCO ले नैतिक वा धार्मिक आपत्तिको लागि, तपाईंलाई आवश्यक पर्ने चिकित्सा सेवा कभर गर्दैन।

3. तपाईंको डाक्टरले तपाईंलाई आवश्यक पर्ने केही चिकित्सा सेवाहरू एकै समयमा प्राप्त गर्नुपर्छ र सेवाहरू सबै MCO नेटवर्कमा छैनन् भनी बताउनुभएको छ।
4. तपाईंले गुणस्तरीय हेरचाह प्राप्त गरिरहनुभएको छैन र तपाईंलाई चाहिने सेवाहरू युUnitedHealthcare Community Plan नेटवर्कमा अर्को प्रदायकबाट उपलब्ध छैनन् भन्ने चिन्ता छ।
5. तपाईसँग मेडिकल रूपमा आवश्यक Medicaid-कभर सेवाहरूमा पहुँच छैन वा तपाइँको विशेष स्वास्थ्य हेरचाह आवश्यकताहरू पूरा गर्न अनुभवी प्रदायकहरूमा पहुँच छैन।
6. तपाईले रोजेको PCP अब तपाईको UnitedHealthcare Community Plan को नेटवर्कमा छैन र तपाईको भाषा बोल्ने एकमात्र इन-नेटवर्क PCP थियो र तपाईबाट उचित दूरी भित्र रहेको थियो; वा अर्को योजनाको नेटवर्कमा PCP छ जसले तपाईंबाट उचित दूरीमा रहेको भाषा बोल्छ र तपाइँलाई एक बिरामीको रूपमा स्वीकार गर्नेछ।
7. यदि तपाइँ तपाइँको हालको व्यवस्थित हेरचाह योजनामा सदस्यको रूपमा रहनु तपाइँको लागि हानिकारक छ र तपाइँको सर्वोत्तम हितमा छैन भन्ने लाग्छ भने।

तपाईंले Medicaid हटलाइनलाई 1-800-324-8680 मा फोन गरेर Just Cause को लागि आफ्नो सदस्यता समाप्त गर्न अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ; TTY 1-800-292-3572। Ohio Department of Medicaid तपाइँको अनुरोधको समीक्षा गर्नेछ र तपाइँले उचित कारण भेट्नुहुन्छ कि भनेर निर्णय गर्नेछ। Ohio Department of Medicaidले तपाईंको सदस्यता समाप्त गर्ने र तपाईंको सदस्यता समाप्त हुने मितिबारे बताउनको लागि तपाईंले मेलमा एउटा पत्र प्राप्त गर्नुहुनेछ। यदि तपाइँ अनिवार्य नामांकन क्षेत्रमा बस्नुहुन्छ भने, Ohio Department of Medicaidले तपाइँलाई फरक नबनाएसम्म तपाइँले तपाइँको स्वास्थ्य हेरचाह प्राप्त गर्न अर्को योजना छनोट गर्नुपर्नेछ। यदि तपाइँको न्यायोचित कारण अनुरोध अस्वीकार गरियो भने, Ohio Department of Medicaidले तपाइँलाई जानकारी पठाउनेछ जसले तपाइँको राज्यको सुनुवाईको निर्णयलाई अपील गर्ने अधिकारको व्याख्या गर्दछ।

तपाईंले आफ्नो सदस्यता समाप्त गर्नुभयो भने ध्यानमा राख्नु पर्ने कुराहरू

यदि तपाइँले तपाइँको सदस्यता समाप्त गर्न माथिका कुनै पनि चरणहरू पालना गर्नुभएको छ भने, सम्झनुहोस्:

- UnitedHealthcare Community Planका डाक्टरहरू र अन्य प्रदायकहरू प्रयोग गर्न जारी राख्नुहोस् जबसम्म तपाईं आफ्नो नयाँ स्वास्थ्य योजनाको सदस्य हुनुहुन्न वा नियमित Medicaid मा फर्कनुहुन्न
- यदि तपाईंले नयाँ MCO रोज्नुभएको छ र नयाँ योजनाको सदस्य भएको महिनाको पहिलो दिन अघि सदस्य आइडी कार्ड प्राप्त गर्नुभएको छैन भने, UnitedHealthcare Community Plan को सदस्य सेवालाई विभागमा कल गर्नुहोस्। यदि तिनीहरूले तपाईंलाई मद्दत गर्न असमर्थ छन् भने, Medicaid हटलाइनलाई 1-800-324-8680 मा कल गर्नुहोस्; TTY 1-800 292-3572।
- यदि तपाईंलाई नियमित Medicaid कार्डमा फर्कन अनुमति दिइयो र तपाईंले नयाँ Medicaid कार्ड प्राप्त गर्नुभएको छैन भने, आफ्नो काउन्टी केसवर्करलाई कल गर्नुहोस्
- यदि तपाईंले नयाँ MCO छनोट गर्नुभएको छ र कुनै पनि मेडिकल भ्रमणहरू तय गरिएको छ भने, कृपया आफ्नो नयाँ योजनालाई कल गर्नुहोस् कि यी प्रदायकहरू नयाँ योजनाको प्रदायक नेटवर्कमा छन् र कुनै पनि आवश्यक कागजी कार्यहरू पूरा भइसकेका छन्। तपाईंले आफ्नो नयाँ योजनालाई कहिले कल गर्नुपर्छ भन्ने केही उदाहरणहरू समावेश छन्: **जब तपाइँसँग नयाँ डाक्टर, शल्यक्रिया, रगत परीक्षण वा एक्स-रे निर्धारित समय र विशेष गरी यदि तपाइँ गर्भवती हुनुहुन्छ भने।**
- यदि तपाईंलाई नियमित Medicaid मा फर्कन अनुमति दिइयो र कुनै पनि चिकित्सा भ्रमणहरू निर्धारित भएमा, कृपया प्रदायकहरूलाई कल गर्नुहोस् कि उनीहरूले नियमित Medicaid कार्ड लिनेछन्

सदस्यता समाप्तिको कारण मात्र हो

तपाईं व्यवस्थित हेरचाह संगठन (MCO) को सदस्य नहुनेमा चयन गर्न सक्नुहुन्छ यदि:

- तपाईं संघीय रूपमा मान्यता प्राप्त इंडियन जनजातिको सदस्य हुनुहुन्छ, तपाईंको उमेरको पर्वाह नगरी
- तपाईं Ohio डिपार्टमेन्ट अफ डेभलपमेन्ट डिसेबिलिटीज मार्फत घर र समुदायमा आधारित छुट सेवाहरू प्राप्त गर्ने व्यक्ति हुनुहुन्छ

यदि तपाइँ विश्वास गर्नुहुन्छ कि तपाइँ वा तपाइँको बच्चाले माथिको कुनै पनि मापदण्ड पूरा गर्नुहुन्छ र व्यवस्थित हेरचाह संस्थाको सदस्य हुन चाहनुहुन्न भने, तपाइँ Medicaid हटलाइनलाई 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572) मा कल गर्न सक्नुहुन्छ। यदि तपाइँ माथिको मापदण्डहरू पूरा गर्नुहुन्छ र MCO सदस्य हुन चाहनुहुन्न भने, तपाइँको सदस्यता समाप्त हुनेछ।

बहिष्कारहरू – Medicaid MCO मा सामेल हुन अनुमति नभएका व्यक्तिहरू।
तपाईंलाई Medicaid व्यवस्थित हेरचाह संगठन (MCO) मा सामेल हुन अनुमति दिइने छैन यदि तपाईं:

- Medicaid र Medicare कार्यक्रमहरू अन्तर्गत दोहोरो रूपमा योग्य;
- संस्थागत (नर्सिङ होममा र वयस्क विस्तार कोटि अन्तर्गत योग्य छैनन्, दीर्घकालीन हेरचाह सुविधा, बौद्धिक असक्षमता भएका व्यक्तिहरूको लागि मध्यवर्ती हेरचाह सुविधा (ICF/IID), वा कुनै अन्य प्रकारको संस्था); वा
- Medicaid छूट सेवाहरू प्राप्त गर्दै र वयस्क विस्तार कोटि अन्तर्गत योग्य छैनन्।

  * यदि तपाइँ वयस्क विस्तार कोटि अन्तर्गत Medicaid को लागी योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाइँले व्यवस्थित हेरचाह संगठन मार्फत तपाइँको नर्सिङ होम सेवाहरू प्राप्त गर्नुहुनेछ। थप रूपमा, छूट सेवाहरूको लागि स्वीकृत वयस्क विस्तार सदस्यहरू व्यवस्थित हेरचाह संगठनमा रहनेछन्।

यदि तपाईंलाई लाग्छ कि तपाईं माथिका कुनै पनि मापदण्डहरू पूरा गर्नुहुन्छ र व्यवस्थित हेरचाह संगठनको सदस्य हुनुहुँदैन, भने तपाईंले Medicaid हटलाइनमा 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572) मा कल गर्नुपर्छ। तपाईंले यदि माथिका मापदण्डहरू पूरा गरेमा तपाईंको MCO सदस्यता खारेज हुनेछ।

के UnitedHealthcare Community Planले मेरो सदस्यता समाप्त गर्न सक्छ?

UnitedHealthcare Community Planले Ohio Department of Medicaidलाई निश्चित कारणहरूका लागि तपाईंको सदस्यता समाप्त गर्न अनुरोध गर्न सक्छ। Ohio Department of Medicaid तपाईंको सदस्यता समाप्त हुनु अघि अनुरोधलाई ठीक गर्नुपर्छ।

UnitedHealthcare Community Plan तपाईंको सदस्यता समाप्त गर्न सोध्न सक्ने कारणहरू हुन्:

- UnitedHealthcare Community Plan आइडी कार्डको ठगी वा दुरुपयोगको लागि
- तपाईंले वा अन्य सदस्यहरूलाई सेवाहरू प्रदान गर्ने MCO को क्षमतालाई असर गर्ने हदसम्म विघटनकारी वा असहयोगी व्यवहारको लागि

UnitedHealthcare Community Plan हाम्रा सदस्यहरूलाई सेवाहरू प्रदान गर्दछ किनभने UnitedHealthcare Community Planले Ohio Department of Medicaidसँग गरेको सम्झौता। तपाईं Ohio Department of Medicaid मा सम्पर्क गर्न चाहनुहुन्छ भने तपाईं निम्नमा फोन गर्न वा लेखेर पठाउन सक्नुहुन्छः

Ohio Department of Medicaid
Office of Managed Care
Bureau of Managed Care Compliance and Oversight
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709

फोन: 1-800-324-8680
TTY: 1-800-292-3572

तपाईं **www.medicaid.ohio.gov** मा रहेको वेबबाट Ohio Department of Medicaid को वेबसाइट पनि जान सक्नुहुन्छ।

UnitedHealthcare Community Plan संरचना र सञ्चालन र हामीले हाम्रा प्रदायकहरूलाई कसरी भुक्तान गर्छौं लगायतका अन्य जानकारी प्राप्त गर्न तपाईंले UnitedHealthcare Community Plan लाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ। यदि तपाईले हामीलाई परिवर्तन गर्नुपर्ने कुराहरू बारे बताउन चाहनुहुन्छ भने, कृपया **1-800-895-2017,** TTY **711** मा सदस्य सेवा विभागलाई कल गर्नुहोस्।

Medicaid सेवाहरूको तालिका

UnitedHealthcare Community Plan ले समेट्ने सेवाहरू

UnitedHealthcare Community Plan सदस्यको रूपमा, तपाईंले सहभुक्तानी आवश्यक पर्ने सेवाहरू बाहेक चिकित्सा रूपमा आवश्यक Medicaid कभर गरिएका सबै सेवा नि: शुल्क प्राप्त गर्न जारी राख्नु हुने छ। चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक भनेको चिकित्सा अवस्थालाई रोक्न, निदान गर्न वा उपचार गर्ने सेवाहरू चाहिन्छ।

यदि तपाईंसँग आफ्ना सुविधाहरूको बारेमा कुनै प्रश्नहरू छन् भने, कृपया आफ्नो PCP सँग कुरा गर्नुहोस् वा सदस्य सेवाहरूलाई **1-800-895-2017,** TTY **711** मा कल गर्नुहोस्। तपाईं पनि **myuhc.com/CommunityPlan** मा साइन इन गर्न सक्नुहुन्छ र "लाभहरू" अन्तर्गत खोज्नुहोस् वा आफ्ना फाइदाहरू बारे थप जान्नको लागि UnitedHealthcare एप प्रयोग गर्नुहोस्।

सेवा	कभरेज
केही अवस्थाहरूको उपचार गर्न एक्यूपंक्चर	टाउको दुखाइ र तल्लो ढाड दुखाइ को दुखाइ व्यवस्थापन को लागी कभर। चिकित्सा रूपमा आवश्यक नभएसम्म त्यहाँ 30-भ्रमण सीमा छ।
सदस्य सेवाहरूः	कभर गरिएको
एम्बुलेन्स र ह्वीलचेयर भ्यान यातायात	नेटवर्क भित्र र बाहिर दुवै आपतकालीन अवस्थाहरूको लागि कभर।

सेवा	कभरेज
व्यवहारिक स्वास्थ्य सेवाहरू, मानसिक स्वास्थ्य र पदार्थ प्रयोग विकार उपचार	कभर गरिएको; योग्य केन्द्र/प्रदायक खोज्न सदस्य सेवाहरूलाई कल गर्नुहोस् वा Ohio मानसिक स्वास्थ्य तथा लत सेवा विभाग (OhioMHAS) द्वारा प्रमाणित सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य केन्द्र वा प्रमाणित उपचार केन्द्रमा सिधै आफैंलाई सिफारिस गर्नुहोस्। **24-घण्टा व्यवहारिक स्वास्थ्य संकट रेखासँग कसरी सम्पर्क गर्ने** यदि तपाईं संकटमा हुनुहुन्छ भने हामीलाई कल गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं तुरुन्तै कसैसँग कुरा गर्न सक्नुहुन्छ र हामी तपाईंलाई आवश्यक हेरचाह प्राप्त गर्न मद्दत गर्न सक्छौं। बस हाम्रो 24-घण्टा व्यवहारिक स्वास्थ्य संकट रेखामा कल गर्नुहोस् 877-542-9236। यो कल निःशुल्क छ। व्यवहार स्वास्थ्य संकट रेखा दिनको 24 घण्टा, हप्ताको 7 दिन, वर्षको 365 दिन उपलब्ध छ। ओपियोइड उपचार कार्यक्रमहरू: जसमा सबक्सोन, बुप्रेनोर्फिन र मेथाडोन सहितको चिकित्सा सहायता प्राप्त उपचार (MAT) समावेश छ। • 18 वर्ष र सोभन्दा बढी उमेर भएका सदस्यहरूका लागि दृढ सामुदायिक उपचार (ACT) जाँच सेवाहरू • सघन गृहमा आधारित उपचार (IHBT)। यो सेवा 18 वर्ष र सोभन्दा मुनिका व्यक्तिहरूका लागि हो; तापनि, केही परिस्थितिहरूमा 18-21 वर्ष उमेर समूहका सदस्यहरूलाई उपलब्ध हुन सक्छ। • आवासीय तथा आंशिक अस्पताल भर्ना सेवाहरू सहितका व्यापक रूपमा लतको उपचार
प्रमाणित नर्सका प्रसाविका सेवाहरू	कभर गरिएको
प्रमाणित नर्सका व्यावसायिक सेवाहरू	कभर गरिएको
किमोथेरापी सेवाहरू	कभर गरिएको
चिरोप्राक्टिक (ब्याक) सेवाहरू	कभर गरिएको; 21 वर्ष मुनिका सदस्यहरूका लागि चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक नभएसम्म प्रति पात्रो वर्ष 30 भ्रमणहरू। 21 वर्ष र माथिका सदस्यहरूको लागि प्रति क्यालेन्डर वर्ष 15 पटक भ्रमण।
दन्त सेवाहरू	कभर गरिएको; प्रति पात्रो वर्षमा दुईवटा परीक्षणहरू र दुईचोटि दाँतको सफाई, एक्स-रे, दाँत भर्ने, सामान्य दाँतको निष्कासन, पूर्ण तथा आंशिक कृत्रिम दन्तलहर, सामान्य एनेस्थेसिया र एन्टेरियर (अगाडिका दाँत) रूट क्यानल्स। केही प्रक्रियाहरूलाई पूर्व स्वीकृति चाहिन्छ।

सेवा	कभरेज
जन्मदेखि 6 वर्षसम्मका बालबालिकाका लागि विकासात्मक थेरापी सेवाहरू	कभर गरिएको; पूर्व स्वीकृति आवश्यक हुनसक्छ।
निदान सेवाहरू (एक्स-रे, प्रयोगशाला)	कभर गरिएको; समान प्रदायकका साथ निदान र प्रयोगशाला परीक्षण कभर गरिएको। केही परीक्षणहरूलाई पूर्व स्वीकृति चाहिन सक्छ।
प्रसाविका सेवाहरू	कभर गरिएको
किफायती चिकित्सा उपकरण (उदाहरणका लागि स्तनपान पम्प, स्तनपान दूध भण्डारण झोला, हिड्नका लागि सहायता, रक्तचाप)	$500 भन्दा कम पर्ने DME धेरैजसो वस्तुहरू एक सहभागी विक्रेतालाई एक प्रिस्क्रिप्शनका साथ कभर गरिने छ। • बहिष्करणहरू लागू हुन्छन्, DME प्रमाणीकरण ग्रिडलाई हेर्नुहोस्। नक्कली कपालहरू कभर गरिएका सेवामा छैनन्। – नेटवर्क-भित्र: DME को रूपमा कभर गरिएका स्तनपान पम्पहरू। नेटवर्कमा रहेका DME प्रदायकहरूका लागि कुनै स्वीकृति आवश्यक छैन। – नेटवर्क बाहिर: स्वीकृति चाहिन्छ।
आपतकालीन सेवाहरू	कभर गरिएको; चिकित्सा समस्याका लागि सेवाहरू जुन तपाईंलाई यति गम्भीर लाग्छ कि यसलाई कुनै डाक्टरद्वारा तुरुन्तै उपचार गर्नुपर्छ।
परिवारिक योजना सेवा तथा आपूर्तिहरू	कभर गरिएको
संघीय स्तरमा योग्य स्वास्थ्य केन्द्र (FQHC) र ग्रामीण स्वास्थ्य क्लिनिक (RHC) सेवाहरू	कभर गरिएको
पृथक जन्म केन्द्रमा पृथक जन्म केन्द्र सेवाहरू	Ohio मा योग्यतापूर्ण क्लिनिक पत्ता लगाउनका लागि सदस्य सेवाहरूलाई फोन गर्नुहोस्।
स्त्री रोगसम्बन्धी सेवाहरू (OBGYN)	कभर गरिएको
गृह स्वास्थ्य सेवाहरू	कभर गरिएको; पूर्व प्राधिकरण आवश्यक हुन सक्छ।

सेवा	कभरेज
मरणासन्न बिरामीका अस्पताल सेवा	कोठा र बोर्डको लागि पूर्व स्वीकृति आवश्यक छ।
अन्तरंग बिरामी अस्पताल सेवाहरू	ऐच्छिक प्रवेशहरूका लागि पूर्व स्वीकृति आवश्यक छ।
मातृत्व हेरचाह - जोखिममा रहेका गर्भावस्था सेवाहरू सहित प्रसवपूर्व र प्रसवोत्तर	कभर गरिएको
चिकित्सा पोषण थेरापी (MNT) सेवाहर	कभर गरिएको
चिकित्सा आपूर्तिहरू	कभर गरिएको; पूर्व प्राधिकरण आवश्यक हुन सक्छ।
नर्सिङ सुविधा सेवाहरू	Ohio Department of Medicaidले सदस्यले सेवाका-लागि-शुल्क Medicaid मा फर्किने छ भनेर निर्धारण नगरेसम्म योजनाले सदस्यहरूका लागि बसाइलाई कभर गर्ने छ र सदस्यलाई नर्सिङ सेवाहरू चाहिएमा, उनीहरूले उपलब्ध प्रदायकहरूसम्बन्धी जानकारीका लागि योजनालाई फोन गर्नुपर्छ।
बहिरंग बिरामी अस्पताल सेवाहरू	कभर गरिएको
फार्मासिस्ट सेवाहरू: प्रदायक-प्रशासित औषधिहरू (अन्य सबै फार्मेसी सेवाहरू ODM को अनुबन्धित एकल फार्मेसी बेनिफिट म्यानेजर (SPBM) द्वारा कभर गरिएका छन्	कभर गरिएको
शारीरिक तथा व्यावसायिक थेरापी	कभर गरिएको

सेवा	कभरेज
रोजगारीका लागि वा रोजगार प्रशिक्षण कार्यक्रमहरूमा सहभागी हुनका लागि आवश्यक शारीरिक परीक्षण	परीक्षा अर्को स्रोतद्वारा नि: शुल्क प्रदान गरिएको छैन भने कभर गरिएको छ।
चिकित्सक सेवाहरू	कभर गरिएको
पादचिकित्सा (खुट्टासम्बन्धी) सेवाहरू	नेटवर्कभित्र कभर गरिएको — भ्रमणहरूका लागि कुनै पूर्व स्वीकृति आवश्यक पर्दैन, निश्चित प्रक्रियाहरूलाई पूर्व स्वीकृति चाहिन सक्छ। गोल्ड स्टार पीसीपीहरू — पूर्व स्वीकृति आवश्यक छैन।
निवारक म्यामोग्राम, स्तन क्यान्सर र पाठेघरको मुखको क्यान्सर स्क्रिनिङहरू	कभर गरिएको
प्राथमिक हेरचाह प्रदायक सेवाहरू	कभर गरिएको
निजी डिउटी नर्सिङ सेवाहरू	कभर गरिएको
रेडियोलोजी (MRI, CT र परमाणु अध्ययन)	कभर गरिएको; पूर्व प्राधिकरण आवश्यक हुन सक्छ।
मृगौलाको डायलासिस (मृगौला रोगसम्बन्धी सेवाहरू)	कभर गरिएको

सेवा	कभरेज
राहत सेवाहरू	कभर गरिएको: विश्राम लाभ योग्यताका मापदण्ड Ohio Department of Medicaid ले यस लाभको निम्ति नियमहरू बनाएको छ, जसमा निम्न समावेश रहेका छन्: • उवाउनी नि: शुल्क रुपमा मुख्य हेरचाह गर्ने व्यक्तीसँग घर वा अपार्टमेन्टमा बस्छन्। पालनपोषणमा रहेको छैन। • योजना हेरचाह प्रबन्धकसँग मिलेर काम गरिरहेको हुनुपर • साप्ताहिक रूपमा कम्तीमा एकपटक दक्ष सेवाको आवश्यकता पर्दछ • विश्राम गर्ने सेवाको अनुरोध गर्नु अघि कम्तीमा छ महिनासम्म साप्ताहिक रूपमा 14 घण्टा वा बढी पटक घरायसी स्वास्थ्य सहयोगी सेवाहरू लिएको हुनुपर्छ • यो सेवा 21 वर्षभन्दा कम उमेरका सदस्यहरूका लागि हो, जसलाई दीर्घकालीन LTC वा BH सेवाको आवश्यकता पर्दछ • 21 वर्ष र सोभन्दा बढी उमेर भएका सदस्यहरू: कभर गरिएको छैनो
राहत सेवाहर (जारि)	व्यवहारिक स्वास्थ्य राहत लाभको योग्यताको मापदण्ड: Ohio Department of Medicaid यस लाभका निम्ति निम्न नियमहरू बनाएको छ: • राहत सेवाको अनुरोध गरेको मितिको ठीक अघिका लगातार दुई महिनासम्म साप्ताहिक रूपमा कम्तीमा 14 घण्टा घरायसी स्वास्थ्य सहयोगी सेवाको आवश्यकता भएको हुनुपर्छ • सदस्यको LTSS वा व्यवहारिक स्वास्थ्य आवश्यकताका कारण, वा अस्पताल भर्ना, संस्थागत हेरचाह, वा घरबाहिर बसोबासको क्रियाकलाप रोक्नका लागि, सदस्यको हेरचाहकर्तालाई अस्थायी राहतको आवश्यकता हुन्छ • कार्यात्मक समस्याको कारणले हुने गम्भीर भावनात्मक समस्याको निदान हुनु पर्छ • आफु वा अरूलाई क्षति पुर्याउने तत्काल जोखिमको संकेत गर्ने लक्षणहरू वा व्यवहारहरू देखाइरहेको नहुनु
मोटोपनाको जांच र परामर्श	कभर गरिएको

सेवा	कभरेज
चिकित्सा अपाङ्गता भएका बालबालिकाहरूका लागि सेवा (शीर्षक V)	कभर गरिएको
खोपहर(प्रतिरक्षा)	कभर गरिएको
विशेषज्ञ सेवाहरू	अधिकांश अवस्थाहरुमा नेटवर्कमा-भित्र समावेश गरिएको
बोलचाल र सुनवाई सेवाहरू, जसमा श्रवण गर्ने यंत्र पनि समावेश हुन्छन्	कभर गरिएको
टेलिहेल्थ सेवाहरू	कभर गरिएको; धेरै बिमारी र चोटपटकका लागि टेलिहेल्थ मार्फत चिकित्सा र व्यवहारिक स्वास्थ्य पेशेवरहरू, सामान्य स्वास्थ्य अवस्था, अनुगमन भेटघाट र स्क्रिनिङहरू साथै औषधि(हरू)को सिफारिस।
तम्बाकू त्याग सेवाहरु	तम्बाकू त्याग परामर्श र तम्बाकलाई त्याग गर्नको लागि FDA द्वारा स्वीकृत गरिएका औषधिहरू समावेश छन् **Ohio टोव्याको कुइट लाइन** तम्बाकू सेवन छोड्न सहयोग प्रदान गर्न सक्ने एक इन्टेक विशेषज्ञय संग कुरा गर्नका लागि निःशुल्क नम्बर 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) मा कल गर्नुहोस्।
चश्मा पनि समावेश भएको दृष्टि (दृष्टिविज्ञान) सेवाहरू मा	सबै सदस्यहरूले प्रत्येक 12 महिनामा एकपटक आँखा परीक्षण प्राप्त गर्न सक्ने समावेश छन्। व्यक्तिहरूसँग $25 सम्मको खुद्रा फ्रेम भत्ता सहित चश्मा चयन गर्ने वा $150 सम्मको खुद्रा भत्ता सहित सम्पर्क लेंस चयन गर्ने विकल्प छ, जुन एकै पटकको किनमेलमा प्रयोग गर्नुपर्छ र यो लाभ प्रत्येक 12 महिनामा उपलब्ध हुन्छ।
21वर्षभन्दा कम उमेरका बालबालिकाका लागि स्वस्थ बच्चा (हेल्थचेक) परीक्षाहरू	कभर गरिएको; चिकित्सा, दृष्टि, दन्त, सुनुवाई, पोषण, विकास, र व्यवहारिक स्वास्थ्य परीक्षणहरू, खोपहरू (सुईहरू), स्वास्थ्य शिक्षा, र प्रयोगशाला परीक्षणहरू साथै अन्य उपचारका लागि अन्य हेरचाह वा जाँचद्वारा फेला परेका समस्याहरू वा अवस्थाहरू।
स्वास्थकर-वयस्क परीक्षणहरू पूरा गर्ने	कभर गरिएको

तपाईंको डाक्टरले UnitedHealthcare Community Plan उपयोग व्यवस्थापन विभागलाई 1-800-366-7304 मा फोन गरी केही सेवाहरूको स्वीकृति प्राप्त गर्नुपर्दछ।

यातायत

यदि तपाईंले कभर गरिएका स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न तपाईंको घरबाट 30 माइल वा बढी यात्रा गर्नुपर्ने हुन्छ भने, UnitedHealthcare Community Plan ले प्रदायकको कार्यालयमा र फर्कने यातायात प्रदान गर्नेछ। UnitedHealthcare Community Plan ले दूरीको पर्वाह नगरी कन एम्बुलेन्स वा ह्वीलचेयर भ्यान द्वारा आवश्यक सम्पूर्ण यातायात सेवाहरू पनि समावेश गर्दछ। यात्राको व्यवस्था गर्न वा सहायता प्राप्त गर्नको लागि (यदि यो अस्पतालबाट डिस्चार्जका लागि नभएको खण्डमा) कृपया सोमवारदेखि शुक्रबार सम्म बिहान 7:00 a.m.–7:00 p.m. **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा UnitedHealthcare मेम्बर सेवा मा कम्तीमा 48 घण्टा अगाडि कल गर्नुहोस्। अतिरिक्तमा, UnitedHealthcare Community Plan ले सोही दिन वा भोलिपल्टका आपतकालीन अपोइन्टमेन्टका लागि यातायात सुविधा प्रदान गर्दछ।

UnitedHealthcare Community Plan द्वारा प्रदान गरिएको यातायात सहयोगको अतिरिक्त, तपाईंले स्थानीय काउन्टी रोजगार र परिवार सेवा विभागको गैर-आपतकालीन यातायात (NET) कार्यक्रम मार्फत निश्चित सेवाहरूको लागि यातायात प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। NET सेवाहरूमा प्रश्नहरू वा सहायताका लागि तपाईंको रोजगार र परिवार सेवाको काउन्टी विभागलाई फोन गर्नुहोस्।

UnitedHealthcare का अतिरिक्त लाभहरू

अतिरिक्त लाभहरू

UnitedHealthcare Community Plan द्वारा आफ्ना सदस्यहरूलाई निम्न अतिरिक्त सेवाहरू र/वा सुविधाहरू पनि प्रदान गरिन्छ।

स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू

UnitedHealthcare Community Plan ले तपाईं र आफ्नो परिवारलाई स्वस्थ राख्नका लागि थुप्रै कार्यक्रमहरु र उपकरणहरू प्रदान गर्दछ, जसमा निम्न कार्यक्रमहरु समावेश छन्:

- धुम्रपान सेवन छोड्नका लागि मद्दत गर्ने कक्षाहरू
- गर्भावस्थामा गर्नुपर्ने हेरचाह र पालनपोषण कक्षाहरू
- पोषण कक्षाहरू
- स्वास्थ्य हेरचाह सम्झाउने सूचनाहरू

तपाईंको प्रदायकले तपाईंका लागि यी कार्यक्रममध्ये एक सिफारिस गर्न सक्छ। यदि तपाईं थप जानकारी चाहनुहुन्छ, वा आफ्नो नजिकको कार्यक्रम पत्ता लगाउन चाहनुहुन्छ भने, कृपया आफ्नो PCP सँग कुरा गर्नुहोस् वा सदस्य सेवामा **1-800-895-2017,** TTY **711मा कल गर्नुहोस्।**

स्वास्थ्यका लागि स्मार्ट उपकरणहरू

- सदस्यहरू **myuhc.com/CommunityPlan** मा गएर आफ्नो स्वास्थ्यको व्यवस्थापन गर्न सहयोग लिन सक्छन्। यो साइटले स्वास्थ्य इतिहास राख्नमा मद्दत गर्दछ। यसले उनीहरूको डाक्टरसँग मिलेर काम गर्ने बारेमा शिक्षा प्रदान गर्दछ। उनीहरूले भविष्यका भ्रमणहरू ट्र्याक गर्न पनि सक्दछन्।
- **Findhelp.org** — इन्टरनेटमा आधारित भएको एक कार्यक्रम। यो कार्यक्रम सदस्यहरूलाई उनीहरूको बसोबास स्थान नजिकका सेवाहरू पत्ता लगाउनको लागि मद्दत गर्दछ। आफ्नो ZIP कोडमा उपलब्ध खाद्य सहायता, बिल तिर्न मद्दत, र अन्य निःशुल्क वा कम मूल्यका कार्यक्रमहरू पत्ता लगाउनुहोस्।
- सदस्यको रूपमा, वा UnitedHealthcare सदस्यको अभिभावकको रूपमा, तपाईं **Pulsewrx's Wireless Lifeline Service** को निम्ति योग्य हुन सक्नुहुन्छ। योग्य सदस्यहरूले निःशुल्क मोबाइल फोन र इन्टरनेट सेवा योजना प्राप्त गर्नेछन्। **https: /www.mybenefitphone.com** मा गएर कार्यक्रमको निम्ति आवेदन दिनुहोस् वा थप जानकारी प्राप्त गर्नुहोस्। निःशुल्क मोबाइल स्वास्थ्य समर्थन प्राप्त गर्नको लागि तयार हुनुहोस्।

Live and Work Well
समर्थन र सुरक्षा प्राप्त

जब तपाईंलाई मद्दतको आवश्यकता पर्छ, तब कहाँ जानु पर्छ भन्ने जान्नु महत्त्वपूर्ण हुन्छ। हामी हाम्रा सदस्यहरूका लागि उपलब्ध छौं। मानसिक स्वास्थ्य विषयहरूमा सीधा कुराकानीका लागि **Liveandworkwell.com** मा गएर हेर्नुहोस्।

Healthy First Steps™

हाम्रो Healthy First Steps कार्यक्रमले आमा र बच्चा दुवैले उचित चिकित्सकीय हेरचाह प्राप्त गर्नु सुनिश्चित गर्दछ। सिर्फ दर्ता गर्दा तपईले $20.00 को उपहार कार्ड सहित कुल 8 पुरस्कारहरू जित्न सक्नुहुन्छ। हाम्रो गर्भावस्था पुरस्कार कार्यक्रममा साई अप गर्नुहोस्। प्रसवपूर्व, प्रसव, प्रसवोत्तर हेरचाहका साथै तपाई र तपाईंको बच्चाको लागि स्वस्थ सुझावहरू।

हामि मद्दत गर्नेछौ

- पोषण, स्वास्थता, र सुरक्षा सम्बन्धी उपयोगी सल्लाह प्राप्त गर्नुहोस्
- स्तनपान गर्ने आमा हरूको लागि साजसज्जा, जस्तै स्तनपम्पहरू आपूर्ति गर्नुहोस्
- एक डाक्टर वा नर्स सुडनी चयन गर्नुहोस्
- भेट र परीक्षणहरूको लागि तालिका व्यवस्था गर्नुहोस्।
- डाक्टरलाई भेट्नको लागि यातायात व्यवस्था गर्नुहोस्
- महिला, शिशु, र बालबालिका (WIC) सेवाहरू जस्ता समुदाय संसाधनहरूसँग जोडिनु होस्
- तपाईंको बच्चा जन्मिएपछि हेरचाह गर्नुहोस्
- तपाईंको (बच्चाको डाक्टर) पेडियाट्रिसियन चयन गर्नुहोस्
- परिवार नियोजन सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नुहोस्

सोमवार देखि शुक्रबार बिहान 8: 00 a.m.–5: 00 p.m सम्म हामीलाई टोल फ्री नम्बर **1-800-599-5985,** TTY **711,** मा कल गर्नुहोस्।

गर्भावस्थाको हेरचाह अगाडि नै सुरु गर्नु महत्त्वपूर्ण छ। भलै यो तपाईंको पहिलो बच्चा नभए पनि डाक्टरसंग सम्पूर्ण भेट गर्न जानुहोस।

वेल्हुप

https:/momandbaby.wellhop.com
आमा र बच्चालाई आमाहरूको समुदायसँग जोड्नको लागि।

दन्त

- दन्त सेवाका लागि कुनै बाह्य शुल्क लाग्दैन
- 21 वर्ष र माथिका लागि, प्रत्येक वर्ष एक थप परीक्षण गरिन्छ

अधिक जानकारीको लागि, सदस्य सेवा सँग सम्पर्क गर्नुहोस् **1-800-895-2017,** TTY **711।**

दृष्टि

- प्रत्येक वर्ष एक आँखा परीक्षण
- प्रत्येक क्यालेन्डर वर्षमा कण्ट्याक्ट लेंसको किनमेल र फिटिङका लागि $150.00 को भत्ता गर्नु हुन्छ

अधिक जानकारीको लागि, सदस्य सेवा सँग सम्पर्क गर्नुहोस् **1-800-895-2017,** TTY **711।**

यातायत

आवश्यक यातायातको अतिरिक्त, UnitedHealthcare Community Plan ले यी थप यातायात सेवाहरू निम्नमा प्रदान गर्दछ:

- गर्भावस्था, प्रसवपूर्व, प्रसवोत्तर, WIC अपोइन्टमेन्ट, नवजात शिशु सघन हेरचाह इकाई (NICU) र एक वर्ष मुनिका बच्चाहरूको लागि असीमित भ्रमणहरू।
- आपूर्तिकर्तासँगको भेटका लागि यात्रा गर्दा तपाईंलाई माइलिजको भुक्तानी फिर्ता गर्न सकिन्छ
- खाद्य स्रोतहरू पहुँच (गर्न, जस्तै खाद्य बैंक, खाद्य प्यान्ट्रीहरू, वा ग्याँस स्टोरहरूमा कर्भसाइड पिकअपको सुविधा, यातायात उपलब्ध छ)। (यो 15 राउन्ड ट्रिप वा 30 एकतर्फी ट्रिपको अधिकतम सीमा तर्फ गणना हुनेछ।)
- महत्वपूर्ण हेरचाह सेवाहरूको लागि थप अनलिमिटेड यात्रा अनुमत छन्, जसमा डायलसिस, कीमोथेरापी/रेडिएशन, घाउ हेरचाह, गर्भवतीसँग सम्बन्धित हेरचाह, र पदार्थ दुरुपयोग उपचार समावेश छन्। (यो 15 राउन्ड ट्रिप वा 30 एकतर्फी ट्रिपको अधिकतम सीमा तर्फ गणना हुनेछ।)

अधिक जानकारीको लागि, सदस्य सेवा सँग सम्पर्क गर्नुहोस् **1-800-895-2017,** TTY **711।**

आवास मार्गदर्शक

अस्थिर आवास भएका सदस्यहरूको आवास आवश्यकताहरू र प्राथमिकताहरू मूल्याङ्कन गरेर, योग्य आवास विकल्पहरू पहिचान गरेर, र आवास आवेदन प्रक्रिया मा सहयोग पुर्याएर समर्थन प्रदान गर्नु।

अधिक जानकारीको लागि, सदस्य सेवा सँग सम्पर्क गर्नुहोस् **1-800-895-2017,** TTY **711।**

खाना वितरण

- हाम्रो गर्भवती आमाहरूको लागि अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएपछि 14 दिनसम्म खाना वितरण गरिन्छ

अधिक जानकारीको लागि, सदस्य सेवा सँग सम्पर्क गर्नुहोस् **1-800-895-2017,** TTY **711।**

आफ्नो बाटोमा

http://www.uhcOMW.com
सदस्यहरूको लागि एकस्रोत जसले स्वतन्त्र जीवन यापनमा सर्न मद्दत गर्दछ।

टेलिहेल्थ

टेलिहेल्थ भनेको अडियो र/अथवा भिडियो मार्फत स्वास्थ्य सेवाहरूको प्रत्यक्ष आपूर्ति हो। तपाईंको अपोइन्टमेन्टको लागि अफिस जानुको सट्टा, तपाईं घरमै बसेर आफ्नो स्मार्टफोन, ट्याब्लेट, वा कम्प्युटरको माध्यमबाट आफ्नो मेडिकल र ब्याहेवियरल हेल्थ पेशेवरहरूसँग भेट गर्न र कुराकानी गर्न सक्नुहुन्छ। टेलिहेल्थ प्रयोग गर्नको लागि कुनै शुल्क लाग्दैन, र यसले यातायात सेवाको आवश्यकता र त्यसको तनावलाई हटाउँछ।

तपाईं टेलिहेल्थमार्फत विभिन्न रोग र चोटपटक, सामान्य स्वास्थ्य अवस्थाहरू, पछिल्लो अपोइन्टमेन्टहरू, स्क्रिनिङ्ग, र प्रेस्क्रिप्सनको लागि मेडिकल र ब्याहेवियरल हेल्थ पेशेवरहरूसँग परामर्श गर्न सक्नुहुन्छ।

उनीहरूले टेलिहेल्थ सेवा उपलब्ध गराउँछन् कि गराउँदैनन भनि तपाईंको प्रदायकसँग जाँच गर्नुहोस्।

अधिक जानकारीको लागि, सदस्य सेवा सँग सम्पर्क गर्नुहोस् **1-800-895-2017,** TTY **711।**

UnitedHealthcare® एप

UnitedHealthcare सामुदायिक योजनासँग नयाँ सदस्य एप छ। यसलाई UnitedHealthcare® एप भनिन्छ। यो एप Apple® वा Android® ट्याब्लेट र स्मार्टफोनहरूको लागि उपलब्ध छ। UnitedHealthcare ले निम्न कार्य गर्न सजिलो बनाउँछ:

- तपाईंको नजिकै रहेका चिकित्सक, ER वा आपतकालीन हेरचाह केन्द्र फेला पार्नुहोस्
- आफ्नो आइडी कार्ड हेर्नुहोस्
- आफ्नो हातेपुस्तिका पढ्नुहोस्
- तपाईंको लाभहरूका बारेमा सिक्नुहोस्
- सदस्य सेवाहरूमा सम्पर्क गर्नुहोस्

अब UnitedHealthcare एप निःशुल्क डाउनलोड गर्नुहोस्। तपाईं जुनसुकै ठाउँमा भए तापनि, तपाईंले जे चाहेपनि यसलाई आफ्नो स्वास्थ्य योजनासँग जोड्न प्रयोग गर्नुहोस्।

स्वस्थकरका पुरस्कारहरू

पछि आउने परिणामहरूको सामना गर्नु भन्दा पूर्वसावधानी उपायहरू लिनु अधिक प्रभावकारी हुन सक्छ। यसले महत्त्वपूर्ण इनामहरू पनि ल्याउन सक्छ। स्वास्थ्य लक्ष्यहरू पूरा गर्दा तपाईंलाई इनाम दिने कार्यक्रमहरूको जानकारी पाउनको लागि, तलको वेबसाइटमा जानुहोस्: स्वास्थ्य ईनाम अन्तर्गत **www.uhccommunityplan.com/oh**।

तपाईं वा आफ्नो बच्चाका लागि यस्ता चीजहरू गरेर उत्कृष्ट उपहारहरू कमाउनुहोस्:

- स्वास्थकर बच्चाका परीक्षणहरू पूरा गर्ने
- ल्याब परीक्षणहरू प्राप्त गर्ने
- निवारक हेरचाह र जाँचहरू
- खोपहरू

Dr. Health E. Hound® program

हामी हाम्रो मास्कट — Dr. Health E. Hound मा गर्व गर्छौं। Dr. Health E. Hound को लक्ष्य भनेको तपाईका बच्चाहरुलाई फिट र स्वस्थ रहनका लागि रमाइलो तरिकामा सिकाउनु हो। Dr. Health E. Hound लाई राज्यभर घुम्न र सबै उमेरका बच्चाहरूसँग भेट गर्न मन पर्छ। उनी बच्चाहरूलाई स्वस्थ खाना खाने र सक्रिय रहनको लागि सम्झाउन फ्लायर, पोस्टर, स्टिकर, र रंगिन पुस्तकहरू वितरण गर्न मन पराउँछन्। स्वस्थ रहनको लागि अत्यन्त महत्वपूरण रहेको उनी बच्चाहरूलाई डाक्टरको परिक्षण र खोपको महत्त्व बुझाउन मद्दत गर्छन्।

तपाईं र तपाईंको परिवारले हाम्रो स्वास्थ्य योजनाद्वारा आयोजित केहि कार्यक्रमहरुमा Dr. Health E. Hound लाई व्यक्तिगत रूपमा भेट्न सक्नुहुन्छ। हामी तपाईंलाई एक कार्यक्रममा उपस्थित भएर स्वस्थ खानेकुरा र व्यायामको महत्त्वबारे जान्न प्रोत्साहित गर्दछौं। यी कार्यक्रमहरूमा क्यामेरा ल्याउनुहोस् र Dr. Health E. Hound सँग आफ्नो तस्वीर खिचाउनुहोस्।

यो पेज जानबूझेर खाली राखिएको छ।

योजनाका अन्य विवरणहरू

योजनाका अन्य विवरणहरू

नेटवर्क प्रदायक पार्नुहोस्

नेटवर्क प्रदायक फेला पार्न हामि सजिलो बनाउँछौं। आफ्नो नजिकको नेटवर्क प्रदायक फेला पार्नको लागि:

आफ्नो सबैभन्दा अद्यावधिक जानकारीको लागि **myuhc.com/CommunityPlan** मा जानुहोस्।
"प्रदायक खोज्नुहोस्" मा क्लिक गर्नुहोस्।

सदस्य सेवाको लागी **1-800-895-2017,** TTY **711** मा कल गर्नुहोस्। तपाईंको लागि हामी नेटवर्क प्रदायकहरू फेला पार्न मद्दत गर्न सक्छौं। वैकल्पिक रूपमा, यदि तपाईंलाई चाहिएमा, हामी तपाईंलाई एक प्रदायक निर्देशिका मेल गर्न सक्छौं।

प्रदायक निर्देशिका

तपाईंको क्षेत्रमा प्रदायकहरूको एक निर्देशिका उपलब्ध रहेको छ। निर्देशिकामा हाम्रा इन-नेटवर्क प्रदायकहरूको ठेगाना र फोन नम्बर समावेश छन्।

प्रदायकसम्बन्धी जानकारी नियमित रूपमा परिवर्तन हुन्छ। नवीनतम सूचीका लागि हाम्रो वेबसाइट **myuhc.com/CommunityPlan** मा जानुहोस्। तपाईं **myuhc.com/CommunityPlan** मा प्रदायक डाइरेक्टर हेर्न वा प्रिन्ट गर्न सक्नुहुन्छ, वा "प्रादायक खोज्नुहोस"मा क्लिक गरी हाम्रो अनलाइन खोज योग्य डाइरेक्टरी प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईं **myuhc.com/CommunityPlan** वा UnitedHealthcare एपमा सबैभन्दा नयाँ प्रदायक निर्देशिका पाउन सक्नुहुन्छ। यदि तपाईं हाम्रो निर्देशिकाको प्रिन्ट चाहनुहुन्छ भने, कृपया सदस्य सेवा लाई **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा कल गर्नुहोस्, र हामी तपाईंलाई निर्देशिकी मेलमार्फत पठाउनेछौं।

UnitedHealthcare Community Plan मा सहभागी हुनु भएकोमा धन्यवाद। यदि तपाईं दृष्टि वा दन्त चिकित्सा सेवाहरूको खोजी गर्दै हुनुहुन्छ भने, तपाईं प्रदायकहरूको सूची यसमा भेट्न सक्नुहुन्छ:

दृष्टि प्रदायकहरू —**https://www.marchvisioncare.com/**

दन्त प्रदायकहरू — **myuhc.com**

वा दृष्टि वा दन्त प्रदायकलाई फेला पार्नको लागि, कृपया **1-800-895-2017,** TTY **711,**
मा कल गर्नुहोस्, वा **myuhc.com** मा जानुहोस्।

यदि तपाईंले सेवाहरूको लागि बिल प्राप्त गर्नुहुन्छ

अस्पताल र डाक्टरहरूले सदस्यहरूलाई समावेश गरिएका सेवाहरूको लागि शुल्क लिन सक्दैनन्। यदि तपाईंलाई शुल्क लिएमा, कृपया सदस्य सेवामा **1-800-895-2017,** TTY **711** मा कल गर्नुहोस्। एक प्रतिनिधिले तपाईंले यो बिल तिर्नु पर्छ कि तपाईले यो हामीलाई पठाउनु पर्छ भनेर निर्धारण गर्न मद्दत गर्नेछ:

Medicaid Program
UnitedHealthcare Community Plan
5600 Parkwood Place
Dublin, OH 43016

आफ्नो लागि बिलको एक प्रतिलिपि राख्नुहोस्। सेवाहरू लाभहरू अन्तर्गत पर्छन् भनी सुनिश्चित गर्न हामी यी बिलहरूको समीक्षा गर्नेछौं। यदि सेवाहरू समावेश गरिएका छन् भने, हामी स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई तुरुन्तै भुक्तानी गर्नेछौं। केहि जिज्ञासाको भएमा सदस्य सेवामा **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा कल गर्नुहोस्।

प्रदायकहरूले पहिला तपाईंको प्राथमिक बिमा कम्पनीलाई बिल गर्नेछन्। तपाईंको प्राथमिक बिमा कम्पनीले स्वीकृत रकम भुक्तान गरेपछि, प्रदायकले UnitedHealthcare Community Plan लाई बिल पठाउनेछन्। UnitedHealthcare Community Plan ले प्रदायकलाई हाम्रा सम्झौतामा उल्लिखित सहमति अनुसार तोकिएको रकम भुक्तान गर्नेछ।

अग्रिम निर्देशनहरू

अग्रिम निर्देशन भनेको एक कागजात हो जसले तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी निर्णयहरू आफैं गर्न असमर्थ हुँदा के कदम चाल्न चाहनुहुन्छ भन्ने कुरा वर्णन गर्दछ। यसले तपाईंले चाहनुभएको वा नचाहिने स्वास्थ्य सेवाहरू निर्दिष्ट गर्दछ। तपाईंले आफ्नो इच्छाहरू आफ्नो डाक्टर, परिवार र साथीहरूसँग छलफल गर्नुपर्छ। यी चरणहरूले तपाईंको स्वास्थ्य सेवा लाभहरूलाई असर गर्दैनन्। अग्रिम निर्देशनका केही उदाहरणहरू समावेश गरिएका छन्:

जीवित इच्छापत्र

तपाईले चाहेर वा नचाहेर एक जीवित इच्छापत्रले तपाईंको डाक्टरलाई जीवन समर्थनका प्रकारहरू बारे जानकारी दिन्छ।

स्वास्थ्य हेरचाहको लागि पावर अफ अटर्नी

यस फारममा, तपाईंले आफ्नो तर्फबाट स्वास्थ्य सेवको निर्णय लिन सक्ने अर्को व्यक्तिलाई तोक्नुहुन्छ। यो केवल तब मात्र प्रयोग हुनेछ जब तपाईं आफैं निर्णय लिन असमर्थ हुनुहुन्छ।

मानसिक स्वास्थ्य उपचारको घोषणा

मानसिक स्वास्थ्य उपचारको लागि घोषणाले विशेषगरि तपाईंको मानसिक स्वास्थ्य हेरचाहका लागि प्राथमिकताहरूमा ध्यान केन्द्रित गर्दछ। कुनै व्यक्ति सक्षम हुँदाहुँदै पनि पछि आफैं निर्णय लिन असमर्थ भएमा आफ्नो तर्फबाट निर्णय लिन प्रतिनिधि नियुक्त गर्न यसले अनुमति दिन्छ। थप रूपमा, यो घोषणा ले उपचारसँग सम्बन्धित विशिष्ट इच्छाहरूलाई स्पष्ट गर्न सक्दछ। व्यक्तिले औषधि, उपचार, र तिनीहरूलाई संस्थामा भर्ना गरिनु/राखिनुको बारेमा आफ्नो प्राथमिकताहरू निर्दिष्ट गर्न सक्छन्।

मानसिक स्वास्थ्य उपचारको लागि घोषणाले मानसिक स्वास्थ्य हेरचाहको लागि दिगो पावर अफ अटर्नीलाई अधिलिखित गर्दछ, तर जिवन इच्छालाई अधिलिखित गर्दैन।

अग्रिम निर्देशनहरूको बारेमा थप विवरण प्राप्त गर्न तपाईं आफ्नो डाक्टरसँग कुरा गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले अग्रिम निर्देशनहरूको लागि नमूना फारमहरू **Familydoctor.org** मा फेला पार्न सक्नुहुन्छ।

कस्ता प्रकारका फारमहरु छन्?

Ohio कानून अनुसार, तपाईंले प्रयोग गर्न सक्ने चार विभिन्न प्रकारका फारमहरू, वा अग्रिम निर्देशनहरु छन्। तपाईंले जीवन इच्छा, मानसिक स्वास्थ्य उपचारको लागि घोषणा, चिकित्सा हेरचाहका लागि दिगो पावर अफ अटर्नी, वा पुनर्जीवित नगर्ने (DNR) आदेश मध्ये कुनै पनि प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं आफू निर्णय लिन सक्षम हुँदा अग्रिम निर्देशन पूरा गर्नुहुन्छ। अग्रिम निर्देशने तपाईंको डाक्टर र अन्यलाई तपाईंको चिकित्सा हेरचाहका बारेमा तपाईंका प्राथमिकताहरू बारे जानकारी दिन्छ।

आदेश पुनर्जीवित नगर्नुहोस्

राज्यका नियमहरूले पुनर्जीवित नगर्नुहोस् (DNR) आराम देखभाल र आरामदेखभाल गिरफ्तार प्रोटोकल प्रदान गर्छन्, जुन Ohio Department of Health विकसित गरिएको हो। DNR Order एक चिकित्सक, या केहि अवस्थामा, प्रमाणित नर्स प्राक्टिशनर वा क्लिनिकल नर्स विशेषज्ञ द्वारा जारी गरिएको निर्देशन हो, जसले व्यक्तिलाई पहिचान गर्दछ र सो व्यक्तिलाई CPR प्रदान नगर्नु भनेर निर्दिष्ट गर्दछ। CPR भनेको कार्डियोपल्मोनरी पुनर्जीवन वा कार्डियोपल्मोनरी पुनर्जीवनको एक अंश हो, तर यसले CPRको अंशको रूपमा नभई अरू कुनै उद्देश्यका लागि व्यक्तिको वायुमार्ग सफा गर्नु समावेश गर्दैन।

DNR कम्फर्ट केयर र कम्फर्ट केयर अरेस्ट प्रोटोकलले पैरामेडिक्स, आपतकालीन चिकित्सा प्राविधिकहरू, चिकित्सकहरू, वा नर्सहरूले DNR कम्फर्ट केयर वा कम्फर्ट केयर अरेस्ट आदेश भएको व्यक्तिको प्रतिक्रिया गर्दा पालन गर्नुपर्ने विशिष्ट कदमहरू उल्लेख गर्दछ। प्रोटोकलले कुन क्रियाकलापहरू लिइँदैन भन्ने पनि निर्दिष्ट।

तपाईंले DNR कम्फर्ट केयर र कम्फर्ट केयर अरेस्ट आदेश र प्रोटोकल विकल्पहरू बारेमा आफ्नो डाक्टरसँग कुरा गर्नुपर्छ।

ठगी र दुर्व्यवहार

सम्भावित ठगी र दुरुपरोग सम्बन्धि रिपोर्ट जो कोहीले पनि गर्न सक्छन्। यदि तपाईंलाई ठगी वा दुरुपयोगको बारेमा जानकारी भएमा **1-800-895-2017,** TTY **711** मा कल गर्नुहोस्। ठगी र दुरुपयोगका केही उदाहरणहरू निम्न रहेका छन्:

- एकै समयमा Ohio र अर्को राज्यमा लाभहरू प्राप्त गर्दै
- नक्कली प्रिस्क्रिप्शनहरू परिवर्तन गर्ने वा सिर्जना गर्ने
- चिकित्सा सहायता लाभहरू प्राप्त गर्ने व्यक्ति जो निश्चित अन्य लाभहरूको लागि योग्य छैन
- आफ्नो UnitedHealthcare Community Plan को आइडी कार्ड अरू कसैलाई प्रयोग गर्न दिनु
- Medicaid लाभको अत्यधिक उपयोग वा दुरुपयोग
- तपाईंलाई वा UnitedHealthcare बाट वास्तवमा प्रदान नगरिएका सेवाहरूको शुल्क लिने डाक्टर वा अस्पतालहरू
- तपाईंले एक पटक मात्र प्राप्त गर्नुभएको सेवाहरूको लागि UnitedHealthcare लाई धेरै पटक बिल गर्ने डाक्टर वा अस्पतालहरू
- चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक पर्दा मात्र प्रदान गरिने सेवाहरू आवश्यक छ भनी देखाउन UnitedHealthcareमा झूटा कागजातहरू पेश गर्ने डाक्टरहरू

तपाईं ODI लाई निम्न ठेगानामा पनि जानकारी गराउन सक्नुहुन्छ:

Ohio Department of Insurance:
2100 Stella Court
Columbus, OH 43215

ठगी र दुर्व्यवहार हटलाइन

ठगी र दुरुपयोगको शंका गरिएको अवस्थामा तपाईले UnitedHealthcare Community Plan 1-877-766-3844 मा निःशुल्क कल गरेर विस्तृत सन्देश छोड्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले आफ्नो नाम प्रदान गर्न आवश्यक नपरोस भनेर यो पनि सेट अप गरिएको छ।

सम्झनुहोस्: तपाईंको सदस्य आइडी कार्ड कसैलाई पनि प्रयोग गर्न नदिनुहोस्।

घटनाहरू रिपोर्ट गरिदै

घटनाको अनुसन्धान र रिपोर्टिङ

तपाईं सुरक्षित र हानि हुनबाट जोगिनु भएको छ भनी सुनिश्चित गर्न UnitedHealthcare र Ohio राज्यले घटना अनुसन्धान गर्न आवश्यक छ। यी क्रियाकलापहरुमा निम्न समावेश छन्:

- तपाईंको स्वास्थ्य र भलाई सुनिश्चित गर्नका लागि तत्काल कदम चाल्नुहोस्, र आवश्यक भएमा चिकित्सकीय ध्यान प्राप्त गर्ने सुनिश्चित गर्नुहोस्
- तपाईंको स्वास्थ्य र सुरक्षा सुनिश्चित गर्न र यस्तै घटनाहरू फेरि हुनबाट रोकको लागि घटनाहरूको अनुसन्धान गर्ने
- तपाईं वा तपाईंका प्रदायकहरूले कुनै खास क्षेत्रमा शिक्षाबाट लाभ उठाउन सक्छन् कि सक्दैनन् भनेर निर्धारण गर्न ढाँचाहरू खोज्दै
- प्रदायकहरूलाई तपाईंलाई कसरी सुरक्षित राख्ने र तपाईंलाई हानि पुर्‍याउनबाट जोगाउने भन्ने कुरा थाहा छ भनी सुनिश्चित गर्दै
- गम्भीर घटनाको अनुसन्धानबाट प्राप्त निष्कर्षहरूको बारेमा तपाईंलाई जानकारी गराउने र घटना फेरि दोहोरिने जोखिम कम गर्न सम्भावित रूपमा रोकथाम योजना बनाउने

घटनाहरू के हुन्?

“घटना” भनेको तपाईंको सामान्य हेरचाह र/वा सेवा प्रदान गर्ने तरिकाभन्दा फरक भएको आरोपित, शंकास्पद वा वास्तविक ईभेंट हो। गम्भीर घटनाहरूमा निम्न मधका कुनै पनि कुराहरु समावेश हुन्छन्:

- दुर्व्यवहार: व्यक्तिको चोट, बन्दीगृह, नियन्त्रण, धम्की, वा सजाय जसले शारीरिक हानि, पीडा, डर, वा मानसिक पीडा निम्त्याएको छ। दुर्व्यवहारमा शारीरिक, भावनात्मक, मौखिक, र/वा यौन दुर्व्यवहार, साथै अनुमति बिना संयम, एकान्तवास, वा प्रतिबन्धात्मक हस्तक्षेपको प्रयोग समावेश हुन्छन्।
- बेवास्ता: यो गर्नु पर्ने कर्तव्य हुँदा, उपचार, हेरचाह, सामान, वा सेवा प्रदान गर्न असफल हुनु, जसले तपाईंको स्वास्थ्य र कल्याण कायम राख्न आवश्यक छ, आत्म-उपेक्षा सहित
- शोषण: सदस्य वा सदस्यका स्रोतहरूलाई हेरफेर, धम्की, धम्की, छल, वा जबर्जस्ती प्रयोग गरेर अवैध वा अनुचित कार्य आर्थिक वा व्यक्तिगत फाइदा, लाभ, वा लाभको लागि
- दुरुपयोग: तपाईंको पैसा, सम्पत्ति, वा निर्धारित औषधीलाई गैरकानुनी रूपमा लिनु, ठगी गर्नु, वा प्राप्त गर्नु जसले तपाईंको स्वास्थ्य र कल्याणमा असर पार्न सक्छ
- अप्राकृतिक कारण वा दुर्घटनाका कारण अप्रत्याशित रूपमा हुने मृत्यु
- आकस्मिक कक्षमा उपचार, बिरामी पर्यवेक्षण, वा अस्पताल भर्नाको परिणाम स्वरूप शारीरिक कार्य समावेश भएको आफैलाई हानि वा आत्महत्या प्रयास

यदि तपाइँसँग प्रश्नहरू भए, कृपया सोमबार देखि शुक्रबार बिहान 7:00 a.m. देखि 7:00 p.m. **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा UnitedHealthcare मा सम्पर्क गर्नुहोस्। यो कल निःशुल्क रहेको छ। थप जानकारीको लागि, **myuhc.com/communityplan** मा हेर्नुहोस।

यदि यी मध्ये कुनै कुराहरु भए भने के गर्ने?

घटनाको कसरी रिपोर्ट गर्ने: तपाईं र/वा तपाईंको अधिकारिक प्रतिनिधि वा कानुनी अभिभावकले घटना तपाईंको हेरचाह व्यास्थापक वा UnitedHealthcare सदस्य सेवामा रिपोर्ट गर्नुपर्छ।

यदि घटना गम्भीर रहेको छ र तपाईंकों आफ्नो स्वास्थ्य र सुरक्षा जोखिममा छ भन्ने लाग्छ भने, तपाईंले उपयुक्त अधिकारीहरूलाई पनि सूचित गर्नुपर्छ। यदि तपाइँ कसलाई सम्पर्क गर्ने बारे निश्चित नभएको अवस्थामा, तपाइँको हेरचाह व्यास्थापक वा UnitedHealthcare सदस्य सेवाहरूमा सोध्नुहोस्। उपयुक्त अधिकारी घटना को प्रकृति मा निर्भर गर्दछ।

गम्भीर घटनाका उदाहरणहरूमा निम्न कुराहरु समावेश छन्, तर येतिमै भने सिमित छैनन्:

मेडिकल आपतकालीन यदि आफुलाई मेडिकल आपतकालीन भएमा आफ्नो डाक्टरलाई कल गर्नुहोस् वा **911** मा कल गर्नुहोस्। तपाईलाई चिन्तित पार्ने अवस्थाहरू तपाईको हेरचाह प्रबन्धक वा UnitedHealthcare सदस्य सेवाहरूमा सूचित गरिनु पर्छ। यी चासोहरूलाई आपतकालिन अवस्थामा नबन्नु अघि तिनीहरूसँग ल्याउनु राम्रो हुन्छ।

60 वर्ष भन्दा माथिको जेष्ठ नागरिकलाई दुर्व्यवहार, उपेक्षा, वा शोषण: यदि घटनामा 60 वर्ष वा त्यो भन्दा माथिका मानिसका दुर्व्यवहार, शोषण, वा उपेक्षा समावेश छन् भने, ती व्यक्तिको बसोबास गर्ने वा घटनाले भएको Adult Protective Services सर्भिसेसमा सम्पर्क गर्नुहोस्। गैर-व्यावसायिक घण्टामा, स्थानीय कानून प्रवर्तनलाई सम्पर्क गर्नुहोस्। आफ्नो स्थानीय APS एजेन्सीको नम्बर फेला पार्न, यसमा क्लिक गर्नुहोस् वा **https://jfs.ohio.gov/county/County_Directory.pdf** मा जानुहोस।

Child Protective Services: यदि घटनामा बालबालिकाको दुर्व्यवहार, शोषण, वा बेवास्ता समावेश छ भने, बच्चा बस्ने स्थान वा घटना भएको स्थानम Child Protective Services लाई सम्पर्क गर्नुहोस्। व्यावसायिक समयभन्दा बाहेक स्थानीय कानून प्रवर्तनलाई सम्पर्क गर्नुहोस्। आफ्नो स्थानीय CPS एजेन्सीको नम्बर फेला पार्न, यसमा क्लिक गर्नुहोस् वा https://jfs.ohio.gov/county/County_Directory.pdf मा जानुहोस।

आपराधिक गतिविधि: यदि घटनामा त्यस्तो व्यवहार सामेल छ जुन तपाईंलाई अपराध हो भन्ने विश्वास लाग्छ भने, कृपया आफ्नो स्थानीय कानून प्रवर्तनलाई कल गर्नुहोस्।

Medicaid ठगी: यदि तपाईंलाई घटनामा Medicaid ठगी समावेश भएक जस्तो शंका लाग्छ भने, Ohio Attorney General मा उजुरी दायर गर्नुहोस्। उनीहरुलाई सम्पर्क गर्नको लागि, यसमा क्लिक गर्नुहोस् वा **http://www.ohioattorneygeneral.gov/About-AG/Contact** मा जानुहोस।

कानूनी संरक्षक: यदि घटनामा कानूनी संरक्षकक समावेश रहेको खण्डमा, तपाइँ आफ्नो स्थानीय प्रोबेट अदालतमा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ। आफ्नो स्थानीय अदालत फेला पार्नको लागि यसमा क्लिक गर्नुहोस् वा **https://www.supremecourt.ohio.gov/courts/judicial-system/ohio-trial-courts/** मा जानुहोस्।

वकालत एजेन्सीहरू

आफुलाई शिक्षित बनाउने र तपाईंको रुचिको वकालत गर्न सक्ने संस्थाहरू।

UnitedHealthcare का बारे चासो: यदि तपाईंलाई UnitedHealthcare सँग सम्बन्धित कुनैपनि चासो भएमा, कृपया तपाईंको हेरचाह व्यास्थापक वा UnitedHealthcare Member Services मा सम्पर्क गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई UnitedHealthcare ले तपाईंको चिन्तालाई सम्बोधन गरिरहेको छैन भन्ने लाग्छ भने तपाईंले Medicaid Consumer Hotline मा सम्पर्क गरेर ODM बाट मद्दत प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। **http://www.ohiomh.com/** वा 800-324-8680 मा क्लिक गर्नुहोला वा यसमा जानुहोला।

लोकपाल: Ohio दीर्घकालीन हेरचाह प्रदायक लोकपालले नर्सिङ होम, गृह स्वास्थ्य एजेन्सीहरू, र अन्य प्रदायकहरूलाई दीर्घकालीन हेरचाह सेवाहरूको बारेमा सदस्यहरूको आवश्यकता र चिन्ताहरूको प्रतिनिधित्व गर्दछ। तपाईंले प्राप्त गर्ने सेवाहरूको गुणस्तरको बारेमा हुन सक्ने कुनै पनि समस्या वा चिन्ताहरू समाधान गर्न तिनीहरूले UnitedHealthcare दीर्घकालीन हेरचाह प्रदायक, साथै तपाईं, तपाईंको परिवार, वा अन्य प्रतिनिधिहरूसँग काम गर्नेछन्। Regional Long term Care लोकपाल कार्यक्रमहरूले व्यक्तिहरूको सुरक्षा गर्न मद्दत गर्छन्। सहायताको लागि क्षेत्रिय अफिस मा 1-800-282-1206 मा कल गर्नुहोस् वा **OhioOmbudsman@age.ohio.gov** मा इमेल गर्नुहोस।

Ohio Association of Centers for Independent Living (CIL): CIL ले अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई उनीहरूले बस्न चाहेको समुदायमा पूर्ण पहुँच र उनीहरूको जीवनलाई असर गर्ने निर्णयहरू गर्ने अवसर सुनिश्चित गर्न मद्दत गर्दछ, जसले गर्दा उनीहरूलाई आफ्नै रोजाइका गतिविधिहरू गर्न अनुमति मिल्छ। थप जानकारीका लागि **http://www.ohiosilc.org/** क्लिक गर्नुहोस् वा हेर्नुहोस् ।

कानूनी सहायता: यसले ओहायोमा कम आय भएका व्यक्तिहरूको कानुनी अधिकारको संरक्षण र कार्यान्वयन गर्न कानुनी सहायता प्रदान गर्दछ। 866-LAW-OHIO मा कल गर्नुहोस्।

Ohio अपाङ्गता अधिकार: यसले Ohio मा अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको मानवीय, नागरिक र कानुनी अधिकारको वकालत गर्दछ। थप जानकारीका लागि **http://www.disabilityrightsohio.org/** मा क्लिक गर्नुहोस् वा जानुहोस् अथवा 614-466-7264 or 800-282-9181 मा कल गर्नुहोस्।

UnitedHealthcare सदस्य पुस्तिका स्वीकृति

मैले UnitedHealthcare सदस्य पुस्तिका प्राप्त गरेको छु। यसमा आफ्नो अधिकार र सुरक्षाको बारेमा जानकारी समेट्नुका साथै कुनै पनि कथित घटनाहरू कसरी रिपोर्ट गर्ने भन्ने बारे जानकारी पनि समावेश छ।

सदस्यको हस्ताक्षर: ______________________________ (वा अधिकारिक प्रतिनिधि)

मिति: ______________________________

यदि तपाईँसँग प्रश्नहरू भए, कृपया सोमबार देखि शुक्रबार बिहान 7:00 a.m. देखि 7:00 p.m. **1-800-895-2017,** TTY **711,** मा UnitedHealthcare मा सम्पर्क गर्नुहोस्। यो कल निःशुल्क रहेको छ। थप जानकारीको लागि, **myuhc.com/communityplan** मा हेर्नुहोस।

तपाईंको विचार महत्त्वपूर्ण छ

UnitedHealthcare Community Plan लाई सुधार गर्न के तपाईंसँग कुनै सुझाव छ? तपाईंले हामीसँग आफ्नो विचार साझा गर्न धेरै तरिकाहरू छन्।

- **1-800-895-2017,** TTY **711** सदस्य सेवामा कल गर्नुहोस्
- हामीलाई यसमा पठाउनुहोस:

  UnitedHealthcare Community Plan
  5600 Parkwood Place
  Dublin, OH 43016

सदस्य सल्लाहकार बोर्ड

सदस्य सल्लाहकार बोर्ड एउटा यस्तो समूह हो जसले UnitedHealthcare जटिल हेरचाह कार्यक्रमको डिजाइन र वितरणमा उपभोक्ताहरू, परिवारहरू, वकालतसमूहहरू र अन्य महत्त्वपूर्ण साझेदारहरूलाई समावेश गराउन मद्दत गर्दछ।

को सामेल हुन सक्छन?

- UnitedHealthcare Community Plan सदस्य
- UnitedHealthcare Community Planका सदस्यहरूका परिवारका सदस्यहरू र हेरचाहकर्ताहरू
- समुदाय र उपभोक्ता वकालत समूहका प्रतिनिधिहर

सहभागलवी गर्नसक्ने कुराहरु:

- UnitedHealthcare टोलीलाई आफ्नो प्रतिक्रिया र विचार प्रदान गर्ने
- स्वास्थ्य र कल्याणको बारेमा छलफल गर्न युनाइटेडहेल्थकेयरका नेताहरूसँग मासिक कलमा सामेल हुनुहोस्
- वार्षिक क्षेत्रीय बैठकमा भाग लिने
- नि:शुल्क वकालत तालिमको लागि दर्ता गर्ने

सल्लाहकार परिषद्को बारेमा जानकारीको लागि निम्नमा सम्पर्क गर्ने:

1-800-895-2017, TTY **711** सदस्य सेवामा कल

सदस्य सल्लाहकार समिति

हामीसँग एक सदस्यीय सल्लाहकार समिति पनि रहेको छ जसको प्रत्येक तीन महिनामा बैठक बस्छ। यदि तपाईं सामेल हुन चाहनुहुन्छ भने, सदस्य सेवाहरूमा कल गर्नुहोस्।

उपयोग व्यवस्थापन

UnitedHealthcare Community Plan ले उचित मात्रामा हेरचाह प्राप्त होस् भन्ने सुनिश्चित गर्न चाहन्छ। तपाईंले प्राप्त गर्ने हेरचाह समावेश गरिएको लाभ हो भन्ने हामीले सुनिश्चित गर्न आवश्यक छ। तपाईंलाई सही समयमा र सही ठाउँमा सही हेरचाह प्राप्त होस् भनी सुनिश्चित गर्न हामी उपयोग व्यवस्थापन (UM) प्रयोग गर्छौं।

तपाईंले प्राप्त गर्नु अघि हामीले समीक्षा गर्नुपर्ने केही उपचार र प्रक्रियाहरू पनि रहेका छन्। तपाईंका प्रदायकहरूलाई यी उपचार र प्रक्रियाहरू बारे थाहा छ, र तिनीहरूले हामीलाई तिनीहरूको समीक्षा गर्न सूचित गर्नेछन्। हामीले गर्ने समीक्षालाई नै उपयोगिता समीक्षा भनिन्छ। आवश्यक हेरचाह अस्वीकार गर्ने कसैलाई पनि हामी पुरस्कृत गर्दैनौं। यदि तपाईंसँग UM बारे केहि प्रश्नहरू भएमा, तपाईंले हाम्रो Medicaid Care Management कर्मचारीहरूसँग कुरा गर्न सक्नुहुन्छ। हाम्रा नर्सहरू सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 a.m. देखि 5:00 p.m. 1-800-504-9669, TTY 711 मा उपलब्ध छन्।साथै भाषा सहायता उपलब्ध छ।

गुणस्तर कार्यक्रम

हाम्रो गुणस्तर कार्यक्रमले तपाईंको डाक्टरसँग सहकार्य गरेर तपाईंलाई स्वस्थ रहन मद्दत गर्न सक्छ। गुणस्तर कार्यक्रमले तपाईंलाई निवारक परीक्षण र खोपहरू लिनको लागि सम्झन मद्दत गर्छ। हामी तपाईं र तपाईंका प्रदायकहरूलाई पोलियो, मम्प्स, दादुरा र चिकेनपक्स जस्ता रोगहरूबाट बच्न लिड परीक्षण, प्याप परीक्षण, म्यामोग्राम र खोपहरूको बारेमा सम्झना गराउछौं।

UnitedHealthcare Community Plan हाम्रो गुणस्तर कार्यक्रमको प्रभावकारिता मापन गर्न HEDIS® मापदण्डहरू प्रयोग गर्दछ। HEDIS मानक कार्यसम्पादन मापन र प्राप्तांकहरुको एक सेट हो जसले मानिसहरूलाई व्यवस्थित हेरचाह योजनाहरूको कार्यसम्पादन तुलना गर्न मद्दत गर्दछ। HEDIS ले प्रसवपूर्व हेरचाह र रोग रोकथाम कार्यक्रमहरू सहित विभिन्न क्षेत्रहरूको अध्ययन गर्दछ।

UnitedHealthcare Community Plan ले तपाईंको डाक्टर र हामी दुवैबाट प्राप्त गर्ने सेवाहरूबाट तपाईं सन्तुष्ट हुनुहुन्छ भनी सुनिश्चित गर्न चाहन्छ। यो गर्नको निम्ति, हामी CAHPS® डेटा हेर्छौं। CAHPS भनेको Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems हो। यो सर्वेक्षणले तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको हेरचाहबाट तपाई कत्तिको सन्तुष्ट हुनुहुन्छ भनेर मूल्याङ्कन गर्न प्रश्नहरू सोध्छ। यदि तपाईंले मेलमा सदस्य सर्वेक्षण प्राप्त गर्नुभयो भने, कृपया यसलाई पूरा गर्नुहोस् र हामीलाई फिर्ता पठाउनुहोस्।

UnitedHealthcare Community Planले HEDIS र CAHPS को नतिजाहरूको समीक्षा गर्दछ। त्यसपछि हामी हाम्रा प्रदायकहरूसँग नतिजाहरू साझा गर्छौं। हामीले प्रदान गर्ने सेवाहरूसँगै उनीहरूले प्रदान गर्ने सेवाहरूले तपाईंको स्वास्थ्य सेवामा सकारात्मक योगदान पुर्‍याउँछन् भनी सुनिश्चित गर्न हामी प्रदायकहरूसँग सहकार्य गर्छौं।

यदि तपाईं गुणस्तर कार्यक्रमको बारेमा थप जान्न चाहनुहुन्छ भने, **1-800-895-2017,** TTY **711** मा सदस्य सेवामा सम्पर्क गर्नुहोस्।

भेदभावबाट सुरक्षा र संरक्षण

बिरामीको सुरक्षा हाम्रो लागि धेरै महत्त्वपूर्ण रहेको छ। यद्यपि हामी हेरचाह निर्देशित नगरेपनि हामी हाम्रा सदस्यहरूले सुरक्षित हेरचाह पाऊन् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न चाहन्छौं। हामी हेरचाहको गुणस्तर सम्बन्धी मुद्दाहरूको अनुगमन गर्छौं, सुरक्षित हेरचाहलाई प्रवर्द्धन गर्ने दिशानिर्देशहरू सिर्जना गर्छौं, सदस्यहरूलाई बिरामी सुरक्षा जानकारी प्रदान गर्छौं, र हेरचाहको निरन्तरता र समन्वय सुधार गर्न अस्पतालहरू, डाक्टरहरू र अन्यसँग सहकार्य गर्छौं। यदि तपाईंलाई बिरामी सुरक्षा वा जानकारी प्राप्त गर्ने ठाउँहरूको बारेमा, थप जान्न चाहनुहुन्छ भने, **1-800-895-2017,** TTY **711** मा सदस्य सेवामा सम्पर्क गर्नुहोस्।

UnitedHealthcare Community Plan र यसका प्रदायकहरूलाई स्वास्थ्य सेवाहरू प्राप्त गर्दा उमेर, जाति, जातीयता, धर्म, रंग, लिङ्ग, लैङ्गिक पहिचान, यौन झुकाव, अपाङ्गता, राष्ट्रिय उत्पत्ति, सैन्य स्थिति, भेटेरान स्थिति, वंश, आनुवंशिक जानकारी, स्वास्थ्य स्थिति, वा स्वास्थ्य सेवाहरूको आवश्यकताको आधारमा जो कोहीसँग भेदभाव गर्न निषेध गरिएको छ। UnitedHealthcare Community Plan प्रदायकहरूले अमेरिकीहरू अपाङ्गता भएका ऐनहरूको पालना गर्नुपर्छ र स्वास्थ्य वा मानसिक स्वास्थ्य अवस्था, स्वास्थ्य सेवाको आवश्यकता, वा पहिलेदेखि नै अवस्थित अवस्थाहरूको आधारमा भेदभाव गर्न सक्दैनन्। कुनै पनि प्रकारको भेदभावको शिकार हुनुभएको छ भन्ने तपाईलाई लाग्छ भने **1-800-895-2017,** TTY **711** सदस्य सेवामा कल गर्नुहोस्।

क्लिनिकल अभ्यास दिशानिर्देशहरू र नयाँ प्रविधि

UnitedHealthcare Community Plan ले हाम्रा प्रदायकहरूलाई निश्चित अवस्थाहरूको उपचार गर्ने उत्तम तरिकाहरूको बारेमा जानकारी प्रदान गर्ने क्लिनिकल दिशानिर्देशहरू प्रदान गर्दछ। प्रत्येक क्लिनिकल दिशानिर्देशले चिकित्सा पेशामा स्वीकृत हेरचाहको मानक पालना गर्दछ, जसको अर्थ अन्य डाक्टरहरू त्यो दृष्टिकोणसँग सहमत छन भन्ने हो। हामी हाम्रा प्रदायकहरूलाई उनीहरूको क्लिनिकल अभ्यासहरूलाई समर्थन गर्ने, राष्ट्रिय रूपमा मान्यता प्राप्त हेरचाह मापदण्डहरूसँग मिल्दोजुल्दो जानकारी प्रदान गरेर तपाईंको स्वास्थ्य सुधार गर्ने लक्ष्य राख्छौं।

यदि तपाईंसँग UnitedHealthcare Community Plan को क्लिनिकल दिशानिर्देश बारे कुनै प्रश्नहरू छन् वा क्लिनिकल अभ्यास दिशानिर्देशको कागजी प्रतिलिपि चाहनुहुन्छ भने, कृपया सदस्य सेवाहरूलाई **1-800-895-2017,** TTY **711** मा कल गर्नुहोस्। तपाईंले हाम्रो at **myuhc.com/CommunityPlan** वेबसाइटमा क्लिनिकल अभ्यास दिशानिर्देशहरू पनि पाउन सक्नुहुन्छ।

नयाँ प्रविधि मूल्याङ्कन

केही चिकित्सा अभ्यास र उपचारहरू अझै प्रभावकारी साबित भएका छैनन्। UnitedHealthcare Community Planले राष्ट्रिय स्तरमा नयाँ अभ्यासहरू, उपचारहरू, परीक्षणहरू, र प्रविधिहरूको समीक्षा गर्दछ ताकि तिनीहरूको प्रयोग र तिनीहरूले उपचार गर्न सक्ने अवस्थाहरू निर्धारण गर्न सकियोस्। यो जानकारी UnitedHealthcare Community Plan का चिकित्सक, नर्स, फार्मासिस्ट र अतिथि विशेषज्ञहरूको समितिले समीक्षा गर्छ, जसले समावेश गर्ने अन्तिम निर्णय लिन्छ। नयाँ चिकित्सा अभ्यास र उपचारको बारेमा हामीले कसरी निर्णय गर्छौं भन्ने बारे थप जानकारी चाहनुहुन्छ भने, **1-800-895-2017,** TTY **711** मा कल गर्नुहोस् ।

तपाईंको सदस्यताका उत्तरदायित्वहरू

UnitedHealthcare Community Planको सदस्यको रूपमा, तपाईंको जिम्मेवारी निम्न रहेको छ:

- UnitedHealthcare Community Plan ले कसरी काम गर्छ भनेर बुझ्नको लागि यो पुस्तिका पढ्नुहोस्
- आफ्नो प्राथमिक हेरचाह प्रदायक छनौट गर्न
- तपाईंको UnitedHealthcare Community Plan कार्ड आफुसंग रहन। (सेवा प्राप्त गर्दा तपाईंले आफ्नो कार्ड देखाउनु पर्छ र यदि यो हराएको वा चोरी भएको छ भने सकेसम्म चाँडो रिपोर्ट गर्नुपर्छ। UnitedHealthcare Community Planलाई तपाईंसँग भएको अन्य कुनै पनि बीमाको बारेमा जानकारी गराउनु पर्छ र आफ्नो हालको बीमा जानकारी आफ्नो प्राथमिक हेरचाह प्रदायकलाई प्रदान गर्नुपर्छ।)
- आवश्यकता अनुसार चिकितमा ध्यान दिने
- सबै अपोइन्टमेन्टमा समयमै उपस्थित जनाउनु
- यदि तपाईंलाई अपोइन्टमेन्ट पुन: तालिका बनाउन आवश्यक छ भने आफ्नो PCP को कार्यालय वा कुनै पनि मेडिकल कार्यालयलाई जानकारी गराउनु
- तपाईंको PCP, अन्य स्वास्थ्यकर्मीहरू, र अन्य बिरामीहरूको अधिकार र सम्पत्तिको सम्मान गर्न
- औषधि कहिले र कसरी लिने भनेर जान्न र तपाईंले सहमति जनाउनुभएको हेरचाहको लागि आफ्नो डाक्टरको निर्देशनहरू पालना गर्न
- UnitedHealthcare Community Plan र तपाईंको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूलाई तपाईंको हेरचाह प्रदान गर्न आवश्यक पर्ने सही चिकित्सा जानकारी र कुनै पनि जानकारी दिन।
- पूर्ण जिम्मेवारी लिनको लागि, यदि तपाईंले हेरचाह अस्वीकार गर्नुभयो भने (उपचारलाई अस्वीकार गर्नुहोस्) आफ्नो निर्णयको परिणामहरूको बारेमा सोच्नुहोस्, र यदि तपाईंले बुझ्नुभएन भने प्रश्नहरू सोध्नुहोस्
- तपाईंको स्वास्थ्य समस्याहरूलाई सकेसम्म राम्रोसँग बुझ्न र तपाईं र तपाईंको डाक्टरले सहमति जनाउने उपचारहरू विकास गर्नमा भाग लिने
- तपाईंको प्राथमिक हेरचाह प्रदायकसँग तपाईंको सबै मेडिकल रेकर्डहरू छन् भनी सुनिश्चित गर्ने। (यसमा अन्य डाक्टरहरूको सबै मेडिकल रेकर्डहरू समावेश रहेका छन्।)
- तपाईं अस्पतालमा हुनुहुन्छ कि हुनुहुन्न भन्ने कुरा UnitedHealthcare Community Plan थाहा दिनु। (यो 24 घण्टा भित्र वा सकेसम्म चाँडो गर्नुहोस्।)
- तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको उचित प्रयोगको लागि सहमति जनाउनु
- तपाईंको UnitedHealthcare Community Plan सदस्यता गुमाउन नदिनको लागि तपाईंको Medicaid योग्यता अद्यावधिक राख्न

हेरचाह शब्दावली व्यवस्थित गरियो

दुर्व्यवहार: जानाजानी कसैलाई हानि पुर्‍याउनु। (चिच्याउने, व्यक्तिको आवश्यकतालाई बेवास्ता गर्ने, र अनुपयुक्त तरिकाले छुने जस्ता समावेश छन्।)

अग्रिम निर्देशनहरू: यदि तपाईं आफ्नो लागि बोल्न सक्नुहुन्न भने, तपाईंको स्वास्थ्य सेवाको बारेमा पहिले नै निर्णय लिनुहोस्। यदि तपाईं सक्षम हुनुभयो भने तपाईंले गर्ने निर्णयहरूको बारेमा यसले तपाईंको परिवार र डाक्टरहरूलाई जानकारी दिनेछ।

अपील: प्रतिकूल लाभ निर्धारणको समीक्षा गर्न UnitedHealthcare Community Plan लागि सदस्यको अनुरोध।

अनुमति: सेवाको लागि ठीक छ वा स्वीकृति।

फाइदाहरू: UnitedHealthcare Community Plan ले तपाईंको लागि कभर गर्ने सेवाहरू, प्रक्रियाहरू र औषधिहरू।

सह-भुक्तानी: सदस्यले सनावेश गरिएको स्वास्थ्य सेवाको लागि तिर्ने निश्चित रकम, सामान्यतया सेवाको समयमा।

नामांकनबाट बहिष्कार: UnitedHealthcare Community Plan मा तपाईंको सदस्यता रद्द गर्न।

Durable Medical Equipment (DME): टिकाउ, चिकित्सा उद्देश्यका लागि डिजाइन गरिएको, मुख्यतया र सामान्य रूपमा चिकित्सा उद्देश्यका लागि प्रयोग गरिन्छ, सामान्यतया बिरामी वा चोटपटक नभएको अवस्थामा व्यक्तिको लागि उपयोगी हुँदैन, र घरमा प्रयोगको लागि उपयुक्त हुन्छ।

आपतकालीन: कुनै व्यक्तिको शारीरिक वा मानसिक अवस्थामा अचानक र अप्रत्याशित परिवर्तन आउछ, जसको तुरुन्तै उपचार नगरिएमा, निम्न परिणामहरू हुन सक्छन्: (1) जीवन वा अंगको क्षति, (2) शारीरिक कार्यमा उल्लेखनीय हानि, वा (3) शरीरको कुनै भाग वा गर्भमा रहेको बच्चाको स्वास्थ्यमा स्थायी क्षति। (मानसिक स्वास्थ्य: आत्महत्या, हत्या, आत्म-चोट, उन्माद, वा मनोविकृतिको धम्की जसलाई तत्काल चिकित्साकि निगरानी आवश्यक पर्दछ।

आपतकालीन चिकित्सा अवस्था: पर्याप्त गम्भीरता (गम्भीर पीडा सहित) को तीव्र लक्षणहरू देखाउने चिकित्सा अवस्था, जसमा स्वास्थ्य र औषधिको औसत ज्ञान भएको एक विवेकी सामान्य व्यक्तिले तुरुन्तै चिकित्साको निगरानी बिना यो परिणाम हुन सक्छ भन्ने अपेक्षा गर्न सकिन्छ: व्यक्तिको स्वास्थ्य (वा, गर्भवती महिलाको सन्दर्भमा, महिलाको वा उनको अजन्मिएको बच्चाको स्वास्थ्य) गम्भीर जोखिममा राख्न; शारीरिक कार्यहरूको गम्भीर हानी; वा कुनै पनि शारीरिक अंग वा भागको गम्भीर अस्थिरता।

आपतकालीन चिकित्सा यातायात: आपतकालीन चिकित्सा हेरचाह आवश्यक पर्ने बिरामी, घाइते, वा अन्यथा अशक्त व्यक्तिहरूको एम्बुलेन्सद्वारा ढुवानी गरिने।

आपतकालीन - गैर-जीवन-जोखिम मानसिक स्वास्थ्य: विना कुनै योजना आत्महत्या गर्ने विचार बनाउनु वा सदस्य मानीया वा साइकोसिसका लक्षणहरू देखाउन थाल्नु जस्ता लक्षणहरू पहिलो पटक विकास हुन्छन्, यो जीवनलाई खतरा नहुने अवस्थामा हो।

आपतकालीन हेरचाह कक्ष: एक चिकित्सक, वा चिकित्सकको निरीक्षणमा रहेको अर्को योग्य चिकित्सा पेशेवरले आपतकालीन चिकित्सा अवस्था अवस्थित छ कि छैन भनेर निर्धारण गर्न प्रारम्भिक स्क्रिनिङ, जाँच र मूल्याङ्कन गर्दछ, यदि आपतकालीन अवस्था फेला पर्यो भने, चिकित्सकले अस्पतालको क्षमता भित्र रहेको अवस्थालाई सम्बोधन गर्न आवश्यक उपचार वा शल्यक्रिया प्रदान गर्नेछ, यो प्रक्रियाले बिरामीहरूले तत्काल चिकित्सा अवस्थाहरूको लागि तत्काल र उपयुक्त हेरचाह प्राप्त गर्ने कुरा सुनिश्चित गर्दछ।

आपतकालीन सेवाहरू: भित्रिरिगी सेवाहरू, बाहिरिरोगि सेवाहरू, वा चिकित्सा यातायात सेवाहरू समावेश छन्, जुन योग्य प्रदायकद्वारा प्रदान गरिन्छ र आपतकालीन चिकित्सकीय अवस्थालाई मूल्याङ्कन, उपचार, वा स्थिर बनाउनको लागि आवश्यक हुन्छ। आपतकालीन सेवाहरूको प्रदायकमा चिकित्सकहरू वा अन्य स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरहरू वा स्वास्थ्य देखभाल संस्थाहरू पनि समावेश हुन्छन्, जसले UnitedHealthcare Community Plan सँग रोजगार वा सम्झौताबद्ध व्यवस्था अन्तर्गत काम गर्दैनन्।

बहिष्कृत सेवाहरू: UnitedHealthcare Community Plan ले भुक्तानी नगर्ने वा समावेश नगर्ने स्वास्थ्य सेवाहरू।

ठगी: एक असत्य कार्य (उदाहरणको लागि: यदि अरू कसैले तपाईंको सदस्य आइडी कार्ड प्रयोग गर्छ र तपाईं भएको नाटक गर्छ भने)।

गुनासो: अस्वीकृत वा सीमित लाभ निर्णय बाहेक अरू कुनै कुराको बारेमा सदस्यको गुनासो। गुनासोहरूमा प्रदान गरिएको हेरचाह वा सेवाहरूको गुणस्तरको बारेमा चिन्ताहरू समावेश हुन सक्छन्, तर सीमित भने हुदैनन्, र यसमा सुधारात्मक कारबाहीको अनुरोध गरिएको छ कि छैन भन्ने कुरालाई ध्यान नदिई, प्रदायक वा कर्मचारीबाट असभ्य व्यवहार वा सदस्यको अधिकारको सम्मान गर्न असफलता जस्ता अन्तरव्यक्तिगत सम्बन्धसँग सम्बन्धित मुद्दाहरू पनि समावेश हुन सक्छन्। गुनासोमा सदस्यको अधिकार समावेश हुन्छ जसले MCE ले प्राधिकरण निर्णय गर्ने प्रस्ताव गरेको समय विस्तारलाई चुनौती दिन्छ।

आवास सेवा र उपकरणहरू: घर र समुदायमा सफलतापूर्वक बाँच्न आवश्यक पर्ने आत्म-हेरचाह, सामाजिक, र अनुकूलनीय सीपहरू विकास, कायम राख्न र सुधार गर्न व्यक्तिहरूलाई मद्दत गर्ने सेवाहरू।

स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी तपाईंको स्वास्थ्य र हेरचाह बारे तथ्यहरू। यो जानकारी UnitedHealthcare Community Plan वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकद्वारा प्रदान गर्न सकिन्छ। यसमा तपाईंको शारीरिक र मानसिक स्वास्थ्यको बारेमा जानकारीका साथै तपाईंको हेरचाहको लागि गरिएको भुक्तानी समावेश रहेको।

स्वास्थ्य विमा: एउटा सम्झौता जहाँ UnitedHealthcare Community Planले प्रिमियमको सट्टामा तपाईंको स्वास्थ्य सेवा लागतको केही वा सबै तिर्न सहमत हुन्छ।

घरायसी स्वास्थ्य हेरचाह: सेवाहरू जसमा घरमै प्रदान गरिएका स्वास्थ्य हेरचाह नर्सिंग, घर स्वास्थ्य सहायक सेवाहरू, र सीपयुक्त थेरापीहरू समावेश छन्।

धर्मशाला सेवाहरू: 42 C.F.R मा उल्लिखित गरिएको सहभागिता सर्तहरूको अधीनमा, सार्वजनिक एजेन्सी, निजी संस्था, वा दुवैको एक अंश भाग 418 (अक्टोबर 1, 2017), जसले Ohio मा इजाजतपत्र प्राप्त र ODM द्वारा घातक बिरामी व्यक्तिहरूलाई हेरचाह प्रदान गर्न अनुमोदित संस्थालाई जनाउँछ। (5160-56-01 (V).

अस्पतालमा भर्ना: अस्पतालमा हेरचाह जहाँभित्रै बस्ने बिरामीको रूपमा भर्ना हुनु आवश्यक छ।

अस्पताल बाह्य रोगी सेवा: अस्पतालले बिरामीलाई प्रदान गर्ने चिकित्सकद्वारा वा उनको निरीक्षणमा प्रदान गरिने निदानात्मक, उपचारात्मक, पुनर्वासात्मक, वा उपशामक उपचार वा सेवाहरू।

मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी तपाईंको मानसिक स्वास्थ्य र हेरचाह बारेमा तथ्यहरू। यो जानकारी UnitedHealthcare Community Plan वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकद्वारा प्रदान गर्न सकिन्छ। यसमा तपाईंको शारीरिक र मानसिक स्वास्थ्यको बारेमा जानकारीका साथै तपाईंको हेरचाहको लागि गरिएको भुक्तानी समावेश रहेको।

आइडी कार्ड: तपाईं UnitedHealthcare Community Planको सदस्य हुनुहुन्छ भनेर देखाउने परिचयपत्र। तपाईंले यो कार्ड सधैं आफूसँगै राख्नुपर्छ।

खोपहरू रोगबाट बचाउने खोप। बालबालिकाले निश्चित उमेरमा विभिन्न सेवा वा हेरचाह पाउनुपर्छ। नियमित डाक्टरकहाँ गएको बखतमा खोपहरू प्रायः दिइन्छ।

जानकारको सहमति: जुम सम्पूर्ण चिकित्सा उपचारहरू तपाईंलाई व्याख्या गरिएको छ, र तपाईं ती बुझ्नुहुन्छ र सहमत हुनुहुन्छ।

-नेटवर्क-भित्र: चिकित्स, विशेषज्ञ, अस्पताल, फार्मेसी र अन्य प्रदायकहरू जसले सदस्यहरूलाई स्वास्थ्य सेवाहरू प्रदान गर्न UnitedHealthcare Community Plan संग व्यवस्था गरेका छ।

इनपेशेन्ट: जब तपाईं धेरै समयको लागि अस्पतालमा भर्ना हुनुहुन्छ।

चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवाहरू: रोग, चोटपटक, रोग वा यसका लक्षणहरू, भावनात्मक वा व्यवहारिक डिसफंक्शन, बौद्धिक घाटा, संज्ञानात्मक हानि, वा विकासात्मक अशक्तता जस्ता प्रतिकूल स्वास्थ्य अवस्थालाई रोक्ने, निदान गर्ने, मूल्याङ्कन गर्ने वा उपचार गर्ने प्रक्रियाहरू, वस्तुहरू, वा सेवाहरूको समावेश गर्नको लागि मापदण्ड जुन सेवाहरू बिना, व्यक्तिले लामो समयसम्म, बढेको, वा नयाँ रोग अनुभव गर्न सक्छ; कार्यमा हानि; शरीरको कुनै अंग वा भागको काम नलाग्ने अवस्था; वा उल्लेखनीय पीडा र असुविधा।

सदस्य: UnitedHealthcare Community Plan वा Medicaid वा DHCP कार्यक्रमहरूमा भर्ना भएको योग्य व्यक्ति।

नेटवर्क: UnitedHealthcare Community Planका अनुबंधित प्रदायकहरू UnitedHealthcare Community Planका सदस्यहरूका लागि उपलब्ध छन्।

गैर-सहभागिता प्रदायक: ODM प्रदायक सम्झौता भएको कुनै पनि प्रदायक जसले UnitedHealthcare Community Plan सँग सम्झौता गर्दैन तर पनि UnitedHealthcare Community Plan का सदस्यहरूलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दछ।

ODM: Ohio Department of Medicaid.

नेटवर्क बाहिर: UnitedHealthcare सँग आफ्ना सदस्यहरूलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सम्झौता नभएका डाक्टर, विशेषज्ञ, अस्पताल, फार्मेसी र अन्य प्रदायकहरू।

बाहिरी रोगी: जब तपाईंले कुनै प्रक्रिया गर्नुहुन्छ जसको निम्ति रातभर अस्पताल बस्नु पर्दैन।

प्रतिस्थापन प्रदायक: प्रशासनिक संहिताको नियम 5160-26-05 अनुसार UnitedHealthcare Community Plan सँग नेटवर्क प्रदायक सम्झौता भएको र समावेश गरिएका सेवाहरू अर्डर गर्न, रेफर गर्न वा प्रदान गर्न प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा Medicaid कोष प्राप्त गर्ने कुनै पनि प्रदायक, प्रदायकहरूको समूह, वा संस्था। UnitedHealthcare Commmunity Planको प्रदायक सम्झौता वा ODM सँगको सम्झौताको अंशको रूपमा रहन्छ।

चिकित्सक सेवाहरू: (L) "शारीरिक थेरापी सेवाका व्यवसायी": तिनीहरू चिकित्सक, पोडियाट्रिस्ट, दन्त चिकित्सक, क्लिनिकल नर्स विशेषज्ञ, प्रमाणित नर्स-मिडवाइभ, प्रमाणित नर्स प्राक्टिशनर वा चिकित्सक सहायक हुन्। (5160-2-02(L))

योजना: (X) "व्यवस्थित हेरचाह संगठन (MCO)" वा "व्यवस्थित हेरचाह योजना (MCP)" ले Ohio राज्यमा इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य बीमा निगम (HIC) लाई जनाउँछ जसले ODM सँग व्यवस्थित हेरचाह प्रदायक सम्झौतामा प्रवेश गर्दछ। 5160-26-01(X)

स्थिरीकरण पछि गरिने हेरचाह सेवाहरूले: आपतकालीन चिकित्सा अवस्था स्थिर भएपछि, स्थिर अवस्था कायम राख्नको लागि, वा 42 C.F.R. 422.113 मा उल्लिखित परिस्थितिहरूमा उपचार प्रदायकले चिकित्सा रूपमा आवश्यक ठानेको आपतकालीन चिकित्सा अवस्थासँग सम्बन्धित सेवाहरू समेट्छ सदस्यको अवस्था सुधार गर्न वा समाधान गर्न।

पूर्वअधिकार: UnitedHealthcare Community Plan ले स्वास्थ्य सेवा, उपचार योजना, वा टिकाउ चिकित्सा उपकरण चिकित्सा कारणले आवश्यक पर्ने निर्णय गरेको छ। कहिलेकाहीं पूर्व प्राधिकरण, पूर्व स्वीकृति, वा पूर्व प्रमाणीकरण पनि भनिन्छ। तपाईंको स्वास्थ्य बीमा वा योजनाले आपतकालीन अवस्थामा बाहेक केही सेवाहरू प्राप्त गर्नु अघि पूर्व-अधिकृतीकरण आवश्यक पर्न सक्छ।

प्रिमियम:"प्रिमियम" भन्नाले प्रति सदस्य मासिक भुक्तानी रकमलाई जनाउँछ जुन MCO ले प्रशासनिक संहिताको अध्याय 5160-26 र/वा ODM सँगको प्रदायक सम्झौता अनुसार आफ्नो जिम्मेवारी पूरा गरेबापत क्षतिपूर्तिको रूपमा प्राप्त गर्ने हकदार छ। (516026-01(NN))

निर्धारित औषधि समावेश: सिङ्गल फार्मेसी बेनिफिट म्यानेजर (SPBM) द्वारा समेटिएका औषधिहरू जुन बिरामीको निवासमा प्रयोगको लागि सदस्यहरूलाई प्रदान गरिन्छ, जसमा नर्सिङ सुविधा वा बौद्धिक अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको लागि मध्यवर्ती हेरचाह सुविधा समावेश छ।

निर्धारित औषधिहरू: रोगको उपचार, न्यूनीकरण वा रोकथाम, वा स्वास्थ्य कायम राख्नको लागि तोकिएका साधारण वा यौगिक पदार्थहरू, वा पदार्थहरूको मिश्रणहरू। यी संघीय र राज्य कानूनद्वारा परिभाषित गरिएको उनीहरूको व्यावसायिक अभ्यासको सीमा भित्र चिकित्सक वा अन्य इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य सेवा व्यवसायीद्वारा तोकिएको हुनुपर्छ। यी पदार्थहरू राज्य चिकित्सा अभ्यास ऐन अनुसार इजाजतपत्र प्राप्त फार्मासिस्टहरू वा अधिकृत चिकित्सकहरूद्वारा वितरण गरिनुपर्छ, जुन फार्मासिस्ट वा व्यवसायीको रेकर्डमा रेकर्ड गरिएको र राखिएको लिखित निर्धारितको आधारमा हो।

प्राथमिक हेरचाह चिकित्सक वा प्रदायक (PCP): व्यक्तिगत चिकित्सक (M.D. or D.O.), चिकित्सक समूह अभ्यास, Ohio संशोधित संहिताको धारा 4723.01 मा परिभाषित गरिए अनुसार उन्नत अभ्यास दर्ता गरिएको नर्स, स्वीकार्य विशेषज्ञता भित्र एक उन्नत अभ्यास नर्स समूह अभ्यास, वा एक चिकित्सक सहायक जसले Ohio प्रशासनिक संहिताको नियम 5160-4-03 को आवश्यकताहरू पूरा गर्छ, Ohio प्रशासनिक संहिताको नियम 5160-26-03.1 मा निर्दिष्ट सेवाहरू प्रदान गर्न UnitedHealthcare Community Plan सँग सम्झौता गर्छ।

पूर्व प्रमाणीकरण: तपाईंको डाक्टरले सेवाहरूको लागि स्वीकृति प्राप्त गर्न प्रयोग गर्ने प्रक्रिया जुन ती सेवाहरू प्रदर्शन गर्नु अघि स्वीकृत हुनुपर्छ।

प्रदायक निर्देशिका: तपाईंको स्वास्थ्य सेवा आवश्यकताहरू पूरा गर्न UnitedHealthcare Community Plan सँग काम गर्ने प्रदायकहरूको सूची।

प्रदायक: UnitedHealthcare Community Plan का सदस्यहरूलाई प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवाहरूको लागि प्रतिपूर्ति प्राप्त गर्न अधिकृत वा हकदार हुन सक्ने अस्पताल, स्वास्थ्य सेवा सुविधा, चिकित्सक, दन्त चिकित्सक, फार्मेसी, वा अन्य कुनै पनि इजाजतपत्र प्राप्त वा प्रमाणित व्यक्ति वा संस्था।

सिफारिस: जब तपाईं र तपाईंको PCP ले अर्को डाक्टरलाई भेट्न आवश्यक छ भन्ने निर्णय गर्नुहुन्छ, र तपाईंको PCP ले तपाईंलाई नेटवर्क विशेषज्ञकहाँ पठाउनुहुन्छ।

नर्वास सेवाहरू र उपकरणहरू: Ohio संशोधित संहिताको अनुसूची 47 अनुसार, विशिष्ट कार्यहरू इजाजतपत्र प्राप्त वा अन्यथा उचित रूपमा प्रमाणित प्राविधिक वा व्यावसायिक स्वास्थ्य सेवा कर्मचारीहरूद्वारा सिधै प्रदान गरिनुपर्छ।

आफु द्वारा सिफारिस गरिएका सेवाहरू: तपाईंको PCP बाट सिफारिस आवश्यक नपर्ने सेवाहरू।

दक्ष नर्सिङ केयर: Ohio संशोधित संहिताको अनुसूची 4723 अनुसार, दर्ता गरिएको नर्सको निर्देशनमा वा सिधै दर्ता गरिएको नर्सद्वारा लाइसेन्स प्राप्त व्यावहारिक नर्स (LPN) द्वारा प्रदान गरिनु पर्ने विशिष्ट कार्यहरू।

विशेषज्ञ: एक चिकित्सक विशेषज्ञ भनेको औषधिको एक विशेष क्षेत्र वा बिरामीहरूको समूहमा ध्यान केन्द्रित गर्दछ जसले निश्चित लक्षण र अवस्थाहरूको निदान, व्यवस्थापन, रोकथाम, वा उपचार गर्दछ। एक गैर-चिकित्सक विशेषज्ञ एक प्रदायक हो जससँग स्वास्थ्य सेवाको एक विशेष क्षेत्रमा बढी तालिम छ।

पदार्थको प्रयोग बारे जानकारी: तपाईंको पदार्थको प्रयोग र हेरचाह बारे। यो जानकारी UnitedHealthcare Community Plan वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकद्वारा प्रदान गर्न सकिन्छ। यसमा तपाईंको पदार्थको प्रयोगको इतिहास र हालको प्रयोगको बारेमा जानकारी, साथै हेरचाहको लागि भुक्तानीहरू समावेश छन्।

आपतकालीन हेरचाह: तत्काल ध्यान आवश्यक पर्ने तर आपतकालीन कक्षमा उपचार आवश्यक पर्ने गरी गम्भीर नभएको रोग, चोटपटक, वा अवस्थाको हेरचाह।

WIC: महिला, शिशु र बालबालिकाका लागि पूरक खाद्य कार्यक्रम जसले गर्भवती र सुत्केरी महिलाहरूका साथै शिशु र 2 वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूलाई पोषण परामर्श, शिक्षा र पौष्टिक खाना प्रदान गर्दछ। कम आय भएका र पोषण जोखिममा रहेको पत्ता लागेका बालबालिकाहरूलाई 5 वर्ष उमेरसम्मको उमेरमा पोषणको कमी भएको मानिन्छ।

गोपनियता अभ्यासहरूको स्वास्थ्य योजनासम्बन्धी सूचनाहरू

यस सूचनाले तपाईंको बारेमा चिकित्सा जानकारी कसरी प्रयोग र खुलासा गर्न सकिन्छ र तपाईं यो जानकारीमा कसरी पहुँच प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ भनेर व्याख्या गर्दछ। कृपया यसलाई ध्यानपूर्वक रुपमा समीक्षा गर्नुहोस्।

जनवरी 1, 2024 देखि लागू हुनछ

कानून अनुसार, हामीले[1] तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी ("HI") को गोपनीयताको संरक्षण गर्नुपर्छ। हामीले तपाईंलाई यो सूचना पठाउनु पर्छ। यसले तपाईंलाई भन्छ कि:

- हामी तपाईंको HI कसरी प्रयोग गर्न सक्छौं।
- हामी तपाईंको HI अरूसँग कहिले साझा गर्न सक्छौं।
- तपाईंको HI को लागि के-के अधिकारहरू छन।

कानून अनुसार, हामीले यस सूचनाका सर्तहरू पालना गर्नुपर्छ।

HI भनेको तपाईंको स्वास्थ्य वा चिकित्सा सेवाहरूको बारेमा जानकारी लिनु हो। गोपनीयता अभ्यासहरूको यस सूचनामा परिवर्तन गर्ने हामीसँग अधिकार छ। यदि हामीले महत्त्वपूर्ण परिवर्तनहरू गर्यौं भने, हामी तपाईंलाई मेल वा इमेल मार्फत जानकारी गराउनेछौं। हामी हाम्रो वेबसाइटमा पनि नयाँ सूचना प्रकाशित गर्नेछौं। तपाईंको HI को उल्लङ्घन भएमा हामी तपाईंलाई सूचित गर्नेछौं।

हामी तपाईंको जानकारी कसरी सङ्कलन, प्रयोग र साझेदारी गर्छौं

हामी तपाईंको HI सङ्कलन, प्रयोग, र साझेदारी गर्छौं:

- तपाईं वा तपाईंको कानुनी प्रतिनिधि।
- केही सरकारी निकायहरू। हामीले गोपनीयता कानूनहरू पालना गरिरहेका छौं कि छैनौं भनेर जाँच गर्न।

हामीसँग निश्चित उद्देश्यका लागि तपाईंको HI सङ्कलन गर्ने, प्रयोग गर्ने र साझा गर्ने अधिकार छ। यो तपाईंको उपचारको लागि, तपाईंको हेरचाहको लागि तिर्न, वा हाम्रो व्यवसाय चलाउनको लागि हुन सक्छ। हामी निम्नानुसार तपाईंको HI प्रयोग र साझेदारी गर्न सक्छौं

- **भुक्तानीको लागि।** भुक्तानी प्रक्रिया गर्न र दाबीहरू भुक्तानी गर्न। यसमा समन्वयकारी लाभहरू समावेश हुन सक्छन्।
- **उपचार वा हेरचाहको व्यवस्थापनको लागि।** तपाईंलाई हेरचाहमा मद्दत गर्न। जस्तै कि, हामी तपाईंको HI तपाईं रहेको अस्पतालसँग साझा गर्न सक्छौं, जसले गर्दा उनीहरूलाई तपाईंलाई चिकित्सा सेवा प्रदान गर्न मद्दत मिलोस्।
- **स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्न।** आफ्नो व्यवसाय चलाउन। उदाहरणका लागि, हामी तपाईंको डाक्टरसँग कुरा गरेर तपाईंलाई उपलब्ध विशेष रोग व्यवस्थापन वा कल्याण कार्यक्रमको बारेमा जानकारी गराउन सक्छौं। हामी हाम्रा सेवाहरू सुधार गर्नको लागि डेटा विश्लेषण गर्न सक्छौं।
- **स्वास्थ्य कार्यक्रम वा उत्पादनहरूको बारेमा तपाईंलाई जानकारी गराउन।** हामी तपाईंलाई अन्य उपचार, उत्पादन र सेवाहरूको बारेमा जानकारी गराउन सक्छौं। यी क्रियाकलापहरू कानूनद्वारा प्रतिबन्धित हुन सक्छ।

- **योजना प्रायोजकहरूको लागि।** यदि तपाईंले आफ्नो रोजगारदाता मार्फत स्वास्थ्य बीमा प्राप्त गर्नुभयो भने, हामी तपाईंको रोजगारदातालाई भर्ना, नामांकन रद्द, र सारांश स्वास्थ्य जानकारी प्रदान गर्न सक्छौं। यदि उनीहरूले यसको प्रयोगलाई उचित रूपमा सीमित गरे भने हामी उनीहरूलाई अन्य HI प्रदान गर्न सक्छौं।
- **बीमाङ्कन प्रयोजनको लागि।** बीमाङ्कन निर्णयहरू गर्न। हामी तपाईंको आनुवंशिक HI लाई बीमाङ्कन प्रयोजनका लागि प्रयोग गर्ने छैनौं।
- **लाभ वा हेरचाह सम्बन्धी रिमाइन्डा गर्नका लागि।** हामी तपाईंको भेटघाटको बारेमा रिमाइन्डर पठाउन सक्छौं र तपाईंको स्वास्थ्य लाभहरूको बारेमा जानकारी प्रदान गर्न सक्छौं।
- **तपाईंसँग सञ्चार गर्नको लागि।** तपाईंको स्वास्थ्य बीमा लाभ, स्वास्थ्य सेवा, वा भुक्तानीको बारेमा हामी तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सक्छौं।

हामी तपाईंको HI निम्नानुसार सङ्कलन, प्रयोग र साझेदारी गर्न सक्छौं:

- **कानूनि रुपमा आवश्यक भएकाले।** हामीमा लागू हुने कानूनहरूको पालना गर्न।
- **तपाईंको हेरचाहमा संलग्न भएका व्यक्तिहरूलाई।** तपाईंको चिकित्सा हेरचाहमा सहयोग गर्ने वा तपाईंको हेरचाहको लागि भुक्तानी गर्न मद्दत गर्ने परिवारको सदस्य वा अन्य व्यक्ति। आपतकालीन अवस्थामा यो परिवारको सदस्यलाई पनि हुन सक्छ। यदि तपाईंले हामीलाई तपाईंको HI साझा गर्न सक्छौं कि सक्दैनौं भनेर बताउन असमर्थ हुनुभयो भने यो हुन सक्छ। यदि तपाईं हामीलाई के चाहनुहुन्छ भन्न असमर्थ हुनुहुन्छ भने, हामी हाम्रो उत्तम निर्णयको आधारमा निर्णय गर्नेछौं। यदि अनुमति दिइयो भने, तपाईंको मृत्यु पछि, हामी तपाईंको हेरचाहमा मद्दत गर्ने वा तपाईंको हेरचाहको लागि भुक्तानी गर्ने परिवारका सदस्यहरू वा साथीहरूसँग HI सझेदारी गर्न सक्छौं।
- **सार्वजनिक स्वास्थ्य गतिविधिहरूको निम्ति।** उदाहरणका लागि, रोगहरूको फैलावट रोक्न वा उत्पादन वा औषधिहरूसँग सम्बन्धित समस्याहरू रिपोर्ट गर्न।
- **दुरुपयोग, उपेक्षा, वा घरेलु हिंसाको रिपोर्टिङको निम्ति।** हामी यो HI कानूनद्वारा अनुमति दिइएको विशेष संस्थाहरूसँग मात्र साझा गर्न सक्छौं। यो सामाजिक वा सुरक्षात्मक सेवा एजेन्सी हुन सक्छ।
- **स्वास्थ्य निरीक्षण गतिविधिहरूको लागि** कानूनद्वारा HI प्राप्त गर्न एजेन्सीलाई अनुमति दिइएको छ। यो इजाजतपत्र, लेखा परीक्षण र ठगी र दुरुपयोग अनुसन्धानको लागि हुन सक्छ।
- **न्यायिक वा प्रशासनिक कार्यको लागि।** उदाहरणका लागि, अदालतको आदेशको जवाफ दिन वा सबपोना।
- **कानूनको प्रवर्तनको लागि।** हराएको व्यक्तिलाई खोज्न वा अपराध रिपोर्ट गर्न।
- **उदाहरणका लागि, अदालतको आदेश वा न्यायालयलाई जवाफ दिन।** उदाहरणका लागि, आपतकालीन वा विपत्तिको अवस्थामा सार्वजनिक स्वास्थ्य एजेन्सीहरू वा कानून प्रवर्तनलाई।
- **सरकारी कार्यहरू गर्नकोको लागि।** सेना, भेटेरान, राष्ट्रिय सुरक्षा, वा केही सुरक्षा सेवाहरू द्वारा प्रयोग गर्नको लागि।
- **कामदारको क्षतिपूर्तिको लागि।** यदि तपाईं काममा वा श्रम कानूनको पालना गर्दा घाइते हुनुभयो भने।
- **अनुसन्धानको लागि।** उदाहरणका लागि, कुनै रोग वा चिकित्सा अवस्थाको अध्ययन गर्न। हामी अनुसन्धान अध्ययन तयार गर्न पनि HI को प्रयोग गर्न सक्छौं।
- **मृतकहरूको बारेमा जानकारी दिन।** उदाहरणका लागि, एक कोरोनर अधिकारी वा चिकित्सकीय परीक्षकलाई जसले मरेको व्यक्तिको पहिचान गर्न, मृत्युको कारण पत्ता लगाउन, वा केही कानूनी प्रावधानहरूको पालना गर्न मद्दत गर्न सक्छ। हामी अन्त्येष्टि निर्देशकहरूलाई पनि HI दिन सक्छौं।

- **अङ्ग प्रत्यारोपणको निम्ति।** उदाहरणका लागि, अंग, आँखा, वा तन्तु प्राप्त गर्न, भण्डारण गर्न वा प्रत्यारोपण गर्नेको लागि मद्दत गर्न।
- **सुधारात्मक संस्थाहरू वा कानून प्रवर्तनलाई।** जस्तै कि हिरासतमा रहेका व्यक्तिहरूको लागि: (1) स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न; (2) आफ्नो स्वास्थ्य र अरूको स्वास्थ्यको रक्षा गर्न; र (3) संस्थाको सुरक्षाको लागि।
- **हाम्रा व्यावसायिक साझेदारीहरूलाई।** आवश्यक परेको खण्डमा तपाईंलाई सेवाहरू प्रदान गर्न। हामीलाई सेवा प्रदान गर्ने कम्पनीहरू यी हुन्। तिनीहरू तपाईंको HI सुरक्षित गर्न सहमत छन्।
- **अन्य प्रतिबन्धहरु।** संघीय र राज्य कानूनहरूद्वारा तल सूचीबद्ध HI को हाम्रो प्रयोगलाई थप सीमित गर्न सक्छन्। हामी लागू हुने कडा कानूनहरू पालना गर्नेछौं।
  1. मदिरा र लागूपदार्थको प्रयोग विकार
  2. बायोमेट्रिक जानकारी
  3. बालक वा वयस्कको दुर्व्यवहार वा उपेक्षा, जसमा यौन उत्पीडन समावेश हुन्छ
  4. सरुवा रोगहरू
  5. वंशाणुगत जानकारी
  6. HIV/AIDS
  7. मानसिक स्वास्थ्य
  8. नाबालिगहरूको जानकारी
  9. निर्धारित
  10. प्रजनन स्वास्थ्य
  11. यौनजन्य सरुवा रोगहरू

हामी यस सूचनामा भने अनुसार वा तपाईंको लिखित सहमतिमा मात्र तपाईंको HI प्रयोग वा साझा गर्नेछौं। कानूनले अनुमति दिएको केही अवस्थामा बाहेक, हामी तपाईंको बारेमा मनोचिकित्सा नोटहरू साझा गर्न तपाईंको लिखित सहमति प्राप्त गर्नेछौं। तपाईंको HI अन्य व्यक्तिहरूलाई बेच्नको लागि हामी तपाईंको लिखित सहमति लिनेछौं। हामी तपाईंको HI निश्चित मार्केटिङ मेलिङहरूमा प्रयोग गर्न तपाईंको लिखित सहमति प्राप्त लिनेछौं। यदि तपाईंले हामीलाई आफ्नो सहमति दिएमा तपाईंले सहमतिलाई फिर्ता लिन सक्नुहुन्छ। कसरी गर्ने भनेर थहा पाउनको लागि, तपाईंको स्वास्थ्य बीमा आइडी कार्ड रहेको फोन नम्बरमा कल गर्नुहोस्।

तपाईंको अधिकार

तपाईंसँग निम्न अधिकारहरु रहेका छन्।

- उपचार, भुक्तानी, वा स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनको लागि तपाईंको जानकारीहरुको प्रयोग वा साझेदारीलाई सीमित गर्नको निम्ति **हामीलाई अनुरोध गर्न**। तपाईंले आफ्नो जानकारी परिवारका सदस्यहरू वा तपाईंको हेरचाहमा मद्दत गर्ने वा तपाईंको हेरचाहको लागि भुक्तानी गर्ने अरूसँग साझा गर्न सीमित गरको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। हामी तपाईंका आश्रितहरूलाई सीमा अनुरोध गर्न अनुमति दिन सक्छौं। **हामी तपाईंको अनुरोधलाई सम्मान गर्ने प्रयास गर्नेछौं, तर हामीलाई त्यसो गर्नको लागि बाध्य पारिएको छैन।** हाम्रो प्रयोग वा साझेदारी सीमित गर्न तपाईंको अनुरोध लिखित रूपमा राखिनुपर्छ।

- **अर्को तरिकाले वा फरक ठाउँमा गोप्य सञ्चार** प्राप्त गर्न अनुरोध गर्नुहोस्। उदाहरणका लागि, तपाईंको घरको सट्टा P.O. Box। राज्य र संघीय कानूनले अनुमति दिए अनुसार हामी तपाईंको अनुरोधमा सहमत हुनेछौं। हामी मौखिक अनुरोधहरू स्वीकार गर्छौं तर तपाईंको अनुरोध लिखित रूपमा पुष्टि गर्नको लागि अनुरोध गर्न सक्छौं। तपाईं आफ्नो अनुरोध परिवर्तन गर्न सक्नुहुन्छ। यो लिखित रूपमा हुनुपर्दछ। तलको ठेगानामा मेल गर्नुहोस्।
- केही HI **हेर्न वा प्रतिलिपि प्राप्त गर्न।** तपाईंले अनुरोध लिखित रूपमा पेश गर्नुपर्छ। तलको ठेगानामा मेल गर्नुहोस्। यदि हामीले यी रेकर्डहरू इलेक्ट्रोनिक रूपमा राखेमा, तपाईंले इलेक्ट्रोनिक प्रतिलिपि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। हामी तपाईंलाई सारांश पठाउन सक्छौं। प्रतिलिपिहरूको लागि हामी शुल्क लिन सक्छौं। हामी तपाईंको अनुरोध अस्वीकार गर्न सक्छौं। यदि हामीले तपाईंको अनुरोध अस्वीकार गर्यौं भने, तपाईंले अस्वीकृतिको समीक्षा गराउन सक्नुहुन्छ।
- **संशोधन गर्नको लागि अनुरोध गर्न।** यदि तपाईंलाई आफ्नो HI गलत वा अपूर्ण रहेको छ जस्तो लाग्छ भने, तपाईंले यसलाई परिवर्तन गर्न अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले अनुरोध लिखित रूपमा पेश गर्नुपर्छ। तपाईंले परिवर्तनको कारणहरू दिनुपर्छ। हामी कानूनले तोकेको समय भित्र तपाईंको अनुरोधको जवाफ दिनेछौं। तलको ठेगानामा यसलाई मेल गर्नुहोस्। यदि हामीले तपाईंको अनुरोध अस्वीकार गर्यौं भने, तपाईंले आफ्नो असहमतिलाई आफ्नो HI मा थप गर्न सक्नुहुन्छ।
- तपाईंले अनुरोध गर्नु भन्दा छ वर्ष अघि हामीले तपाईंको HI **कहिले साझा गर्यौं भन्ने** हिसाब प्राप्त गर्न। यसमा हामीले निम्न कारणहरूले गर्दा HI साझा गरेको कुरा समावेश गर्नेछैनौं। (i) उपचार, भुक्तानी, र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनको लागि; (ii) तपाईंसँग वा तपाईंको सहमतिमा; (iii) सुधारात्मक संस्थाहरू वा कानून प्रवर्तनसँग। यसमा संघीय कानूनले हामीलाई ट्र्याक गर्न आवश्यक नभएका खुलासाहरू समावेश हुनेछैनन्।
- **यस सूचनाको कागजी प्रतिलिपि प्राप्त गर्नको लागि।** तपाईंले कुनै पनि समयमा कागजी प्रतिलिपि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले हाम्रो वेबसाइटमा पनि यसको प्रतिलिपि पाउन सक्नुहुन्छ।
- **केही स्थानहरुमा, तपाईंलाई** आफ्नो HI मेटाउन अनुरोध गर्ने अधिकार हुन सक्छ। तपाईंको स्थानको आधारमा, तपाईंले हामीलाई तपाईंको HI मेटाउनको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। हामी कानूनले तोकेको समय भित्र तपाईंको अनुरोधको जवाफ दिनेछौं। यदि हामीले सकेनौं भने, हामी तपाईंलाई भन्नेछौं। यदि हामी सक्दैनौं भने, तपाईं किन असहमत हुनुहुन्छ भनेर व्याख्या गर्दै र सही जानकारी प्रदान गर्दै हामीलाई लेखेर पठाउँन सक्नुहुन्छ।

आफ्नो अधिकार प्रयोग गर्दै

- **आफ्नो स्वास्थ्य योजनामा सम्पर्क गर्न।** यदि तपाईंसँग यस सूचनाको बारेमा जिज्ञासा भएमा, वा तपाईं आफ्न अधिकार प्रयोग गर्न चाहनुहुन्छ भने, **आफ्नो आइडी कार्डमा रहेको फोन नम्बरमा कल गर्नुहोला।** अथवा तपाईंले **1-866-633-2446,** or TTY/RTT **711** UnitedHealth Group Call Center मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ।
- **लिखित अनुरोध पेश गर्न को लागि।** मा मेल गर्नुहोस:
  UnitedHealthcare Privacy Office
  MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **उजुरी दर्ता गर्नको लागि।** यदि तपाईंलाई आफ्नो गोपनीयता अधिकार उल्लङ्घन भएको जस्तो लाग्छ भने, तपाईंले माथि दिएको ठेगानामा उजुरी दर्ता गर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईंले अमेरिकी स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागका सचिवलाई पनि सूचित गर्न सक्नुहुन्छ।
उजुरी दर्ता गर्दा हामी तपाईं विरुद्ध कुनै कारबाही गर्ने छैनौं।

[1] चिकित्सा जानकारी गोपनीयता अभ्यासहरू बारे यो सूचना UnitedHealth Groupको सम्बन्धित स्वास्थ्य योजनाहरूमा लागू हुन्छ। यस सूचनाको अधीनमा रहेको स्वास्थ्य योजनाहरूको हालको सूची हेर्नको लागि **https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2.** मा जानुहोस्।

वित्तीय जानकारी गोपनीयता सूचना

यो सूचनाले तपाईंको वित्तीय जानकारी कसरी प्रयोग र साझा गर्न सकिन्छ भनेर बताउँछ। यसलाई ध्यानपूर्वक समीक्षा गर्नुहोस्।

जनवरी 1, 2024 देखि लागू हुनछ

हामी[2] तपाईंको "व्यक्तिगत वित्तीय जानकारी" ("FI") सुरक्षित गर्दछौ। FI गैर-स्वास्थ्य जानकारी हो। FI ले तपाईंलाई पहिचान गर्छ र सामान्यतया सार्वजनिक हुँदैन।

हामीले सङ्कलन गर्ने जानकारी

- हामी तपाईंको आवेदन वा फारमहरूबाट FI पाउने गर्छौं। यो नाम, ठेगाना, उमेर र सामाजिक सुरक्षा नम्बर हुन सक्छ।
- हामी वा अरूसँगको तपाईंको कारोबारबाट हामी FI पाउँछौं। हामी वा अन्य सँगको तपाईंले गरेको कारोबारबाट हामी FI पाउँछौं।

Sharing of FI

हामी कानूनले बमोजिम मात्र FI साझा गर्नेछौं।

हामी आफ्नो व्यवसाय चलाउनको निम्ति तपाईंको FI साझा गर्न सक्छौं। हामी तपाईंको FI हाम्रा सम्बद्धहरूसँग साझा गर्न पनि सक्छौं। यसो गर्न हामीलाई तपाईंको सहमति आवश्यक छैन।

- हामी लेनदेन अगाडी बढाउनको लागि तपाईंको FI साझा गर्न सक्छौं।
- तपाईंको खाता(हरू) संचालन राख्न हामी तपाईंको FI साझा गर्न सक्छौं।
- अदालतको आदेश र कानुनी अनुसन्धानको जवाफ दिन हामी तपाईंको FI साझा गर्न सक्छौं।
- अदालतको आदेश र कानुनी अनुसन्धानको पालना गर्न हामी तपाईंको FI साझा गर्न सक्छौं।

गोपनीयता र सुरक्षा

हामी तपाईंको FI मा कर्मचारी र सेवा प्रदायकको पहुँचलाई सीमित गर्दछौ। तपाईंको FI सुरक्षित राख्न हामीसँग सुरक्षाका उपायहरू रहेका छन्।

यस सूचनाको बारे प्रश्नहरू

कृपया **स्वास्थ्य योजना परिचयपत्रमा रहेको टोल-फ्री सदस्य फोन नम्बरमा कल गर्नुहोस्** वा UnitedHealth Group ग्राहक कल सेन्टरमा **1-866-633-2446,** or TTY/RTT **711** मा सम्पर्क गर्नुहोस्।

[2] यस वित्तीय जानकारी गोपनीयता सूचनाको लागि, "हामी" वा "हामी" भन्नाले UnitedHealth Group र निम्न UnitedHealthcare को सम्बद्ध कम्पनीहरूसँग सम्बद्ध स्वास्थ्य योजनाहरूलाई जनाउँछ: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; and USHEALTH Group, Inc.; and Vivify Health, Inc. यो वित्तीय जानकारी गोपनीयता सूचना कानूनद्वारा आवश्यक पर्दा मात्र लागू हुन्छ। विशेष गरी, यो (1) Health Plan of Nevada, Inc. र Sierra Health and Life Insurance Company, Inc. द्वारा नेभाडामा प्रस्ताव गरिएका स्वास्थ्य सेवा बीमा उत्पादनहरूमा लागू हुँदैन; वा (2) अपवादहरूलाई अनुमति दिने राज्यहरूमा UnitedHealth Group का अन्य स्वास्थ्य योजनाहरूमा लागू हुँदैन। यस सूचनाको अधीनमा रहेको स्वास्थ्य योजनाहरूको हालको सूची हेर्नको लागि **https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2.** मा जानुहोस्।

गैर-भेदभावको सूचना, र
भाषा सहायता सेवाहरू र वैकल्पिक ढाँचाहरूको उपलब्धताको सूचना

हाम्रो कम्पनी लागू हुने नागरिक अधिकार कानूनहरूको पालना गर्दछ र जाति, रंग, राष्ट्रिय उत्पत्ति, उमेर, अपाङ्गता, वा लिङ्ग (गर्भावस्था, यौन अभिमुखीकरण, र लिङ्ग पहिचान सहित) को आधारमा भेदभाव गर्दैन। हामी जाति, रंग, राष्ट्रिय उत्पत्ति, उमेर, अपाङ्गता, वा लिङ्गको आधारमा कसैलाई बहिष्कृत गर्दैनौं वा कम अनुकूल व्यवहार गर्दैनौं।

हामी तपाईलाई हामीसँग सञ्चार गर्न मद्दत गर्न निः शुल्क सहायता र सेवाहरू प्रदान गर्छौं। तपाईंले दोभाषे र/वा अन्य भाषाहरूमा वा ठूला प्रिन्ट जस्ता ढाँचाहरूमा सञ्चारको लागि माग गर्न सक्नुहुन्छ। हामी अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको लागि उचित परिमार्जनहरू पनि प्रदान गर्दछौं।

यदि तपाईंलाई यी सेवाहरू आवश्यक छ भने, कृपया आफ्नो सदस्यता परिचयपत्रमा सूचीबद्ध टोल-फ्री नम्बरमा कल गर्नुहोस् (TTY **711**)

यदि तपाईंलाई विश्वास छ कि हामीले यी सेवाहरू प्रदान गर्न असफल भयौं वा जाति, रंग, राष्ट्रिय उत्पत्ति, उमेर, अपाङ्गता, वा लिङ्गको आधारमा अन्य कुनै तरिकामा भेदभाव गर्यौं भने, तपाईं नागरिक अधिकार संयोजक लाई गुनासो पठाउन सक्नुहुन्छ।

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

यदि तपाईंलाई गुनासो दर्ता गर्न मद्दत आवश्यक छ भने, कृपया आफ्नो सदस्यता परिचयपत्रमा सूचीबद्ध टोल-फ्री नम्बरमा कल गर्नुहोस् (TTY **711**)

तपाईले संयुक्त राज्य अमेरिकाको स्वास्थ्य र मानव सेवा विभाग, नागरिक अधिकारको लागि कार्यालयमा पनि नागरिक अधिकार उजुरी दर्ता गर्न सक्नुहुन्छ:

अनलाइन: **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**

फोन: **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)

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

गुनासो फारमहरू **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html** मा उपलब्ध छन्।
यो सूचना मा उपलब्ध छ
https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notices.

CSOH25MM0272851_000

English: ATTENTION: Translation and other language assistance services are available at no cost to you. If you need help, please call the toll-free number on your member identification card.

Spanish: ATENCIÓN: La traducción y los servicios de asistencia de otros idiomas se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita ayuda, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Haitian French Creole: ATANSYON: Gen tradiksyon ak lòt sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Si ou bezwen èd, tanpri rele nimewo gratis lan ki sou kat idantifikasyon ou kòm manm lan.

Ukranian: УВАГА! Ви можете безкоштовно скористатися послугами перекладу та іншими послугами мовної підтримки. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте за безкоштовним номером, вказаним у вашій ідентифікаційній картці учасника.

Nepali: ध्यान दिनुहोस्ः तपाईंका लागि अनुवाद र अन्य भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध छन्। मद्दतको अनुरोध गर्न, कृपया आफ्नो आइडी कार्डमा सूचीबद्ध टोल-फ्रि फोन नम्बरमा सदस्यलाई कल गर्नुहोस्।

Arabic: تنبيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجانًا. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدوّن على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

Somali: DIGNIIN: Turjumaada iyo adeegyada kale ee kaalmada luuqadda waxaad ku heleysaa lacag la'aan. Haddii aad u baahan tahay caawimaad, fadlan wac lambarka sida bilaashka loo waco ee ku yaala kaarkaaga aqoonsiga xubinnimo.

Russian: ВНИМАНИЕ! Услуги перевода, а также другие услуги языковой поддержки предоставляются бесплатно. Если Вам нужна помощь, позвоните по номеру телефона для бесплатных звонков, указанному на Вашей идентификационной карточке участника.

Swahili: ANGALIA: Tafsiri na huduma zingine za usaidizi wa lugha zinapatikana bila gharama kwako. Ikiwa unahitaji msaada, tafadhali piga simu ya bila malipo iliyo kwenye kitambulisho chako cha mwanachama.

French: ATTENTION : la traduction et d'autres services d'assistance linguistique sont disponibles sans frais pour vous. Si vous avez besoin d'aide, veuillez composer le numéro gratuit figurant sur votre carte de membre.

Kinyarwanda: ICYITONDERWA: Serivisi z'ubusemuzi n'ubundi bufasha bw'indimi uzihabwa nta kiguzi utanze. Niba ukeneye ubufasha, hamagara nimero itishyurwa iri ku ikarita yawe iranga umunyamuryango.

Uzbek: DIQQAT: Tarjima va boshqa til bo'yicha yordam xizmatlari sizga bepul taqdim etiladi. Agar yordam zarur bo'lsa, a'zo identifikatsiya kartasidagi bepul raqamga telefon qiling.

Pashto: پاملرنه: د ژباړې او د ژبې نور د مرستې خدمتونه تاسو ته وړیا شتون لري. که تاسو مرستې ته اړتیا لرئ، مهرباني وکړئ خپل د غړی پیژندنې کارت کې ورکړل شوې وړیا شمیرې ته زنګ ووهئ.

Vietnamese: CHÚ Ý: Dịch vụ dịch thuật và hỗ trợ ngôn ngữ khác được cung cấp cho quý vị miễn phí. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi số miễn cước trên thẻ nhận dạng hội viên của quý vị.

Tigrinya: ኣስተውዕል: ናይ ትርጉምን ካልእ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎታትን ብዘይ ዝኾነ ወጻኢታት ይወሃበኩም። ሓገዝ ምስ እትደልዩ፡ ብኽብረትኩም ናብቲ ኣብ ናይ ኣባል መለለዪ ካርድኹም ዘሎ ነጻ ቁጽሪ ደውሉ።

Dari: توجه: خدمات ترجمانی و دیگر مساعدت لسانی به قسم رایگان برای شما قابل دسترس است. اگر به کمک ضرورت پیدا کردید، لطفاً به نمبر رایگان مندرج در کارت هویت اعضا به تماس شوید.

परिशिष्ट A

Ohio सिङ्गल फार्मेसी बेनिफिट म्यानेजर (SPBM)

1. सदस्य हातेपुस्तिका सामग्रीहरू

1.1 कर्पोरेट पहिचान

Gainwell Technologies 50 वर्षभन्दा बढीको अनुभव भएको कम्पनी हो, जुन उत्कृष्ट सेवा र अतुलनीय विशेषज्ञताको लागि परिचित छ। Gainwell ले अन्य कुनै पनि व्यापारिक नाम वा DBA नाम अन्तर्गत काम गर्दैन। Gainwell मा, हामीले गर्ने सम्पूर्ण कुरा मानिसहरूमा केन्द्रित हुन्छ।

Gainwellको लक्ष्य भनेको उत्कृष्ट स्वास्थ्य र मानव सेवा परिणामहरू प्रदान गर्ने नवीन प्रविधिहरू र समाधानहरू प्रदान गरेर ग्राहकहरूलाई सशक्त बनाउनु हो।

तपाईं अब हाम्रो सिङ्गल फार्मेसी बेनिफिट म्यानेजर (SPBM) को सदस्य हुनुहुन्छ। तपाईं उच्च-गुणस्तरको फार्मेसी सेवाहरूको योग्य हुनुहुन्छ र हामीले प्रदान गर्न सक्ने सबैभन्दा नयाँ सेवाहरू प्राप्त गर्नुपर्छ भन्ने हामि Gainwell मा हामी विश्वास गर्दछौं।

अनलाईन: **https://spbm.medicaid.ohio.gov**
ईमेल: **OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com**

यदि तपाईंलाई प्रदायक वा उपभोक्ता ठगीको सिकार भएको शंका लागेमा, कृपया हाम्रो ठगी, फोहोर र दुर्व्यवहार टोल फ्री टिप लाइन **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) मा सम्पर्क गर्नुहोस् र ठगी, फोहोर र दुर्व्यवहार सम्बन्धी सरोकारहरू रिपोर्ट गर्ने विकल्प चयन गर्नुहोस्।

1.2 उपलब्ध सेवाहरू

Gainwell Medicaid-अनुमोदित, चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक पर्ने सबै प्रिस्क्रिप्शन र ओभर-द-काउन्टर (OTC) औषधिहरू समेट्छ। हामी मनपर्ने औषधि सूची (PDL) प्रयोग गर्छौं, जुन तपाईंको प्रदायकले सिफारिस गर्ने औषधिहरूको सूचिमा पर्दछ। हामी तपाईंको प्रिस्क्राइबरलाई पूर्व अनुमति अनुरोध पेश गर्न अनुरोध गर्न सक्छौं, जहाँ उनीहरूले हामीलाई विशेष औषधि र/वा औषधिको निश्चित खुराक वा मात्रा किन आवश्यक छ भनेर व्याख्या गर्ने थप जानकारी प्रदान गर्छन्।

तपाईंको कुनै पनि अतिरिक्त आवश्यकताहरूलाई समर्थन गर्नको लागि तलका सेवाहरू उपलब्ध छन्:

- मौखिक रुपमा व्याख्या
- अनुवाद सेवाहरू
- सहायक सहायता र सेवाहरू
- ब्रेल र ठूलो प्रिन्ट जस्ता विभिन्न ढाँचाहरूमा प्रदान गरिएको जानकारी

1.2.1 Preferred Drug List (PDL)

हामी PDL प्रयोग गर्छौं, जुन तपाईंको प्रदायकले सिफारिस गर्ने औषधिहरूको सूचिमा पर्दछ। तपाईंले यी स्थानहरूमा PDL को प्रतिलिपि पाउन सक्नुहुन्छ:

- ट्याब अन्तर्गतका सन्दर्भ सामग्री: **https://spbm.medicaid.ohio.gov**
- **https://spbm.medicaid.ohio.gov** मा गई तपाईंको Gainwell सदस्य पोर्टलमा लग इन गरिदै
- Ohio Department of Medicaid फार्मेसी वेबसाइटमा: **https://medicaid.ohio.gov/stakeholders-and partners/phm/unified-pdl**
- सदस्य सेवाहरूलाई **1-833-491-0344** मा कल गरेर कागजी प्रतिलिपि लिन अनुरोध गर्न सकिन्छ (TTY **1-833-655- 2437**)

1.2.2 पूर्व प्रमाणीकरणहरु

तपाईंको डाक्टरले केही औषधिहरूको लागि पूर्व अनुमति अनुरोध पेश गर्नुपर्ने हुन सक्छ। Gainwellले फोन, फ्याक्स, मेल, वेब पोर्टल, वा ePA मार्फत पूर्व प्राधिकरण सबमिशनहरू स्वीकार गर्दछ। यी परिस्थितिहरूमा, तपाईंको प्रदायकले Gainwell फार्मेसी सेवा टोलीलाई प्राधिकरण अनुरोध पठाउनेछ, जसले तपाईंको डाक्टरले अनुरोध गरिरहेको औषधिको क्लिनिकल समीक्षा गर्नेछ। Gainwell फार्मेसी सेवा टोलीले उत्तम क्लिनिकल निर्णय लिन तपाईंको डाक्टरसँग नजिकबाट कार्य गर्नेछ। तपाईंले निर्णयको नतिजा सहितको पत्र मेला मार्फत प्राप्त गर्नुहुनेछ।

यदि तपाईं Gainwell द्वारा गरिएको निर्णयसँग असहमत हुनुहुन्छ भने, तपाईंले निर्णयको पुनरावेदन कसरी गर्ने भन्ने बारे विस्तृत जानकारी प्राप्त गर्नुहुनेछ।

PDL, पूर्व अनुमति आवश्यक पर्ने औषधिहरू को बारे जानकारी प्राप्त गर्न, वा तपाईंसँग हुन सक्ने कुनै पनि औषधि सम्बन्धी प्रश्नहरू राख्नको लागि तपाईंसँग सदस्य सेवाहरूको टोल फ्री **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) मा कल गर्ने विकल्प छ। PDL र पूर्व अनुमति आवश्यक पर्ने औषधिहरूको सूची तपाईंको निम्ति अनलाइन पहुँचको लागि यहाँ उपलब्ध छ: **https://spbm.medicaid.ohio.gov** यी कागजातहरू परिवर्तन हुन सक्ने भएकाले, तपाईं र/वा तपाईंको डाक्टरद्वारा PDL र/वा पूर्व अनुमति आवश्यक पर्ने औषधिहरूको सूची हेर्नु महत्त्वपूर्ण छ।

1.2.3 फार्मेसी उपयोगिता व्यवस्थापन रणनीतिहरू

Gainwell फार्मेसी सेवा टोलीद्वारा गरिएको प्रत्येक पूर्व प्राधिकरण समीक्षाको लागि PDL प्रयोग गरिनेछ। पूर्व अनुमति आवश्यक पर्दा, तपाईंको मनपर्ने इन-नेटवर्क फार्मेसीमा औषधि भर्नु अघि Gainwell ले डाक्टरको अनुरोधलाई अनुमोदन गर्नुपर्छ। निम्न अवस्थहरुमा पूर्व अनुमतिपत्र आवश्यक पर्न सक्छ:

- सामान्य औषधि उपलब्ध छ
- अनुरोध गरिएको औषधिको दुरुपयोग/दुरुपयोग हुन सक्छ
- अन्य औषधिहरू पहिले प्रयास गर्नुपर्छ
- अनुरोध गरिएको औषधिको मात्राको सीमा नाघेको छ
- तपाईंको प्रदायकले तोकेको औषधि PDL मा समावेश गरिएको छैन

PDL मा सामान्यतया कुनै विशेष अवस्थाको उपचारको लागि धेरै औषधि विकल्पहरू समावेश हुन्छन्। यी फरक औषधिहरूलाई "वैकल्पिक" औषधि भनिन्छ र अन्य औषधिहरू जस्तै प्रभावकारी छन्, कुनै अतिरिक्त साइड इफेक्ट वा स्वास्थ्य समस्याहरू बिना।

तपाईंको प्रिस्क्राइबरले पूर्व अनुमतिपत्र अनुरोध पेश गर्न आवश्यक पर्न सक्ने विशेष कारणहरू समावेश छन्:

चरण थेरापी — केहि अवस्थामा, हाम्रो योजनाले तपाइँको अवस्थाको उपचार गर्न पहिले केहि औषधिहरू प्रयोग गर्न आवश्यक छ।

सामान्य प्रतिस्थापन — यो तब मात्र हुन्छ जब फार्मेसीले उपलब्ध हुँदा ब्रान्ड-नामको औषधिको सट्टा जेनेरिक औषधि उपलब्ध गराउन आवश्यक हुन्छ। सामान्य औषधिहरू ब्रान्ड-नाम औषधिहरू जत्तिकै सुरक्षित र प्रभावकारी हुन्छन् र पहिले सिफारिस गरिनुपर्छ।

उपचारात्मक अन्तरक्रिया — यदि तपाईं एलर्जी वा असहिष्णुता जस्ता कारणहरूले गर्दा औषधि लिन असमर्थ हुनुहुन्छ, वा यदि कुनै औषधिले तपाईंको लागि काम गर्दैन भने, तपाईंको डाक्टरले अनुमोदित औषधि सूचीमा नभएको फरक औषधि लेख्न सक्छ।

विशेष औषधिहरू — यी विशेष रोगहरूको उपचार गर्न प्रयोग गरिने औषधिहरू हुन् जुन बढी जटिल हुन्छन् र पूर्व प्राधिकरण समीक्षा प्रक्रियाको क्रममा विशेष हेरचाह र ह्यान्डलिङ आवश्यक पर्दछ। यी औषधिहरूको लागि, तपाईंले तिनीहरूलाई विशेष फार्मेसीबाट पाउनुपर्ने हुन सक्छ। तपाईंलाई आवश्यक पर्ने औषधि सकेसम्म चाँडो प्राप्त होस् भनी सुनिश्चित गर्नको लागि तपाईंको डाक्टरले Gainwell फार्मेसी सेवाहरूसँग सहकार्य गर्नेछन्।

1.2.4 बहिष्कृत सेवाहरू

Ohio Medicaid फार्मेसी कार्यक्रममा समावेश नभएका निम्न वर्गहरूलाई Gainwell ले समेट्ने छैन:

- मोटोपनको उपचारको निम्ति औषधिहरू
- बाँझोपनको उपचारको निम्ति औषधिहरू
- सिधा नहुने उपचारको निम्ति औषधिहरू
- DESI औषधिहरू ती औषधिहरू हुन् जुन उस्तै, मिल्दोजुल्दो, वा अवस्थित
- औषधिहरूसँग सम्बन्धित जुन Medicare भाग D द्वारा समावेश गर्न योग्य छन्
- OAC नियम 5160-9-03 को अनुच्छेद C अनुसार सूचीबद्ध नभएका ओभर-द-काउन्टर औषधिहरू
- दरो क्लिनिकल प्रमाणद्वारा समर्थित नभएसम्म, खाद्य तथा औषधि प्रशासन (FDA) द्वारा अनुमोदित उद्देश्यका लागि प्रयोग गरिने औषधिहरू

1.2.5 अतिरिक्त सेवाहरू

Gainwell फार्मेसी टोलीले तपाईंको सदस्य मद्दत कक्ष **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) मा कल गरेर तलका सेवाहरूमा सहयोग पुर्याउन सक्छ। तपाईंले **https://spbm.medicaid.ohio.gov** मा लग इन गरेर आफ्नो सदस्य पोर्टल बाट पनि यो जानकारी पाउन सक्नुहुन्छ।

- तपाईंको प्रदायकले दिएको प्रिस्क्रिप्शन भर्न फार्मेसी खोज्दै
- तपाईंसँग सक्रिय फार्मेसी समावेश छ कि छैन भनेर जाँच गरिदै
- तपाईंको फार्मेसी लाभ अन्तर्गत मधुमेह सम्बन्धी सामग्रीहरू प्राप्त गर्दै
- तपाईंको फार्मेसी लाभ अन्तर्गत durable medical equipment (DME) प्राप्त गर्दै

1.3 अपील, गुनासो र राज्यका सुनुवाईहरूका लागि अनुरोध गर्नुहोस्

गुनासो

यदि तपाईं Gainwell फार्मेसी सेवाहरू वा हाम्रा प्रदायकहरूसँग सम्बन्धित कुनै पनि कुरासँग असन्तुष्ट हुनुभेमा, कृपया सकेसम्म चाँडो हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्। यसलाई गुनासो भनिन्छ।

यसलाई नै गुनासो भनिन्छ:

- **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) मा सदस्य सेवाहरूलाई कल गर्नुहोस् र Gainwell फार्मेसी हेल्प डेस्क टोली सदस्यसँग कुरा गर्न विकल्प 1 छनौट गर्नुहोस्
- यो सदस्य पुस्तिकामा समावेश गरिएको गुनासो/अपील फारम भर्नुहोस् र तलको ठेगानामा Gainwell फार्मेसी सेवाहरूमा मेल गर्नुहोस्, वा तपाईंको सदस्य पोर्टल मार्फत अनलाइन पूरा गर्नुहोस्
- हाम्रो **https://spbm.medicaid.ohio.gov** वेबसाइट मा जानुहोस्

- आफू दुखी भएको कुरा बुझाउँदै एउटा पत्र लेख्नुहोस्। कृपया तपाईंको पहिलो र अन्तिम नाम, तपाईंको Medicaid आइडी, तपाईंको ठेगाना, र तपाईंको फोन नम्बर समावेश गर्न सुनिश्चित गर्नुहोस् ताकि हामीलाई आवश्यक परेमा तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सक्षम छौं। तपाईंले आफ्नो फाराम वा पत्र इमेल वा मेल मार्फत बुझाउन सक्नुहुन्छ।

  ईमेल: **OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com**

  मेल: Gainwell Pharmacy Services
  5475 Rings Rd.
  Atrium II North Tower, Suite 125
  Dublin, OH 43017-7565

तपाईंले आफ्नो गुनासो पेश गर्न Gainwell लाई सम्पर्क गरेपछि, हामी तल दिइएको समयसीमा भित्र फोन, मेल, वा अन्य उपयुक्त विधिहरू मार्फत तपाईंसँग सम्पर्क गर्नेछौं:

- तपाईंलाई आवश्यक पर्ने औषधिहरू प्राप्त गर्न नसकेको गुनासोको लागि दुई (2) कार्य दिन
- अन्य सबै गुनासोहरूको लागि तीस (30) क्यालेन्डर दिन

अपील

यदि तपाईंले हामीबाट असहमत भएको सूचना प्राप्त गर्नुभयो भने, तपाईंले सूचना मितिबाट साठी (60) क्यालेन्डर दिन भित्र अपीलको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। Gainwell ले तपाईंलाई तपाईंको अपीलको जवाफ पन्ध्र (15) क्यालेन्डर दिन भित्र प्रदान गर्नेछ जुन मितिमा तपाईंले हामीलाई सम्पर्क गर्नुभयो। यदि तपाईंलाई लाग्छ कि पन्ध्र (15) क्यालेन्डर दिन पर्खनुले तपाईंको जीवन, शारीरिक वा मानसिक स्वास्थ्य, वा अधिकतम कार्य पुनः प्राप्त गर्ने क्षमतालाई गम्भीर रूपमा हानि पुर्‍याउन सक्छ भने, आफ्नो समीक्षा प्रक्रियालाई गति दिन तलको नम्बरमा Gainwell सदस्य सेवाहरूलाई सकेसम्म चाँडो सम्पर्क गर्नुहोस्। अपील अनुरोध गर्न, तपाईं निम्न गर्न सक्नुहुन्छ:

- **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) मा सदस्य सेवाहरूलाई कल गर्नुहोस् र Gainwell फार्मेसी हेल्प डेस्क टोली सदस्यसँग कुरा गर्न विकल्प 1 छनौट गर्नुहोस्
- यो सदस्य पुस्तिकामा समावेश गरिएको गुनासो/अपील फारम भर्नुहोस् र तलको ठेगानामा Gainwell फार्मेसी सेवाहरूमा मेल गर्नुहोस्, वा तपाईंको सदस्य पोर्टल मार्फत अनलाइन पूरा गर्नुहोस्
- हाम्रो **https://spbm.medicaid.ohio.gov** वेबसाइट मा जानुहोस्
- एउटा पत्र लेख्नुहोस्। कृपया तपाईंको पहिलो र अन्तिम नाम, तपाईंको Medicaid आइडी, तपाईंको ठेगाना, र तपाईंको फोन नम्बर समावेश गर्न सुनिश्चित गर्नुहोस् ताकि हामीलाई आवश्यक परेमा तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सक्षम छौं। तपाईंले आफ्नो फाराम वा पत्र इमेल वा मेल मार्फत बुझाउन सक्नुहुन्छ।

  ईमेल: **OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com**

  मेल: Gainwell Pharmacy Services
  5475 Rings Rd.
  Atrium II North Tower, Suite 125
  Dublin, OH 43017-7565

अपील पेश गर्दा, कृपया निम्न जानकारी समावेश गर्नुहोस्:

- तपाईंको कार्डमा तपाईंको नाम र मेडिकेड आईडी नम्बर
- तपाईंको प्रिस्क्राइब गर्नेको नाम
- तपाईं Gainwell को निर्णयसँग असहमत हुनुको कारण
- निर्णय उल्टाउनको लागि तपाईंको अनुरोधलाई समर्थन गर्ने कुनै पनि कागजात वा जानकारी

तपाईंले हामीलाई सम्पर्क गर्नुभएको मितिबाट पन्ध्र (15) क्यालेन्डर दिन भित्र Gainwell ले तपाईंको अपीलको जवाफ दिनेछ। यदि हामीले हाम्रो निर्णय परिवर्तन गरेनौं भने, तपाईंले लिखित सूचना प्राप्त गर्नुहुनेछ र राज्य सुनुवाइको लागि अनुरोध गर्ने तपाईंको अधिकारको बारेमा जानकारी गराउनुहुनेछ। राज्य सुनुवाइको लागि अनुरोध गर्नु अघि तपाईंले पुनरावेदन प्रक्रिया पूरा गर्नुपर्ने हुन्छ।

यदि हामीलाई गुनासो वा पुनरावेदनको निर्णय गर्न थप समय चाहिन्छ भने, हामी तपाईंलाई चौध (14) भन्दा थप क्यालेन्डर दिनहरू आवश्यक पर्ने जानकारी गराउँदै पत्र पठाउनेछौं। त्यो पत्रले तपाईंको अनुरोध पूरा गर्न हामीलाई किन थप समय चाहिन्छ भन्ने बारेमा जानकारी पनि प्रदान गर्नेछ।

राज्यको सुनुवाई

राज्य सुनुवाइको लागि अनुरोध गर्नु अघि तपाईंले Gainwell पुनरावेदन प्रक्रिया पूरा गर्नुपर्ने हुन्छ। राज्य सुनुवाइ भनेको तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधि, काउन्टी रोजगार तथा परिवार सेवा विभागका प्रतिनिधि, Gainwellका प्रतिनिधि, र Ohio रोजगार भिभाग तथा परिवार सेवा विभाग (ODJFS) भित्रको राज्य सुनुवाइ ब्यूरोका सुनुवाइ अधिकारी सम्मिलित बैठक हो। यस बैठकको क्रममा, तपाईंले Gainwell फार्मेसी सर्भिसेजले सही निर्णय नगर्नुको कारण व्याख्या गर्नुहुनेछ र Gainwell हाम्रो निर्णय लिनुको कारण व्याख्या गर्नेछन्। सुनुवाइको क्रममा प्रस्तुत गरिएका नियम, विनियम र जानकारीको आधारमा सुनुवाइ अधिकारीले निर्णय गर्नेछन्।

Gainwell तपाईंको पुनरावेदन पछि हामीले हाम्रो निर्णय परिवर्तन गरेनौं भने, तपाईंलाई राज्य सुनुवाइको अनुरोध गर्ने तपाईंको अधिकारको बारेमा जानकारी दिइनेछ। यदि तपाईं राज्य सुनुवाइको लागि अनुरोध गर्न चाहनुहुन्छ भने, तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिले Gainwell बाट तपाईंको पुनरावेदन अस्वीकृत भएको नब्बे (90) क्यालेन्डर दिन भित्र त्यसो गर्नुपर्छ।

सुनुवाइको लागि अनुरोध गर्न, तपाईंले राज्य सुनुवाइ फाराममा हस्ताक्षर गरेर फिर्ता गर्न सक्नुहुन्छ वा फाराममा सूचीबद्ध फ्याक्स नम्बर मा पठाउन सक्नुहुन्छ, राज्य सुनुवाइ ब्यूरोलाई **1-866-635-3748** (TTY/TDD **614-728-2985**) मा कल गर्नुहोस्, वा **bsh@jfs.ohio.gov** मा इमेल द्वारा आफ्नो अनुरोध पेश गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई निः शुल्क कानुनी सेवाहरूको बारेमा जानकारी चाहिन्छ भने, तपाईंले आफ्नो स्थानीय कानुनी सहायता कार्यालयको स्थानीय नम्बर प्राप्त गर्न Ohio राज्य कानूनी सेवा संघलाई 1-800-589-5888 मा कल गर्न सक्नुहुन्छ।

राज्य सुनुवाइका निर्णयहरू सामान्यतया अनुरोध प्राप्त भएको सत्तरी (70) क्यालेन्डर दिन पछि जारी गरिन्छ। यदि स्वास्थ्य अवस्थाले द्रुत निर्णयको मापदण्ड पूरा गर्छ भन्ने निर्धारण गरियो भने, निर्णय आवश्यक भएसम्म चाँडो गरिनेछ, तर अनुरोध प्राप्त भएको तीन (3) व्यावसायिक दिन भन्दा ढिलो हुनु हुँदैन। द्रुत निर्णयहरू ती परिस्थितिहरूको लागि हुन् जहाँ मानक समीक्षा समय सीमाले तपाईंको जीवन, स्वास्थ्य, वा अधिकतम कार्य प्राप्त गर्ने, कायम राख्ने वा पुन: प्राप्त गर्ने क्षमतालाई गम्भीर रूपमा हानि पुर्‍याउन सक्छ।

1.4 सिफारिसहरू परिवर्तन गर्नुहोस्

Gainwell फार्मेसी सेवाहरूको सदस्यको रूपमा, तपाईंलाई आफ्नो औषधि कभरेजसँग सम्बन्धित अधिकार र जिम्मेवारीहरूको बारेमा सिफारिस गर्ने अधिकार छ।

सिफारिसहरू Gainwell फार्मेसी सेवाहरूमा **OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com मा इमेल गर्न वा सदस्य सेवाहरूलाई 833-491-0344 (TTY/TDD 614-728-2985)**मा कल गर्न सकिन्छ।

1.5 फार्मेसीमा पहुँच

Gainwell फार्मेसी सेवाहरूले सदस्य पोर्टल प्रदान गर्दछ जहाँ तपाईं लग इन गर्न र आफ्नो फार्मेसी आवश्यकताहरू व्यवस्थापन गर्न सक्नुहुन्छ। आफ्नो व्यक्तिगत सदस्य पोर्टलमा लग इन गर्न, **https://spbm.medicaid.ohio.gov** मा जानुहोस् र आफ्नो खाताको लागि सेट अप गर्नुभएको व्यक्तिगत जानकारीको साथ लग इन गर्नुहोस्।

Gainwell सदस्य पोर्टल मार्फत खातामा लागि साइन-अप गर्न, तपाईंले वेबसाइटमा **https://spbm.medicaid.ohio.gov** मा निर्देशनहरू पालना गर्न सक्नुहुन्छ वा सदस्य सेवाहरूलाई टोल फ्री **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) मा कल गर्न सक्नुहुन्छ र पहुँचको लागि साइन अप गर्न चरण-दर-चरण सहायता प्राप्त गर्न Gainwell फार्मेसी सेवा एजेन्टसँग कुरा गर्न सक्नुहुन्छ।

1.6 बाहिरी बिरामीका लागि आपतकालीन औषधी

आपतकालीन अवस्थामा, तपाईंसँग आफ्नो चिकित्सा रूपमा आवश्यक औषधिको 72-घण्टा (3-दिन) आपूर्ति प्राप्त गर्ने विकल्प हुनेछ। यदि तपाईंलाई यस प्रक्रियामा कठिनाइहरू आए भने, कृपया **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) मा Gainwell फार्मेसी सेवाहरूलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

1.7 गैर-भदभाव कथन

Gainwell फार्मेसी सेवाले राज्य र संघीय नागरिक अधिकार कानूनहरूको पालना गर्दछ जसले तपाईंलाई भेदभाव वा अनुचित व्यवहार हुनबाट जोगाउँछ। हामी मानिसहरूलाई उनीहरूको उमेर, जाति, रंग, राष्ट्रिय उत्पत्ति, धर्म, लिङ्ग, लैङ्गिक पहिचान, यौन झुकाव, वैवाहिक स्थिति, मानसिक वा शारीरिक अशक्तता, चिकित्सा इतिहास, स्वास्थ्य स्थिति, आनुवंशिक जानकारी, बीमा योग्यताको प्रमाण, सैन्य स्थिति, अनुभवी स्थिति, वंश, कुनै पनि कभर गरिएका सेवाहरू प्राप्त गर्न स्वास्थ्य सेवाहरूको आवश्यकता, वा भूगोलको आधारमा अनुचित व्यवहार गर्दैनौं।

Ohio Department of Medicaidका सदस्यहरूलाई हामीले प्रदान गर्ने सेवाहरूमा Gainwell को कुनै नैतिक वा धार्मिक आपत्ति छैन।

यदि तपाईंलाई तल दिइएका कुनै पनि अतिरिक्त सेवाहरूको आवश्यकता भएको खण्डमा, कृपया कुनै अतिरिक्त शुल्क नलिई टोली सदस्यसँग कुरा गर्न सदस्य सेवाहरूको टोल फ्री **1- 833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) मा सम्पर्क गर्नुहोस्:

- मौखिक रुपमा व्याख्या
- अनुवाद सेवाहरू
- सहायक सहायता र सेवाहरू
- लिखित जानकारी अन्य भाषाहरूमा उपलब्ध छ, जसमा स्पेनी, सोमाली र अरबी समावेश छन् तर सीमित रहेका छैनन्
- लिखित जानकारी ब्रेल र
  ठूलो प्रिन्ट सहित, तर सीमित छैन, वैकल्पिक ढाँचाहरूमा उपलब्ध छ

1.8 प्रदायक नेटवर्कको कथन

Gainwellले तपाईंको घर नजिकैको प्रिस्क्रिप्शन भर्न फार्मेसीहरूसँग सहकार्य गर्दछ, जसले गर्दा तपाईंको औषधिको आवश्यकताहरू पहुँच गर्न सजिलो हुन्छ। धेरै फार्मेसीहरूले प्रिस्क्रिप्शन होम डेलिभरी, औषधि व्यवस्थापन, र सीमित अंग्रेजी, श्रवणशक्ति वा दृष्टिमा समस्या भएका, वा अतिरिक्त सहयोग चाहिने अपाङ्गता भएकाहरूका लागि सहयोग जस्ता सेवाहरू प्रदान गर्छन्। उच्च जोखिम, जटिल, वा दुर्लभ रोग(हरू) को उपचार गर्न विशेष ह्यान्डल गर्ने, भण्डारण, र वितरण आवश्यकताहरू भएका औषधिहरू प्रदान गर्ने विशेष फार्मेसीहरू पनि उपलब्ध छन्। यदि यी फार्मेसीहरूमा कुनै परिवर्तन भएमा, हामी तपाईंलाई तपाईंको मनपर्ने सञ्चार विधि अनुसार वेबसाइट, Gainwell सदस्य पोर्टल, वा मेलिङ मार्फत सूचित गर्नेछौं।

Ohio Medicaid सदस्यहरूका लागि औषधि प्रदान गर्न दर्ता नभएका फार्मेसीहरूमा पाइने प्रिस्क्रिप्शन भरणहरू Gainwell ले समावेश गर्दैन। यसमा तपाईंको घरबाट टाढा रहेका फार्मेसीहरू समावेश हुन्छन्, आपतकालीन अवस्थामा बाहेक (जस्तै जब तपाईं राज्य बाहिर हुनुहुन्छ वा Ohio फार्मेसीले औषधि प्रदान गर्न सक्दैन)।

1.9 फार्मेसी प्रदायक नेटवर्क

तपाईंले आफ्नो नेटवर्कमा समेटिएको फार्मेसी कसरी पत्ता लगाउने भन्ने बारे जानकारी **https://spbm.medicaid.ohio.gov** मा अनलाइन फार्मेसी प्रदायक निर्देशिका पहुँच गरेर वा **https://spbm.medicaid.ohio.gov** मा रहेको आफ्नो Gainwell सदस्य पोर्टलमा लग इन गरेर प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। सदस्य सेवाहरूलाई **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655- 2437**) मा कल गरेर कागजी प्रतिलिपि लिन अनुरोध गर्न सकिन्छ।

हामी तपाईंका लागि छौँ

हामी तपाईंको जुनसुकै प्रश्नको जवाफ दिन तयार छौँ भन्ने सम्झनुहोस्।
सदस्य सेवाहरूको लागी **1-800-895-2017,** TTY **711.** मा कल गर्नुहोस्। तपाईं हाम्रो वेबसाइट
मा **myuhc.com/CommunityPlan** मा पनि जान सक्नुहुन्छ।

UnitedHealthcare Community Plan
5600 Parkwood Place
Dublin, OH 43016

myuhc.com/CommunityPlan

1-800-895-2017, TTY **711**

United Healthcare®
Community Plan

यो पेज जानबूझेर खाली राखिएको छ।

यो पेज जानबूझेर खाली राखिएको छ।

United Healthcare Community Plan

© 2025 United Healthcare Services, Inc. सर्वाधिकार सुरक्षित।