



Вітаємо у спільноті

План UnitedHealthcare Community Plan of Ohio надає медичне обслуговування резидентам штату Ohio, які відповідають критеріям для участі у програмі для людей похилого віку, осіб із порушеннями зору та інвалідністю (Aged, Blind, or Disabled, ABD), у програмі страхового покриття для родин та дітей (Covered Families and Children) (зокрема, критеріям для участі у програмах Healthy Start та Healthy Families) та критеріям програми Medicaid щодо надання страхового покриття повнолітнім особам, які потребують подальшого догляду (adult extension).

**United
Healthcare®**
Community Plan

Ця сторінка навмисно залишена пустою.

Вітаємо

Ми раді вітати вас у плані UnitedHealthcare Community Plan. Ви стали учасником плану медичного страхування, також відомого під назвою «організація керованого медичного обслуговування» (managed care organization, MCO). План UnitedHealthcare Community Plan надає медичне обслуговування резидентам штату Ohio, які відповідають критеріям для участі, зокрема особам з низьким доходом, вагітним особам, немовлятам, дітям, людям похилого віку та особам з інвалідністю. Тепер ви як учасник плану маєте право на користування страховими пільгами, які надаються безоплатно та не передбачають здійснення доплат. Окрім того, у нас є програма координування лікування захворювань та медичного обслуговування за наявності певних захворювань, як-от астми та діабету, а також програма для вагітних Healthy First Steps™.

Будь ласка, приділіть трохи часу та ознайомтесь з цим посібником учасника. Ми готові надати відповіді на будь-які ваші запитання. Відповіді на більшість запитань можна знайти на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan. Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТҮ: **711**). Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 a.m. до 7:00 p.m.

Ви можете використовувати цей посібник учасника, аби мати швидкий доступ до вичерпної інформації про план.



Перші кроки

Ми хочемо, аби ви мали змогу від самого початку користуватися усіма перевагами вашого плану медичного страхування. Розпочніть свій шлях, виконавши три прості дії.

- 1. Зателефонуйте постачальнику первинних медичних послуг (primary care provider, РСР) та запишіться на огляд.** Для підтримки гарного стану здоров'я важливо регулярно відвідувати огляди. Номер вашого постачальника первинних медичних послуг (РСР) має бути зазначений на ідентифікаційній картці учасника, яку ви нещодавно отримали поштою. Якщо ви не знаєте номеру вашого постачальника первинних медичних послуг (РСР) або вам потрібна допомога із записом на огляд, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Ми завжди готові допомогти.
- 2. Пройдіть оцінку стану здоров'я.** Це швидкий та простий спосіб скласти загальне уявлення про ваш поточний стан здоров'я та спосіб життя. Завдяки отриманій інформації ми зможемо краще підібрати пільги та послуги, якими ви зможете користуватися. Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan, щоб пройти оцінку стану здоров'я вже сьогодні. Також ми незабаром зателефонуємо вам, аби привітати в плані UnitedHealthcare Community Plan. Впродовж цього телефонного дзвінка ми можемо надати роз'яснення щодо ваших пільг за планом медичного страхування. Ми також можемо допомогти вам пройти оцінку стану здоров'я телефоном.
- 3. Дізнайтеся докладніше про ваш план медичного страхування.** Для початку ознайомтесь з основною інформацією про план медичного страхування, наведеною у відповідному розділі на сторінці 9. Завжди тримайте цей буклет під рукою на випадок, якщо вам знадобиться дізнатися певну інформацію у майбутньому.

Відділ обслуговування учасників: 1-800-895-2017, лінія ТТУ: 711

Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 a.m. до 7:00 p.m.

Наш офіс не працюватиме на основні свята:

- Новий рік (день святкування);
- День Мартіна Лютера Кінга-молодшого;
- День пам'яті;
- День Незалежності;
- День праці;
- День подяки;
- наступний день після святкування Дня подяки;
- Різдво (день святкування).

- 4. Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Зміст

Вітаємо	3
Основна інформація про план медичного страхування	9
Ідентифікаційна картка учасника	9
Стислий огляд пільг	10
Оцінка стану здоров'я.	12
Підтримка учасників.	12
Ви можете почати користуватися фармацевтичними пільгами вже зараз.	15
Відвідування лікаря	17
Ваш постачальник первинних медичних послуг (Primary Care Provider, PCP)	17
Щорічні медичні обстеження	19
Запис на прийом до вашого PCP	21
Підготовка до прийому у вашого PCP	21
Довідкова служба медсестер (NurseLine) — інформаційний ресурс із питань охорони здоров'я, який цілодобово до ваших послуг	22
Якщо ви потребуєте допомоги, проте офіс вашого лікаря зачинений	23
Отримання медичного обслуговування, коли ви далеко від дому	23
«Домашня» медична установа	24
Послуги, які не потребують направлення	24
Додаткові пільги для учасників із категорії повнолітніх осіб, які потребують подальшого догляду (Adult Extension population)	26
Отримання думки іншого лікаря.	27
Про попередній дозвіл.	27
Забезпечення безперервності медичного обслуговування в разі, якщо ваш PCP покидає мережу плану	27
Послуги транспортування: неекстрені перевезення	28

Лікарні та пункти надання екстреної медичної допомоги	29
Невідкладна медична допомога	29
Послуги лікарні	30
Невідкладна стоматологічна допомога	30
Послуги, необхідні з медичної точки зору	31
Відсутність покриття медичного обслуговування за межами США	32
Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)	34
Вітання від штату Ohio	34
Посібник учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio	37
Ідентифікаційні картки	39
Інформація для нових учасників	40
Ліки, що відпускаються за рецептом	41
Послуги, які не покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan	42
Послуги, які не покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan, за винятком випадків, коли вони є необхідними з медичної точки зору	42
Послуги з управління обслуговуванням	43
Відділ обслуговування учасників	44
Корекція поведінкових порушень, послуги з охорони й відновлення психічного здоров'я та лікування зловживання психоактивними речовинами	45
Програма OhioRISE	46
Програма координування послуг	48
Програма Healthchek	49
Вибір постачальника первинних медичних послуг (PCP)	50
Як змінити PCP	51
Телемедицина	51
Ваші права учасника	52

Як повідомити UnitedHealthcare Community Plan про те, що ви не задоволені або не згодні з прийнятим планом рішенням: апеляції та скарги.	55
Бланк апеляції для подання учасником	58
Бланк скарги/апеляції	60
Слухання на рівні штату	62
Стягнення майна	63
Екстрена медична допомога	63
Травмування або захворювання внаслідок нещасного випадку (суброгація)	65
Інше страхове покриття (координування страхових пільг [Coordination of Benefits, COB]) . . .	65
Повідомлення про втрату страхового покриття (Сертифікат наявності належного покриття)	66
Втрата права на участь у програмі Medicaid	66
Автоматичне поновлення участі у плані керованого медичного обслуговування (MCP) . . .	66
Припинення участі у плані керованого медичного обслуговування (MCP)	66
Таблиця послуг, що надаються за програмою Medicaid.	72
Послуги, які покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan	72
Додаткові пільги від UnitedHealthcare	83
Додаткові пільги	83
Інші подробиці про план	89
Пошук постачальника послуг, який входить до мережі плану.	89
Довідник постачальників послуг	89
Якщо ви отримали рахунок за надані послуги.	90
Попереднє розпорядження щодо медичного обслуговування	90
Шахрайські дії та зловживання	92
Повідомлення про інциденти	93
Ваша думка важлива.	96

Управління ефективністю використання ресурсів	97
Програма забезпечення якості	98
Безпека та захист від дискримінації	98
Клінічні настанови щодо ведення практики та нові технології	99
Ваші зобов'язання як учасника	100
Глосарій термінів, що стосуються управління медичним обслуговуванням	101
Повідомлення плану медичного страхування про конфіденційність	108

Додаток А [117](#)

Єдиний керуючий фармацевтичними пільгами у штаті Ohio (Ohio Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM).	117
1.3 міст довідника для учасників	117
1.1 Корпоративна ідентичність	117
1.2 Доступні послуги	117
1.2.1 Перелік препаратів, яким надається перевага (Preferred Drug List, PDL)	118
1.2.2 Про попередній дозвіл.	118
1.2.3 Стратегії управління ефективністю використання фармацевтичних послуг.	119
1.2.4 Послуги, що не покриваються.	120
1.2.5 Додаткові послуги	120
1.3 Апеляції, скарги та запити на проведення слухання на рівні штату.	121
1.4 Рекомендації щодо внесення змін.	123
1.5 Доступ до фармацевтичних послуг	124
1.6 Екстрена видача препаратів в амбулаторних умовах	124
1.7 Положення про недопущення дискримінації	124
1.8 Положення про мережу постачальників послуг	125
1.9 Мережа постачальників фармацевтичних послуг.	125

Основна інформація про план медичного страхування

Ідентифікаційна картка учасника

The diagram shows a sample Member ID card for United Healthcare Community Plan. Callouts point to various fields and sections:

- Ваш ідентифікаційний номер учасника** (Your member identification number) points to the Member ID Number field.
- Ідентифікаційний номер вашого плану** (Your plan identification number) points to the Plan ID Number field.
- Телефон відділу обслуговування учасників** (Member services phone number) points to the Member Services contact information.
- Ім'я та прізвище вашого постачальника первинних медичних послуг** (Name of your primary care provider) points to the Primary Care Provider field.
- Інформація для вашого фармацевта** (Information for your pharmacist) points to the Pharmacy Benefit section.

Member Services | Phone: 800-895-2017
24 Hour Emergency Services | Phone: 800-542-8630

Member Name
JaneHasVeryLongName
Veryloooooonglastname

Member ID Number 000000000000

Plan ID Number 000000000000

Primary Care Provider
Dr. John Doe
Phone: 000-000-0000

Pharmacy Benefit
glinwell
Rx Bin: 024251
Rx PCN: OHRXPROD
Phone: 833-491-0344

Use Member ID for Billing

Information for Members
If you have an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. This card does not guarantee coverage. By using this card for services, you agree to the release of medical information, as stated in your Member handbook. If you are not sure whether you need to go to the emergency room, call your Primary Care Provider or the 24/7 NurseLine 800-542-8630. To verify benefits or to find a provider, visit the website www.myuhc.com/communityplan.

Information for Providers
Please verify member eligibility on Date of Service via the ODM provider portal before rendering services. Please visit UHCprovider.com for detailed billing instructions or call 800-600-9007 for assistance. Providers may also call the ODM IHD at 800-686-1516 for assistance. For utilization management call 1-800-600-9007.

Ohio | Department of Medicaid

Issuance Date: MM/DD/YYYY

Загубили ідентифікаційну картку учасника?

Якщо ви або член вашої родини загубили картку, ви можете роздрукувати нову, скориставшись вебсайтом myuhc.com/CommunityPlan. Або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Стислий огляд пільг

Вам як учаснику плану UnitedHealthcare Community Plan доступні різні пільги на медичне обслуговування та послуги. Далі наведено їхній стислий огляд. З повним переліком пільг можна ознайомитись у розділі «Пільги».

Первинні медичні послуги

Всі прийоми у вашого постачальника первинних медичних послуг (primary care provider, PCP) покриваються. Ваш постачальник первинних медичних послуг (PCP) — це лікар, до якого ви маєте звертатися для отримання переважної частини медичних послуг. Зокрема щодо диспансеризації, лікування застуди та грипу, проблем із здоров'ям та проведення скринінгів.

Широка мережа постачальників послуг

Ви можете обрати будь-якого лікаря з нашої широкої мережі постачальників послуг, що буде вашим PCP. До нашої мережі також входять спеціалісти, лікарні та аптеки, тож ви маєте змогу обирати з багатьох варіантів. З повним переліком постачальників послуг, які входять до нашої мережі, можна ознайомитись на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan або зателефонувавши на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Довідкова служба медсестер (NurseLine)

Зателефонувавши до довідкової служби медсестер (NurseLine), ви маєте змогу цілодобово отримати допомогу від досвідчених зареєстрованих медсестер. Вони можуть надати інформацію, підтримку та освітні матеріали з будь-яких питань у сфері охорони здоров'я. Телефонуйте на номер **1-800-542-8630** (лінія ТТУ: **1-800-855-2880**).

Послуги спеціалістів

Ваше страхове покриття поширюється на послуги спеціалістів. Спеціалісти — це лікарі або медсестри, які мають високу кваліфікацію у лікуванні певних захворювань. Спершу вам може знадобитися отримати направлення від вашого PCP. Див. сторінку 17 цього довідника.

Ліки

Ваш план покриває рецептурні ліки без потреби здійснювати доплати для учасників будь-якого віку. Також покриваються інсулін, голки та шприци, протизаплідні засоби, покритий оболонкою аспірин для лікування артриту, препарати заліза у формі таблеток та жувальні вітаміни.

Послуги лікарні

Покриваються витрати на стаціонарне перебування у лікарні та амбулаторні послуги (послуги, які ви отримуєте у лікарні, проте не лишаєтесь на ніч).

- 10 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Лабораторні аналізи

Послуги, зокрема аналізи та рентгенографія, які допомагають виявити причину захворювання, покриваються.

Дитячі профілактичні огляди

Ваш план покриває всі дитячі профілактичні огляди та щеплення.

Ведення вагітності та медичне обслуговування матерів

Покриваються прийоми у лікаря до та після народження вашої дитини. Зокрема покривається стаціонарне перебування в лікарні. За потреби, ми також покриваємо візити на дому після народження вашої дитини.

Планування сім'ї

Покриваються послуги, які допомагають вам контролювати часові проміжки настання вагітності. Зокрема покриваються протизаплідні засоби та процедури для попередження небажаної вагітності.

Догляд за зором

Ваші офтальмологічні пільги передбачають планові огляди стану зору та покриття окулярів. Див. сторінку 80.

Стоматологічне обслуговування

План UnitedHealthcare Community Plan надає страхове покриття стоматологічних пільг. Щоб дізнатися докладніше про стоматологічне обслуговування або знайти лікаря-стоматолога, зареєструйтеся на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan, скористайтеся застосунком UnitedHealthcare® або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Доступні послуги транспортування

Якщо вам потрібно доїхати до офісу вашого РСР або іншого постачальника медичних послуг, ми можемо допомогти із цим. Для отримання деяких медичних послуг покривається медичний транспорт. Якщо ви не маєте змоги дістатися офісу лікаря іншим шляхом, проживаєте у місцевості, де відсутній громадський транспорт, або не можете користуватись громадським транспортом через стан здоров'я або інвалідність, зателефонуйте на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**) не пізніше ніж за 48 годин до поїздки. Щоб дізнатися докладніше про покриття послуг транспортування, зареєструйтеся на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan та відкрийте розділ «Страхове покриття та пільги» (Coverage & Benefits).

Оцінка стану здоров'я

Оцінка стану здоров'я представляє собою коротке та нескладне опитування, що містить прості запитання про ваш спосіб життя та здоров'я. Коли ви заповните форму опитування та надішлете її нам поштою, ми зможемо краще вас пізнати. Це також допоможе нам краще підібрати для вас численні пільги та послуги.

Будь ласка, приділіть трохи часу та заповніть форму оцінки стану здоров'я. Або зателефонуйте на номер **1-800-895-2017**, щоб відповісти на запитання опитування телефоном.

Підтримка учасників

Ми хочемо, аби процес користування усіма перевагами вашого плану медичного страхування був для вас якомога простішим. Як учасник нашого плану, ви можете користуватись багатьма доступними вам послугами, зокрема послугами транспортування або усного перекладу в разі потреби. Якщо ви маєте запитання, існує багато способів отримати на них відповіді.

Цілодобовий доступ до матеріалів плану через вебсайт

Перейдіть на вебсторінку myuhc.com/CommunityPlan, щоб зареєструватися та мати онлайн-доступ до вашого облікового запису. Це захищений вебсайт, на якому зберігається вся інформація про ваше здоров'я. Окрім інформації про план медичного страхування, вебсайт містить корисні інструменти, за допомогою яких ви можете:

- знайти постачальника послуг;
- здійснювати пошук лікарського препарату у переліку препаратів, яким надається перевага;
- дізнатися подробиці надання страхових пільг;
- завантажити новий примірник посібника учасника;
- роздрукувати нову ідентифікаційну картку учасника;
- знайти інформацію про корисні винагороди, що доступні за виконання певних цілей щодо здоров'я.

Графік роботи відділу обслуговування учасників: з понеділка по п'ятницю з 7:00 а.м. до 7:00 р.м.

Відділ обслуговування учасників може надати відповіді на ваші запитання або допомогти із вирішенням проблем. Зокрема, допомогти:

- зрозуміти інформацію щодо ваших пільг;
- отримати нову ідентифікаційну картку учасника;

12 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: 711).

- знайти лікаря або клініку з надання невідкладної допомоги;
- дізнатися, як отримати доступ до спеціалізованих медичних послуг;
- пояснити, як подати скаргу або апеляцію.

Телефонуйте на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТҮ: **711**).

Програма управління обслуговуванням

План UnitedHealthcare Community Plan пропонує послуги з управління обслуговуванням. Якщо у вас є хронічне захворювання, як-от астма або діабет, наша програма з управління обслуговуванням може стати вам в нагоді. Ми можемо надати допомогу з численних питань, як-от із записом на прийоми до лікарів та інформуванням всіх ваших постачальників послуг щодо медичного обслуговування, якого ви потребуєте. Щоб дізнатися докладніше, телефонуйте на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТҮ: **711**).

Ми розмовляємо вашою мовою

Якщо ви не володієте англійською мовою, ми можемо надавати вам друковані матеріали, перекладені відповідною мовою, безплатні послуги мовної підтримки, подавати інформацію у письмовій формі, перекладену рідною мовою учасника, викладену в альтернативних форматах та у придатній формі для використання з іншими допоміжними засобами або за використання спеціальних послуг для осіб з інвалідністю. Або ми можемо надати усного перекладача, який допоможе вам зрозуміти зміст матеріалів. Більш докладну інформацію про послуги усного перекладу та мовної підтримки викладено у розділі «Інші подробиці про план». Або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТҮ: **711**).

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**.

Вітаємо

Екстрена медична допомога

В екстрених випадках телефонуйте на номер **911.**

Інші важливі номери телефонів

Цілодобова довідкова служба медсестер (NurseLine) **1-800-542-8630**

(цілодобово, без вихідних)

лінія ТТУ **1-800-855-2880**

Програма Healthy First Steps (для майбутніх матерів) **1-800-599-5985**

Програма управління обслуговуванням **1-800-895-2017**

Шахрайські дії та зловживання

Компанія UnitedHealthcare **1-877-766-3844**

Департамент страхування штату Ohio **1-800-686-1527**

. **1-614-644-2671**

Гаряча лінія підтримки клієнтів програми Medicaid у штаті Ohio **1-800-324-8680**

Лінія ТТУ **1-800-292-3572**

Якщо ви змінили адресу, будь ласка, зв'яжіться з місцевим представництвом
Департаменту праці й соціальних послуг (Job and Family Services, JFS).

Ви можете почати користуватися фармацевтичними пільгами вже зараз

Для обробки страхових вимог за рецептурними препаратами учасники плану UnitedHealthcare Community Plan користуватимуться послугами компанії Gainwell. За наявності певних запитань учасникам слід ознайомитися з посібником учасника Gainwell. Ваш план покриває велику кількість рецептурних ліків. Ліки, які покриваються планом, зазначені у переліку препаратів, яким надається перевага (Preferred Drug List, PDL). Цей перелік ліків також називається фармацевтичним формуляром. Ваш лікар використовує цей перелік (PDL), аби пересвідчитися, що потрібні вам ліки покриваються планом. Компанія Gainwell керує вашим страховим покриттям рецептурних ліків і, за наявності попереднього дозволу, може покривати інші препарати. Якщо для вашого рецептурного препарату передбачено отримання попереднього дозволу, ваш постачальник медичних послуг може надіслати запит на отримання вами такого дозволу. З переліком препаратів, яким надається перевага (Preferred Drug List, PDL), вашого плану можна ознайомитися на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan. На вебсайті ви також можете здійснювати пошук ліків за назвою.

Почати отримувати ліки за рецептом просто. Ось як це працює.

1. Чи зазначені ваші ліки у переліку препаратів, яким надається перевага?

Якщо так

Якщо ваші ліки зазначені у переліку препаратів, яким надається перевага, все готово. Обов'язково показуйте вашу нову ідентифікаційну картку учасника в аптеці кожного разу, коли поповнюєте запас рецептурних ліків.

Переглянути перелік препаратів, яким надається перевага, можна на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan. Ви можете також зателефонувати до відділу обслуговування клієнтів компанії Gainwell на номер **1-833-491-0344** (лінія ТТУ: **1-833-655-2437**). Ми завжди готові допомогти.

Якщо ні

Якщо ваші рецептурні препарати не входять до переліку препаратів, яким надається перевага, протягом наступних 30 днів заплануйте прийом у вашого лікаря. Він може допомогти вам змінити ваш рецептурний препарат на той, що входить до переліку препаратів, яким надається перевага. Ваш лікар також може допомогти вам запросити зробити виняток, якщо, на його думку, вам потрібно приймати препарат, якого немає у переліку.

2. У вас є рецепт?

Якщо лікар виписав вам рецепт або вам потрібно поповнити запас рецептурних препаратів, відвідайте аптеку, яка входить до мережі плану. Покажіть фармацевту вашу ідентифікаційну картку учасника. Ви можете ознайомитись із переліком аптек, які входять до мережі, у довіднику постачальників послуг на вебсайті spbm.medicaid.ohio.gov або зателефонувавши до відділу обслуговування клієнтів компанії Gainwell на номер 1-833-491-0344.

3. Якщо вам потрібно поповнити запас рецептурного препарату, що не входить до переліку препаратів, яким надається перевага

Відвідайте аптеку, яка входить до мережі плану, і покажіть вашу ідентифікаційну картку учасника. Якщо у вас немає з собою ідентифікаційної картки учасника, покажіть фармацевту наведену нижче інформацію. Обговорить альтернативні варіанти рецептурних препаратів із вашим лікарем.

До уваги фармацевта

Будь ласка, опрацюйте страхову вимогу цього учасника плану Gainwell, використовуючи наступні дані:

BIN-код: 02451

Контрольний номер обробника: OHRXPROD

Якщо ви отримаєте повідомлення про те, що для отримання учасником препарату потрібен попередній дозвіл плану або якщо препарат, який запитує учасник, не входить до нашого фармацевтичного формуляру, зателефонуйте до компанії Gainwell на номер **1-833-491-0344** або відвідайте вебсайт spbm.medicaid.ohio.gov, щоб отримати детальну інформацію.

Відвідування лікаря

Ваш постачальник первинних медичних послуг (Primary Care Provider, PCP)

Основний лікар, якого ви регулярно відвідуватимете, називається постачальником первинних медичних послуг (Primary Care Provider, PCP). Набагато простіше побудувати відносини із лікарем, якщо ви раз за разом відвідуєте того ж самого PCP. Кожен член родини може обрати власного PCP, або вся родина може відвідувати одного PCP. Ви відвідуватимете вашого PCP з приводу наступних питань:

- планове медичне обслуговування, зокрема щорічна диспансеризація;
- координування вашого медичного обслуговування зі спеціалістом;
- лікування застуди та грипу;
- інші питання, пов'язані з охороною здоров'я.

Ви маєте можливість обирати

Ви маєте можливість обрати PCP з різних типів лікарів, які входять до нашої мережі. Зокрема, вашим PCP може бути:

- сімейний лікар (або лікар загальної практики) — надає медичне обслуговування дітям та дорослим;
- лікар-терапевт (спеціалізується на лікуванні внутрішніх хвороб) — надає медичне обслуговування дорослим;
- практикуюча медсестра (Nurse Practitioner, NP) — надає медичне обслуговування дітям та дорослим;
- педіатр — надає медичне обслуговування дітям;
- фельдшер (Physician Assistant, PA) — надає медичне обслуговування дітям та дорослим.

Що означає «постачальник послуг, який входить до мережі плану»?

Постачальники послуг, які входять до мережі плану, уклали договір з планом UnitedHealthcare Community Plan про надання медичного обслуговування нашим учасникам. Не потрібно телефонувати до плану, перш ніж відвідати прийом у цих постачальників. Інколи учасникам потрібно відвідати прийом лікаря певної спеціалізації. Ми співпрацюватимемо з вашим PCP, аби ви обов'язково відвідували потрібного вам спеціаліста чи отримували необхідну послугу стільки, скільки потрібно, навіть якщо наразі потрібний вам постачальник послуг не входить до мережі

Вітаємо

плану. Якщо, перш ніж ви звернетесь до постачальника, який не входить до мережі плану, ми надамо вам попередній дозвіл на отримання обслуговування або послуги від цього постачальника, його послуги для вас будуть безоплатними.

Якщо ви відвідаєте спеціаліста без направлення від вашого РСР та без отриманого попереднього дозволу від плану UnitedHealthcare Community Plan, вам, можливо, доведеться оплатити рахунок за його послуги самостійно. Завжди співпрацюйте з вашим РСР з питань будь-яких послуг, яких ви потребуєте.

Постачальники послуг для плану UnitedHealthcare Community Plan

План UnitedHealthcare Community Plan співпрацює за договором із постачальниками послуг, які відповідають стандартам якості плану UnitedHealthcare Community Plan.

Ви можете вибрати РСР, який вам підходить, у три способи.

1. Прогляньте друкований примірник нашого довідника постачальників послуг. У цьому довіднику перелічені усі наші постачальники, що входять у мережу. Ви можете попросити надіслати вам друкований примірник довідника постачальників послуг, зателефонувавши до відділу обслуговування учасників або надіславши на зворотну адресу поштову картку, отриману разом із матеріалами для нових учасників та ідентифікаційною картою учасника.
2. Скористайтеся інструментом пошуку лікарів (Find-A-Doctor) на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan.
3. Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Ми можемо надати відповіді на ваші запитання та допомогти вам знайти РСР, який приймає поблизу.

У вашого плану є мережа кваліфікованих лікарів, лікарень та постачальників інших медичних послуг, які співпрацюють, аби ви отримували найкраще обслуговування. Ознайомтесь із переліком постачальників, які входять у мережу плану, у довіднику постачальників послуг вашого плану. Перелік постачальників може змінюватися протягом року, оскільки ми невинно працюємо над побудовою мережі висококваліфікованих постачальників послуг для вас. Переглянути найактуальнішу редакцію довідника постачальників послуг можна на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan або у застосунку UnitedHealthcare.

Якщо вам потрібна допомога у пошуку постачальника послуг для отримання будь-яких з наших послуг або постачальника послуг, який надає послуги для нас та іншого страховика, ви також можете зателефонувати до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Ми з радістю допоможемо вам знайти постачальника первинних медичних послуг (РСР) з мережі плану, яким ви будете задоволені. Повідомте спеціаліста з питань захисту інтересів учасників, якщо ви маєте певні побажання щодо місцерозташування, мови або культурних особливостей. Ви також можете зателефонувати до відділу обслуговування учасників, щоб запросити надіслати вам безоплатний примірник довідника постачальників послуг.

- 18 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Обравши РСР, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників і повідомте нас. Ми обов'язково внесемо зміни у вашу медичну картку. Якщо ви хочете обирати РСР самостійно, за вас це може зробити UnitedHealthcare з огляду на ваше місцезнаходження та мову, якою ви розмовляєте.

Дізнайтеся докладніше про лікарів з мережі плану

Ви можете дізнатися про лікарів з мережі плану на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan або зателефонувавши до відділу обслуговування учасників. Ми можемо надати вам наступну інформацію:

- ім'я та прізвище, адресу, номери телефону;
- професійні навички;
- спеціалізація;
- назва навчального закладу, в якому лікар здобув медичну освіту;
- статус завершення резидентури;
- статус професійної атестації;
- мови, якими володіє лікар.

Щорічні медичні обстеження

Важливість проведення щорічного медичного обстеження

Вам не обов'язково потрібно бути хворими, аби відвідати лікаря. Насправді, щорічні медичні обстеження під наглядом вашого лікаря первинних медичних послуг (РСР) можуть допомогти вам зберегти здоров'я. Окрім того, перевіряючи загальний стан вашого здоров'я, ваш РСР може впевнитися, що ви пройшли усі необхідні скринінги, здали аналізи та отримали щеплення. Якщо існує певна проблема зі здоров'ям, набагато легше вилікувати її, виявивши на ранній стадії.

Нижче зазначені скринінги, які важливо проходити. Те, як часто вам потрібно проходити скринінг, залежить від вашого віку та наявності факторів ризику. Обговорить із лікарем, які потреби маєте ви.

Для жінок

- Тест Папаніколау: дозволяє виявити рак шийки матки
- Обстеження молочних залоз/мамографія: дозволяє виявити рак молочних залоз

Для чоловіків

- Обстеження мошонки: дозволяє виявити рак яєчок
- Обстеження простати: дозволяє виявити рак простати

Маєте запитання? Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: 711).

Дитячі профілактичні огляди

Дитячі профілактичні огляди призначені для того, щоб ваш РСР міг слідкувати за ростом та розвитком вашої дитини. Під час цих прийомів РСР також проводитиме необхідні скринінги, як-от перевірку слуху та мовлення, а також робитиме щеплення. Ці планові прийоми також є чудовою нагодою для вас поставити будь-які запитання щодо поведінки та загального самопочуття вашої дитини, як-от щодо:

- годування;
- сну;
- поведінки;
- взаємодії у соціумі;
- фізичної активності.

Коли слід відвідувати медичні огляди

Важливо відвідати профілактичні прийоми для огляду вашої дитини у віці:

3–5 днів	15 місяців
1 місяць	18 місяців
2 місяці	24 місяці
4 місяці	30 місяців
6 місяців	Щороку після досягнення
9 місяців	віку 3 років
12 місяців	Профілактичні огляди для
	дорослих

Нижче зазначено щеплення, які, ймовірно, лікар робитиме, аби захистити здоров'я вашої дитини.

- **Гепатит А та гепатит В:** щеплення запобігає двом найбільш поширеним інфекціям, які вражають печінку.
- **Ротавірус:** захищає від вірусу, який спричиняє важку діарею.
- **Дифтерія:** запобігає небезпечній інфекції, що вражає ротоглотку.
- **Правець:** запобігає небезпечному захворюванню, що вражає нервову систему.
- **Кашлюк:** попереджає кашлюк внаслідок захворювання кашлюком.
- **Гемофільна інфекція (HiB):** допомагає попередити захворювання на менінгіт у дітей.
- **Менінгококова інфекція:** попереджає захворювання на бактеріальний менінгіт.
- **Поліомієліт:** захищає від вірусу, який спричиняє параліч.
- **Кір, паротит та краснуха (MMR):** попереджає захворювання на кір, паротит та краснуху.
- **Вірус вітряної віспи:** попереджає захворювання на вітряну віспу.
- **Грип:** захищає від вірусу грипу.
- **Пневмококова інфекція:** попереджає розвиток вухної інфекції, сепсису, пневмонії та бактеріального менінгіту.
- **Вірус папіломи людини:** захищає від вірусу, що передається статевим шляхом та може призводити до раку шийки матки у жінок та генітальних бородавок у чоловіків.

Запис на прийом до вашого РСР

Зателефонуйте безпосередньо до офісу вашого лікаря. Номер телефону має бути зазначений на вашій ідентифікаційній картці учасника плану. Зателефонувавши для запису на прийом, обов'язково повідомте працівника офісу про мету вашого візиту. Це допоможе гарантувати, що ви отримаєте необхідну допомогу саме тоді, коли її потребуєте.

Скільки потрібно чекати на прийом:

- Екстрена ситуація: прийом відбувається негайно або пацієнта спрямовують до закладу надання екстреної медичної допомоги.
- Екстрена ситуація, яка не становить загрози життю: прийом відбувається негайно або пацієнта спрямовують до закладу надання екстреної медичної допомоги.
- Потреба у наданні невідкладної (проте не екстреної) допомоги: протягом 1 дня або 24 годин.
- Плановий прийом: протягом 6 тижнів.
- Профілактичний прийом: протягом 6 тижнів.

Підготовка до прийому у вашого РСР

Перед тим, як відвідати прийом

1. Перш ніж йти на прийом, визначтеся, чого б ви хотіли отримати від вашого візиту (полегшення симптомів, отримати направлення до спеціаліста, дізнатися певну інформацію тощо).
2. Запишіть усі нові симптоми та те, коли саме вони з'явилися.
3. Складіть список всіх ліків та вітамінів, які ви приймаєте регулярно.

Під час прийому

Під час прийому у лікаря не соромтеся:

- ставити запитання;
- вести нотатки, якщо це допомагає вам краще запам'ятовувати;
- просити лікаря говорити повільніше або пояснити все, що вам не зрозуміло;
- просити розказати докладніше про певні ліки, лікування або захворювання.

Довідкова служба медсестер (NurseLine) — інформаційний ресурс із питань охорони здоров'я, який цілодобово до ваших послуг

Телефонуйте на номер 1-800-542-8630 (лінія ТТҮ: 1-800-855-2880).

Якщо ви захворіли або отримали травму, може бути важко прийняти рішення щодо медичного обслуговування. Ви можете не знати напевно, чи потрібно вам звертатися до пункту надання екстреної медичної допомоги, відвідати центр надання невідкладної допомоги, записатися на прийом до постачальника послуг або вжити заходів самостійно. Досвідчена медсестра з довідкової служби медсестер може надати інформацію, яка допоможе вам прийняти рішення.

Медсестри можуть надати інформацію та підтримку у різних ситуаціях та щодо різних питань стосовно здоров'я, зокрема про:

- незначні травми;
- поширені захворювання;
- поради щодо догляду за собою та варіанти лікування;
- останні діагнози та хронічні захворювання;
- вибір відповідної медичної допомоги;
- попередження хвороб;
- харчування та заняття спортом;
- запитання, які варто поставити вашому постачальнику послуг;
- безпечний прийом ліків;
- здоров'я чоловіків, жінок і дітей.

Можливо, вас цікавить певна проблема зі здоров'ям, тож ви хотіли б дізнатися більше. Досвідчені зареєстровані медсестри можуть надати інформацію, підтримку та освітні матеріали з будь-яких питань у сфері охорони здоров'я.

Для цього просто зателефонуйте на номер **1-800-542-8630** (лінія ТТҮ: **1-800-855-2880**).

Довідкова служба медсестер (NurseLine) працює цілодобово та без вихідних, тож ви можете зателефонувати на безоплатну телефонну лінію будь-коли. Ви можете звертатися по допомогу необмежену кількість разів.

Якщо ви потребуєте допомоги, проте офіс вашого лікаря зачинений

Зателефонуйте вашому лікареві, якщо ви потребуєте медичної допомоги, яка не є екстреною. Лікар приймає дзвінки цілодобово та без вихідних. Ваш лікар або черговий лікар допоможе вам зробити правильний вибір щодо вашого медичного обслуговування.

Вам можуть сказати:

- звернутися до клініки, яка веде прийом у неробочі години, або до центру надання невідкладної допомоги;
- прийти до офісу вранці;
- звернутися до пункту надання екстреної медичної допомоги (emergency room, ER);
- придбати ліки в аптеці, послугами якої ви користуєтесь.

Отримання медичного обслуговування, коли ви далеко від дому

- Якщо вам потрібна невідкладна медична допомога, коли ви перебуваєте далеко від дому, зателефонуйте вашому PCP або до плану UnitedHealthcare Community Plan на номер **1-800-895-2017** (лінія: TTY **711**).
- Якщо ви потребуєте екстреної медичної допомоги, не потрібно спершу телефонувати своєму PCP. Зверніться до найближчого пункту надання екстреної медичної допомоги або зателефонуйте на номер **911**.
- Зателефонуйте PCP після візиту до пункту надання екстреної медичної допомоги.
- Подальше лікування має надаватися вашим PCP.
- Після повернення додому ви повинні отримати планові медичні послуги від вашого PCP.
- Всі послуги за межами США та територій країни не покриваються.

Якщо ви потребуєте екстреної медичної допомоги, перебуваючи далеко від дому, лікар може надіслати страхові вимоги в електронному вигляді або на адресу:

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

Якщо ви перебуваєте далеко від дому і потребуєте неекстреної медичної допомоги, проте не можете знайти поблизу постачальника послуг, який входить до мережі плану, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер, зазначений на вашій ідентифікаційній картці.

«Домашня» медична установа

Що таке «домашня» медична установа?

«Домашня» медична установа — це установа охорони здоров'я, до якої ви постійно звертаєтесь для отримання медичного обслуговування та якій ви довіряєте. Якщо ви постійно відвідуєте того ж самого лікаря або медичну практику, цей лікар вважається вашою «домашньою» медичною установою.

Навіщо мені потрібна «домашня» медична установа?

Наявність «домашньої» медичної установи значно спрощує процес отримання медичного обслуговування та консультацій. Існує багато переваг у наявності «домашньої» медичної установи.

- «Домашня» медична установа вже матиме всю вашу медичну документацію. Це дає змогу вашому лікареві швидше приймати вас.
- «Домашня» медична установа володітиме інформацією про те, які щеплення, захворювання у вас були, які рецептурні ліки ви приймали та які є для вас найбільш ефективними.
- «Домашня» медична установа знатиме, на що у вас алергія та які інші проблеми зі здоров'ям ви маєте.
- «Домашня» медична установа знатиме, яка поведінка та стан здоров'я є нормою для вас.
- «Домашня» медична установа може надати відповіді на запитання щодо вашого попереднього лікування.

Ми рекомендуємо всім нашим учасникам мати «домашню» медичну установу.

Послуги, які не потребують направлення

Ви можете отримувати деякі послуги без направлення від вашого PCP або його рекомендацій звернутися до іншого лікаря. Такі послуги називаються послугами, які не потребують направлення. Нижче наведено приклади послуг, які ви можете отримати без наявності направлення до іншого лікаря від вашого PCP:

- стоматологічне обслуговування;
- офтальмологічні послуги;
- планові та профілактичні медичні послуги для жінок, які надаються спеціалістом у сфері жіночого здоров'я (акушером, гінекологом, сертифікованою медсестрою-акушеркою);
- спеціалізована допомога (за винятком хіміотерапії та послуг спеціаліста з лікування болю);
- невідкладна медична допомога;

- послуги, що надаються кваліфікованими постачальниками послуг у сфері планування сім'ї (Qualified Family Planning Providers, QFPP);
- корекція поведінкових порушень, послуги з охорони й відновлення психічного здоров'я та лікування зловживання психоактивними речовинами;
- послуги, що надаються медичними центрами, які пройшли федеральну атестацію (Federally Qualified Health Centers, FQHCs)/сільськими лікарнями (Rural Health Clinics, RHCs) та послуги сертифікованої практикуючої медсестрою;
- діаліз;
- променева терапія;
- мамографія.

Для отримання послуг, які не потребують направлення, ви повинні звертатися за до постачальників послуг, які входять до мережі плану, за винятком потреби в отриманні екстреної медичної допомоги або послуг, що надаються медичними центрами, які пройшли федеральну атестацію (Federally Qualified Health Centers, FQHCs)/сільськими лікарнями (Rural Health Clinics, RHCs) та сертифікованими лікувальними центрами Департаменту штату Ohio з питань охорони психічного здоров'я та лікування наркозалежності (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services, OhioMHAS), які є постачальниками послуг для програми Medicaid.

Постачальники послуг з мережі плану будуть зазначені у довіднику постачальників послуг плану UnitedHealthcare Community Plan. Довідник постачальників послуг міститиме інформацію про спеціалістів, як-от онкологів, гінекологів, оптометристів, стоматологів та психологів. Якщо ви не можете знайти імені свого постачальника послуг у переліку, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників або відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan, щоб дізнатися, чи приймає наразі ваш лікар оплату від плану UnitedHealthcare Community Plan. Для того, щоб отримати якомога ефективнішу допомогу, розкажіть своєму РСР про прийоми у всіх спеціалістів, які ви відвідуєте без направлення, та постачальників послуг. Це допоможе вашому РСР скоординувати ваше медичне обслуговування. Якщо ви відвідуєте прийом постачальника, яких не входить до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan, вам може знадобитися отримати попередній дозвіл.

Постачальники послуг, які не входять до мережі плану

Постачальники послуг, які не входять до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan, надають послуги «поза мережею». Якщо ви звертаєтесь до постачальника, який не входить до мережі плану, UnitedHealthcare зазвичай не оплачуватиме такі медичні послуги, за винятком послуг із планування сім'ї, які покриваються планом, надання екстреної медичної допомоги або якщо ви отримали від нас попередній дозвіл на отримання цих послуг. Будь ласка, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія для осіб з вадами слуху: **711**). Ми допоможемо вам. Відділ обслуговування учасників також може надати вам перелік спеціалістів, зокрема спеціалістів з охорони та відновлення психічного здоров'я.

Додаткові пільги для учасників із категорії повнолітніх осіб, які потребують подальшого догляду (Adult Extension population)

Послуги інституційних закладів, зокрема закладів сестринського догляду та проміжної медичної допомоги для осіб із вадами інтелектуального розвитку (ICF-IID), покриваються для повнолітніх осіб, які потребують подальшого догляду (Adult Extension population), без обмежень за наявності медичних показань.

Послуги центру сестринського догляду (Nursing Facility, NF)

Згідно з правилами Асоціації рад округів штату Ohio (OAC) 5160-26-02 та 5160-26-03, Департамент програми Medicaid у штаті Ohio (ODM) може виключати учасників, якщо відповідний запит надійшов до ODM. Що стосується груп CFC та ABD, учасники плану координованого медичного обслуговування можуть бути виключені після другого місяця безперервного перебування у закладі сестринського догляду та отримувати страхове покриття за програмою оплати послуг за фактом (fee-for-service, FFS), якщо відповідають критеріям для участі у цій програмі. Однак учасники плану координованого медичного обслуговування, які підпадають під категорію повнолітніх осіб, що потребують подальшого догляду (Adult Extension population), не будуть виключені з плану та залишатимуться учасниками програми керованого медичного обслуговування за будь-якого терміну перебування у закладі сестринського догляду (NF), доки вони відповідають критеріям програми Medicaid для віднесення до такої категорії. Госпіталізація у заклад із надання середньої медичної допомоги особам з вадами інтелектуального розвитку (ICF-IID): якщо вам відомо, що учасник, який підпадає під категорію повнолітніх осіб, які потребують подальшого догляду (Adult Extension population), був госпіталізований, негайно зв'яжіться з Департаментом програми Medicaid в штаті Ohio (ODM). ODM співпрацюватиме з планом керованого медичного обслуговування (MCP), щоб визначити подальші дії щодо надання покриття.

Послуги психолога

Обмеження («жорсткі обмеження») щодо послуг психолога для дорослих не застосовуються. Послуги психолога за медичними показаннями повинні надаватися без обмежень усім учасникам програми Adult Extension. Ця пільга не передбачає «жорстких обмежень» для забезпечення відповідності вимогам федерального закону «Про паритетність медичного обслуговування у сфері охорони психічного здоров'я та лікування зловживання психоактивними речовинами» (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA).

Отримання думки іншого лікаря

Отримання думки іншого лікаря має місце, коли ви хочете дізнатися, що скаже інший лікар щодо тієї ж самої проблеми зі здоров'ям. Ви можете дізнатися думку іншого лікаря, який входить до мережі плану, у межах будь-яких пільг, які покриваються. Це ваш вибір. Дізнаватися думку іншого лікаря не обов'язково.

Про попередній дозвіл

У деяких випадках, перш ніж надавати вам певну послугу, ваш постачальник послуг повинен отримати дозвіл від плану медичного страхування. Ця процедура називається отриманням попереднього дозволу. Відповідальність за отримання дозволу несе ваш постачальник послуг. Якщо постачальник послуг не отримає попередній дозвіл, ви не зможете отримати відповідні послуги.

Коли потрібно отримувати попередній дозвіл

Для отримання деяких послуг потрібен попередній дозвіл, зокрема для:

- госпіталізації,
- отримання медичних послуг на дому,
- певних амбулаторних послуг візуалізації, як-от проведення МРТ, МРА, КТ та ПЕТ-сканування.

Забезпечення безперервності медичного обслуговування в разі, якщо ваш РСР покидає мережу плану

Інколи РСР можуть припинити свою участь у мережі постачальників. Якщо це трапиться з вашим РСР, ви отримаєте від нас листа з відповідним сповіщенням. У деяких випадках план UnitedHealthcare Community Plan сплатуватиме за отримані вами послуги, що покриваються, від лікарів, які нещодавно покинули мережу. Якщо ваш лікар покидає мережу постачальників послуг у той час, як ви проходите активне лікування серйозного медичного захворювання, вам можуть дозволити надалі отримувати лікування в рамках безперервності медичного обслуговування. Наприклад, ви можете відповідати критеріям для забезпечення безперервності медичного обслуговування, якщо ви проходите хіміотерапію для лікування онкологічного захворювання або вагітні із строком вагітності не менш ніж 6 місяців на момент, коли ваш постачальник послуг залишає мережу плану. Щоб запросити забезпечення безперервності медичного обслуговування, зателефонуйте вашому лікарю. Попросіть його надіслати запит для отримання дозволу на безперервність медичного обслуговування і лікування від UnitedHealthcare.

Маєте запитання? Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: 711).

Послуги транспортування: неекстрені перевезення

Якщо вам потрібно доїхати до офісу вашого РСР або іншого постачальника медичних послуг, ми можемо допомогти із цим. План UnitedHealthcare Community Plan надає страхове покриття 30 поїздок в один бік (або 15 поїздок до місця призначення й назад) на рік для відвідання прийомів у РСР, поїздок, пов'язаних зі спеціальною додатковою програмою харчування для жінок, немовлят та дітей (WIC) або для відвідання інших постачальників послуг з мережі плану чи постачальників послуг з корекції поведінки, як-от офтальмологів, стоматологів, постачальників послуг з охорони та відновлення психічного здоров'я та лікування зловживання психоактивними речовинами. Ви також можете запросити допомогу із транспортуванням для відвідання прийомів з метою поновлення вашої участі у програмі Medicaid.

Окрім послуг транспортування, план UnitedHealthcare Community Plan пропонує додаткові послуги, що стосуються транспортування:

- учасники або їхні представники, які надають перевагу використанню власного транспортного засобу для здійснення поїздок та відвідання прийомів, також можуть отримати відшкодування коштів за пробіг; щоб запланувати поїздку, учасники мають зателефонувати за 5 днів до її здійснення;
- необмежена кількість поїздок для осіб під час вагітності, перед пологами, після пологів, для прийомів у межах програми WIC та відвідання відділення інтенсивної терапії новонароджених (NICU) та профілактичних дитячих оглядів (для дітей віком до 1 року); вимогу про передчасне повідомлення про поїздку скасовано. Дозволяються окремі поїздки в аптеку.

Лікарні та пункти надання екстреної медичної допомоги

Невідкладна медична допомога

До клініки з надання невідкладної допомоги варто звертатися в разі, якщо вам потрібно відвідати лікаря у зв'язку із захворюванням, яке не становить загрози життю, проте ваш РСР наразі не доступний або клініка не працює о цій годині. Поширені проблеми зі здоров'ям, через які варто звернутися за невідкладною медичною допомогою:

- біль у горлі;
- вушна інфекція;
- незначні порізи або опіки;
- грип;
- лихоманка, що характеризується невисокою температурою;
- вивихи.

Якщо ви або ваша дитина маєте проблему, яка потребує надання невідкладної допомоги, зателефонуйте вашому РСР. Ваш лікар може допомогти визначити, якого типу медичної допомоги ви потребуєте. Ваш лікар може спрямувати вас до клініки з надання невідкладної допомоги або до пункту екстреної допомоги.

Планування заздалегідь

Корисно знати, яка клініка з надання невідкладної медичної допомоги знаходиться поблизу. Ознайомитися з переліком клінік з надання невідкладної допомоги можна у довіднику постачальників послуг. Або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Послуги лікарні

Часом ваш стан здоров'я може потребувати перебування в лікарні. Послуги можуть надаватися як за перебування у стаціонарі, так й амбулаторно.

До **амбулаторних послуг** відносять рентгенографію, лабораторні аналізи та малоінвазивні операції. Ваш РСР повідомить вас, якщо вам потрібні амбулаторні послуги. Працівники офісу вашого лікаря можуть допомогти вам із записом для їхнього отримання.

За надання **послуг в умовах стаціонару** вам потрібно залишатися у лікарні на ніч. Потреба у таких послугах може виникнути через серйозне захворювання, операцію або у зв'язку із народженням дитини.

Надання послуг в умовах стаціонару вимагають госпіталізації. Лікарня зв'яжеться з планом UnitedHealthcare Community Plan і запитає дозволу на надання вам обслуговування. Якщо лікар, який прийняв рішення про вашу госпіталізацію, не є вашим РСР, вам потрібно зателефонувати вашому РСР та повідомити його про вашу госпіталізацію.

Невідкладна стоматологічна допомога

Ваш план покриває послуги невідкладної стоматологічної допомоги для вгамування болю, у зв'язку з кровотечею або інфекцією.

Відвідування лікарні

До лікарні слід звертатися лише в тому разі, якщо ви потребує екстреної допомоги або вас спрямував лікар.

Послуги, необхідні з медичної точки зору

До таких послуг належать послуги, які:

- є необхідними для запобігання, діагностування, попередження погіршення стану, полегшення симптомів, виправлення або лікування медичних станів, які загрожують життю, спричиняють страждання чи біль, фізичні вади або порушення, загрожують спричинити або посилити інвалідність чи призвести до фізичної вади або хвороби учасника плану UnitedHealthcare Community Plan;
- надаються у відповідній установі за належного рівня обслуговування для лікування стану учасника UnitedHealthcare Community Plan; та
- надаються згідно із загально прийнятими стандартами ведення медичної практики.

Послуги автономного пологового відділення в окремому пологовому центрі. Для того, щоб дізнатися, чи є в штаті Ohio центри відповідної кваліфікації, учасникам потрібно телефонувати до відділу обслуговування учасників.

Доцільні з медичної точки зору послуги мають надаватися постачальниками, які входять до мережі постачальників послуг організації керованого медичного обслуговування (MCO), за винятком випадків надання екстреної медичної допомоги.

Якщо учасник потребує послуг закладу сестринського догляду, для отримання інформації про доступних постачальників послуг йому потрібно зателефонувати до відділу обслуговування учасників.

Пільга на тимчасовий догляд надається особі, яка здійснює догляд за особою віком до 21 року, для короткого відпочинку та передбачає допомогу у приготуванні їжі та практичну допомогу під час тимчасового догляду/нагляду за дитиною. Послуги можуть надаватися в плановому або екстреному порядку вдома у дитини особами, яких найняли постачальники послуг з мережі програми Medicaid, працівники агенцій з надання медичних послуг на дому, сертифікованих програмою Medicare, або інших агенцій, які мають відповідну акредитацію. Послуги тимчасового догляду не можуть надаватися особою, яка є членом родини або опікуном та несе юридичну відповідальність за дитину. Під час надання послуг постачальники повинні пильнувати за дитиною. Послуги не можуть надаватися протягом ночі. Застосовується обмеження, відповідно до яких обсяг послуг тимчасового догляду може становити не більш ніж 24 годин на місяць та 250 годин на рік.

Критерії відповідності для покриття пільги на тимчасовий догляд:

- діти віком до 21 року, які відповідають критеріям для здійснення виплат з соціального забезпечення (SSI);
- зареєстровані в програмі управління обслуговуванням організації керованого медичного обслуговування (Medicaid Managed Care Organization, MCO);
- проживає з основним опікуном, який не отримує офіційної зарплатні за здійснюваний догляд;
- МСО визначила, що особа відповідає вимогам щодо надання інституційного рівня догляду;
- МСО визначила, що особа відповідає вимогам щодо потреб у наданні послуг кваліфікованої медсестри або послуг реабілітації, які надаються кваліфікованим спеціалістом, принаймні раз на тиждень;
- отримує медичні послуги на дому в обсязі не менш ніж 14 годин на тиждень протягом принаймні 6 місяців поспіль, що безпосередньо передували даті надання послуг тимчасового догляду;
- МСО визначила, що основний опікун потребує короткострокового відпочинку від догляду за дитиною внаслідок довгострокового надання послуг та підтримки або для того, щоб запобігти розміщенню в інституційному закладі або іншому місці за межами дому.

Для надання деяких доцільних з медичної точки зору послуг необхідно отримати попередній дозвіл. Додаткову інформацію про отримання попереднього дозволу можна переглянути на сторінці 27 цього посібника.

Відсутність покриття медичного обслуговування за межами США

Якщо ви перебуваєте за межами США та територій країни і потребуєте медичної допомоги, план UnitedHealthcare Community Plan не покриватиме наданих вам послуг. Програма Medicaid не може здійснювати оплату за будь-які медичні послуги, отримані вами за межами США.

Не відкладайте

Якщо ви потребуєте екстреної медичної допомоги, зателефонуйте на номер **911** або зверніться до найближчої лікарні.

**Посібника учасника від
Департаменту
програми Medicaid у
штаті Ohio (Ohio
Department of Medicaid)**

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

Вітання від штату Ohio

Шановний учаснику плану UnitedHealthcare Community Plan!

Ми раді вітати вас у плані UnitedHealthcare Community Plan. Якщо у вас виникли проблеми із читанням або розумінням наведеної інформації, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 а.м. до 7:00 р.м. Дзвінки безкоштовні. Ми можемо надати роз'яснення цієї інформації англійською або вашою рідною мовою, надавши послуги усного перекладача або перекладу. Ми можемо надати друковані матеріали, перекладені рідною мовою учасника. Ви можете отримати цей документ безкоштовно в інших форматах, як-от набраний шрифтом Брайля, великим шрифтом, у форматі аудіозапису або в адаптованій для інших допоміжних засобів або сервісів формі для використання особами з інвалідністю. Якщо ви маєте вади зору або слуху, може надаватися спеціалізована допомога. Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 а.м. до 7:00 р.м. Дзвінки безкоштовні.

Якщо ваш стан здоров'я потребує безперервного медичного обслуговування, якомога скоріше зателефонуйте до відділу обслуговування учасників. Наприклад, якщо вам потрібна операція, ви вагітні, ви відвідуєте спеціаліста, проходите фізіотерапію, отримуєте послуги догляду на дому, негайно зателефонуйте до відділу обслуговування учасників.

Ваш примірник посібника учасника додається. Ваш посібник учасника містить багато інформації, яку вам, як учаснику плану UnitedHealthcare Community Plan, потрібно знати. Дуже важливо, аби ви прочитали ці матеріали.

Зазначена нижче інформація допоможе вам отримувати медичні послуги через план UnitedHealthcare Community Plan.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

- Ваша ідентифікаційна картка учасника, у якій зазначено ім'я, прізвище та номер телефону вашого постачальника первинних медичних послуг (primary care provider, PCP). Ваш PCP відповідатиме за задоволення більшості ваших потреб у медичному обслуговуванні. Якщо ви не захочете користуватися послугами PCP, зазначеного на вашій ідентифікаційній картці, вам потрібно звернутися до відділу обслуговування учасників плану UnitedHealthcare Community Plan, щоб змінити його. Ваш PCP має входити до мережі постачальників послуг плану UnitedHealthcare Community Plan.
- Довідник постачальників містить перелік постачальників послуг, які входять до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan. Для отримання більшості медичних послуг вам потрібно відвідувати постачальників, які входять до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan. У посібнику учасника пояснюється, як отримати послуги у цих постачальників. Ви можете також звернутися по допомогу до відділу обслуговування учасників.
- Якщо, телефонуючи на гарячу лінію програми Medicaid для вибору плану керованого медичного обслуговування, ви запросите друкований примірник довідника постачальників, ви зможете отримати довідник протягом наступних кількох днів. Якщо ви не звертались на гарячу лінію програми Medicaid для реєстрації, і вас закріпили за планом UnitedHealthcare Community Plan, ви можете попросити надіслати вам друкований примірник довідника постачальників, зателефонувавши до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 а.м. до 7:00 р.м. Або ви можете зробити запит, надіславши поштову листівку, що додається, на зворотну адресу. Ви також можете ознайомитися з найактуальнішою інформацією щодо постачальників послуг з мережі плану, відвідавши наш вебсайт за адресою myuhc.com/CommunityPlan.

Якщо ви не отримаєте зазначені вище матеріали або якась інформація буде для вас незрозумілою, якомога скоріше зв'яжіться з відділом обслуговування клієнтів.

Якщо для отримання медичних послуг, які покриваються, ви маєте проїхати від вашого дому до місця їхнього надання 30 миль або більше, план UnitedHealthcare Community Plan надасть послуги з транспортування до офісу постачальника послуг й назад. Окрім того, ми надаємо послуги транспортування для відвідання інших постачальників послуг. Докладніше про це зазначено у посібнику учасника. Ставши учасником, ви можете запланувати поїздку, зателефонувавши на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**) не пізніше ніж за 48 годин до її здійснення.

Окрім допомоги із транспортуванням, яку надає план UnitedHealthcare Community Plan, ви можете користуватися певними послугами за програмою здійснення неекстрених перевезень (Non-Emergency Transportation, NET) місцевого представництва Департаменту праці й соціальних послуг у вашому окрузі. Якщо у вас є запитання або ви хочете скористатися допомогою за програмою здійснення неекстрених перевезень (NET), зателефонуйте до місцевого представництва Департаменту праці й соціальних послуг.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

Участь у плані керованого медичного обслуговування (MCP) за власним бажанням

- Члени індіанського племені, визнаного на федеральному рівні (незалежно від віку)
- Особи, які отримують послуги за програмою надання послуг догляду на дому та послуг Департаменту з питань забезпечення осіб з порушеннями розвитку штату Ohio за місцем проживання

Особи, які не допускаються до участі у плані керованого медичного обслуговування (MCP)

Особи, які відповідають наведеним нижче критеріям, не допускаються до участі у плані UnitedHealthcare Community Plan:

- особи, які мають право на участь в обох програмах — Medicaid та Medicare;
- особи, які отримують послуги інституційних закладів (перебувають у закладі сестринського догляду і не підпадають під категорію повнолітніх осіб, які потребують подальшого догляду [Adult Extension population], перебувають у закладі довгострокового догляду, отримують допомогу за програмою середньої медичної допомоги для осіб із вадами інтелектуального розвитку [ICF-IID] або отримують послуги інших інституційних закладів);
- особи із вадами інтелектуального розвитку, які отримують послуги догляду за програмою Medicaid та які не відповідають критеріям для віднесення до категорії повнолітніх осіб, які потребують подальшого догляду (Adult extension).

Якщо, на вашу думку, ви або ваша дитина відповідаєте одному із зазначених вище критеріїв та не повинні бути учасником плану керованого медичного обслуговування, ви можете зателефонувати на гарячу лінію програми Medicaid за номером 1-800-324-8680 (лінія ТТУ: 1-800-292-3572). Якщо ви відповідаєте одному із зазначених вище критеріїв, вашу участь у плані керованого медичного обслуговування (MCP) буде припинено.

Якщо ви маєте запитання щодо наведеної вище інформації або вас цікавить інша інформація, телефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Ми раді, що ви стали учасником, і з нетерпінням чекаємо на нашу співпрацю, аби забезпечити вам краще медичне обслуговування.

Посібник учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio

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.

Ukrainian: 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 مجاناً. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

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

Якщо у вас виникли проблеми з читанням або розумінням наведеної інформації або будь-яких інформаційних матеріалів плану UnitedHealthcare Community Plan, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТҮ: **711**). Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 a.m. до 7:00 p.m. Дзвінки безкоштовні. Ми можемо надати роз'яснення цієї інформації англійською або вашою рідною мовою. Ви можете отримати цей документ безкоштовно в інших форматах, наприклад, великим шрифтом, шрифтом Брайля або в аудіоформаті. Зателефонуйте на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТҮ: **711**). Дзвінки безкоштовні. Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 a.m. до 7:00 p.m.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

Ми раді вітати вас у плані UnitedHealthcare Community Plan. Ви стали учасником плану медичного страхування, також відомого під назвою «план керованого медичного обслуговування» (managed care plan, MCP). План UnitedHealthcare Community Plan надає медичне обслуговування резидентам штату Ohio, які відповідають критеріям для участі, зокрема особам з низьким доходом, вагітним особам, немовлятам, дітям, людям похилого віку та особам з інвалідністю. Ви можете використовувати цей посібник учасника, аби мати швидкий доступ до вичерпної інформації про план.

План UnitedHealthcare Community Plan не допускає дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, релігії, гендеру, сексуальної орієнтації, віку, інвалідності, національного походження, статусу ветерана, культурного походження, стану здоров'я, статусу військовослужбовця, гендерної ідентичності, генетичної інформації або потреби у медичному обслуговуванні.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

Важливо пам'ятати, що ви повинні отримувати послуги, що покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan, від постачальників послуг та закладах, які входять до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan. Постачальники послуг, які входять до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan, уклали договір з вашим планом медичного страхування про надання вам обслуговування. На сторінках 71-81 зазначено інформацію про послуги, які покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan. Ви можете звертатися до постачальників послуг, які не входять до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan, виключно у таких випадках:

- ви потребуєте екстреної медичної допомоги;
- ви звертаєтесь по послуги, що надаються медичними центрами, які пройшли федеральну атестацію (Federally Qualified Health Centers, FQHC)/сільськими лікарнями (Rural Health Clinics, RHC);
- ви звертаєтесь по послуги, що надаються кваліфікованими постачальниками послуг у сфері планування сім'ї;
- ви звертаєтесь по послуги сертифікованої сестри-акушерки або сертифікованої практикуючої медсестри;
- план UnitedHealthcare Community Plan схвалив постачальника, який не входить до мережі, для надання вам послуг.

У цьому довіднику перелічені усі постачальники з мережі плану, а також постачальники, які не входять у мережу, проте ви можете отримувати їхні послуги. Ви маєте отримати поштову листівку, яку можна використати, щоб надіслати запит на отримання примірника довідника постачальників послуг плану UnitedHealthcare Community Plan. Ви можете попросити надіслати вам друкований примірник довідника постачальників послуг, зателефонувавши до відділу обслуговування учасників або надіславши на зворотну адресу поштову картку, отриману разом із матеріалами для нових учасників та ідентифікаційною картою учасника. У цьому довіднику перелічені усі постачальники з мережі плану, а також постачальники, які не входять у мережу, проте ви можете отримувати їхні послуги. Ви також можете відвідати наш вебсайт за адресою myuhc.com/CommunityPlan, щоб переглянути найактуальнішу інформацію про мережу постачальників послуг, або зателефонувати до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТТ: **711**). Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 а.м. до 7:00 р.м.

Ідентифікаційні картки

Ви маєте отримати ідентифікаційну картку учасника плану UnitedHealthcare Community Plan. Кожен член вашої родини, який став учасником плану UnitedHealthcare Community Plan, отримає власну картку. Ці картки замінять вашу щомісячну картку Medicaid. Кожна картка є дійсною, доки її власник залишається учасником плану UnitedHealthcare Community Plan. Ви не отримуватимете нову картку щомісяця, як це було з картою Medicaid.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

Якщо ви вагітні, ви маєте повідомити про це план UnitedHealthcare Community Plan. Ви також маєте зателефонувати після народження вашої дитини, щоб ми надіслали вам нову ідентифікаційну картку для вашого малюка.

Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників плану UnitedHealthcare Community Plan на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**) якомога скоріше, якщо:

- ви досі не отримали ваші ідентифікаційні картки учасника, або якщо
- якусь інформацію на картках зазначено неправильно,
- ви загубили ваші картки,
- у вас є дитина.

Завжди носіть ідентифікаційну(-і) картку(-и) з собою

Ваша ідентифікаційна картка буде потрібна вам щоразу, коли ви отримуватимете медичні послуги. Це означає, що вам знадобиться ваша ідентифікаційна картка учасника плану UnitedHealthcare Community Plan, коли ви:

- відвідуєте свого постачальника первинних медичних послуг (primary care provider, PCP);
- відвідуєте спеціаліста або іншого постачальника послуг;
- звертаєтесь до пункту надання екстреної медичної допомоги;
- звертаєтесь до установи з надання невідкладної медичної допомоги;
- звертаєтесь до лікарні з будь-якої причини;
- отримуєте витратні матеріали медичного призначення;
- отримуєте направлення;
- проходите медичне обстеження;
- бронюєте поїздки.

Інформація для нових учасників

Якщо ви вже маєте запис на прийом або схвалення для отримання медичних послуг, потрібно негайно зателефонувати до відділу обслуговування учасників. За певних обставин та протягом обмеженого періоду часу після вашої реєстрації у плані вам можуть дозволити отримувати медичне обслуговування у постачальника послуг, який не входить до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan. **Перш ніж отримувати послуги, ви повинні зателефонувати до плану UnitedHealthcare Community Plan.** Якщо ви нам не зателефонуєте, ви можете не отримати змоги отримувати послуги та/або оплату за страховою вимогою не буде здійснено. Наприклад, вам потрібно зателефонувати до відділу обслуговування учасників, якщо ви вже отримали попередній дозвіл та/або запланували час надання наступних послуг:

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

- трансплантація органів, кісткового мозку або гемопоетичних стовбурових клітин;
- ведення вагітності в третьому триместрі, зокрема пологи;
- операція (в амбулаторних умовах/стаціонарі);
- прийом у постачальника первинних медичних послуг або у постачальника певної спеціалізації;
- курс хіміотерапії або радіотерапії;
- лікування, якому передувала виписка з лікарні протягом останніх 30 днів;
- непланові стоматологічні послуги або послуги офтальмолога (наприклад щодо брекетів або операції);
- медичне обладнання (наприклад лікарняне ліжко, крісло колісне з електроприводом, система подачі кисню для використання в домашніх умовах та респіратори, витратні матеріали при нетриманні сечі, ентеральному харчуванні та інше приладдя);
- обслуговування в домашніх умовах, зокрема медичні послуги, терапія та сестринський догляд.

Після реєстрації план UnitedHealthcare Community Plan повідомить вам, для яких із тих ліків, що ви наразі приймаєте, потрібно отримати попередній дозвіл, проте які не передбачали отримання попереднього дозволу, коли вони покривалися програмою Medicaid з оплатою послуг за фактом (fee-for-service). Важливо, щоб ви ознайомилися з наданими планом UnitedHealthcare Community Plan інформаційними матеріалами та зверталися до відділу обслуговування учасників плану з приводу будь-яких запитань. Дізнатися про те, які ліки потребують отримання попереднього дозволу, можна також на вебсайті плану UnitedHealthcare Community Plan за адресою myuhc.com/CommunityPlan. За потреби, вам може знадобитися зв'язатися з офісом медичного працівника, який виписав рецепт, і запросити надіслати запит на отримання попереднього дозволу від плану UnitedHealthcare Community Plan. Якщо для ваших ліків передбачено отримання попереднього дозволу, ви не зможете отримати їх, допоки постачальник послуг не надішле запит до плану UnitedHealthcare Community Plan і його не буде схвалено.

Ліки, що відпускаються за рецептом

Для обробки страхових вимог за рецептурними препаратами учасники організації керованого медичного обслуговування (МСО) користуватимуться послугами компанії Gainwell, єдиним керуючим фармацевтичними пільгами у штаті Ohio (Ohio Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM), з якою Департамент програми Medicaid у штаті Ohio (ODM), уклав договір. За наявності певних запитань учасникам слід ознайомитися з посібником учасника Gainwell, що наведений у Додатку А цього посібника.

Послуги, які не покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan

План UnitedHealthcare Community Plan не оплачуватиме послуги або витратні матеріали медичного призначення, якщо вони не покриваються програмою Medicaid:

- всі послуги та витратні матеріали медичного призначення, які не є необхідними за медичними показаннями;
- тест на батьківство;
- послуги, призначені для виявлення причини смерті (розтин) або послуги, пов'язані із судово-медичними дослідженнями;
- послуги, пов'язані із позбавленням життя, що визначаються як послуги з метою заподіяння або сприяння позбавленню життя особи.

Якщо ви маєте запитання щодо того, чи покривається певна послуга, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 а.м. до 7:00 р.м.

Послуги, які не покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan, за винятком випадків, коли вони є необхідними з медичної точки зору

За потреби, план UnitedHealthcare Community Plan переглядає застосовні нормативно-правові акти штату та проводить перевірку щодо медичної доцільності. План UnitedHealthcare Community Plan не оплачуватиме послуги, які не покриваються програмою Medicaid, доки вони не будуть визнані необхідними з медичної точки зору:

- аборти, за винятком випадків підтвердженого зґвалтування, інцесту або для збереження життя матері;
- послуги щодо біологічного зворотного зв'язку;
- послуги та процедури експериментального характеру, зокрема ліки та обладнання, що не покриваються програмою Medicaid і не відповідають загальноприйнятим стандартам ведення практики;
- послуги з лікування безпліддя у чоловіків та жінок, зокрема проведення зворотної стерилізації;
- стаціонарне лікування наркотичної та/або алкогольної залежності (стаціонарні послуги з детоксикації у лікарні загального профілю покриваються);

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

- пластична або косметична хірургія, яка не є необхідною за медичними показаннями;
- послуги з лікування ожиріння, за винятком випадків, коли такі послуги є необхідними з медичної точки зору;
- послуги, що визначені програмою Medicare або іншою стороною, яка здійснює оплату, як такі, що є не необхідними з медичної точки зору;
- консультування з питань сексуального життя або шлюбу;
- добровільна стерилізація для осіб віком до 21 року та осіб, які не можуть надати законну згоду на проведення процедури.

Обмеження за частотою надання

Цей перелік не є повним переліком послуг, що не покриваються програмою Medicaid або планом UnitedHealthcare Community Plan. Ваша організація керованого медичного обслуговування розгляне всі запити на схвалення послуг, отримані від вашого постачальника послуг. Якщо ви маєте запитання щодо того, чи покривається певна послуга, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 a.m. до 7:00 p.m.

Послуги з управління обслуговуванням

План UnitedHealthcare Community Plan пропонує послуги з управління обслуговуванням.

- Якщо у вас є хронічне захворювання, як-от астма або діабет, наша програма з управління обслуговуванням може стати вам в нагоді. Персонал плану UnitedHealthcare Community Plan, зокрема медсестри, спеціалісти з управління обслуговуванням та представники контактного центру можуть зв'язатися з учасниками, якщо лікар запросив телефонний дзвінок, якщо учасник запросив телефонний дзвінок або якщо, на думку МСО, послуги з управління обслуговуванням можуть бути корисними для учасника. Крім того, план UnitedHealthcare Community Plan надає послуги з управління обслуговуванням тим учасникам, які користуються послугами в обсягах, які за кількістю або частотою переважають медичну потребу.
- Працівники плану UnitedHealthcare Community Plan можуть ставити учаснику запитання, щоб дізнатися докладніше про наявні в нього захворювання, наприклад у межах проведення оцінки ризиків для здоров'я (Health Risk Assessment, HRA), або інші запитання щодо певного стану чи ситуації.
- Працівники плану UnitedHealthcare Community Plan нададуть інформаційні матеріали, які допоможуть учаснику краще зрозуміти, як піклуватися про своє здоров'я та як отримати доступ до послуг (зокрема до місцевих ресурсів).
- Для координування медичного обслуговування працівники плану UnitedHealthcare Community Plan розмовлятимуть з постачальником первинних медичних послуг (PCP) учасника та постачальниками інших послуг.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

- До перехресної співпраці з іншими медичними установами для координації медичного обслуговування також залучаються постачальники послуг догляду на дому та послуг з охорони та відновлення психічного здоров'я за місцем проживання.
- Працівники плану UnitedHealthcare Community Plan також детально вивчать вашу медичну, соціальну документацію та дані щодо психічного здоров'я та переконуються, що все готово. Команда зареєстрованих медсестер та соціальних працівників співпрацюватиме з вами, членами вашої родини, вашим РСР, іншими постачальниками послуг та громадськими ресурсами, щоб розробити план обслуговування для задоволення ваших потреб за найбільш прийнятних умов.
 - Ми розробимо індивідуальний план обслуговування, який враховуватиме ваші особисті потреби.
 - Ми здійснюватимемо координацію між членами родинами, доглядаючими особами та постачальниками медичних послуг.
 - Ми надаватимемо вам допомогу, аби ви могли отримувати всі послуги, яких потребуєте.

Якщо у вас є запитання щодо послуг з управління обслуговуванням або, на вашу думку, такі послуги можуть бути вам корисними, телефонуйте на номер 1-800-508-2581. Учасники також мають отримати направлення на координування медичного обслуговування від постачальника послуг.

Відділ обслуговування учасників

Відділ обслуговування учасників може надати відповіді на ваші запитання або допомогти із вирішенням проблем. Зокрема, допомогти:

- зрозуміти інформацію щодо ваших пільг;
- розказати, на які послуги поширюється страхове покриття;
 - допомогти із пошуком постачальника послуг;
 - повідомити номери телефону, за якими варто звертатися;
 - повідомити графік роботи;
- пояснити, як отримати доступ до спеціалізованих медичних послуг;
- допомогти перейти до іншого РСР;
- пояснити, як подати скаргу на план керованого медичного обслуговування (MCP)/постачальника послуг/скаргу через дискримінацію;
- пояснити, як подати скаргу або апеляцію.
- допомогти отримати доступ до послуг мовної підтримки;
- якщо ви не володієте англійською мовою, ми можемо надавати вам друковані матеріали, перекладені відповідною мовою; або ми можемо надати усного перекладача, який допоможе вам зрозуміти зміст матеріалів;

- учасники мають повідомляти відділ обслуговування учасників, якщо їхня демографічна інформація зазнала змін або якщо вони вагітні;
- допомогти із пошуком постачальника послуг;
- подати скаргу на план UnitedHealthcare Community Plan/постачальника послуг/скаргу через дискримінацію.

Звертайтеся по допомогу до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 a.m. до 7:00 p.m.

Корекція поведінкових порушень, послуги з охорони й відновлення психічного здоров'я та лікування зловживання психоактивними речовинами

Доступні послуги з корекції поведінкових порушень, послуги з охорони й відновлення психічного здоров'я та лікування зловживання психоактивними речовинами. Ці послуги передбачають:

- медичні послуги;
- медикаментозне лікування залежності;
- психологічне тестування;
- послуги лікування зловживання психоактивними речовинами, зокрема надання підтримки під час реабілітації у межах програми взаємної допомоги, часткова госпіталізація, стаціонарне лікування, управління обслуговуванням, інтенсивна амбулаторна терапія, лікування синдрому відміни;
- послуги поведінкової терапії;
- психологічну реабілітацію;
- додаткову (допоміжну) психотерапію за місцем проживання;
- діагностику та оцінку;
- сеанси психотерапії та консультування;
- раннє втручання;
- послуги програми лікування опіоїдами;
- послуги сестринського догляду за наявності проблем із психічним здоров'ям;
- лікування для повнолітніх;
- асертивну терапію для повнолітніх за місцем проживання;
- службу швидкого реагування та стабілізації (Mobile Response and Stabilization Service, MRSS);
- послуги інтенсивної терапії на дому для дітей/підлітків.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

Ви маєте страхове покриття

Важливо знати, куди, за потреби, можна звернутися по допомогу. Ми завжди готові прийти на допомогу нашим учасникам. Відвідайте вебсторінку [Liveandworkwell.com](https://liveandworkwell.com) для відвертого спілкування щодо психічного здоров'я.

Як зв'язатися з цілодобовою кризовою психологічною службою

Ви також можете зателефонувати нам, якщо у вас кризовий стан. Ви зможете одразу поговорити з кимось, і ми можемо допомогти вам отримати потрібну допомогу. Просто зателефонуйте до цілодобової кризової психологічної служби на номер 877-542-9236. Дзвінки безкоштовні. Кризова психологічна служба працює цілодобово та без вихідних — 365 днів на рік. Особи, які не володіють англійською, можуть скористатися безоплатними послугами усного перекладу.

Якщо вам потрібні послуги з охорони/відновлення психічного здоров'я та лікування зловживання психоактивними речовинами, телефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТТ: **711**). Ви також можете знайти додаткових постачальників послуг із мережі плану UnitedHealthcare Community Plan на нашому вебсайті myuhc.com/CommunityPlan, у нашому довіднику постачальників послуг або зателефонувавши до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТТ: **711**).

Програма OhioRISE

Програма OhioRISE (Ohio Resilience through Integrated Systems and Excellence) — це програма керованого медичного обслуговування для дітей та молоді зі складними поведінковими розладами та мультисистемними потребами. Діти та молодь із мультисистемними потребами часто залучаються до кількох систем за місцем проживання, як-от ювенальна юстиція, системи захисту дітей, вад розвитку, освіти, психічного здоров'я та лікування залежності тощо. Програма OhioRISE має на меті надавати цим дітям та молоді підтримку у досягненні успіху в школі, вдома та громаді. Ця підтримка реалізується через координацію медичного обслуговування та спеціалізованих послуг, що надаються в домашніх умовах та за місцем проживання юної особи.

Діти та молодь, які можуть отримати переваги від участі в програмі OhioRISE:

- мають комплексні потреби через проблеми із психічним здоров'ям;
- мають мультисистемні потреби або перебувають під загрозою більш широкого залучення до послуг систем;
- перебувають під загрозою розміщення у спеціальному закладі або повертаються до своєї родини після перебування у спеціальному закладі.

Послуги з охорони та відновлення психічного здоров'я для осіб, які зареєстровані у програмі OhioRISE, покриваються організацією керованого медичного обслуговування (managed care organization, MCO) або програмою Medicaid з оплатою послуг за фактом (fee-for-service, FFS).

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

Право на участь у програмі OhioRISE

Діти та молодь мають право на участь у програмі OhioRISE, якщо вони:

- відповідають критеріям для участі у програмі Medicaid штата Ohio,
- у віці до 21 року, та
- потребують суттєвої поведінкової терапії, що було визначено в результаті проведення оцінки в межах програми з визначення потреб та сильних сторін дітей та підлітків штату Ohio (Ohio Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS), або
- перебувають у лікарні через потреби щодо психічного здоров'я або зловживання психоактивними речовинами.

Послуги програми OhioRISE

Окрім послуг поведінкової терапії, які покриваються програмою Medicaid, програма OhioRISE надає зазначені нижче послуги.

- Координування медичного обслуговування: допомога у плануванні отримання послуг та підтримки вашою дитиною або підлітком для задоволення його потреб щодо охорони психічного здоров'я. Координатор медичного обслуговування, закріплений планом керованого медичного обслуговування (managed care organization, MCO), також може бути залучений до цього процесу.
- Інтенсивна терапія на дому (Intensive Home-Based Treatment, IHBT): короткострокове надання послуг інтенсивної терапії на дому для стабілізації або покращення стану психічного здоров'я дитини або підлітка.
- Тимчасовий догляд для осіб із потребами в охороні психічного здоров'я: короткостроковий відпочинок для основного опікуна за дитиною або підлітком під час перебування вдома або у громадському середовищі.
- Програма фінансування Primary Flex Funds: виплата в розмірі \$1,500 протягом 365 днів на придбання певних ресурсів для задоволення спеціальних потреб дитини або підлітка.
- Психіатричний стаціонар (Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF): заклади, окрім лікарень, які надають послуги інтенсивної терапії в умовах стаціонару особам віком до 20 років.
- Служба швидкого реагування та стабілізації (Mobile Response and Stabilization Service, MRSS): негайне надання послуг поведінкової терапії дітям або підліткам у кризовому стані. Служба MRSS забезпечує надання дітям та молоді невідкладної допомоги в домашніх або громадських умовах. Ця послуга також надається організаціями керованого медичного обслуговування (Medicaid Managed Care Organization, MCO) за програмою Medicaid та за програмою Medicaid з оплатою послуг за фактом (fee-for-service, FFS).

Оцінка в межах програми CANS

Якщо вашій дитині або підлітку потрібно пройти оцінку для участі у програмі OhioRISE, звертайтеся до відділу обслуговування учасників плану UnitedHealthcare Community Plan на номер **1-800-895-2017**, (лінія ТТУ: **711**). Ми допоможемо знайти спеціаліста з проведення оцінки CANS вашої дитини або підлітка за місцем проживання.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

Контактна інформація програми OhioRISE

За більш докладною інформацією про програму OhioRISE звертайтеся до відділу обслуговування учасників плану UnitedHealthcare Community Plan на номер **1-800-895-2017**, (лінія ТТУ: **711**) та до служби обслуговування учасників програми Aetna OhioRISE на номер 833-711-0773 (лінія ТТУ: 711).

Програма координування послуг

План UnitedHealthcare Community Plan надає послуги з управління обслуговуванням учасникам, які користуються послугами в обсягах, які за кількістю або частотою переважають медичну потребу. Це допомагає забезпечити для вас високоякісне скоординоване медичне обслуговування. Якщо ви вирішите приєднатись до програми, вам запропонують отримувати послуги координування медичного обслуговування через спеціаліста з управління обслуговуванням. Після реєстрації у програмі закріплений за вами спеціаліст з управління обслуговуванням зв'яжеться з вами.

Якщо ви станете учасником цієї програми, ви отримаєте листа із проханням вибрати аптеку та підтвердити ім'я вашого РСР. Якщо ви не виберете аптеку протягом 30 днів від дати відправлення листа, план UnitedHealthcare Community Plan самостійно вибере для вас аптеку на підставі наступних факторів:

- послугами якої аптеки ви користувались раніше;
- цілодобовий графік роботи (за можливості);
- розташована поруч із вашим домом.

За винятком екстрених випадків або послуг, що надаються у неробочі години, учасники програми координування послуг (CSP):

- повинні мати одну аптеку, у якій можна поповнити запас рецептурних ліків;
- можуть бути закріплені за одним постачальником первинних медичних послуг (РСР), який координуватиме обслуговування в інших постачальників послуг.

Учасникам дозволяється змінити аптеку або РСР за обмежених обставин.

Перш ніж почне діяти термін вашої участі у цій програмі, ви отримаєте нову ідентифікаційну картку, на якій буде зазначено вашу аптеку та ім'я вашого РСР. Якщо вам потрібно змінити аптеку, зазначену на вашій ідентифікаційній картці, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Запити на зміну аптеки розглядатимуться в індивідуальному порядку.

Особи, які будуть обрані для участі у програмі, отримають більш докладну інформацію поштою та їх сповістять про їхнє право на проведення слухання на рівні штату.

Програма Healthchek

Програма Healthchek надає страхове покриття послуг раннього й періодичного скринінгу, діагностики та лікування (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) у штаті Ohio. Програма Healthchek покриває медичні огляди, щеплення (вакцинацію), інформаційні матеріали та лабораторні аналізи для учасників віком до 21 року. Ці обстеження дозволяють переконатися, що ваша дитина здорова й розвивається фізично та психічно. Жінки мають проходити огляди під час вагітності, а діти – відразу після народження, у віці 3–5 днів, а також 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 і 30 місяців. Після цього діти мають проходити огляд щонайменше раз на рік.

Програма Healthchek також покриває медичні, офтальмологічні, стоматологічні огляди, обстеження у спеціалістів із психічного здоров'я і лікування проблем фізичного, психічного або іншого характеру, виявлених під час таких обстежень. Для проведення певних типів обстежень і надання послуг із лікування може знадобитися отримати попередній дозвіл.

Послуги за програмою Healthchek надаються учасникам безоплатно. Нижче наведено приклади таких послуг.

- Профілактичні огляди новонароджених, немовлят, дітей, підлітків та молоді віком до 21 року.
- Послуги скринінгу за програмою Healthchek:
 - медичні огляди (фізичні огляди та скринінги розвитку);
 - перевірки стану зору;
 - стоматологічні огляди;
 - перевірки слуху;
 - перевірки якості харчування;
 - скринінги розвитку;
 - лабораторні аналізи на наявність свинцю в організмі.
- Лабораторні аналізи (обстеження відповідно до віку та статі).
- Щеплення.
- Необхідне з медичної точки зору подальше лікування проблем зі здоров'ям або проблем, виявлених під час обстежень. З-поміж іншого, таке лікування може передбачати:
 - прийоми у постачальника первинних медичних послуг, спеціаліста, стоматолога, оптометриста та інших постачальників послуг із мережі плану UnitedHealthcare Community Plan для діагностики та лікування проблем;
 - стаціонарне або амбулаторне лікування в лікарні;
 - відвідування клініки;
 - рецептурні ліки.
- Інформаційні матеріали.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

Дуже важливо відвідувати профілактичні огляди та проходити скринінги, щоб за наявності проблем зі здоров'ям ваші постачальники послуг могли виявити їх на ранньому етапі. Таким чином, ваш постачальник зможе розпочати відповідне лікування або виписати направлення до спеціаліста для його проведення до того, як проблема стане серйознішою. **Пам'ятайте! Для отримання деяких послуг вам може знадобитися отримати направлення від вашого РСР або попередній дозвіл від плану UnitedHealthcare Community Plan.** Також для отримання деяких товарів або послуг раннього й періодичного скринінгу, діагностики та лікування (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT), щодо покриття яких діють обмеження або які не покриваються для учасників віком старше 20 років, ваш постачальник послуг має надіслати запит на отримання попереднього дозволу від плану UnitedHealthcare Community Plan. Додаткову інформацію про послуги, для яких передбачено отримання направлення та/або попереднього дозволу, можна переглянути на сторінці 27 цього посібника.

У межах програми Healthchek всім учасникам з особливими медичними потребами віком до 21 року також доступні послуги з управління обслуговуванням. З більш докладною інформацією про послуги управління обслуговуванням, що надаються планом UnitedHealthcare Community Plan, можна ознайомитись на сторінці 42.

Щоб отримати послуги за програмою Healthchek, учаснику потрібно:

- зателефонувати своєму РСР або стоматологу, щоб записатися на прийом для проведення профілактичного обстеження (обов'язково повідомте свого РСР, що ваш запит стосується обстеження за програмою Healthchek), або
- зателефонувати до відділу обслуговування учасників UnitedHealthcare Community Plan, якщо ви маєте запитання або потребуєте допомоги в отриманні доступу до обслуговування, зокрема в пошуку постачальника послуг або записі на прийом, потребуєте допомоги з питань послуг, що покриваються, послуг транспортування, отримання попереднього дозволу, направлень за програмами для жінок, немовлят та дітей (Women, Infants, and Children, WIC), Help Me Grow, програмою Бюро надання допомоги для дітей з інвалідністю (Bureau for Children with Medical Handicaps, BCMH), програмою Head Start та з питань доступу до громадських послуг, як-от отримання продуктів харчування, допомоги з опаленням тощо.

Вибір постачальника первинних медичних послуг (РСР)

Кожний учасник плану UnitedHealthcare Community Plan повинен вибрати постачальника первинних медичних послуг (primary care provider, РСР) з довідника постачальників послуг плану. Ви можете обрати на роль РСР постачальника послуг, який веде приватну практику, групу постачальників послуг, сертифіковану практикуючу медсестру або групу практикуючих медсестер-акушерок/медсестер зі спеціалізацією в галузі гінекології, лікаря сімейної медицини (лікаря загальної практики), лікаря-терапевта або педіатра.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

Ваш РСР співпрацюватиме з вами, щоб скерувати ваше медичне обслуговування. Ваш РСР проводитиме медичні обстеження, робитиме щеплення та відповідатиме за задоволення більшості ваших потреб у плановому медичному обслуговуванні. За потреби, ваш РСР спрямовуватиме вас до постачальників послуг, спеціалістів або на госпіталізацію до лікарні.

Щоб зв'язатися зі своїм РСР, зателефонуйте до його офісу. Ім'я та телефон вашого РСР зазначені на вашій ідентифікаційній картці учасника плану.

Як змінити РСР

Якщо ви хочете змінити свого РСР, вам потрібно зателефонувати до відділу обслуговування учасників і попросити зробити заміну. Учасники можуть змінювати свого РСР щомісяця. Ви можете змінити свого РСР будь-коли. Протягом першого місяця участі в плані зміни щодо РСР набувають чинності з дати подання запиту. Якщо ви подали запит на зміну РСР пізніше, ніж впродовж першого місяця вашої участі в плані, зміни набудуть чинності з першого дня наступного місяця.

План UnitedHealthcare Community Plan надішле вам нову ідентифікаційну картку учасника, повідомивши про внесення змін щодо вашого РСР та дату, коли ви зможете почати відвідувати нового РСР.

Ознайомтеся з переліком імен медичних працівників з мережі UnitedHealthcare Community Plan, яких можна обрати на роль РСР, переглянувши примірник довідника постачальників послуг (якщо ви просили надіслати вам друкований примірник), вебсторінку www.uhc.com/communityplan/ohio/plans/medicaid/community-plan або зателефонувавши до відділу обслуговування учасників плану UnitedHealthcare Community Plan на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Ми з радістю допоможемо вам знайти постачальника первинних медичних послуг (РСР) з мережі плану, яким ви будете задоволені.

Телемедицина

Послуги телемедицини надаються безпосередньо за допомогою аудіо- та/або відеозв'язку. Замість того, щоб їхати на прийом в офіс лікаря, ви можете залишитись вдома або в офісі та, використовуючи смартфон, планшет чи комп'ютер, обговорити ваші питання з фахівцями в галузі медицини або психології. Послуги телемедицини надаються безоплатно, позбавляючи вас стресу через потребу в користуванні транспортними послугами.

Учасники програми Medicaid можуть використовувати послуги телемедицини для звернення до медичних спеціалістів та спеціалістів з охорони психічного здоров'я щодо багатьох захворювань та травм, поширених медичних станів, для відвідання прийомів з метою здійснення подальшого контролю за станом здоров'я та скринінгів, а також отримання рецептів на ліки.

Дізнайтеся у свого постачальника медичних послуг, чи надає він послуги телемедицини.

Ваші права учасника

Як учасник плану UnitedHealthcare Community Plan, ви маєте зазначені нижче права.

- Отримувати всі інформаційні матеріали та послуги, які план UnitedHealthcare Community Plan зобов'язаний надавати.
- Щоб до вас, вашої гідності та приватного життя ставилися з повагою.
- Бути певними, що ваша медична інформація зберігається з дотриманням вимог щодо її конфіденційності.
- Отримувати інформацію щодо вашого здоров'я. Ця інформація також може бути доступною особам, яким ви надали законне право мати доступ до вашої інформації, а також особам, зазначеним як екстрені контактні особи у випадках, коли отримання інформації вами не в інтересах вашого здоров'я.
- Брати участь у процесі прийняття рішень щодо вашого медичного обслуговування разом із вашим постачальником послуг.
- Мати змогу брати участь у процесі прийняття рішень щодо вашого медичного обслуговування, якщо ці рішення відповідають вашим інтересам.
- Отримувати інформацію щодо будь-якого медичного обслуговування у доступних для сприйняття вами форматі та формі.
- Бути певними, що інші особи не можуть побачити або почути вас під час отримання вами медичної допомоги.
- Не підпадати під дію обмежень або ізоляції у будь-якій формі, що використовуються як інструмент спонукання, дисципліни, спрощення або відплати (як це зазначено у федеральних нормативно-правових актах).
- Запитувати та отримувати копію вашої медичної документації та мати змогу за потреби попросити внести зміни або виправлення до цієї документації.
- Надавати згоду або заперечувати щодо передачі інформації про вас, за винятком випадків, коли план UnitedHealthcare Community Plan зобов'язаний це зробити згідно із законодавством.
- Відмовитися від лікування або терапії. Якщо ви відмовитесь, постачальник послуг або представники плану UnitedHealthcare Community Plan повинні роз'яснити вам, які наслідки може мати це рішення, та зробити відповідний запис у вашій медичній картці.
- Подати апеляцію, скаргу (претензію) або запит на проведення слухання на рівні штату. Додаткову інформацію з цього питання наведено на сторінці 55 посібника.
- Отримувати всі інформаційні матеріали для учасників плану UnitedHealthcare Community Plan у письмовій формі:
 - безоплатно;

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

- мовами, які переважно використовуються для спілкування у зоні обслуговування плану UnitedHealthcare Community Plan;
- із наданням послуг усного або письмового перекладу;
- викладеними в альтернативних форматах;
- в адаптованій для інших допоміжних засобів або сервісів формі для використання особами з інвалідністю;
- в іншій формі, доступній для сприйняття особами з особливими потребами, які можуть мати труднощі з читанням інформаційних матеріалів.
- Отримувати допомогу від плану UnitedHealthcare Community Plan або його постачальників послуг безоплатно, якщо ви не володієте англійською мовою або потребуєте допомоги із роз'ясненням інформації.
- Мати можливість отримати допомогу мовою жестів, якщо ви маєте порушення слуху.
- Бути повідомленими в разі, якщо постачальник послуг є студентом, та відмовитися від надання ними обслуговування.
- Бути повідомленими в разі, якщо медичне обслуговування має експериментальний характер, та відмовитися від такого обслуговування.
- Скласти попереднє розпорядження щодо медичного обслуговування («медичний заповіт»). Додаткову інформацію про попереднє розпорядження щодо медичного обслуговування наведено на сторінці 89 цього посібника.
- Подати до Департаменту охорони здоров'я штату Ohio (Ohio Department of Health) скаргу через недотримання вказівок, зазначених у попередньому розпорядженні щодо медичного обслуговування.
- Право обговорювати необхідні з медичної точки зору варіанти лікування ваших захворювань незалежно від їхньої вартості або страхового покриття.
- Право надавати рекомендації щодо прав та обов'язків учасників організації.
- Знати, що план керованого медичного обслуговування (МСП) розглядатиме та вирішуватиме всі скарги настільки швидко, наскільки цього потребує стан здоров'я учасника. Процес врегулювання скарг, зокрема повідомлення учасника про результати опрацювання скарги, має здійснюватись:
 - (а) протягом 2 (двох) робочих днів від моменту отримання скарги, якщо скарга стосується відсутності змоги отримати послуги;
 - (b) протягом 30 (тридцяти) календарних днів для всіх інших скарг, за винятком тих, що стосуються отримання вами рахунку за надані послуги;
 - (b) протягом 60 (шестидесяти) календарних днів для скарг, що стосуються отримання вами рахунку за надані послуги.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

- Змінити постачальника первинних медичних послуг (primary care provider, PCP) на іншого PCP з мережі плану UnitedHealthcare Community Plan. До дати зміни вашого поточного PCP на нового план UnitedHealthcare Community Plan має принаймні раз на місяць надіслати вам інформацію про те, хто є вашим новим PCP.
- Вільно реалізовувати свої права та знати, що ви не будете за це засуджені планом UnitedHealthcare Community Plan, постачальниками послуг з мережі плану та Департаментом програми Medicaid у штаті Ohio.
- Знати, що план UnitedHealthcare Community Plan зобов'язаний дотримуватись всіх застосовних федеральних законів, законів штату та інших законів щодо дотримання конфіденційності.
- Обирати постачальників послуг, коли це можливо або доречно.
- Якщо ви жінка, мати змогу відвідувати постачальника послуг у сфері жіночого здоров'я, який входить до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan, для отримання послуг охорони здоров'я для жінок, що покриваються.
- Звертатися по екстрену медичну допомогу до будь-якої лікарні або іншої установи, яка може надати відповідну допомогу.
- Дізнатися думки іншого кваліфікованого постачальника послуг з мережі плану UnitedHealthcare Community Plan. Якщо кваліфікований постачальник послуг не зможе прийняти вас, план UnitedHealthcare Community Plan має організувати прийом у постачальника послуг, який не входить до нашої мережі.
- Отримувати від нас інформацію про план UnitedHealthcare Community Plan. Ви можете запросити отримати більш докладну інформацію про план, зокрема інформацію про нашу структурну організацію, діяльність та плани заохочення лікарів, які ми використовуємо.
- Ви можете зв'язатися з Департаментом програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid) та/або відділу цивільних прав Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб (Department of Health and Human Services Office of Civil Rights) за наведеною нижче контактною інформацією та подати скаргу щодо дискримінації за ознакою етнічної приналежності, релігії, гендеру, гендерної ідентичності, сексуальної орієнтації, віку, інвалідності, національного походження, статусу військовослужбовця, генетичної інформації, культурного походження, стану здоров'я або потреби у медичному обслуговуванні.

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

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

Як повідомити UnitedHealthcare Community Plan про те, що ви не задоволені або не згодні з прийнятим планом рішенням: апеляції та скарги

Якщо ви не задоволені планом UnitedHealthcare Community Plan чи нашими постачальниками послуг або не згодні з прийнятим планом рішенням, зв'яжіться з нами якомога скоріше. Це можете зробити ви або інша особа, яка, за вашим бажанням, говоритиме від вашого імені. Якщо ви хочете, щоб хтось представляв ваші інтереси, як-от ваш лікар або постачальник послуг (з вашої згоди), надайте нам підтвердження у письмовій формі. План UnitedHealthcare Community Plan хоче допомогти вам. Щоб зв'язатися з нами:

- зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**), або
- заповніть форму, наведену у посібнику учасника, або
- зателефонуйте до відділу обслуговування учасників і попросіть надати друкований бланк, або
- відвідайте наш вебсайт за адресою myuhc.com/CommunityPlan, або
- напишіть нам листа, детально описуючи, чим саме ви не задоволені. Обов'язково зазначте своє ім'я та прізвище, номер, зазначений на лицьовій стороні вашої картки учасника плану UnitedHealthcare Community Plan, а також вашу адресу і телефон, щоб у разі потреби ми могли з вами зв'язатися. Ви також маєте надіслати будь-яку наявну інформацію, яка допоможе краще пояснити суть наявної проблеми.

Надішліть заповнений примірник форми або листа на адресу:

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

План UnitedHealthcare Community Plan надішле вам письмове повідомлення, якщо ми вирішимо:

- відхилити запит на покриття послуги;
- скоротити обсяг послуг, призупинити або припинити їхнє надання до того, як ви отримаєте всі послуги в обсязі, який було схвалено; або
- відхилити запит на оплату послуги, яка не покривається планом UnitedHealthcare Community Plan.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

Ми також можемо надіслати вам письмове повідомлення, якщо ми ще не:

- прийняли рішення щодо того, чи надавати страхове покриття для послуги, яку ви запитуєте; або
- надали відповіді щодо зазначених вами обставин, через які ви не задоволені.

Апеляції

Якщо ви не згодні з рішеннями/діями, зазначеними у листі, і ви зв'яжетеся з нами **протягом 60 календарних днів**, щоб попросити нас змінити наше рішення/дії, це називається **апеляцією**. Відлік терміну у 60 календарних днів починається з наступного дня від дати відправлення листа. Якщо ми вирішили скоротити обсяг послуг, призупинити або припинити їхнє надання до того, як ви отримаєте послуги в повному обсязі, який було схвалено, лист міститиме інформацію про те, як надалі отримувати послуги (якщо ви приймете таке рішення) та за яких умов вам, можливо, доведеться оплачувати ці послуги самостійно.

Якщо ми не повідомимо вам іншу дату, ми повинні надати вам письмову відповідь на вашу апеляцію протягом 15 календарних днів від дати, коли ви з нами зв'язались. Якщо у відповідь на вашу апеляцію ми вирішимо не змінювати нашого рішення/дій, ми повідомимо вас про ваше право подати запит на проведення слухання на рівні штату. **Ви можете подати запит на проведення слухання на рівні штату лише після того, як пройдете стандартну процедуру врегулювання апеляцій плану UnitedHealthcare Community Plan.**

Скарги

Якщо ви звертаєтесь до нас через те, що ви не задоволені чимось, що стосується плану UnitedHealthcare, чи нашими постачальниками послуг, це називається **скаргою**. План UnitedHealthcare Community Plan надасть вам відповідь щодо вашої скарги телефоном (або поштою, якщо ми зможемо зв'язатися з вами) протягом:

- 2 (двох) робочих днів, якщо скарга стосується відсутності змоги отримати послуги;
- 30 (тридцяти) календарних днів для всіх інших скарг, за винятком тих, що стосуються отримання вами рахунку за надані послуги;
- 60 (шестидесяти) календарних днів для скарг, що стосуються отримання вами рахунку за надані послуги.

Якщо нам знадобиться більше часу для винесення рішення за апеляцією або скаргою, ми надішлемо вам листа із повідомленням, що термін розгляду буде подовжено ще на 14 календарних днів. У цьому листі також буде зазначено, чому ми потребуємо більше часу для розгляду. Якщо ви вважаєте, що нам потрібно більше часу для винесення рішення за вашою апеляцією або скаргою, ви можете також попросити нас подовжити термін розгляду ще на 14 календарних днів.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

Ви також маєте право **будь-коли** подати скаргу, скориставшись наведеною нижче контактною інформацією.

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

1-800-605-3040 або 1-800-324-8680
Лінія ТТУ: 1-800-292-3572

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

1-800-686-1526

Бланк апеляції для подання учасником

Якщо ви не згодні з рішенням організації керованого медичного обслуговування (managed care entity, MCE), зв'яжіться з MCE якомога скоріше. Ви або інша особа, яка, за вашим бажанням, представляє ваші інтереси, може звернутися до MCE, використовуючи цю форму.

Вказівки: Зазначте всю потрібну інформацію у розділах I та II цього бланку, надайте якомога докладніший опис проблеми (проблем) та надішліть заповнений бланк форми до відповідної MCE. Для того, щоб MCE винесло рішення напевно, разом із примірником форми необхідно надіслати наступні документи:

- додати копії будь-яких документів та записів, які ви бажаєте надіслати (не надсилайте оригінали);
- якщо інша особа подає цю форму від вашого імені, ви маєте підтвердити свою згоду нижче.

Розділ I. Інформація про учасника		
Ім'я та прізвище учасника:		Дата подання запиту: (мм/дд/рррр)
Ідентифікаційний номер учасника:	Телефон учасника:	Дата народження: (мм/дд/рррр)
Адреса учасника:		
Причини подання запиту		
☐ Надання послуги (послуг) відхилено, припинено або скорочено в обсязі		
☐ Платіж або страхову вимогу відхилено		
☐ Несвоєчасне винесення рішення щодо запиту на надання попереднього дозволу		
☐ Я вважаю, що очікування на рішення може становити серйозну загрозу моєму життю, фізичному або психічному здоров'ю чи здатності досягти, підтримувати або відновити максимально можливу функціональність. Залишаючи позначку у цьому полі, я розумію, що це може призвести до скорочення часу, протягом якого я та/або мій постачальник послуг має надіслати додаткову інформацію щодо моєї апеляції, якщо не буде запрошено подовження терміну розгляду. Якщо запит на подовження терміну розгляду не подано і мій запит відповідає критеріям, я отримаю рішення протягом 72 годин.		
☐ Я вважаю, що очікування на рішення не становить загрози моєму життю. Якщо подано запит на подовження терміну розгляду, я отримаю рішення за моєю апеляцією протягом 15 календарних днів.		

Розділ II. Детальний опис проблеми

Будь ласка, зазначте всі подробиці стосовно вашого запиту, зокрема імена, дати, місця, інформацію про постачальника послуг та номер запиту на отримання попереднього дозволу (якщо відомо). Якщо вам бракує місця для записів, ви можете додати ще один лист паперу до цієї форми.

Ваш підпис нижче засвідчує, що надана інформація є правдивою й точною.

Підпис учасника

Дата (мм/дд/рррр)

Якщо інша особа заповнює цю форму за вас, ви надаєте письмову згоду на те, щоб зазначена нижче особа подавала форму від вашого імені. Підпис вашого уповноваженого представника нижче засвідчує, що надана інформація є правдивою й точною.

Ім'я та прізвище уповноваженого представника учасника (якщо застосовується):

Ким приходитьсся учаснику:

Підпис уповноваженого представника учасника (якщо застосовується):

☐ Залиште позначку у цьому полі, якщо ви постачальник послуг, який подає цю форму від імені учасника. Згідно з правилом 5160-26-08.4 Адміністративного кодексу штату Ohio (Ohio Administrative Code) будь-який постачальник послуг, який діє від імені учасника, має отримати письмову згоду учасника на подання апеляції. Організація керованого медичного обслуговування (МСЕ) почне розгляд апеляції після отримання письмової згоди учасника.

Бланк скарги/апеляції

Ім'я і прізвище учасника: _____ Ідентифікаційний номер: _____

Адреса: _____

Телефон (домашній): _____ (Місце роботи): _____

Будь ласка, викладіть детальний опис вашої скарги, зазначаючи імена, дати, місця надання послуг, час та суть проблеми, що склалася. Також зазначте, чому план UnitedHealthcare Community Plan має прийняти до розгляду можливість здійснення оплати за послуги, щодо покриття яких надійшов запит, якщо зазвичай такі послуги не покриваються (якщо застосовно). Надішліть заповнений бланк поштою на адресу, зазначену в нижній частині сторінки.

(Підпис)

(Дата)

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

Ця сторінка навмисно залишена пустою.

Слухання на рівні штату

Слухання на рівні штату представляє собою зібрання, у якому берете участь ви або особа, яка представляє ваші інтереси, як-от ваш лікар чи постачальник послуг, представник Департаменту праці й соціальних послуг у вашому окрузі, представник плану UnitedHealthcare Community Plan та арбітр, призначений Бюро з питань проведення слухань на рівні штату (Bureau of State Hearings) Департаменту праці й соціальних послуг в штаті Ohio (Bureau of State Hearings within the Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). На цьому зібранні ви пояснюватимете, чому, на вашу думку, рішення плану UnitedHealthcare Community Plan не є правильним, а план UnitedHealthcare Community Plan, у свою чергу, роз'яснить причини, якими керувались працівники плану під час винесення рішення. Арбітр вислухає сторони, після чого на підставі правил та наданої інформації винесе рішення щодо того, яка зі сторін права.

План UnitedHealthcare Community Plan повідомить вас про ваше право подати запит на проведення слухання на рівні штату, якщо:

- у відповідь на вашу апеляцію ми вирішимо не змінювати нашого рішення/дій;
- прийняте рішення стосується зарахування до програми координованого медичного обслуговування плану UnitedHealthcare Community Plan або продовження участі в ній;
- прийняте рішення стосується відмови щодо запиту на зміну вашого постачальника послуг за програмою координованого медичного обслуговування плану UnitedHealthcare Community Plan.

Ви можете подати запит на проведення слухання на рівні штату лише після того, як пройдете стандартну процедуру врегулювання апеляцій плану UnitedHealthcare Community Plan.

Якщо ви хочете, щоб відбулося слухання на рівні штату, ви або особа, яка представляє ваші інтереси, як-от ваш лікар або постачальник послуг, повинні надіслати запит на проведення слухання **протягом 90 календарних днів**. Відлік терміну в 90 календарних днів починається з наступного дня від дати відправлення форми запиту на проведення слухання. Якщо ваша апеляція стосується рішення щодо скорочення обсягу послуг, призупинення або зупинення надання послуг до того, як весь обсяг схвалених послуг було отримано, лист міститиме інформацію про те, як надалі отримувати послуги (якщо ви приймете таке рішення) та за яких умов вам, можливо, доведеться оплачувати ці послуги самостійно. Якщо ми запропонуємо вам зареєструватися у програмі координованого обслуговування UnitedHealthcare, і ви оформите запит на проведення слухання на рівні штату протягом 15 календарних днів від дати відправлення форми поштою, ми не зареєструємо вас у програмі, допоки в результаті проведення слухання не буде винесене рішення.

Щоб оформити запит на проведення слухання, ви можете:

- заповнити форму запиту на проведення слухання на рівні штату і надіслати на номер факсу, зазначений на формі;

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

- зателефонувати до Бюро з питань проведення слухань на рівні штату (Bureau of State Hearings) на номер 1-866-635-3748;
- надіслати запит онлайн на вебсторінці https://hearings.jfs.ohio.gov/apps/SHARE/#_frmLogin;
- надіслати запит електронною поштою на адресу bsh@jfs.ohio.gov.

Якщо ви хочете дізнатися про можливість отримання юридичних послуг безоплатно, проте не знаєте телефону місцевої служби надання юридичної допомоги, ви можете зателефонувати до Асоціації юридичної допомоги штату Ohio (Ohio State Legal Services Association) на номер 1-800-589-5888 (для дзвінків з місцевих телефонів).

Рішення за результатами проведення слухань на рівні штату зазвичай виносяться не пізніше ніж через 70 календарних днів після отримання запиту. Однак за рішенням організації з управління медичним обслуговуванням (MCO) або Бюро з питань проведення слухань на рівні штату (Bureau of State Hearings) за наявності стану здоров'я, що відповідає певним критеріям, рішення може бути винесене за прискореною процедурою. Прискорена процедура може передбачати винесення рішення настільки швидко, наскільки це можливо, але не пізніше ніж через 3 робочі дні після отримання запиту. Прискорена процедура винесення рішення застосовується у випадках, коли розгляд справи в межах стандартного терміну може становити серйозну загрозу вашому життю, здоров'ю або здатності досягти, підтримувати або відновити максимально можливу функціональність.

Стягнення майна

Якщо ви перебуваєте в інституційному закладі на постійній основі або на момент отримання пільг за програмою Medicaid вам 55 років або більше, програма стягнення майна (Estate Recovery Program) може покрити витрати за ваше медичне обслуговування, сплачене програмою Medicaid, за рахунок вашого майна. Вартість вашого медичного обслуговування може враховувати платежі з розрахунку на людину, які програма Medicaid сплачує вашому плану керованого медичного обслуговування, навіть якщо сума платежу з розрахунку на людину більша, ніж вартість послуг, які ви отримуєте. **Стягнення майна відбувається лише після настання смерті реципієнта програми Medicaid.**

Екстрена медична допомога

Послуги екстреної медичної допомоги — це послуги, які постачальник має надати негайно, аби усунути проблему медичного характеру. Ми покриваємо послуги екстреної медичної допомоги, отримані як у вашому окрузі проживання, так і за його межами. Нижче наведено декілька прикладів ситуацій, які потребують надання екстреної медичної допомоги:

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

- викидень/вагінальна кровотеча під час вагітності;
- серцевий приступ;
- сильний біль у грудях;
- рясна кровотеча, що не спиняється;
- дуже утруднене дихання;
- підозра на інсульт;
- ситуації, що стосуються психічного здоров'я: загроза здійснення самогубства, вбивства або завдання собі шкоди, манія або психоз, які потребують негайного медичного втручання.

Екстрений стан

Екстрений стан — це стан, що проявляється симптомами достатнього рівня тяжкості (зокрема сильним болем), які, на думку розсудливої людини з пересічними знаннями про здоров'я та медицину, за відсутності негайно наданої медичної допомоги можуть обґрунтовано призвести до серйозної загрози здоров'ю особи (у випадках, якщо жінка вагітна — до загрози здоров'ю для неї та її ненародженої дитини), до загрози серйозних порушень функцій організму або до серйозної дисфункції певного органу чи частини тіла.

Послуги, що надаються після стабілізації стану

Послуги, що надаються після стабілізації стану, — це послуги, які покриваються планом, надаються у зв'язку з екстреним станом та, на думку постачальника послуг, який надавав допомогу, є необхідними з медичної точки зору після стабілізації екстреного стану для подальшої підтримки стабілізованого стану, або, відповідно до розділу 42, параграфа 422.113 Кодексу федеральних нормативних актів (C.F.R.) (в редакції від 1 жовтня 2019 р.), для покращення стану учасника або усунення причин виникнення в нього екстреного стану.

Вам не потрібно звертатися за схваленням до плану UnitedHealthcare Community Plan, перш ніж звернутися по екстрену допомогу. Для отримання екстреної допомоги попередній дозвіл не потрібен. В екстрених ситуаціях телефонуйте на номер **911** або звертайтеся до НАЙБЛИЖЧОГО пункту надання екстреної медичної допомоги (emergency room, ER) чи іншої медичної установи, яка може надати відповідну допомогу.

Якщо ви не певні, чи потрібно вам звертатися до пункту надання екстреної медичної допомоги, зателефонуйте вашому постачальнику первинних медичних послуг або до цілодобової Довідкової служби медсестер (NurseLine) на номер 1-800-542-8630 (лінія ТТТ: 1-800-855-2880). Ваш постачальник первинних медичних послуг (PCP) або представник цілодобової Довідкової служби медсестер (NurseLine) зможуть обговорити з вами вашу проблему медичного характеру й надати рекомендації щодо подальших дій.

Пам'ятайте, якщо ви потребуєте екстреної медичної допомоги, слід виконати наступні дії:

- Зверніться до найближчого пункту надання екстреної медичної допомоги чи іншої медичної установи, яка може надати відповідну допомогу. Обов'язково повідомте, що ви є учасником плану UnitedHealthcare Community Plan і покажіть вашу ідентифікаційну картку учасника плану UnitedHealthcare Community Plan.
- Якщо, на думку постачальника послуг, який надавав екстрену медичну допомогу, для лікування проблеми, що спричинила екстрений стан, ви маєте отримати інші медичні послуги, постачальник послуг повинен зателефонувати до плану UnitedHealthcare Community Plan.
- Після того, як ваш стан після надання екстреної допомоги стане контрольованим, вам необхідно якомога скоріше зателефонувати своєму постачальнику первинних медичних послуг.
- Якщо ви змушені залишитися в лікарні, обов'язково зателефонуйте до плану UnitedHealthcare Community Plan протягом 24 годин.

Травмування або захворювання внаслідок нещасного випадку (суброгація)

Якщо вам потрібно відвідати лікаря через травму або хворобу, спричинену внаслідок дій іншої особи та організації, ви зобов'язані зателефонувати до відділу обслуговування учасників та повідомити про це. Наприклад, якщо ви постраждали в результаті автомобільної аварії або вас вкусив собака, чи ви травмувалися у магазині, іншій страховій компанії, можливо, доведеться оплатити лікування або послуги, які ви отримали. Зателефонувавши нам, повідомте ім'я особи, через яку стався інцидент, назву страхової компанії цієї особи та в разі залучення адвокатів — їхні імена.

Інше страхове покриття (координування страхових пільг [Coordination of Benefits, COB])

Якщо хтось із членів вашої родини має страховку іншої компанії, дуже важливо, аби ви телефонували з питання страхового покриття до відділу обслуговування учасників та до фахівця у вашому окрузі, який веде вашу справу. Наприклад, якщо ви працюєте та маєте медичну страховку або якщо ваші діти мають медичну страховку, яка поширюється на них через наявність страхового покриття в іншого родича (батька або матері), вам потрібно зателефонувати до відділу обслуговування учасників, щоб надати певну інформацію. Також потрібно телефонувати до відділу обслуговування учасників та до фахівця у вашому окрузі, який веде вашу справу, якщо ви втратили страхове покриття, про яке раніше повідомляли. Якщо ви не надасте нам цю

інформацію, це може спричинити проблеми з отриманням медичного обслуговування та оплатою рахунків за медичні послуги.

Повідомлення про втрату страхового покриття (Сертифікат наявності належного покриття)

Щоразу, коли ви втрачаєте медичну страховку, ви повинні отримати повідомлення, відоме як сертифікат наявності належного покриття, від вашої колишньої страхової компанії. У цьому повідомленні має бути вказано, що у вас більше немає страховки. Важливо зберігати примірник цього повідомлення у себе, адже вас можуть попросити надати копію.

Втрата права на участь у програмі Medicaid

Важливо, щоб ви відвідували прийоми, призначені Департаментом праці й соціальних послуг (Department of Job and Family Services) вашого округу. Якщо ви пропустите прийом та не надасте інформацію, яку у вас запитують, ви можете втратити право на участь у програмі Medicaid. Якщо це станеться, план UnitedHealthcare Community повідомлять про припинення вашої участі у програмі Medicaid, і план UnitedHealthcare Community Plan більше не надаватиме вам страхове покриття.

Автоматичне поновлення участі у плані керованого медичного обслуговування (MCP)

Якщо ви втратите право на участь у програмі Medicaid, проте відновите право на участь впродовж 90 днів, ви автоматично знов станете учасником плану UnitedHealthcare Community Plan.

Припинення участі у плані керованого медичного обслуговування (MCP)

Як учасник організації керованого медичного обслуговування, ви маєте право самостійно вирішити припинити свою участь протягом певних періодів впродовж року. Ви можете припинити свою участь у плані протягом перших 3 місяців (90 днів) або принаймні раз на 12 місяців протягом щорічного періоду відкритої реєстрації. Ви отримаєте певні матеріали

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

поштою від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid) у яких буде зазначено інформацію про строки щорічного періоду відкритої реєстрації. Якщо ви живете у місцевості, для якої передбачено обов'язкову реєстрацію, вам потрібно буде вибрати іншу організацію керованого медичного обслуговування для страхового покриття вашого медичного обслуговування.

Якщо ви бажаєте припинити свою участь у плані протягом перших 3 місяців вашої участі або протягом щорічного періоду відкритої реєстрації, ви можете зателефонувати на гарячу лінію Medicaid на номер 1-800-324-8680. Лінія ТТУ: 711. Крім того, ви також можете надіслати онлайн-запит на гарячу лінію програми Medicaid за адресою www.ohiomh.com. Якщо ви зателефонуєте не пізніше, ніж за 10 днів до кінця місяця, вашу участь буде припинено першого дня наступного місяця. Якщо ви зателефонуєте пізніше, вашу участь не буде припинено аж до першого дня місяця, що слідує за наступним. Якщо ви оберете іншу організацію керованого медичного обслуговування, ваша нова організація надішле вам інформаційні матеріали поштою до дати початку вашої участі.

Вибір нового плану

Якщо ви розглядаєте припинення участі для переходу до іншої організації керованого медичного обслуговування (managed care organization, MCO), вам слід детально ознайомитись з можливими варіантами, особливо у разі, якщо ви бажаєте й надалі обслуговуватись у вашого поточного(-их) постачальника(-ів) послуг. Зверніть увагу, що кожна організація керованого медичного обслуговування (MCO) має власний перелік лікарів та лікарень, які входять до їхньої мережі. Окрім того, кожна організація керованого медичного обслуговування (MCO) має інформаційні матеріали, у яких пояснюється, які пільги пропонує організація та які правила застосовуються. Якщо ви бажаєте отримати інформаційні матеріали про організацію керованого медичного обслуговування (MCO), яку розглядаєте для подальшої участі, або у вас є запитання щодо MCO, ви можете зателефонувати до плану або на гарячу лінію програми Medicaid на номер 1-800-324-8680 (лінія ТТУ: 1-800-292-3572). Крім того, ви можете знайти інформацію про наявні у вашому районі організації керованого медичного обслуговування (MCO) на вебсайті гарячої лінії програми Medicaid за адресою www.ohiomh.com.

Припинення участі через певні обставини (Just Cause)

Іноді може існувати особлива причина, через яку вам потрібно припинити участь у плані. Така потреба називається припиненням участі «через певні обставини» (Just Cause). Запити на припинення участі через певні обставини можна подавати поза періодом дії відкритої реєстрації та перших трьох місяців після реєстрації. Перш ніж оформити запит на припинення участі через певні обставини, ви можете зателефонувати до плану UnitedHealthcare Community Plan та надати нам можливість вирішити проблему. Якщо ми не зможемо вирішити проблему, ви можете будь-коли оформити запит на припинення участі через певні обставини в разі, якщо причина запиту відповідає одній із наведених нижче.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

1. Ви змінюєте місце проживання, і послуги вашої поточної організації керованого медичного обслуговування (MCO) не доступні у регіоні вашого нового місця проживання, а ви потребуєте надання неекстреної медичної допомоги у регіоні вашого нового місця проживання до того, як спливе термін дії вашої участі у поточній MCO.
2. Ваша поточна організація керованого медичного обслуговування (MCO) не покриває медичну послугу, якої ви потребуєте, через моральні або релігійні переконання.
3. Ваш лікар повідомив, що деякі медичні послуги повинні надаватись одночасно, проте не всі послуги можуть бути отримані від постачальників, що входять до мережі поточної організації керованого медичного обслуговування (MCO).
4. Ви маєте занепокоєння з приводу того, що ви не отримуєте якісного медичного обслуговування, проте інші постачальники з мережі плану UnitedHealthcare Community Plan не надають послуг, яких ви потребуєте.
5. Ви не маєте доступу до послуг, які покриваються програмою Medicaid та є необхідними з медичної точки зору, або ви не маєте доступу до постачальників послуг, які мають досвід у задоволенні ваших особливих потреб у медичному обслуговуванні.
6. Постачальник первинних медичних послуг (PCP), якого ви обрали, більше не входить до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan, і цей PCP був єдиним у мережі плану постачальником послуг, який розмовляє вашою мовою та приймає на прийнятній для вас відстані; або в мережі іншого плану є PCP, який розмовляє вашою мовою, приймає на прийнятній для вас відстані та прийме вас в якості нового пацієнта.
7. Якщо ви вважаєте, що залишатися учасником вашого поточного плану керованого медичного обслуговування шкодить вам та не відповідає вашим інтересам.

Ви можете оформити запит на припинення участі через певні обставини, зателефонувавши на гарячу лінію програми Medicaid за номером 1-800-324-8680 (лінія ТТУ: 1-800-292-3572). Департамент програми Medicaid в штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid) розгляне ваш запит та винесе рішення щодо того, чи відповідає він критеріям для припинення участі через певні обставини. Ви отримаєте поштою листа, у якому повідомлятиметься, чи припинить Департамент програми Medicaid в штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid) вашу участь у плані та яка дата вважатиметься датою припинення вашої участі. Якщо ви живете у місцевості, для якої передбачено обов'язкову реєстрацію, вам потрібно буде вибрати інший план для страхового покриття вашого медичного обслуговування, якщо Департамент програми Medicaid в штаті Ohio не надасть вам інших вказівок. Якщо ваш запит на припинення участі через певні обставини буде відхилено, Департамент програми Medicaid в штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid) надішле вам інформаційні матеріали, що роз'яснять ваші права щодо проведення слухання на рівні штату для оскарження цього рішення.

Речі, про які варто пам'ятати, якщо ви припиняєте участь у плані

Якщо ви виконали якісь із зазначених вище дій для припинення вашої участі в плані, пам'ятайте про наступне.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

- Ви можете відвідувати лікарів або інших постачальників послуг з мережі плану UnitedHealthcare Community Plan, доки ви не станете учасником нового плану медичного страхування або знов не повернетесь до участі у стандартній програмі Medicaid.
- Якщо ви вибрали нову організацію керованого медичного обслуговування (MCO) і не отримали ідентифікаційну картку учасника до першого дня місяця, у якому ви стали учасником нового плану, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників плану UnitedHealthcare Community Plan. Якщо вам не зможуть допомогти, зателефонуйте на гарячу лінію Medicaid за номером 1-800-324-8680 (лінія ТТУ: 1-800-292-3572).
- Якщо вам дозволили повернутися до використання стандартної картки Medicaid і ви не отримали нової картки учасника програми Medicaid, зателефонуйте спеціалісту у вашому окрузі, який веде вашу справу.
- Якщо ви вибрали нову організацію керованого медичного обслуговування (MCO) та маєте заплановані прийоми, зателефонуйте до вашого нового плану, аби пересвідчитися, що постачальники цих послуг входять до мережі постачальників нового плану та всі необхідні документи оформлені. Наприклад, вам потрібно зателефонувати до нового плану, якщо **у вас заплановані прийом у нового лікаря, операція, проведення аналізу крові або рентгенографії (особливо якщо ви вагітні).**
- Якщо вам дозволили повернутися до участі у стандартній програмі Medicaid і ви маєте заплановані прийоми, будь ласка, зателефонуйте постачальникам послуг і переконайтеся, що вони приймають пацієнтів зі стандартною картою Medicaid.

Припинення участі за власним бажанням

Ви маєте можливість не бути учасником організації керованого медичного обслуговування (managed care organization, MCO), якщо ви:

- член індіанського племені, визнаного на федеральному рівні (незалежно від віку);
- особа, яка отримує послуги за програмою надання послуг догляду на дому та послуг Департаменту з питань забезпечення осіб з порушеннями розвитку штату Ohio за місцем проживання.

Якщо, на вашу думку, ви або ваша дитина відповідаєте одному із зазначених вище критеріїв а не бажаєте бути учасником організації керованого медичного обслуговування, ви можете зателефонувати на гарячу лінію програми Medicaid за номером 1-800-324-8680 (лінія ТТУ: 1-800-292-3572). Якщо ви відповідаєте одному із зазначених вище критеріїв та не бажаєте бути учасником організації керованого медичного обслуговування (MCO), вашу участь буде припинено.

Винятки: особи, яким не дозволено бути учасниками організації керованого медичного обслуговування за програмою Medicaid. Вам може бути заборонено бути учасником організації керованого медичного обслуговування (MCO) за програмою Medicaid, якщо ви:

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

- має право на участь у двох програмах: Medicaid та Medicare;
 - отримує послуги інституційних закладів (перебуває в закладі сестринського догляду і не підпадає під категорію повнолітніх осіб, які потребують подальшого догляду [Adult Extension population], перебуває в закладі довгострокового догляду, отримує допомогу за програмою проміжної медичної допомоги для осіб з вадами інтелектуального розвитку [intermediate care facility for individuals with intellectual disabilities, ICF/IID] або отримує послуги інших інституційних закладів); або
 - отримує послуги за програмою надання послуг догляду на дому від Medicaid та не підпадає під категорію повнолітніх осіб, які потребують подальшого догляду (Adult Extension population).
- * Якщо ви відповідаєте критеріям програми Medicaid, підпадаючи під категорію повнолітніх осіб, які потребують подальшого догляду (Adult Extension population), ви отримуватимете послуги закладів сестринського догляду через вашу організацію керованого медичного обслуговування. Крім того, учасники, що підпадають під категорію повнолітніх осіб, які потребують подальшого догляду (Adult Extension population), та отримали дозвіл на отримання послуг за програмою надання послуг догляду на дому, й надалі лишатимуться учасниками організації керованого медичного обслуговування.

Якщо, на вашу думку, ви відповідаєте одному із зазначених вище критеріїв та не повинні бути учасником організації керованого медичного обслуговування (Managed Care Organization), ви повинні зателефонувати на гарячу лінію програми Medicaid за номером 1-800-324-8680 (лінія ТТТ: 1-800-292-3572). Якщо ви відповідаєте одному із зазначених вище критеріїв, вашу участь в організації керованого медичного обслуговування (MCO) буде припинено.

Чи може план UnitedHealthcare Community Plan припинити мою участь?

За певних обставин план UnitedHealthcare Community Plan може попросити Департамент програми Medicaid в штаті Ohio припинити вашу участь. Перш ніж вашу участь буде припинено, Департамент програми Medicaid в штаті Ohio має погодити запит.

План UnitedHealthcare Community Plan може запросити припинити вашу участь з наступних причин:

- через шахрайські дії або зловживання ідентифікаційною карткою учасника плану UnitedHealthcare Community Plan;
- через деструктивну поведінку або відмову від співпраці такою мірою, яка впливає на здатність організації керованого медичного обслуговування (MCO) надавати послуги вам або іншим учасникам.

Посібника учасника від Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid)

План UnitedHealthcare Community Plan надає послуги учасникам у межах угоди про надання послуг з Департаментом програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid). Якщо ви хочете зв'язатися з Департаментом програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid) ви можете зателефонувати за наведеним нижче телефоном або написати на адресу:

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

Телефон: 1-800-324-8680,
лінія ТТУ: 1-800-292-3572

Також ви можете відвідати вебсайт Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid) за адресою www.medicaid.ohio.gov.

Ви можете зв'язатися з планом, якщо бажаєте дізнатися будь-яку інформацію про план UnitedHealthcare Community Plan, зокрема про структурну організацію плану та порядок здійснення оплати постачальникам послуг. Якщо ви хочете повідомити нам про зміни, які, на вашу думку, нам слід впровадити, будь ласка, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Таблиця послуг, що надаються за програмою Medicaid

Послуги, які покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan

Як учасник плану UnitedHealthcare Community Plan, ви безоплатно отримуватимете всі необхідні з медичної точки зору послуги, що покриваються за програмою Medicaid. Необхідні з медичної точки зору послуги — це послуги, призначені для запобігання, діагностування або лікування медичного стану.

Якщо ви маєте запитання щодо ваших страхових пільг, зверніться до вашого постачальника первинних медичних послуг (PCP) або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Ви також можете зареєструватися на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan та ознайомитися із вмістом вкладки «Пільги» або скористатися застосунком UnitedHealthcare, щоб дізнатися про доступні вам пільги докладніше.

Послуга	Страхове покриття
Акупунктура для лікування певних захворювань	Покривається для лікування головного болю та люмбаго. Застосовується обмеження за кількістю: 30 сеансів (за винятком випадків, коли сеанси є необхідними за медичними показаннями).
Послуги алерголога	Покриваються
Послуги транспортування каретою швидкої допомоги та мікроавтобусом для перевезення інвалідного крісла	Покриваються в екстрених ситуаціях за надання послуг постачальниками, які входять та не входять до мережі плану.

Таблиця послуг, що надаються за програмою Medicaid

Послуга	Страхове покриття
Корекція поведінкових порушень, послуги з охорони й відновлення психічного здоров'я та лікування зловживання психоактивними речовинами	Покривається. Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників, щоб отримати допомогу в пошуку центра/постачальника послуг відповідної кваліфікації або самостійно зверніться до центру охорони психічного здоров'я за місцем проживання, сертифікованого Департаментом штату Ohio з питань охорони психічного здоров'я та лікування наркозалежності (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services, OhioMHAS), або сертифікованого медичного центру. Як зв'язатися з цілодобовою кризовою психологічною службою Ви також можете зателефонувати нам, якщо у вас кризовий стан. Ви зможете одразу поговорити з кимось, і ми можемо допомогти вам отримати потрібну допомогу. Просто зателефонуйте до цілодобової кризової психологічної служби на номер 877-542-9236. Дзвінки безкоштовні. Кризова психологічна служба працює цілодобово та без вихідних — 365 днів на рік. Програми лікування опіоїдами: зокрема підтримуюче медикаментозне лікування (Medically Assisted Treatment, MAT) із використанням Suboxone (субоксону), Buprenorphine (бупренорфіну) та Methadone (метадону). • Асертивне лікування за місцем проживання (Assertive Community Treatment, ACT) для учасників віком 18 років та старше. • Інтенсивна терапія на дому (Intensive Home Based Treatment, IHBT). Ця послуга надається особам віком до 18 років, проте, за певних обставин, може надаватися учасникам віком 18–21 рік. • Комплексне лікування залежності, зокрема з частковою або повною госпіталізацією.
Послуги сертифікованої медсестри-акушерки	Покриваються
Послуги сертифікованої практикуючої медсестри	Покриваються

Таблиця послуг, що надаються за програмою Medicaid

Послуга	Страхове покриття
Послуги хіміотерапії	Покриваються
Послуги мануальної терапії (лікування спини)	Покриваються. Обмежено 30 відвідуваннями протягом календарного року для учасників віком до 21 року, доки не є медично необхідними. Обмежено 15 відвідуваннями протягом календарного року для учасників віком старше 21 року.
Стоматологічні послуги	Покриваються. Передбачено покриття двох стоматологічних оглядів та двох процедур професійного гігієнічного чищення зубів протягом календарного року, рентгенів, пломб, нескладних випадків видалення зубів, часткових або повних зубних протезів, загальної анестезії та лікування зубних каналів передніх зубів. Деякі процедури можуть потребувати отримання попереднього дозволу.
Послуги з розвиваючої терапії для дітей віком від народження до 6 років	Покриваються. Можуть потребувати отримання попереднього дозволу.
Діагностичні послуги (рентгенографія, лабораторні дослідження)	Покриваються діагностичні послуги та лабораторні дослідження, надані постачальником послуг з мережі плану. Деякі дослідження можуть потребувати отримання попереднього дозволу.
Послуги доули	Покриваються
Медичне обладнання довготривалого використання (як-от молоковідсмоктувачі, пакети для зберігання грудного молока, допоміжне приладдя для ходьби, апарати для вимірювання артеріального тиску)	Більшість медичного обладнання довготривалого використання (DME) вартістю до \$500 покриватиметься за наявності направлення від постачальника послуг, який входить до мережі плану. - Застосовуються винятки (див. Таблицю медичного обладнання довготривалого використання [DME], що передбачає отримання попереднього дозволу). Перуки не покриваються. - У мережі: молоковідсмоктувачі покриваються як обладнання довготривалого використання (DME); для отримання обладнання довготривалого використання (DME) від постачальників, які входять до мережі плану, направлення не потрібне. - Поза мережею: потрібен попередній дозвіл.

Таблиця послуг, що надаються за програмою Medicaid

Послуга	Страхове покриття
Екстрена медична допомога	Покривається. Послуги для усунення проблеми медичного характеру, яка, на вашу думку, є настільки серйозною, що потребує негайної уваги з боку лікаря.
Послуги з планування сім'ї та супутні витратні матеріали медичного призначення	Покриваються
Послуги медичних центрів, які пройшли федеральну атестацію (Federally Qualified Health Centers, FQHC), та сільських лікарень (Rural Health Clinics, RHC)	Покриваються
Послуги автономного пологового відділення в окремому пологовому центрі	Для пошуку клініки, яка відповідає критеріям, у штаті Ohio телефонуйте до відділу обслуговування клієнтів.
Гінекологічні послуги (OBGYN)	Покриваються
Медичне обслуговування на дому	Покривається. Може потребувати отримання попереднього дозволу.
Послуги госпісу	¹ Для проживання та харчування потрібен попередній дозвіл.
Амбулаторні лікарняні послуги	¹ Для покриття вибіркового послуг потрібен попередній дозвіл.

Таблиця послуг, що надаються за програмою Medicaid

Послуга	Страхове покриття
Ведення вагітності: медичне обслуговування протягом вагітності та після народження дитини, зокрема послуги ведення вагітності високого ризику	Покривається
Послуги лікувального харчування (Medical nutrition therapy, MNT)	Покриваються
Витратні матеріали медичного призначення	Покриваються. Можуть потребувати отримання попереднього дозволу.
Послуги закладу сестринського догляду	План покриватиме перебування учасників в закладі, доки Департамент програми Medicaid в штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid) не вирішить, що учасник повернеться до участі в програмі Medicaid з оплатою послуг за фактом (fee-for-service). Якщо учасник потребуватиме перебування в закладі сестринського догляду, йому потрібно буде зателефонувати до плану, щоб дізнатися про доступних постачальників послуг.
Амбулаторні лікарняні послуги	Покриваються

Таблиця послуг, що надаються за програмою Medicaid

Послуга	Страхове покриття
Фармацевтичні послуги: препарати, які вводяться постачальником послуг (усі інші фармацевтичні послуги покриваються Єдиним керуючим фармацевтичними пільгами у штаті Ohio [Ohio Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM], з яким Департамент програми Medicaid у штаті Ohio [ODM] уклав договір)	Покриваються
Фізіотерапія та ерготерапія	Покриваються
Медичні огляди, необхідні для працевлаштування або для участі програмах професійного навчання	Покриваються за умови, якщо медичний огляд не проводиться безоплатно іншим джерелом.
Послуги лікаря	Покриваються
Подіатричні послуги (догляд за стопами)	Покриваються в мережі: деякі процедури можуть потребувати отримання попереднього дозволу. Для прийомів попередній дозвіл не потрібен. Постачальники первинних медичних послуг високої кваліфікації (Gold Star PCPs): попередній дозвіл не потрібен.

Таблиця послуг, що надаються за програмою Medicaid

Послуга	Страхове покриття
Мамографія, скринінги на виявлення раку молочної залози та раку шийки матки (з метою профілактики)	Покриваються
Послуги постачальника первинних медичних послуг	Покриваються
Послуги приватних медсестер	Покриваються
Радіологія (МРТ, КТ та ядерна медицина)	Покривається. Може потребувати отримання попереднього дозволу.
Діаліз (послуги, що надаються за наявності захворювань нирок)	Покривається

Таблиця послуг, що надаються за програмою Medicaid

Послуга	Страхове покриття
Послуги тимчасового догляду	Покриваються Критерії відповідності для покриття пільги на послуги тимчасового догляду Департамент програми Medicaid в штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid) визначив правила щодо надання цієї пільги: • особа проживає в будинку або квартирі з основним опікуном, який не отримує офіційної зарплатні за здійснюваний догляд; особа не проживає в прийомній родині; • особа співпрацює зі спеціалістом з управління обслуговуванням; • особа потребує надання послуг кваліфікованого спеціаліста принаймні раз на тиждень; • особа отримує послуги догляду на дому в обсязі не менш ніж 14 годин на тиждень протягом принаймні 6 місяців поспіль, що безпосередньо передували даті надання послуг тимчасового догляду; • послуги надаються учасникам віком до 21 року з потребами у довгостроковому догляді (LTC) або потребами в галузі психічного здоров'я (BH). • Учасникам віком 21 рік та старше послуги не покриваються.

Таблиця послуг, що надаються за програмою Medicaid

Послуга	Страхове покриття
Послуги тимчасового догляду (продовження)	Критерії відповідності для отримання пільги на послуги тимчасового догляду Департамент програми Medicaid в штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid) визначив правила щодо надання цієї пільги: • особа отримує медичні послуги на дому в обсязі не менш ніж 14 годин на тиждень протягом принаймні ДВОХ місяців поспіль, що безпосередньо передували даті надання послуг тимчасового догляду; • основний доглядач потребує короткострокового відпочинку від догляду за учасником внаслідок довгострокового надання послуг підтримки на дому (LTSS) чи задоволення потреб щодо охорони психічного здоров'я або для того, щоб запобігти розміщенню в інституційному закладі або іншому місці за межами дому; • особа має діагноз серйозного емоційного розладу, що призводить до порушення функціонування; • особа не виявляє ознак або дій, які вказують на неминучий ризик нанесення шкоди собі або іншим.
Обстеження та консультування з питань ожиріння	Покриваються
Послуги для дітей з вадами здоров'я (Розділ V)	Покриваються
Щеплення (вакцинація)	Покривається
Послуги спеціалістів	У більшості випадків покриваються в мережі
Послуги з відновлення мовлення та слуху, зокрема покриття слухових апаратів	Покриваються

Таблиця послуг, що надаються за програмою Medicaid

Послуга	Страхове покриття
Послуги телемедицини	Покриваються. Учасники програми Medicaid можуть використовувати послуги телемедицини для звернення до медичних спеціалістів та спеціалістів з охорони психічного здоров'я щодо багатьох захворювань та травм, поширених медичних станів, для відвідання прийомів з метою здійснення подальшого контролю за станом здоров'я та скринінгів, а також отримання рецептів на ліки.
Послуги допомоги у відмові від тютюнопаління	Передбачає консультування з питань відмови від тютюнопаління та покриття ліків для відмови від тютюнопаління, схвалені Управлінням з продовольства та медикаментів (FDA). Гаряча лінія допомоги у відмові від тютюнопаління Телефонуйте на номер 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669), щоб поговорити зі спеціалістом щодо допомоги у відмові від тютюнопаління.
Офтальмологічні послуги, зокрема покриття окулярів	Покриваються. Всі учасники можуть проходити офтальмологічне обстеження раз на 12 місяців. Учасникам також надається змога обирати окуляри, отримуючи виплату в розмірі \$25 на придбання оправ у роздрібного продавця, або виплату в розмірі \$150 на придбання у роздрібного продавця будь-яких видів контактних лінз (використовується одноразово) раз на 12 місяців.
Профілактичні огляди (за програмою Healthchek) для дітей віком до 21 року	Покриваються. Програма також покриває медичні, офтальмологічні, стоматологічні огляди, обстеження у спеціалістів з психічного здоров'я та розвитку, щеплення (вакцинацію), інформаційні матеріали, лабораторні аналізи на додаток до інших обстежень для лікування проблем фізичного, психічного або іншого характеру, виявлених під час таких обстежень.
Щорічна диспансеризація для повнолітніх	Покривається

Таблиця послуг, що надаються за програмою Medicaid

Для деяких послуг передбачено отримання попереднього дозволу. Для цього ваш лікар повинен зателефонувати до відділу з управління ефективністю використання ресурсів плану UnitedHealthcare Community Plan на номер 1-800-366-7304.

Послуги транспортування

Якщо для отримання медичних послуг, які покриваються, ви маєте проїхати від вашого дому до місця їхнього надання 30 миль або більше, план UnitedHealthcare Community Plan надасть послуги з транспортування до офісу постачальника послуг і назад. План UnitedHealthcare Community Plan також покриває необхідні послуги транспортування каретою швидкої допомоги або мікроавтобусом для перевезення інвалідного крісла незалежно від відстані поїздки. Якщо ви хочете забронювати поїздку або потребуєте допомоги, телефонуйте до відділу обслуговування учасників UnitedHealthcare на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**) не пізніше ніж за 48 годин до здійснення поїздки (крім випадків, коли транспортування здійснюється після виписки з лікарні). Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 а.м. до 7:00 р.м. Крім того, план UnitedHealthcare Community Plan надає послуги транспортування для термінового відвідання прийомів у той самий або на наступний день.

Окрім допомоги із транспортуванням, яку надає план UnitedHealthcare Community Plan, ви можете користуватися певними послугами за програмою здійснення неекстрених перевезень (Non-Emergency Transportation, NET) місцевого представництва Департаменту праці й соціальних послуг у вашому окрузі. Якщо у вас є запитання або ви хочете скористатися допомогою за програмою здійснення неекстрених перевезень (NET), зателефонуйте до місцевого представництва Департаменту праці й соціальних послуг.

Додаткові пільги від UnitedHealthcare

Додаткові пільги

План UnitedHealthcare Community Plan також пропонує своїм учасникам наведені нижче додаткові послуги та/або пільги.

Програми для підтримки гарного самопочуття

План UnitedHealthcare Community Plan надає доступ до багатьох програм та інструментів, які допоможуть вам та членам вашої родини підтримувати гарне самопочуття, зокрема:

- до семінарів, призначених допомогти вам кинути палити;
- до семінарів з догляду під час вагітності та батьківства;
- до семінарів з харчування;
- до інструменту для нагадування про необхідність відвідати профілактичні прийоми.

Ваш постачальник послуг може порекомендувати вам одну з цих програм. Якщо ви бажаєте дізнатися більш детальну інформацію або знайти програму поблизу, зверніться до свого PCP або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Корисні інструменти для піклування про здоров'я

- Вебсайт myuhc.com/CommunityPlan може полегшити учасникам процес контролю за своїм здоров'ям. За допомогою вебсайту можна зберігати медичну інформацію. Матеріали вебсайту навчають співпрацювати зі своїм лікарем. За його допомогою також можна відслідковувати майбутні прийоми.
- **Findhelp.org** — онлайн-програма. За допомогою цієї програми учасники можуть шукати послуги, які можна отримати поблизу місця їхнього проживання. Знаходьте програми допомоги з харчуванням, допомоги з оплатою рахунків за комунальні послуги та інші програми отримання послуг безоплатно/за зниженою ціною поблизу, використовуючи ваш поштовий індекс.
- Як учасник або опікун учасника UnitedHealthcare, ви можете відповідати критеріям для участі у програмі **Pulsewrx's Wireless Lifeline Service**. Учасники, які відповідають критеріям для участі у програмі, безоплатно отримують мобільний телефон та тарифний план Інтернету. Перейдіть на вебсторінку <https://www.mybenefitphone.com>, щоб зареєструватися для участі або дізнатися про програму докладніше. Отримуйте безоплатну підтримку з питань здоров'я за допомогою мобільного телефону.

Додаткові пільги від UnitedHealthcare

Програма Live and Work Well Ви маєте страхове покриття

Важливо знати, куди, за потреби, можна звернутися по допомогу. Ми завжди готові прийти на допомогу нашим учасникам. Відвідайте вебсторінку [Liveandworkwell.com](https://liveandworkwell.com) для відвертого спілкування щодо психічного здоров'я.

Програма Healthy First Steps™

Наша програма Healthy First Steps допомагає забезпечити надання належної медичної уваги як до матері, так і до малюка. Отримайте чудові винагороди (загальна кількість складає 8 винагород), зокрема подарункову картку номінальною вартістю \$20.00 за реєстрацію в програмі. Зареєструйтесь у нашій програмі винагород для матерів. У межах програми ви отримуватимете послуги в період до пологів, під час пологів, після народження дитини, а також отримаєте корисні для вас та вашої дитини поради.

Ми допоможемо:

- отримати корисні поради щодо харчування, занять спортом та безпеки;
- отримати витратні матеріали, зокрема молоковідсмоктувачі для мам, що годують грудьми;
- вибрати лікаря або сестру-акушерку;
- записатися на прийоми та обстеження;
- організувати транспортування на прийоми до лікаря;
- отримати доступ до громадських ресурсів, як-от до програми для жінок, немовлят та дітей (Women, Infants, and Children, WIC);
- отримувати медичне обслуговування після народження дитини;
- вибрати педіатра (дитячого лікаря);
- отримати інформаційні матеріали щодо планування сім'ї.

Телефонуйте нам на номер **1-800-599-5985** (лінія ТТУ: **711**). Дзвінки безкоштовні. Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 8:00 а.м. до 5:00 р.м. за північноамериканським східним часом (EST).

Важливо розпочати ведення вагітності на ранньому терміні. Обов'язково відвідайте всі прийоми у вашого лікаря, навіть якщо це ваша не перша дитина.

Програма Wellhop

<https://momandbaby.wellhop.com>

Спільнота матерів, що об'єднує мам та немовлят.

Стоматологічні послуги

- Надання стоматологічних послуг без доплат.
- Один додатковий огляд на рік для осіб віком 21 рік або старше.

За більш детальною інформацією звертайтеся до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Офтальмологічні послуги

- Перевірка стану зору раз на рік.
- Виплата в розмірі \$150.00 на рік для підбору та придбання контактних лінз.

За більш детальною інформацією звертайтеся до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Послуги транспортування

Окрім послуг транспортування, план UnitedHealthcare Community Plan пропонує додаткові послуги, що стосуються транспортування:

- Необмежена кількість поїздок для осіб під час вагітності, перед пологами, після пологів, для прийомів в рамках програми WIC та відвідання відділення інтенсивної терапії новонароджених (NICU) та профілактичних оглядів для дітей віком до 1 року.
- Доступна опція відшкодування коштів за пробіг, пройдений транспортним засобом, щоб дістатися на прийом до постачальника послуг.
- Послуги транспортування для доступу до ресурсів із забезпечення продуктами харчування (продуктового банку, пункту видачі їжі, продуктового магазину із опцією забору продуктів у вікні видачі). (Такі поїздки покриваються в кількості до 15 поїздок до пункту призначення й назад або до 30 поїздок в один кінець.)
- Додатково покриваються поїздки в необмеженій кількості для отримання критично необхідного медичного обслуговування, зокрема послуг діалізу, хіміо- або променевої терапії, під час вагітності або лікування зловживання психоактивними речовинами. (Такі поїздки не враховуються до ліміту в 15 поїздок до пункту призначення й назад або 30 поїздок в один кінець.)

За більш детальною інформацією звертайтеся до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Програма пошуку житла Housing navigator

Надає підтримку шляхом здійснення оцінки потреб щодо житла та побажань учасників, що мають нестабільну ситуацію з місцем проживання, підбору варіантів житла, які відповідають вимогам, та надання допомоги із поданням заявки на отримання житла.

Додаткові пільги від UnitedHealthcare

За більш детальною інформацією звертайтеся до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Доставка обідів

- Доставка обідів для вагітних мам протягом 14 днів після виписки з лікарні.

За більш детальною інформацією звертайтеся до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Програма On My Way

<http://www.uhcOMW.com>

Ресурс для учасників, який допоможе перейти до самостійного життя.

Телемедицина

Послуги телемедицини надаються безпосередньо за допомогою аудіо- та/або відеозв'язку. Замість того, щоб їхати на прийом в офіс лікаря, ви залишаєтесь вдома або в офісі та, використовуючи смартфон, планшет чи комп'ютер, обговорюєте ваші питання з фахівцями з медицини або психології. Послуги телемедицини надаються безоплатно, позбавляючи вас стресу через потребу у користуванні транспортними послугами.

Ви можете використовувати послуги телемедицини для звернення до медичних спеціалістів та спеціалістів з охорони психічного здоров'я щодо багатьох захворювань та травм, поширених медичних станів, для відвідання прийомів з метою здійснення подальшого контролю за станом здоров'я та скринінгів, а також отримання рецептів на ліки.

Дізнайтеся у своїх постачальників медичних послуг, чи надають вони послуги телемедицини.

За більш детальною інформацією звертайтеся до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Застосунок UnitedHealthcare®

План UnitedHealthcare Community Plan має новий застосунок для учасників, який називається UnitedHealthcare®. Цей застосунок доступний для використання на планшетах та смартфонах, що функціонують на операційних системах Apple® та Android®. Із застосунком UnitedHealthcare значно простіше:

- Знайти лікаря, пункт надання екстреної медичної допомоги (ER) або центр надання невідкладної допомоги поблизу;
- ознайомитись із посібником учасника;
- переглянути свою ідентифікаційну картку;
- дізнатися про доступні вам пільги;
- зв'язатися з представниками відділу обслуговування учасників.

Завантажте безкоштовний застосунок UnitedHealthcare вже сьогодні. Використовуйте його, щоб мати доступ до вашого плану медичного страхування будь-коли та будь-де.

Винагороди за піклування про здоров'я

Один швидкий профілактичний огляд може попередити довготривале лікування, а також вартувати чудової винагороди. Знайти інформацію про програму винагород, які доступні за виконання певних цілей щодо здоров'я, можна на вебсайті www.uhccommunityplan.com/oh в розділі «Винагороди за піклування про здоров'я».

Отримайте чудові подарунки для вас або вашої дитини за виконання наступних дій:

- відвідання профілактичних дитячих оглядів,
- здачу аналізів,
- отримання профілактичних послуг та проведення скринінгів;
- щеплення.

Програма Dr. Health E. Hound®

Ми пишаємося нашим талісманом — лікарем Dr. Health E. Hound. Мета лікаря Dr. Health E. Hound полягає в тому, аби у цікавий спосіб навчити ваших дітей піклуватися про своє здоров'я та підтримувати гарну фізичну форму. Лікар Dr. Health E. Hound полюбить подорожувати штатом та знайомитись з дітьми різного віку. Йому подобається роздавати листівки, плакати, наліпки та книжки з кольоровими ілюстраціями, які нагадуватимуть дітям харчуватися корисною їжею та займатися спортом. Він також пояснює, як важливо для здоров'я відвідувати лікаря для проведення обстежень та щеплень.

Ви та члени вашої родини можуть особисто познайомитись з лікарем Dr. Health E. Hound під час одного із заходів, які проводить наш план медичного страхування. Ми заохочуємо вас відвідати такий захід, щоб докладніше дізнатися про важливість здорового харчування та занять спортом. Захопіть із собою фотокамеру, аби під час заходу зробити ваше спільне фото з Dr. Health E. Hound.

Інші подробиці про план

Інші подробиці про план

Пошук постачальника послуг, який входить до мережі плану

Ми спростили процес пошуку постачальника послуг, який входить до мережі плану. Для того, щоб знайти постачальника послуг з мережі плану, який приймає поблизу:

відвідайте вебсторінку myuhc.com/CommunityPlan, щоб ознайомитись з найактуальнішою інформацією. Клацніть «Знайти постачальника» (Find a Provider).

Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Ми можемо знайти для вас постачальників послуг, які входять до мережі плану. Або, якщо ви бажаєте, надіслати вам довідник постачальників послуг поштою.

Довідник постачальників послуг

Ми випустили довідник постачальників послуг, які надають послуги у вашому районі. Довідник містить перелік адрес та номерів телефонів постачальників, які входять до нашої мережі.

Інформація щодо постачальників послуг часто змінюється. На нашому вебсайті за адресою myuhc.com/CommunityPlan викладено найактуальніший перелік постачальників послуг. Ви можете переглянути або роздрукувати примірник постачальників послуг, який викладено на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan, або клацнути пункт «Знайти постачальника» (Find a Provider), щоб скористатися інструментом пошуку по нашому довіднику.

Переглянути найактуальнішу редакцію довідника постачальників послуг можна на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan або у застосунку UnitedHealthcare. Якщо ви бажаєте отримати друкований примірник нашого довідника, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**), і ми надішлемо вам його поштою.

Ми дуже цінуємо вашу участь у плані United Healthcare Community Plan і дякуємо за ваш вибір. Якщо вам потрібні послуги офтальмолога або стоматолога, ви можете ознайомитись із переліком постачальників за наступними адресами:

постачальники офтальмологічних послуг: <https://www.marchvisioncare.com/>,

постачальники стоматологічних послуг: myuhc.com.

Інші подробиці про план

Також для пошуку постачальників офтальмологічних або стоматологічних послуг ви можете зателефонувати на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**) або відвідати вебсайт myuhc.com.

Якщо ви отримали рахунок за надані послуги

Лікарні та лікарі не можуть виставляти рахунки за послуги, що покриваються. Якщо ви отримали рахунок, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Представник відділу з'ясує, чи потрібно вам оплачувати рахунок чи рахунок слід надіслати нам на адресу:

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

Збережіть у себе копію рахунку. Ми переглянемо ці рахунки і пересвідчимося, що відповідні послуги покриваються. Якщо послуги покриваються, ми негайно здійснимо оплату постачальнику медичних послуг. Якщо у вас є запитання, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Постачальники послуг спершу виставлятимуть рахунки вашій основній страховій компанії. Після того, як ваша основна страховка покриє дозволену суму, постачальник послуг виставить рахунок плану UnitedHealthcare Community Plan. План UnitedHealthcare Community Plan сплатить постачальнику послуг, узгоджену в рамках договору з цим постачальником послуг.

Попереднє розпорядження щодо медичного обслуговування

Попереднє розпорядження щодо медичного обслуговування являє собою низку заходів, які мають бути вжиті відповідно до вашого бажання, коли ви більше не зможете приймати рішень щодо вашого медичного обслуговування. Воно містить інформацію, які медичні послуги ви бажаєте або не бажаєте отримувати. Вам слід обговорити ваші побажання з вашим лікарем, членами родини та друзями. Ці заходи жодним чином не вплинуть на ваші медичні пільги. Прикладами попереднього розпорядження щодо медичного обслуговування є наступні документи.

Медичний заповіт

Медичний заповіт містить інформацію для вашого лікаря про те, які види життєзабезпечення застосовувати відповідно до ваших побажань.

90 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Довіреність на прийняття рішень щодо медичного обслуговування

У цьому документі ви зазначаєте ім'я особи, яка від вашого імені може приймати рішення щодо охорони вашого здоров'я. Цей документ застосовується лише в разі, якщо ви не маєте змоги прийняти рішення особисто.

Декларація щодо відновлення психічного здоров'я

Основну увагу у декларації щодо відновлення психічного здоров'я приділяється охороні психічного здоров'я. Це дозволяє особі, коли вона має таку здатність, призначити довірену особу для прийняття рішень від її імені, якщо ця особа буде не в змозі приймати рішення самостійно. Окрім того, декларація може містити перелік певних побажань щодо лікування. Особа може зазначити побажання щодо ліків та методів лікування, а також щодо госпіталізації/перебування в закладі.

Декларація щодо відновлення психічного здоров'я замінює собою довіреність на прийняття рішень щодо медичного обслуговування у сфері охорони психічного здоров'я, проте не замінює медичний заповіт.

Ви можете попросити вашого лікаря надати вам більш докладну інформацію про попереднє розпорядження щодо медичного обслуговування. Бланки форм також можна знайти на вебсайті [Familydoctor.org](https://familydoctor.org).

Які форми документа можуть застосовуватись в рамках плану?

Згідно із законодавством штату Ohio можуть застосовуватись чотири різні форми попереднього розпорядження щодо медичного обслуговування. Ви можете використовувати медичний заповіт, декларацію щодо відновлення психічного здоров'я, довіреність на прийняття рішень щодо медичного обслуговування та заяву «Не реанімувати» про припинення реанімаційних заходів (Do Not Resuscitate Order, DNR). Попереднє розпорядження щодо медичного обслуговування заповнюється, коли ви можете самостійно приймати рішення. Завдяки попередньому розпорядженню щодо медичного обслуговування ваш лікар та інші особи знатимуть про ваші побажання щодо медичного обслуговування.

Заява «Не реанімувати»

Нормативно-правове законодавство штату дозволяє використовувати протокол про порядок надання або заборону на надання медичної допомоги/заяву «Не реанімувати» (DNR Comfort Care and Comfort Care Arrest), розроблений Департаментом охорони здоров'я штату Ohio (Ohio Department of Health). Заява «Не реанімувати» (DNR) є керівною настановою лікарю, або, за певних обставин, сертифікованій практикуючій медсестрі чи клінічній медсестрі певної спеціалізації, яка містить ідентифікуючу інформацію та зазначає, що серцево-легенева реанімація (CPR) не повинна застосовуватись для ідентифікованої особи. Серцево-легенева реанімація (CPR) або складова серцево-легеневої реанімації не передбачає очищення дихальних шляхів людини з іншою метою, окрім як в якості складової CPR.

Інші подробиці про план

Протокол про порядок надання або заборону на надання медичної допомоги/заява «Не реанімувати» (DNR Comfort Care and Comfort Care Arrest) містить перелік конкретних заходів, які парамедики, екстрені медичні техніки або медсестри застосовуватимуть у відповідній протоколу ситуації. Цей протокол також містить перелік конкретних заходів, які не застосовуватимуться.

Вам слід обговорити порядок надання або заборону на надання медичної допомоги/DNR (DNR Comfort Care and Comfort Care Arrest) та доступні варіанти протоколу з вашим лікарем.

Шахрайські дії та зловживання

Будь-яка особа може повідомити про потенційні шахрайські дії та зловживання. Якщо вам стало відомо про шахрайські дії або зловживання, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**) та повідомте про це. Приклади шахрайських дій та зловживання:

- одночасне отримання страхових пільг у штаті Ohio та в іншому штаті;
- внесення змін або підробка рецептів;
- отримання пільг на медичне обслуговування особою, яка не відповідає вимогам;
- надання ідентифікаційної картки учасника плану UnitedHealthcare Community Plan для використання іншою особою;
- використання пільг за програмою Medicaid у більшому обсязі або надмірне їх використання;
- виставлення рахунків вам або UnitedHealthcare лікарями або лікарнями за послуги, яких ви не отримували;
- виставлення декількох рахунків UnitedHealthcare лікарями або лікарнями за послугу, яку вам надавали лише раз;
- подання лікарями сфальсифікованої документації до UnitedHealthcare, аби ви мали змогу отримати послуги, що надаються лише за наявності медичної потреби.

Ви також можете надіслати листа до Департаменту страхування штату Ohio (ODI) на адресу:

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

Гаряча лінія для повідомлення про шахрайські дії та зловживання

Ви також можете повідомити про підозри щодо шахрайських дій та зловживання плану UnitedHealthcare Community Plan за телефоном 1-877-766-3844 (дзвінки безкоштовні) або залишивши повідомлення із детальним описом. Система влаштована таким чином, що вам не потрібно зазначати свого імені.

Пам'ятайте! Ніколи не надавайте вашу ідентифікаційну картку учасника для використання іншим особам.

92 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Повідомлення про інциденти

Розслідування інцидентів та звітування

UnitedHealthcare та штат Ohio зобов'язані проводити заходи з розслідування інцидентів з метою гарантувати, що ви перебуваєте в безпеці та вам нічого не загрожує. Ці заходи передбачають:

- вжиття негайних заходів для забезпечення вашого здоров'я та благополуччя та, за потреби, надання медичної допомоги;
- розгляд інцидентів для забезпечення вашого здоров'я та безпеки і запобігання інцидентам у майбутньому;
- пошук патернів з метою визначити, чи буде корисним проведення заходів санітарної освіти для вас або ваших постачальників послуг у певній галузі;
- інформування постачальників щодо того, як забезпечити для вас безпечні умови та не завдати вам шкоди;
- інформування вас щодо результатів проведеного розслідування критичної інциденту та потенційна розробка плану заходів для запобігання повторенню інциденту у майбутньому.

Що являють собою інциденти?

Інцидент являє собою подію, яка ймовірно може трапитися, щодо якої існують підозри, що вона трапиться, або яка фактично трапилася, та яка не відповідає звичному характеру вашого обслуговування та/або надання послуг. Критичними інцидентами є:

- жорстоке поводження: понівечення, позбавлення волі, контроль, залякування або покарання особи, що призвело до фізичної шкоди, болю, страху або душевних страждань. Під поняття жорстокого поводження підпадають фізичне, емоційне, вербальне та/або сексуальне насильство, застосування обмежень, ізоляції або обмежувального втручання без дозволу особи;
- недбалість: ненадання лікування, медичного обслуговування, товарів або послуг, необхідних для підтримки вашого здоров'я та благополуччя, зокрема нехтування собою, за обставин, коли особа зобов'язана забезпечити їхнє надання;
- експлуатація: незаконні або неналежні дії з використання учасника або ресурсів учасника із застосуванням маніпуляцій, залякування, погроз, обману чи примусу для отримання грошової чи особистої вигоди або переваги;
- незаконне привласнення: позбавлення, шахрайство або отримання коштів, нерухомого чи особистого майна, що вам належать (зокрема рецептурних ліків) іншим способом, що забороняється законом та може вплинути на ваше здоров'я й благополуччя.
- неприродна або випадкова смерть;
- спроба самоушкодження або самогубства, зокрема фізична спроба особи завдати собі шкоди, яка призвела до звернення для пункту надання екстреної медичної допомоги, потреби в спостереженні за особою у стаціонарі або госпіталізації.

Інші подробиці про план

Якщо ви маєте запитання, телефонуйте до UnitedHealthcare на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 а.м. до 7:00 р.м. Дзвінки безкоштовні. Для отримання додаткової інформації відвідайте вебсторінку myuhc.com/communityplan.

Що робити, якщо якась із цих подій трапилася?

Як повідомити про інцидент: вам, вашому уповноваженому представнику або законному опікуну потрібно повідомити про інцидент вашому спеціалісту з управління обслуговуванням або до відділу обслуговування учасників UnitedHealthcare.

Якщо інцидент носить серйозний характер, і ви вважаєте, що вашому здоров'ю та благополуччю щось загрожує, ви маєте також повідомити про інцидент відповідні органи. Якщо ви не певні щодо того, куди потрібно звертатися, запитайте свого менеджера з управління обслуговуванням або представника відділу обслуговування учасників UnitedHealthcare. Вибір органів, до яких потрібно звернутися для повідомлення про інцидент, залежатиме від характеру інциденту.

Прикладами серйозних інцидентів, з-поміж іншого, є наступні ситуації.

Екстрена медична ситуація: Якщо у вас сталася екстрена медична ситуація, зателефонуйте вашому лікарю або на номер **911**. Про ситуації, які викликають у вас занепокоєння, слід повідомляти вашого спеціаліста з управління обслуговуванням або відділ обслуговування учасників UnitedHealthcare. Краще заздалегідь висловити занепокоєння, ніж чекати, поки станеться екстрена медична ситуація.

Жорстоке поводження, недбалість або експлуатація щодо осіб віком старше 60 років: Якщо інцидент пов'язаний із жорстоким поводженням, експлуатацією або недбалістю на адресу осіб віком 60 років або старше, зв'яжіться зі Службою у справах захисту осіб похилого віку (Adult Protective Services, APS) в окрузі, де проживає особа, або в якому трапився інцидент. У неробочі години зверніться до місцевих правоохоронних органів. Щоб переглянути номери телефону Служби справах захисту осіб похилого віку (APS) у вашому районі, клацніть посилання або відвідайте вебсторінку https://jfs.ohio.gov/county/County_Directory.pdf.

Служба захисту дітей: Якщо інцидент пов'язаний із жорстоким поводженням, експлуатацією або недбалістю на адресу дитини, зв'яжіться зі Службою захисту дітей (Child Protective Services) в окрузі, де проживає особа, або в якому трапився інцидент. У неробочі години зверніться до місцевих правоохоронних органів. Щоб переглянути номери телефону Служби захисту дітей (CPS) у вашому районі, клацніть посилання або відвідайте вебсторінку jfs.ohio.gov/county/County_Directory.pdf

Злочинна діяльність: Якщо інцидент, на вашу думку, може бути пов'язаним із злочинною діяльністю, зверніться до місцевих правоохоронних органів.

Шахрайські дії, пов'язані з програмою Medicaid: Якщо ви підозрюєте, що трапився інцидент, пов'язаний із шахрайськими діями в рамках програми Medicaid, зверніться до представництва Генерального прокурора в штаті Ohio (Ohio Attorney General). Для цього клацніть посилання чи відвідайте вебсторінку <http://www.ohioattorneygeneral.gov/About-AG/Contact>.

Законний опікун: Якщо в інциденті бере участь законний опікун, зверніться до місцевого представництва суду з питань спадкових прав. Щоб знайти представництво суду з питань спадкових прав у вашому районі, клацніть посилання або відвідайте вебсайт <https://www.supremecourt.ohio.gov/courts/judicial-system/ohio-trial-courts/>.

Агенції з питань захисту інтересів

Організації, які можуть надавати освітні матеріали та захищати ваші інтереси.

Зауваження щодо роботи UnitedHealthcare: Якщо ви маєте зауваження щодо роботи UnitedHealthcare, зв'яжіться з вашим спеціалістом з управління обслуговуванням або відділом обслуговування учасників UnitedHealthcare. Якщо ви вважаєте, що UnitedHealthcare не врегулював ваші зауваження належним чином, ви можете звернутися по допомогу до Департаменту програми Medicaid у штаті Ohio (ODM), зателефонувавши на гарячу лінію підтримки клієнтів програми Medicaid. Клацніть посилання чи відвідайте вебсторінку <http://www.ohiomh.com/> або зателефонуйте на номер 800-324-8680.

Програма Омбудсмена: Омбудсмен штату Ohio висловлює потреби та занепокоєння учасників плану щодо послуг довгострокового догляду закладам сестринського догляду, агенціям з надання послуг догляду на дому та іншим постачальникам послуг. Представники програми співпрацюватимуть з постачальниками послуг довгострокового догляду з мережі UnitedHealthcare та вами, членами вашої родини та іншими представниками з метою вирішити проблеми та усунути нарікання щодо якості послуг, які ви отримуєте. Регіональні програми Омбудсмена з питань довгострокового догляду допомагають захистити осіб. Щоб отримати допомогу, телефонуйте до представництва в штаті на номер 1-800-282-1206 або надішліть електронного листа на адресу OhioOmbudsman@age.ohio.gov.

Асоціація центрів незалежного проживання (Centers for Independent Living, CIL) в штаті Ohio: Центри незалежного проживання (CIL) допомагають забезпечити для осіб з інвалідністю доступ до спільнот, де вони можуть проживати, а також можливості приймати рішення, які впливають на їхнє життя, маючи можливість здійснювати діяльність за власним вибором. Щоб дізнатися докладніше, клацніть посилання або відвідайте вебсайт <http://www.ohiosilc.org/>.

Юридична допомога: Жителі штату Ohio з низьким доходом можуть отримати юридичну допомогу для захисту та дотримання їхніх прав. Телефонуйте на номер 866-LAW-OHIO.

Інші подробиці про план

Служба у справах захисту прав осіб з інвалідністю в штаті Ohio (Disability Rights Ohio):

Представляє інтереси осіб з інвалідністю у штаті Ohio у справах захисту особистих, громадянських та законних прав. Щоб дізнатися докладніше, клацніть посилання або відвідайте вебсайт <http://www.disabilityrightsohio.org/> або зателефонуйте на номери 614-466-7264 або 800-282-9181.

Підтвердження отримання посібника учасника UnitedHealthcare

Я отримав(-ла) примірник посібника учасника UnitedHealthcare Він містить інформацію про мої права та інструменти захисту, а також про те, як повідомляти про ймовірні інциденти.

Підпис учасника: _____ (або підпис уповноваженого представника)

Дата: _____

Якщо ви маєте запитання, телефонуйте до UnitedHealthcare на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Графік роботи: з понеділка по п'ятницю з 7:00 а.м. до 7:00 р.м. Дзвінки безкоштовні. Для отримання додаткової інформації відвідайте вебсторінку myuhc.com/communityplan.

Ваша думка важлива

Маєте ідеї щодо того, як покращити план UnitedHealthcare Community Plan? Ви можете поділитися своєю думкою. Для цього:

- зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**);
- надішліть листа на адресу:
UnitedHealthcare Community Plan
5600 Parkwood Place
Dublin, OH 43016

Консультативна рада учасників

Консультативна рада учасників UnitedHealthcare забезпечує активне залучення клієнтів, членів їхніх родин, груп із питань захисту споживачів та інших ключових зацікавлених сторін до співпраці над розробкою комплексної програми обслуговування та надання послуг.

Хто може брати участь?

- Учасники плану UnitedHealthcare Community Plan,
- члени родин та опікуни учасників плану UnitedHealthcare Community Plan,
- представники громадських організацій та груп з питань захисту прав споживачів.

96 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Учасники мають змогу:

- надавати зворотній зв'язок та ділитися ідеями щодо покращення роботи команди UnitedHealthcare;
- брати участь у щомісячному зібранні у форматі конференц-дзвінку з керівництвом UnitedHealthcare для обговорення питань щодо охорони здоров'я та забезпечення благополуччя учасників;
- відвідувати щорічні регіональні зібрання;
- реєструватися для участі у безоплатних семінарах з питань захисту інтересів.

Щоб дізнатися більше про консультативну раду:

зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Консультативно-дорадчий комітет у справах учасників

У межах плану також функціонує Консультативно-дорадчий комітет у справах учасників, який збирається кожні 3 (три) місяці. Якщо ви бажаєте доєднатися, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників.

Управління ефективністю використання ресурсів

План UnitedHealthcare Community Plan не бажає, аби ви отримували замало медичного обслуговування або послуги, яких не дуже потребуєте. Ми також прагнемо бути певними, що обслуговування, яке ви отримуєте, покривається медичними пільгами. Ми застосовуємо процес управління ефективністю використання ресурсів (utilization management, UM), аби забезпечити умови, за яких ви отримуватимете належне медичне обслуговування в потрібний час та в потрібному місці.

Деякі види лікування та процедури також підлягають нашому розгляду, перш ніж ви зможете отримати їх. Вашим постачальникам послуг відомо про це, і вони повідомляють нам, коли потрібно провести перевірку. Процес перевірки, яку ми здійснюємо, називається «оглядом ефективності використання ресурсів». Ми жодним чином не заохочуємо постачальників послуг, якщо вони повідомляють про відсутність потреби в отриманні медичного обслуговування. Якщо ви маєте запитання щодо процесу управління ефективністю використання ресурсів (UM), ви можете обговорити їх з представниками відділу управління обслуговуванням програми Medicaid. Графік роботи наших медсестер: з понеділка по п'ятницю з 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Телефон: 1-800-504-9669 (лінія ТТУ: 711). Надаються послуги мовної підтримки.

Програма забезпечення якості

Наша програма забезпечення якості допомагає вам підтримувати гарне самопочуття, співпрацюючи з вашим лікарем. Програма підвищення якості послуг нагадує про необхідність відвідувати профілактичні обстеження та робити щеплення. Ми надсилатимемо вам та вашим постачальникам послуг нагадування про необхідність здати аналізи на наявність свинцю в організмі, тест Папаніколау, зробити мамографію та щеплення для попередження захворювань, як-от поліомієліту, паротиту, кіру та вітряної віспи.

План UnitedHealthcare Community Plan керується стандартами HEDIS® для оцінки результатів провадження нашої програми забезпечення якості. HEDIS являє собою набір стандартних показників ефективності та балів, за допомогою яких люди можуть порівнювати між собою ефективність діяльності планів керованого медичного обслуговування. Дослідження на підставі використання показників HEDIS здійснюються у різних сферах, як-от ведення вагітності та програми профілактики захворювань.

План UnitedHealthcare Community Plan прагне, аби ви були задоволені послугами, які отримуєте від вашого лікаря та від нас. Для цього ми відстежуємо дані за показниками CAHPS®. Аббревіатура CAHPS розшифровується як Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems — «Споживча оцінка постачальників медичних послуг та систем». Це опитування має на меті визначити, якою мірою ви задоволені обслуговуванням, яке отримуєте. Якщо ви отримаєте поштою анкету для учасників, будь ласка, заповніть її та надішліть на зворотну адресу.

План UnitedHealthcare Community Plan відслідковує показники HEDIS та CAHPS. Після чого ми повідомляємо про результати наших постачальників послуг. Ми співпрацюємо з постачальниками послуг з метою переконатися, що послуги, які надаємо вам ми та постачальники, позитивно впливають на ваше медичне обслуговування.

Якщо ви бажаєте дізнатися про програму забезпечення якості докладніше, телефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Безпека та захист від дискримінації

Безпека пацієнтів має для нас надзвичайно важливе значення. Хоча ми не надаємо безпосереднього обслуговування, ми хочемо бути певними, що наші учасники отримують послуги в безпечних умовах. Ми відстежуємо проблеми, пов'язані з якістю обслуговування, розробляємо настанови для сприяння наданню безпечного обслуговування, надаємо учасникам інформаційні матеріали щодо безпеки пацієнтів та співпрацюємо з лікарнями, лікарями та іншими спеціалістами для забезпечення безперервності надання медичного обслуговування та координування між закладами охорони здоров'я. Якщо ви бажаєте дізнатися про забезпечення безпеки для пацієнтів докладніше або про те, де можна ознайомитись з інформацією щодо цього, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017**, лінія ТТУ: **711**.

98 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

Плану UnitedHealthcare Community Plan та його постачальникам послуг заборонено проявляти дискримінацію за ознакою віку, раси, етнічної приналежності, релігії, кольору шкіри, гендеру, гендерної ідентичності, сексуальної орієнтації, інвалідності, національного походження, статусу військовослужбовця, статусу ветерана, культурного походження, генетичної інформації, стану здоров'я або потреби у медичному обслуговуванні. Постачальники послуг для плану UnitedHealthcare Community Plan зобов'язані дотримуватись Закону про американців з інвалідністю (Americans with Disabilities Act) та не можуть проявляти дискримінацію за ознакою стану здоров'я або стану психічного здоров'я, потреби у медичному обслуговуванні або наявності захворювань. Якщо ви вважаєте, що зазнали дискримінації у будь-якій формі, будь ласка, негайно зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017**, (лінія ТТУ: **711**).

Клінічні настанови щодо ведення практики та нові технології

План UnitedHealthcare Community Plan надає постачальникам послуг з нашої мережі клінічні рекомендації, які містять інформацію про найкращі способи надання медичного обслуговування для лікування певних захворювань. Кожна клінічна настанова є прийнятим стандартом лікування в медичній професії, і це означає, що інші лікарі згодні з таким підходом. Ми хочемо, щоб ви почувалися краще, тому надаємо нашим постачальникам послуг інформацію, яка підтверджує доцільність використовуваних ними клінічних практик відповідно до визнаних на національному рівні стандартів обслуговування.

Якщо ви маєте запитання щодо клінічних настанов плану UnitedHealthcare Community Plan або бажаєте отримати друкований примірник клінічних настанов, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Ви також можете ознайомитись з клінічними настановами на нашому вебсайті за адресою myuhc.com/CommunityPlan.

Оцінка нових технологій

Ефективність деяких медичних практик та методів лікування ще не доведена. План UnitedHealthcare Community Plan розглядає нові практики, методи лікування, тести та технології на національному рівні, аби прийняти рішення щодо того, які нові медичні практики та методи для лікування яких захворювань можуть застосовуватись. Ця інформація розглядається комітетом плану UnitedHealthcare Community Plan, до якого входять лікарі, медсестри, фармацевти та запрошені експерти, у результаті чого приймається рішення щодо надання покриття. Якщо ви бажаєте дізнатися докладніше про процес прийняття нами рішень щодо застосування нових медичних практик та методів лікування, зателефонуйте нам на номер **1-800-895-2017**, лінія ТТУ: **711**.

Ваші зобов'язання як учасника

Як учасник плану UnitedHealthcare Community Plan, ви маєте наступні зобов'язання.

- Розуміти принципи роботи плану UnitedHealthcare Community Plan, ознайомившись із цим посібником.
- Вибрати постачальника первинних медичних послуг.
- Носити із собою ідентифікаційну картку учасника плану UnitedHealthcare Community Plan. (Вам потрібно показувати вашу картку щоразу, коли ви отримуєте послуги, та негайно повідомляти, якщо картку було викрадено або загублено. Ви маєте повідомляти план UnitedHealthcare Community Plan про наявність у вас будь-якої іншої страховки та надавати актуальну інформацію про страховку вашому постачальнику первинних медичних послуг.)
- За потреби звертатися по медичну допомогу.
- Вчасно приходити на всі прийоми.
- Повідомляти працівників офісу вашого РСР або іншої медичної установи, якщо вам потрібно перенести прийом.
- Поважати права та власність вашого РСР, інших медичних працівників та інших пацієнтів.
- Знати, коли потрібно приймати ліки, як приймати ліки та дотримуватись вказівок вашого лікаря щодо лікування, на яке ви погодились.
- Надавати достовірну медичну інформацію та будь-яку інформацію, яка потрібна плану UnitedHealthcare Community Plan та постачальникам послуг для надання вам послуг.
- Брати на себе повну відповідальність, розмірковувати про наслідки вашого рішення в разі, якщо ви відмовляєтесь від лікування, та ставити запитання, якщо вам щось незрозуміло.
- Якомога краще розуміти, у чому полягають ваші проблеми зі здоров'ям, та брати участь у розробці взаємно погоджених методів лікування.
- Бути певними, що ваш постачальник первинних медичних послуг має усю вашу медичну документацію (зокрема медичні записи інших лікарів).
- Повідомляти план UnitedHealthcare Community Plan, якщо ви перебуваєте в лікарні (це потрібно зробити протягом 24 годин або якомога скоріше).
- Надати згоду на належне використання вашої медичної інформації.
- Підтримувати вашу відповідність критеріям для участі у програмі Medicaid, щоб не втратити права на участь у плані UnitedHealthcare Community Plan.

Глосарій термінів, що стосуються управління медичним обслуговуванням

Жорстоке поводження: навмисне нанесення шкоди людині (зокрема крики, ігнорування потреб людини та недоречні дотики).

Попереднє розпорядження щодо медичного обслуговування: рішення щодо вашого медичного обслуговування, яке ви приймаєте заздалегідь на випадок, якщо ви не будете здатні говорити за себе. Завдяки цьому документу члени вашої родини та лікарі знатимуть, які рішення ви б прийняли, якби мали змогу це зробити.

Апеляція: запит учасника плану UnitedHealthcare Community Plan на перегляд прийнятого рішення, яке є для нього несприятливим.

Попередній дозвіл: підтвердження або схвалення отримання послуги.

Пільги: послуги, процедури та ліки, які UnitedHealthcare Community Plan покриватиме для вас.

Доплати: платежі фіксованого розміру, які сплачує учасник за надання медичної послуги, що покривається.

Виключення з плану: припинення вашої участі у плані UnitedHealthcare Community Plan.

Медичне обладнання тривалого користування (Durable Medical Equipment, DME): обладнання, яке може витримувати багаторазове використання, яке переважно й зазвичай використовується для медичних цілей, яке зазвичай не становить користі для особи, яка не має хвороби або травми, та яке підходить для використання в домашніх умовах.

Екстрена ситуація: раптова та неочікувана зміна у фізичного або психічному стані, яка за відсутності негайно наданої медичної допомоги або здійснення процедури може очікувано призвести до: (1) втрати життя або кінцівки, (2) значного порушення функцій організму, або (3) нанесення непоправної шкоди частині тіла або здоров'ю ненародженої дитини (що стосується психічного здоров'я, це може бути загроза здійснення самогубства, вбивства або завдання собі шкоди, манія або психоз, які потребують негайного медичного втручання).

Екстрений медичний стан: стан, що проявляється симптомами достатнього рівня тяжкості (зокрема сильним болем), які, на думку розсудливої людини з пересічними знаннями про здоров'я та медицину, за відсутності негайно наданої медичної допомоги можуть обґрунтовано призвести до серйозної загрози здоров'ю особи (у випадках, якщо жінка вагітна — до загрози здоров'ю для неї та її ненародженої дитини), до загрози серйозних порушень функцій організму або до серйозної дисфункції певного органу чи частини тіла.

Інші подробиці про план

Екстрене перевезення медичним транспортом: транспортування каретою швидкої допомоги хворих, поранених або з інших причин недієздатних осіб, які потребують екстреної медичної допомоги.

Екстрений психічний стан, що не становить загрози життю: коли починають з'являтися симптоми, проте вони ще не становлять загрози життю, як-от суїцидальні наміри без підготовленого плану щодо їхньої реалізації, або у учасника починають проявлятися ознаки наявності манії або психозу.

Надання допомоги в пункті екстреної медичної допомоги: скринінг, медичне обстеження та оцінка лікарем або, наскільки це є припустимим відповідно до застосовного законодавства, іншим медичним персоналом під наглядом лікаря з метою визначити, чи є медичний стан екстреним, та, за його наявності, надати відповідне лікування або здійснити хірургічне втручання, що покривається, для полегшення або усунення екстреного медичного стану в межах доступного в лікарні обслуговування.

Екстрена медична допомога: послуги в умовах стаціонару, амбулаторні послуги або послуги екстреного медичного транспортування, що покриваються та надаються кваліфікованим постачальником послуг та передбачають проведення оцінки, лікування або стабілізації екстреного медичного стану. Постачальниками послуг екстреної медичної допомоги також можуть виступати лікарі та інші постачальники медичних послуг чи заклади охорони здоров'я, які не співпрацюють або не уклали договору з планом UnitedHealthcare Community Plan по надання обслуговування.

Послуги, що не покриваються: медичні послуги, які план UnitedHealthcare Community Plan не покриває або які не сплачує.

Шахрайські дії: дії щодо введення в оману (наприклад, якщо інша особа використовує вашу ідентифікаційну картку, видаючи себе за вас).

Скарга: вираження учасником незадоволення з будь-якого приводу, за винятком рішення, яке є для нього несприятливим. Скарги, з-поміж іншого, можуть стосуватися якості обслуговування або наданих послуг, аспектів міжособистісної взаємодії, як-от грубості з боку постачальника або працівника або неповаги до прав учасника, незалежно від того, чи вимагається вжиття заходів для виправлення ситуації, що склалася. Учасник також має право подати скаргу щодо рішення організації керованого медичного обслуговування (MCE) продовжити термін розгляду запиту на надання попереднього дозволу.

Абілітаційні послуги та пристрої: послуги, призначені для надання людям допомоги у набутті, збереженні та вдосконаленні навичок самодопомоги, соціалізації та адаптації, необхідних для успішного проживання вдома та в спільноті.

Медична інформація: факти про ваше здоров'я та медичне обслуговування. Ця інформація може надходити від плану UnitedHealthcare Community Plan або постачальника послуг. До неї відноситься інформація про ваше фізичне та психічне здоров'я, а також про платежі за медичне обслуговування.

Медична страховка: договір, який зобов'язує план UnitedHealthcare Community Plan сплачувати за деякі або всі медичні послуги, які ви отримуєте, в обмін на сплату вами страхових внесків.

Медичний догляд на дому: послуги, до яких відносяться сестринський догляд на дому, послуги догляду на дому або кваліфіковану терапію.

Послуги госпісу: державна агенція, приватна організація або підрозділ будь-якої з них, згідно з умовами участі, зазначених в розділі 42, параграфі 418 Кодексу федеральних нормативних актів (C.F.R.) (в ред. від 1 жовтня 2017 р.), що має ліцензію штату Ohio та схвалена Департаментом програми Medicaid в штаті Ohio (ODM) для надання послуг невиліковно хворим особам. (5160-56-01 (V)).

Госпіталізація: обслуговування в лікарні, яке потребує перебування пацієнта в стаціонарі.

Амбулаторне лікування в лікарні: діагностичне, терапевтичне або паліативне лікування або медичні послуги, які надаються практикуючим спеціалістом або під його наглядом в лікарні.

Інформація про психічне здоров'я: факти про ваше психічне здоров'я та медичне обслуговування. Ця інформація може надходити від плану UnitedHealthcare Community Plan або постачальника послуг. До неї відноситься інформація про ваше фізичне та психічне здоров'я, а також про платежі за медичне обслуговування.

Ідентифікаційна картка: ідентифікаційна картка слугує підтвердженням, що ви є учасником плану UnitedHealthcare Community Plan. Вам потрібно завжди мати при собі цю картку.

Щеплення: вакцина, що захищає від захворювання. Діти мають отримувати різні щеплення у певному віці. Щеплення зазвичай роблять під час планових прийомів у лікарня.

Інформована згода: підтвердження того, що всі медичні процедури були вам пояснені, ви зрозуміли, про що йдеться, та надаєте згоду на їхнє проведення.

У мережі: лікарі, спеціалісти, лікарні, аптеки та інші постачальники послуг, які узгодили з UnitedHealthcare Community Plan надання медичних послуг його учасникам.

Перебування в стаціонарі: коли ви перебуваєте в лікарні протягом тривалого часу.

Інші подробиці про план

Послуги, необхідні з медичної точки зору: критерій для страхового покриття процедур, товарів або послуг, які дозволяють запобігти, діагностувати, оцінити або вилікувати несприятливий стан здоров'я, як-от захворювання, травму, стан або їхні симптоми, емоційний або поведінковий розлад, інтелектуальний дефіцит, когнітивні порушення або порушення інтелектуального розвитку та без яких особа може, як очікується, страждати від тривалішої, інтенсивнішої або нової хвороби; порушення функції; дисфункції органу або частини тіла; або від відчутного болю та дискомфорту.

Учасник: особа, яка відповідає вимогам для участі у програмах Medicaid або DHCP та зареєстрована в плані UnitedHealthcare Community Plan.

Мережа: постачальники послуг, які уклали з UnitedHealthcare Community Plan договір про надання обслуговування, та до яких можуть звертатися учасники плану.

Постачальник послуг, який не входить до мережі плану: будь-який постачальник послуг, який узгодив надання послуг із Департаментом програми Medicaid в штаті Ohio (ODM), не уклав договору з планом UnitedHealthcare Community Plan, проте надає медичні послуги учасникам UnitedHealthcare Community Plan.

ODM: Департамент програми Medicaid в штаті Ohio (Ohio Department of Medicaid).

Поза мережею: лікарі, спеціалісти, лікарні, аптеки та інші постачальники послуг, які не узгодили з UnitedHealthcare Community Plan надання медичних послуг учасникам плану.

Амбулаторне лікування: проведення в лікарні процедури, після якої не потрібно залишатися в лікарні на ніч.

Постачальник послуг, який входить до мережі плану: будь-який постачальник послуг, група постачальників послуг або медичний заклад, які підписали з планом UnitedHealthcare Community Plan договір про участь у мережі відповідно до правила 5160-26-05 Адміністративного кодексу (Administrative Code) та на підставі укладеного договору про постачання послуг з UnitedHealthcare Community Plan або договору з Департаментом програми Medicaid в штаті Ohio (ODM) отримують кошти від програми Medicaid безпосередньо або опосередковано за замовлення, направлення або надання послуг, що покриваються.

Послуги лікаря: (L) «послуги лікаря або практикуючого спеціаліста»: лікарі, подологи, стоматологи, клінічні медсестри з певною спеціалізацією, сертифіковані сестри-акушерки, сертифіковані практикуючі медсестри або фельдшери. (5160-2-02(L))

План: (X) «організація керованого медичного обслуговування» (managed care organization, MCO) або «план керованого медичного обслуговування» (managed care plan, MCP) означає корпорацію з медичного страхування (health insuring corporation, HIC), що має ліцензію в штаті Ohio, яка дозволяє укладати договір із Департаментом програми Medicaid в штаті Ohio (ODM) про надання послуг з управління медичним обслуговуванням. 5160-26-01(X)

104 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТТ: 711).

Послуги, що надаються після стабілізації стану: послуги, які покриваються планом, надаються у зв'язку з екстреним станом та, на думку постачальника послуг, який надавав допомогу, є необхідними з медичної точки зору після стабілізації екстреного стану для подальшої підтримки стабілізованого стану, або, відповідно до розділу 42, параграфа 422.113 Кодексу федеральних нормативних актів (C.F.R.) для покращення стану учасника або усунення причин виникнення в нього екстреного стану.

Попередній дозвіл: рішення плану UnitedHealthcare Community Plan, згідно з яким медична послуга, план лікування або медичне обладнання тривалого використання є необхідними з медичної точки зору. Інколи зустрічається під назвами «предавторизація», «попереднє схвалення» або «попередня атестація». Для надання деяких послуг, за винятком екстреної медичної допомоги, ваша страхова компанія або план можуть вимагати отримання попереднього дозволу.

Страховий внесок: страховий внесок — це щомісячний платіж учасника до організації керованого медичного обслуговування (MCO), який являє собою компенсацію за виконання нею обов'язків згідно з главою 5160-26 Адміністративного кодексу (Administrative Code) та/або договором з Департаментом програми Medicaid в штаті Ohio (ODM) про постачання медичних послуг. (516026-01(NN))

Страхове покриття рецептурних ліків: ліки, що покриваються єдиним керуючим фармацевтичними пільгами у штаті Ohio (Ohio Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM) та видаються учасникам для використання в стаціонарних медичних закладах, зокрема установах сестринського догляду або закладах з надання проміжної медичної допомоги особам з вадами інтелектуального розвитку.

Ліки, що відпускаються за рецептом: однокомпонентні або багатокомпонентні речовини та суміші, призначені для лікування, пом'якшення перебігу чи попередження захворювання або для підтримки здоров'я, які призначаються лікарем або іншим ліцензованим практикуючим спеціалістом, що володіє відповідною кваліфікацією, у межах своєї компетенції відповідно до визначень та обмежень, зазначених у федеральному законодавстві та законах штату. Такі ліки видаються ліцензованими фармацевтами та ліцензованими практикуючими спеціалістами, що володіють відповідним дозволом на це згідно з державним Законом про провадження медичної практики (State Medical Practice Act), на підставі виписаного рецепту, інформація про який відображається у документації фармацевта та практикуючого спеціаліста.

Лікар первинного обслуговування або постачальник первинних медичних послуг (PCP): лікар, який веде приватну практику (M.D. або D.O.), група постачальників послуг, зареєстрована медсестра передової практики відповідно до пункту 4723.01 Переглянутого кодексу штату Ohio (Ohio Revised Code), група практикуючих зареєстрованих медсестер передової практики прийнятної спеціалізації або фельдшер, які відповідають вимогам правила 5160-4-03 Адміністративного кодексу штату Ohio (Ohio Administrative Code) та уклали договір з планом UnitedHealthcare Community Plan про надання послуг у порядку, зазначеному у правилі 5160-26-03.1 Адміністративного кодексу штату Ohio (Ohio Administrative Code).

Інші подробиці про план

Предавторизація: процедура отримання вашим лікарем схвалення щодо надання послуг, які вимагають попереднього дозволу.

Довідник постачальників: перелік постачальників послуг, які входять до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan та надають медичні послуги учасникам.

Постачальник послуг: лікарня, медична установа, лікар, стоматолог, або інша кваліфікована особа чи заклад відповідної кваліфікації, які мають право або які можуть отримати право на відшкодування вартості медичних послуг або послуг, що пов'язані з медичним обслуговуванням, наданих учасникам плану UnitedHealthcare Community Plan.

Направлення: коли ви та ваш РСР прийшли до згоди, що вам потрібно відвідати іншого лікаря, і ваш РСР направляє вас до спеціаліста, який входить до мережі плану.

Реабілітаційні послуги та пристрої: спеціальні завдання, які, згідно з Розділом 47 Переглянутого кодексу штату Ohio (Ohio Revised Code), надаються безпосередньо ліцензованим технічним або професійним медичним персоналом відповідної кваліфікації.

Послуги, які не потребують направлення: послуги, для отримання яких вам не потрібно звертатися до вашого РСР за направленням.

Кваліфікований сестринський догляд: спеціальні завдання, які, згідно з Розділом 4723 Переглянутого кодексу штату Ohio (Ohio Revised Code), надаються безпосередньо ліцензованою практикуючою медсестрою (license practical nurse, LPN) за вказівками зареєстрованої медсестри або безпосередньо зареєстрованою медсестрою.

Спеціаліст: лікар-спеціаліст має вузьку спеціалізацію у певній галузі медицини або у наданні послуг певній категорії пацієнтів та надає послуги з діагностування, управління, запобігання та лікування певних видів симптомів та станів. Спеціалісти, які не є терапевтами, мають більше знань у певній галузі медицини.

Інформація про використання психоактивних речовин: факти про вживання вами психоактивних речовин та медичне обслуговування. Ця інформація може надходити від плану UnitedHealthcare Community Plan або постачальника послуг. До неї відноситься інформація про вживання вами психоактивних речовин та поточне їхнє використання, а також про платежі за медичне обслуговування.

Невідкладна медична допомога: медичне обслуговування за наявності хвороби, травми або стану, які є достатньо серйозними, аби потребувати негайного медичного втручання, проте не настільки важкого ступеню, аби звертатися до пункту надання екстреної допомоги.

ПРОГРАМА ДЛЯ ЖІНОК, НЕМОВЛЯТ ТА ДІТЕЙ (WOMEN, INFANTS AND CHILDREN, WIC):

програма додаткової допомоги з харчуванням для дітей, немовлят та жінок, яка передбачає надання консультацій з питань харчування, проведення санітарно-освітніх заходів з питань харчування та надає корисні продукти харчування для вагітних, жінок після пологів, немовлят та дітей віком до 2 років. Страхове покриття для дітей з дефіцитом харчування надається до 5 років за умови, що родина має низькі доходи та віднесена до групи харчового ризику.

Повідомлення плану медичного страхування про конфіденційність

У ЦЬОМУ ПОВІДОМЛЕННІ НАВОДИТЬСЯ ІНФОРМАЦІЯ ПРО ТЕ, ЯК МОЖЕ ВИКОРИСТОВУВАТИСЬ ТА РОЗКРИВАТИСЬ ВАША МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІЯ І ЯК ВИ МОЖЕТЕ ОТРИМАТИ ДОСТУП ДО ЦІЄЇ ІНФОРМАЦІЇ. БУДЬ ЛАСКА, УВАЖНО ПРОЧИТАЙТЕ ЦЕ ПОВІДОМЛЕННЯ.

Дата набуття чинності: 1 січня 2024 року

Згідно із законодавством ми¹ зобов'язані захищати конфіденційність вашої медичної інформації (health information, HI). Ми зобов'язані надіслати вам це повідомлення. У ньому зазначено наступну інформацію.

- Як ми можемо використовувати вашу HI.
- За яких обставин ми можемо надавати вашу HI іншим особам.
- Які права щодо вашої HI ви маєте.

Згідно із законом ми зобов'язані дотримуватись положень цього повідомлення.

HI являє собою інформацію про ваше здоров'я або медичне обслуговування. Ми маємо право вносити зміни до цього повідомлення про конфіденційність. Якщо ми внесемо важливі зміни, ми повідомимо вас про це поштою або електронною поштою. Ми також опублікуємо нову редакцію повідомлення на нашому вебсайті. Ми повідомимо вас, якщо станеться витік вашої HI.

Як ми збираємо, використовуємо та передаємо вашу інформацію

Ми збираємо, використовуємо та передаємо вашу інформацію:

- вам або вашому уповноваженому представнику;
- певним державним органам; для здійснення контролю за дотриманням нами законодавства щодо конфіденційності інформації.

Ми маємо право збирати, використовувати та передавати вашу інформацію для певних цілей. Це може бути пов'язано з вашим лікуванням, оплатою за надані вам послуги або для реалізації нашої ділової діяльності. Ми можемо використовувати HI в наступних цілях.

- **Для здійснення оплати.** Для обробки платежів та проведення оплати за страховими вимогами. Це також може передбачати координування послуг.
- **Для лікування або управління обслуговуванням.** Щоб надати допомогу щодо вашого обслуговування. Наприклад, ми можемо надавати вашу HI лікарні, у якій ви перебуваєте, щоб допомогти їм надати вам медичну допомогу.

- **Для здійснення операцій, пов'язаних з медичним обслуговуванням.** Для реалізації нами ділової діяльності. Наприклад, ми можемо обговорити з вашим лікарем лікування певного захворювання або доступну для вас програму для підтримки гарного самопочуття. Ми можемо вивчати дані з метою покращення якості наших послуг.
- **Для інформування вас про програми та продукти у сфері охорони здоров'я.** Ми можемо інформувати вас про методи лікування, продукти та послуги. Діяльність такого характеру може обмежуватись згідно з законодавством.
- **Для надання спонсорам плану.** Якщо ваше страхове покриття надає ваш роботодавець, ми можемо надавати йому інформацію про зарахування до плану, виключення з плану та виписку з вашої НІ. Ми можемо також надавати роботодавцю іншу НІ, якщо її використання буде належним чином обмежено.
- **У цілях здійснення андеррайтингу.** Для прийняття рішень щодо андеррайтингу. Ми не використовуємо вашу генетичну НІ для цілей андеррайтингу.
- **Для здійснення нагадувань щодо пільг або послуг.** Ми можемо надсилати нагадування щодо запланованих прийомів та інформацію про ваші медичні пільги.
- **Для зв'язку з вами.** Ми можемо зв'язуватись з вами з питань ваших страхових пільг, медичного обслуговування або платежів.

Ми можемо збирати, використовувати та надавати вашу НІ в наступному порядку.

- **Відповідно до вимог законодавства.** Щоб дотримуватися застосовних законів.
- **Особам, що залучені до вашого медичного обслуговування.** Члену родини або іншій особі, яка допомагає вам в отриманні медичного обслуговування або його оплаті. Інформація також може надаватися члену родини у випадку надання екстреної медичної допомоги. Це може статися за умови, якщо ви не зможете повідомити нам своє рішення щодо вашої згоди або незгоди на передачу НІ. Якщо ви не зможете повідомити нам свою волю, ми вживатимемо заходів із найліпших міркувань. У випадку вашої смерті ми можемо надати вашу НІ членам вашої родини або друзям, які допомагали вам в отриманні медичного обслуговування або його оплаті.
- **Для здійснення заходів щодо охорони громадського здоров'я.** Наприклад, у цілях попередження розповсюдження захворювання або для повідомлення про проблеми, пов'язані з продукцією або ліками.
- **Для повідомлення про жорстоке поводження, недбалість або домашнє насильство.** Ми можемо передавати цю НІ лише певним організаціям, яким дозволено отримувати її за законом. Це можуть бути соціальні служби або служби захисту.
- **Для діяльності з нагляду за охороною здоров'я** органам, яким дозволено отримувати НІ за законом. Це може стосуватись ліцензування, проведення аудиту, розслідування шахрайських дій та зловживання.
- **Для судових або адміністративних проваджень.** Наприклад, у відповідь на ухвалу суду або повістку.

Інші подробиці про план

- **Для правоохоронних органів.** Для пошуку зниклої особи або повідомлення про злочин.
- **За наявності загрози життю або безпеці.** Органам охорони здоров'я або правоохоронним органам, наприклад в разі надзвичайної ситуації або стихійного лиха.
- **Певним державним органам.** Для використання у справах військовослужбовців та ветеранів, в інтересах національної безпеки або до певних служб захисту.
- **Для виплат компенсації працівникам.** Якщо ви постраждали на робочому місці або для дотримання трудового права.
- **Для досліджень.** Наприклад, для дослідження щодо захворювання або медичного стану. Ми також можемо використовувати НІ для надання допомоги у підготовці до проведення дослідження.
- **Для надання відомостей про померлих.** Наприклад, коронеру або судово-медичному експерту, який може допомогти ідентифікувати померлу особу у випадку смерті або для дотримання певного законодавства. Ми також можемо надавати НІ похоронним службам.
- **Для трансплантації органів.** Наприклад, щоб допомогти отримати, зберігати або трансплантувати органи, очі або тканини.
- **До виправних установ або правоохоронних органів.** Щодо осіб, які перебувають під вартою, як-от: (1) для надання медичного обслуговування; (2) для захисту вашого здоров'я або здоров'я інших осіб; та (3) для забезпечення безпеки установи.
- **Нашим діловим партнерам.** Для надання вам послуг у разі потреби. Це компанії, які надають вам послуги. Вони погоджуються захищати вашу НІ.
- **Інші обмеження.** Федеральне законодавство або закони штату можуть обмежувати використання НІ, зазначеної нижче. Ми дотримуватимемось суворіших застосовних законів.
 1. Алкогольна залежність та зловживання психоактивними речовинами.
 2. Біометрична інформація.
 3. Жорстоке поводження або недбалість щодо дитини або повнолітньої особи, зокрема інформація про сексуальне насилля.
 4. Інфекційні захворювання.
 5. Генетична інформація.
 6. ВІЛ/СНІД.
 7. Психічне здоров'я.
 8. Інформація про неповнолітніх.
 9. Рецептні ліки.
 10. Репродуктивне здоров'я.
 11. Захворювання, що передаються статевим шляхом.

Ми використовуватимемо або передаватимемо зазначену вище HI з письмової згоди. Ми отримуватимемо вашу письмову згоду для передачі записів щодо вашої психотерапії, за винятком певних випадків, дозволених законом. Ми отримуватимемо вашу письмову згоду для продажу вашої HI іншим особам. Ми отримуватимемо вашу письмову згоду для використання вашої HI у певних маркетингових розсилках. Якщо ви надали згоду, ви можете відкликати її. Щоб дізнатися про те, як це зробити, зателефонуйте за номером, зазначеним на вашій ідентифікаційній картці учасника плану медичного страхування.

Ваші права

Ви маєте наступні права.

- **Попросити нас обмежити** використання або передачу нами інформації для лікування, здійснення оплати або здійснення операцій, пов'язаних з медичним обслуговуванням. Ви можете попросити обмежити передачу інформації членам родини або іншим особам, які допомагають вам в отриманні медичного обслуговування або сплаті за нього. Ми можемо дозволити вашим утриманням запросити впровадження обмежень. **Ми спробуємо задовольнити ваш запит, проте ми не зобов'язані це робити.** Запит на обмеження щодо використання або передачі нами інформації необхідно подавати у письмовій формі.
- **Попросити отримувати повідомлення, що містять конфіденційну інформацію,** в інший спосіб або в іншому місці. Наприклад, надсилати кореспонденцію на абонементну скриньку замість домашньої адреси. Ми погодимось задовольнити ваш запит, якщо це дозволено федеральним законодавством та законодавством штату. Ми приймаємо запити в усній формі, проте можемо попросити вас підтвердити свій запит у письмовій формі. Ви можете внести зміни до свого запиту. Такий запит потрібно подати в письмовій формі. Надішліть запит на зазначену нижче адресу.
- **Переглянути або отримати копію** певної HI. Запит необхідно подавати у письмовій формі. Надішліть запит на зазначену нижче адресу. Якщо ми зберігаємо цю документацію в електронній формі, ви можете попросити надати електронну копію. Ми можемо надіслати вам виписку. Ми можемо стягувати кошти за надання копій. Ми можемо відмовити в задоволенні вашого запиту. Якщо ми відхилимо ваш запит, ви можете ознайомитись з причиною відмови.
- **Попросити внести виправлення.** Якщо ви вважаєте, що ваша HI містить неправильні або неповні дані, ви маєте право попросити нас внести зміни. Запит необхідно подавати у письмовій формі. Ви повинні зазначити причини для внесення виправлень. Ми надамо відповідь на ваш запит у терміни, передбачені законодавством. Надішліть запит на зазначену нижче адресу. Якщо ми відхилимо ваш запит, ви можете додати вашу незгоду до вашої HI.

Інші подробиці про план

- **Отримати звіт** про те, коли ми надавали вашу HI протягом 6 (шести) років до дати вашого запиту. Цей звіт не міститиме даних про надання вашої HI з наступних причин: (i) для проведення лікування, оплат і здійснення операцій, пов'язаних із медичним обслуговуванням; (ii) за вашого відома або за вашої згоди; (iii) надання інформації до виправних закладів або правоохоронних органів. У ньому не зазначатиметься інформація, яку федеральне законодавство не вимагає від нас відслідковувати.
- **Отримати друкований примірник цього повідомлення.** Ви можете запросити друкований примірник будь-коли. Ви також можете завантажити копію на нашому вебсайті.
- **У певних штатах ви маєте право попросити видалити** вашу HI. Залежно від місця вашого перебування ви можете мати право попросити видалити вашу HI. Ми надамо відповідь на ваш запит у терміни, передбачені законодавством. Ми повідомимо вас, якщо не зможемо цього зробити. Якщо ми не зможемо цього зробити, ви можете написати нам, зазначивши причину вашої незгоди, та надіслати нам разом із правильною інформацією.

Реалізація вами прав

- **Зв'язатися з планом медичного страхування.** Якщо ви маєте запитання щодо цього повідомлення або ви бажаєте скористатися вашими правами, **зателефонуйте на номер телефону, зазначений на вашій ідентифікаційній картці учасника.** Або ви можете зателефонувати до контактного центру UnitedHealth Group на номер **1-866-633-2446** (лінія TTY/RTT: **711**).
- **Надіслати письмовий запит.** Поштова адреса:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Подати скаргу.** Якщо ви вважаєте, що ваше право на недоторканність приватного життя було порушено, ви можете надіслати скаргу на зазначену вище адресу.

Ви також можете повідомити міністра охорони здоров'я і соціальних служб США (U.S. Department of Health and Human Services). Ми не вживатимемо жодних заходів у відповідь за подання вами скарги.

¹ Це повідомлення про конфіденційність медичної інформації застосовується до планів, які є афілійованими організаціями компанії UnitedHealth Group. Актуальний перелік планів медичного страхування, на які поширюється дія цього повідомлення про конфіденційність, наведено на вебсторінці <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

Повідомлення про конфіденційність фінансової інформації

ЦЕ ПОВІДОМЛЕННЯ МІСТИТЬ ІНФОРМАЦІЮ ПРО ТЕ, ЯК МОЖЕ ВИКОРИСТОВУВАТИСЬ ТА ПЕРЕДАВАТИСЬ ВАША ФІНАНСОВА ІНФОРМАЦІЯ. БУДЬ ЛАСКА, УВАЖНО ПРОЧИТАЙТЕ ЦЕ ПОВІДОМЛЕННЯ.

Дата набуття чинності: 1 січня 2024 року

Ми² захищаємо вашу «особисту фінансову інформацію» (personal financial information, FI). FI не стосується вашого здоров'я. FI дозволяє ідентифікувати вас і, як правило, не є публічною.

Яку інформацію ми збираємо

- Ми отримуємо FI з поданих вами заявок або форм. Таку інформацію становлять ім'я та прізвище, адреса, вік та номер соціального страхування.
- Ми отримуємо FI з даних за вашими транзакціями між вами й нами або іншими сторонами. Ця інформація може отримуватись з даних по страховим внескам.

Передача FI

Ми передаватимемо FI лише у випадках, дозволених згідно з законодавством.

Ми можемо надавати вашу FI для реалізації нашої ділової діяльності. Ми можемо надавати вашу FI нашим афілійованим організаціям. Для цього нам не потрібна ваша згода.

- Ми можемо надавати вашу FI для обробки транзакцій.
- Ми можемо надавати вашу FI для ведення вашого рахунку (рахунків).
- Ми можемо надавати вашу FI у відповідь на постанови суду або для проведення розслідування.
- Ми можемо надавати вашу FI компаніям, які виготовляють для маркетингові матеріали.

Конфіденційність та безпека

Ми обмежуємо кількість працівників та постачальників послуг, які мають доступ до вашої FI. Ми використовуємо засоби безпеки для захисту вашої FI.

Інші подробиці про план

Запитання щодо цього повідомлення

Зателефонуйте на номер телефону, зазначений на вашій ідентифікаційній картці учасника плану (дзвінки безкоштовні) або до контактного центру компанії UnitedHealth Group на номер **1-866-633-2446** (лінія TTY/RTT: **711**).

² Для цілей цього повідомлення про конфіденційність фінансової інформації, під термінами «ми», «нами», «нас» маються на увазі афілійовані плани медичного страхування компанії UnitedHealth Group, а також наступні афілійовані організації UnitedHealthcare: 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 та USHEALTH Group, Inc.; and Vivify Health, Inc. Це Повідомлення про конфіденційність фінансової інформації застосовується лише у випадках, коли цього вимагає закон. Зокрема, це повідомлення не застосовується до (1) продуктів медичного страхування, які пропонуються в штаті Nevada компаніями Health Plan of Nevada, Inc. та Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; або (2) до інших планів медичного страхування компанії UnitedHealth Group у штатах, де передбачені виключення. Актуальний перелік планів медичного страхування, на які поширюється дія цього повідомлення про конфіденційність, наведено на вебсторінці **<https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>**.

Повідомлення про недопущення дискримінації, Повідомлення про надання послуг мовної підтримки та інформаційних матеріалів в альтернативних форматах

Наша компанія дотримується чинних законів про громадянські права й не допускає дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності або статі (зокрема вагітності, сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності). Ми не відмовляємо в наданні послуг і не змінюємо свого ставлення до людей залежно від раси, кольору шкіри, національного походження, віку, статі чи наявності інвалідності.

Ми безоплатно надаємо допоміжні засоби та послуги, які допомагають вам підтримувати комунікацію з нами. Ви можете запросити послуги усного перекладача та/або інформаційні матеріали іншими мовами чи в інших форматах, як-от набрані великим шрифтом. Ми також забезпечуємо обґрунтовані модифікації для осіб з інвалідністю.

Якщо вам потрібні ці послуги, зателефонуйте на безкоштовний телефонний номер, зазначений на вашій ідентифікаційній картці учасника (лінія ТТУ: **711**).

Якщо ви вважаєте, що ми не надали цих послуг належним чином або в якийсь інший спосіб проявили дискримінацію за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, віку, наявності інвалідності або статі, ви можете звернутися зі скаргою до Координатора з громадянських прав.

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Якщо вам потрібна допомога з поданням скарги, зателефонуйте на безкоштовний телефонний номер, зазначений на вашій ідентифікаційній картці учасника (лінія ТТУ: **711**).

Ви також можете подати цивільну скаргу до відділу громадянських прав Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США.

Онлайн: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**

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

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

Бланки скарг доступні за адресою **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Повідомлення можна знайти за адресою

<https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notices>.

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.

Ukrainian: 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 दिनुहोस्: तपाईंका लागि अनुवाद र अन्य भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध छन्। मदतको अनुरोध गर्न, कृपया आफ्नो आईडी कार्डमा सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नम्बरमा सदस्यलाई कल गर्नुहोस्।

Arabic: تنبيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجاناً. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدون 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 nimeru 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 ژبي نور د مرستې خدمتونه تاسو ته وړيا شتون لري. که تاسو مرستې ته اړتيا لرئ، مهرباني وکړئ خپل د غړۍ پیژندنې کارت کې ورکړل شوي وړيا شمیرې ته زنگ 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 ኣገዝ ኣገልግሎታትን ብዘይ ዝኾነ ወጻኢታት ይወሃበኩም። ኣገዝ 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.

Додаток А

Єдиний керуючий фармацевтичними пільгами у штаті Ohio (Ohio Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM)

1.3 міст довідника для учасників

1.1 Корпоративна ідентичність

Gainwell Technologies — компанія, виключна експертність якої підтверджується більш ніж 50 роками діяльності, репутацією бездоганного обслуговування та неперевершеним досвідом. Компанія Gainwell не здійснює діяльності під будь-якими іншими торговими або юридичними назвами. У Gainwell нашим головним пріоритетом є люди.

Місія компанії Gainwell полягає в розширенні можливостей клієнтів шляхом впровадження інноваційних технологій та рішень для досягнення чудових результатів у сфері охорони здоров'я та послуг, що надаються людям.

Ви стали учасником нашої програми єдиного керуючого фармацевтичними пільгами у штаті Ohio (Ohio Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM). Ми в Gainwell віримо, що ви заслуговуєте на якісне фармацевтичне обслуговування і маєте отримувати найактуальніші послуги з тих, що ми можемо запропонувати.

Онлайн: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>

Адреса електронної пошти: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Якщо ви підозрюєте постачальника послуг або клієнта у шахрайстві, будь ласка, зателефонуйте на нашу безкоштовну гарячу телефонну лінію протидії шахрайським діям, марнотратству та зловживанню на номер **1-833-491-0344** (лінія ТТУ: **1-833-655-2437**) та виберіть опцію «Повідомити про шахрайські дії, марнотратство або зловживання».

1.2 Доступні послуги

Gainwell покриває всі необхідні з медичної точки зору рецептурні та безрецептурні (over-the-counter, OTC) препарати, які покриваються програмою Medicaid. Ми використовуємо перелік препаратів, яким надається перевага (Preferred Drug List, PDL), де зазначено, яким лікам ми надаємо перевагу для призначення їх до прийому вашим постачальником послуг. Ми можемо вимагати, аби медичний працівник, який виписав вам рецепт, надіслав запит на отримання попереднього дозволу, зазначивши додаткову інформацію, яка б пояснювала, чому існує потреба в певних ліках та/або певному дозуванні чи кількості ліків.

Маєте запитання? Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan 117
або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер
1-800-895-2017 (лінія ТТУ: **711**).

Інші подробиці про план

Для задоволення будь-яких додаткових потреб ви можете скористатися наведеними нижче послугами:

- послугами усного перекладу;
- послугами письмового перекладу;
- допоміжними засобами та послугами;
- отримати інформацію, викладену в альтернативних форматах, як-от надруковану шрифтом Брайля або великим шрифтом.

1.2.1 Перелік препаратів, яким надається перевага (Preferred Drug List, PDL)

Gainwell використовує перелік препаратів, яким надається перевага (PDL), де зазначено, яким лікам ми надаємо перевагу для призначення їх до прийому вашим постачальником послуг. З примірником переліку препаратів, яким надається перевага (PDL), можна ознайомитись:

- у вкладці «Довідковий матеріал» (Reference Material) на вебсайті:
<https://spbm.medicaid.ohio.gov>;
- виконавши вхід до облікового запису на порталі для учасників Gainwell за адресою
<https://spbm.medicaid.ohio.gov>;
- на вебсайті Департаменту програми Medicaid в штаті Ohio за адресою
<https://medicaid.ohio.gov/stakeholders-and-partners/phm/unified-pdl>;
- ви можете також запросити паперовий примірник, зателефонувавши до відділу обслуговування клієнтів компанії Gainwell на номер **1-833-491-0344** (лінія ТТУ: **1-833-655-2437**).

1.2.2 Про попередній дозвіл

Для отримання вами деяких ліків медичному працівнику, який виписав рецепт, може знадобитися надіслати запит на попередній дозвіл. Подати запит на отримання попереднього дозволу до компанії Gainwell можна телефоном, факсом, поштою, через вебпортал або ePA. У цьому разі ваш постачальник послуг надішле запит на отримання попереднього дозволу до відділу фармацевтичних послуг Gainwell, представники якого проведуть клінічну оцінку ліків, щодо яких надійшов запит. Відділ фармацевтичних послуг Gainwell тісно співпрацюватиме з медичним працівником, який виписав вам рецепт, аби надати найкраще клінічне рішення. Ви отримаєте листа поштою з результатами прийнятого рішення.

Якщо ви не згодні з рішенням, прийнятим компанією Gainwell, ви отримаєте докладну інформацію про те, як можна оскаржити рішення.

Ви можете зателефонувати до відділу обслуговування клієнтів на номер **1-833-491-0344** (лінія ТТУ: **1-833-655-2437**), щоб отримати докладнішу інформацію про PDL, лікарські препарати, для яких передбачено отримання попереднього дозволу, або поставити будь-які запитання щодо ліків. Дзвінки безкоштовні. З переліком препаратів, яким надається перевага (PDL), та переліком препаратів, які потребують отримання попереднього дозволу, можна ознайомитись на вебсайті <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Важливо, щоб кожного разу за наявності запитань ви та/або медичний працівник, який призначає вам рецептурні ліки, перевіряли їх у переліку препаратів, яким надається перевага (PDL), та/або переліку препаратів, які потребують отримання попереднього дозволу, оскільки до цих документів можуть вноситися зміни.

1.2.3 Стратегії управління ефективністю використання фармацевтичних послуг

Представники відділу фармацевтичних послуг Gainwell використовуватимуть перелік препаратів, яким надається перевага (PDL), під час розгляду кожного запиту. Якщо для отримання ліків потрібен попередній дозвіл, перш ніж ви зможете поповнити запас рецептурних ліків в аптеці з мережі плану, якій надається перевага, компанія Gainwell повинна затвердити запит медичного працівника, який виписав рецепт. Попередній дозвіл може вимагатися, якщо:

- доступний непатентований препарат;
- запитуваний рецептурний препарат може використовуватися не за призначенням/може мати місце зловживання препаратом;
- спершу потрібно спробувати інші ліки;
- досягнуто обмеження за кількістю, що передбачено для запитуваних ліків;
- препарат, який призначив ваш постачальник послуг, не входить до переліку препаратів, яким надається перевага (PDL).

Зазвичай перелік препаратів, яким надається перевага (PDL), містить декілька варіантів ліків для лікування певного захворювання. Ці варіанти ліків являють собою «альтернативу» певному препарату і є так само ефективними, не мають додаткових побічних дій та не спричиняють проблем зі здоров'ям.

Нижче наведені причини, через які медичному працівнику, який виписав вам рецепт, може знадобитися надіслати запит на отримання попереднього дозволу.

Покрокова терапія: у деяких випадках для лікування вашого медичного стану наш план вимагає від вас спершу спробувати певні ліки.

Непатентований аналог: у цьому випадку за наявності непатентованого аналога аптека повинна буде надати його замість патентованого препарату. Непатентовані лікарські препарати є такими ж ефективними, як і патентовані, та повинні виписуватися у першу чергу.

Інші подробиці про план

Терапевтична еквівалентність: коли з певних причин ви не можете приймати препарат, як-от через алергію, непереносимість тощо, або ліки не дають для вас належного ефекту, ваш лікар може призначити вам ліки, які не входять до затвердженого переліку.

Лікарські засоби спеціального призначення: це розгляд ліків, які вважаються більш комплексними для лікування певного захворювання та потребують особливої уваги і поводження в процесі розгляду. Для отримання таких ліків вам може знадобитися звернутися до спеціалізованої аптеки. Медичний працівник, який виписав вам рецепт, співпрацюватиме з відділом фармацевтичних послуг Gainwell, аби забезпечити якнайшвидше отримання вами препарату.

1.2.4 Послуги, що не покриваються

Компанія Gainwell не оплачуватиме послуги, які не покриваються фармацевтичною програмою Medicaid у штаті Ohio (Ohio Medicaid pharmacy program), доки вони не будуть визнані необхідними з медичної точки зору:

- ліки для лікування ожиріння;
- ліки для лікування безпліддя;
- ліки для лікування еректильної дисфункції;
- ліки за програмою впровадження досліджень ефективності ліків (DESI) або ліки, які, можливо, були визначені як ідентичні, схожі або споріднені;
- ліки, які можуть покриватися Частиною D програми Medicare.
- безрецептурні (over-the-counter) ліки, які не зазначені згідно з параграфом С правила 5160-9-03 Адміністративного кодексу штату Ohio (OAC);
- ліки, які використовуються за показаннями та не схвалені Управлінням із контролю за харчовими продуктами й ліками (Food and Drug Administration, FDA), доки не буде надано переконливих клінічних доказів їхньої ефективності.

1.2.5 Додаткові послуги

Представники відділу фармацевтичних послуг Gainwell також можуть надати вам допомогу щодо наведених нижче послуг. Телефон нашої служби підтримки: **1-833-491-0344** (лінія ТТУ: **1-833-655-2437**). Ви також можете ознайомитись із цією інформацією на порталі для учасників або виконавши вхід у свій обліковий запис на вебсторінці

<https://spbm.medicaid.ohio.gov>.

- Знайти аптеку, щоб отримати рецептурні ліки за рецептом, який виписав ваш постачальник послуг.
- Перевірити наявність у вас страхового покриття фармацевтичних пільг.
- Отримати витратні матеріали для контролю за діабетом, що покриваються вашою фармацевтичною пільгою.
- Отримати медичне обладнання тривалого користування (Durable Medical Equipment, DME), що покривається вашою фармацевтичною пільгою.

120 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**).

1.3 Апеляції, скарги та запити на проведення слухання на рівні штату

Скарги

Якщо ви не задоволені фармацевтичними послугами Gainwell чи інших наших постачальників послуг, зв'яжіться з нами якомога скоріше. Це називається скаргою.

Щоб зв'язатися з нами:

- зателефонуйте до відділу обслуговування клієнтів на номер **1-833-491-0344** (лінія ТТУ: **1-833-655-2437**) та оберіть опцію 1, щоб поговорити з представником служби підтримки відділу фармацевтичних послуг Gainwell;
- заповніть бланк претензії/апеляції, який наведено у цьому посібнику учасника та надішліть до відділу фармацевтичних послуг Gainwell на адресу, зазначену нижче, або онлайн через портал для учасників.
- відвідайте наш вебсайт за адресою <https://spbm.medicaid.ohio.gov>;
- напишіть нам листа, детально зазначивши, чим саме ви не задоволені. Обов'язково зазначте своє ім'я та прізвище, ваш ідентифікаційний номер Medicaid, вашу адресу і телефон, щоб в разі потреби ми могли з вами зв'язатися. Ви можете надіслати форму чи листа поштою або електронною поштою.

Адреса електронної пошти: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com.

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

Після подання вами претензії до Gainwell ми зв'яжемося з вами телефоном, поштою або іншим прийнятним способом протягом вказані нижче терміни:

- 2 (двох) робочих днів щодо претензій з приводу відсутності можливості отримати ліки, яких ви потребуєте;
- 30 (тридцяти) календарних днів щодо інших претензій.

Апеляції

Якщо ви отримали від нас повідомлення про рішення, з яким ви не згодні, ви або ваш уповноважений представник можете подати апеляцію протягом 60 (шестидесяти) календарних днів від дати отримання повідомлення. Компанія Gainwell надасть вам письмову відповідь на вашу апеляцію протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів від дати, коли ви з нами зв'язались. Якщо ви вважаєте, що очікування на рішення впродовж терміну розгляду у 15 (п'ятнадцять) днів може становити серйозну загрозу вашому життю, фізичному або психічному здоров'ю чи здатності досягти, підтримувати або відновити максимально можливу функціональність, якомога скоріше зв'яжіться з відділом обслуговування клієнтів компанії Gainwell за наведеним нижче телефоном, аби пришвидшити процес розгляду. Для того, щоб подати апеляцію, ви можете:

Маєте запитання? Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan 121
або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер
1-800-895-2017 (лінія ТТУ: **711**).

Інші подробиці про план

- зателефонувати до відділу обслуговування клієнтів на номер **1-833-491-0344** (лінія ТТУ: **1-833-655-2437**) та обрати опцію 1, щоб поговорити з представником служби підтримки відділу фармацевтичних послуг Gainwell;
- заповнити бланк претензії/апеляції, який наведено у цьому посібнику учасника, та надіслати до відділу фармацевтичних послуг Gainwell на адресу, зазначену нижче, або онлайн через портал для учасників;
- відвідати наш вебсайт за адресою <https://spbm.medicaid.ohio.gov>;
- написати листа. Обов'язково зазначте своє ім'я та прізвище, ваш ідентифікаційний номер Medicaid, вашу адресу і телефон, щоб в разі потреби ми могли з вами зв'язатися. Ви можете надіслати форму чи листа поштою або електронною поштою.

Адреса електронної пошти: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com.

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

Будь ласка, зазначте у вашій апеляції наступну інформацію:

- ваше ім'я, прізвище та ідентифікаційний номер Medicaid, зазначений на вашій картці учасника;
- ім'я та прізвище медичного працівника, який виписав препарат;
- причини, через які ви не згодні з рішенням Gainwell;
- будь-яку документацію або інформацію, яка обґрунтовуватиме ваш запит на оскарження рішення за вашим запитом.

Компанія Gainwell повинна надати вам письмову відповідь на вашу апеляцію протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів від дати, коли ви з нами зв'язались. Якщо у відповідь на вашу апеляцію ми вирішимо не змінювати нашого рішення, ми повідомимо вас про це у письмовій формі, і ви отримаєте право подати запит на проведення слухання на рівні штату. Перш ніж ви отримаєте право подати запит на проведення слухання на рівні штату, процес врегулювання претензії має бути завершеним.

Якщо нам знадобиться більше часу для винесення рішення за апеляцією або скаргою, ми надішлемо вам листа із повідомленням, що термін розгляду буде продовжено ще на 14 (чотирнадцять) календарних днів. У цьому листі також буде зазначено причини, через які ми потребуємо більше часу для розгляду вашого запиту.

Слухання на рівні штату

Перш ніж ви отримаєте право подати запит на проведення слухання на рівні штату, процес врегулювання претензії, передбачений компанією Gainwell, має бути завершеним. Слухання на рівні штату представляє собою зібрання, у якому бере участь ви або ваш уповноважений представник, представник Департаменту праці й соціальних послуг у вашому окрузі, представник компанії Gainwell та арбітр, призначений Бюро з питань проведення слухань на рівні штату (Bureau of State Hearings) Департаменту праці й соціальних послуг в штаті Ohio (Bureau of State Hearings within the Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). На цьому зібранні ви пояснюватимете, чому, на вашу думку, рішення відділу фармацевтичних послуг Gainwell не є правильним, а Gainwell, у свою чергу, роз'яснить причини, якими керувались працівники компанії під час винесення рішення. Арбітр винесе рішення на підставі правил, нормативно-правових актів та інформації, наданої під час слухання.

Якщо у відповідь на вашу апеляцію до Gainwell ми вирішимо не змінювати нашого рішення, ми повідомимо вас про ваше право подати запит на проведення слухання на рівні штату. Якщо ви бажаєте запросити проведення слухання на рівні штату, ви або ваш уповноважений представник має надіслати запит на проведення слухання протягом 90 (дев'яноста) календарних днів від дати рішення про відхилення вашої апеляції компанією Gainwell.

Для того, щоб запросити проведення слухання, ви можете заповнити бланк запиту та надіслати його на адресу або номер факсу, зазначені на бланку, зателефонувати до Бюро з питань проведення слухань на рівні штату (Bureau of State Hearings) на номер **1-866-635-3748** (лінія TTY/TDD: **614-728-2985**) або надіслати запит електронною поштою на адресу bsh@jfs.ohio.gov. Якщо ви хочете дізнатися про можливість отримання юридичних послуг безоплатно, ви можете зателефонувати до Асоціації юридичної допомоги штату Ohio (Ohio State Legal Services Association) на номер 1-800-589-5888 (для дзвінків з місцевих телефонів).

Рішення за результатами проведення слухань на рівні штату зазвичай виносяться не пізніше ніж через 70 (сімдесят) календарних днів після отримання запиту. Якщо визначено, що стан здоров'я відповідає критеріям для розгляду у пришвидшеному порядку, прискорена процедура може передбачати винесення рішення настільки швидко, наскільки це можливо, але не пізніше ніж через 3 (три) робочі дні після отримання запиту. Прискорена процедура винесення рішення застосовується у випадках, коли розгляд справи в межах стандартного терміну може становити серйозну загрозу вашому життю, здоров'ю або здатності досягти, підтримувати або відновити максимально можливу функціональність.

1.4 Рекомендації щодо внесення змін

Як користувач фармацевтичними послугами Gainwell, ви маєте право надавати рекомендації щодо прав та обов'язків, пов'язаних з вашим страховим покриттям рецептурних препаратів.

Інші подробиці про план

Рекомендації можна надати, надіславши їх до відділу фармацевтичних послуг Gainwell електронною поштою на адресу **OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com** або зателефонувавши до відділу обслуговування клієнтів на номер **833-491-0344** (лінія ТТТ/ТДД: 614-728-2985).

1.5 Доступ до фармацевтичних послуг

Відділ фармацевтичних послуг Gainwell пропонує до користування портал для учасників, зареєструвавшись на якому ви зможете керувати вашими фармацевтичними потребами. Для того, щоб виконати вхід у свій обліковий запис на порталі учасників, перейдіть на вебсторінку **<https://spbm.medicaid.ohio.gov>** та введіть облікові дані для входу, які ви зазначали під час налаштування вашого облікового запису.

Щоб зареєструвати обліковий запис на порталі для учасників Gainwell, дотримуйтесь вказівок, наведених на вебсторінці **<https://spbm.medicaid.ohio.gov>** або зателефонуйте до відділу обслуговування клієнтів на безкоштовну телефонну лінію за номером **1-833-491-0344** (лінія ТТТ: **1-833-655-2437**), щоб поговорити з представником відділу фармацевтичних послуг Gainwell та отримати покрокову допомогу у процесі реєстрації.

1.6 Екстрена видача препаратів в амбулаторних умовах

У разі надзвичайної ситуації ви матимете можливість отримати 72-годинний (3-денний) запас ліків, необхідних вам за медичними показаннями. Якщо ви маєте труднощі з цією процедурою, зв'яжіться з відділом фармацевтичних послуг Gainwell за номером **1-833-491-0344** (лінія ТТТ: **1-833-655-2437**).

1.7 Положення про недопущення дискримінації

Працівники відділу фармацевтичних послуг Gainwell дотримуються федерального законодавства та законодавства штату про цивільні права, які захищають вас від дискримінації та несправедливого ставлення. Ми не виявляємо до людей несправедливого ставлення за ознакою віку, раси, кольору шкіри, національного походження, релігії, гендеру, гендерної ідентичності, сексуальної орієнтації, сімейного стану, наявності психічної або фізичної інвалідності, медичного анамнезу, стану здоров'я, генетичної інформації, підтвердження придатності до страхування, статусу військовослужбовця, статусу ветерана, культурного походження, потреб у медичному обслуговуванні під час отримання будь-яких послуг, що покриваються, незалежно від географічного розташування.

Компанія Gainwell не має моральних або релігійних переконань, які б перешкоджали наданню нами послуг учасникам програми Департаменту Medicaid в штаті Ohio.

Якщо ви потребуєте зазначених нижче додаткових послуг, зв'яжіться з відділом обслуговування учасників за номером безкоштовної телефонної лінії **1-833-491-0344** (лінія ТТУ: **1-833-655-2437**), щоб обговорити з представником відділу можливість безоплатно:

- скористатися послугами усного перекладу;
- скористатися послугами письмового перекладу;
- скористатися допоміжними засобами та послугами;
- отримати інформаційні матеріали в письмовій формі іншими мовами, як-от, з-поміж іншого, іспанською, сомалійською або арабською;
- отримати інформаційні матеріали в письмовій формі в альтернативних форматах, як-от надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом.

1.8 Положення про мережу постачальників послуг

Компанія Gainwell співпрацює з аптеками, щоб ви мали змогу з легкістю поповнювати запаси необхідних рецептурних препаратів поруч із вашим домом. Багато аптек пропонують послуги, як-от доставку рецептурних ліків до вашого дому, управління запасами ліків та надання за потреби допомоги, якщо ви не дуже добре володієте англійською, погано чуєте або бачите або маєте інвалідність. Також ви маєте змогу користуватись послугами спеціалізованих аптек, які надають ліки для лікування комплексних, рідкісних захворювань або хвороб, що супроводжуються високим ступенем ризику для життя, зі спеціальними вимогами щодо поводження, їхнього зберігання або розповсюдження. Якщо відбудуться якісь зміни стосовно цих аптек, ми обов'язково повідомимо вас за допомогою нашого вебсайту, порталу для учасників Gainwell або поштою (залежно від ваших побажань щодо способу комунікації).

Компанія Gainwell не покриває учасникам програми Medicaid в штаті Ohio рецептурні ліки, отримані в аптеках, що не входять до мережі, за умови, з-поміж іншого, вашого перебування далеко від дому, за винятком екстрених ситуацій (якщо екстрена ситуація трапилась, коли ви перебуваєте за межами штату, або якщо аптеки в штаті Ohio не можуть надати препарат).

1.9 Мережа постачальників фармацевтичних послуг

Інформацію щодо пошуку аптек, які входять до мережі та послуги яких покриваються, наведено у довіднику постачальників фармацевтичних послуг, з яким можна ознайомитись на вебсайті <https://spbm.medicaid.ohio.gov> або виконавши вхід до облікового запису на порталі для учасників Gainwell за адресою <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Ви можете замовити друкований примірник довідника постачальників фармацевтичних послуг, зателефонувавши до відділу обслуговування клієнтів на номер **1-833-491-0344** (лінія ТТУ: **1-833-655-2437**). Дзвінки безкоштовні.



Ми завжди до ваших послуг

Пам'ятайте, що ми завжди готові надати відповіді на будь-які ваші запитання. Просто зателефонуйте до відділу обслуговування учасників на номер **1-800-895-2017** (лінія ТТУ: **711**). Ви також можете відвідати наш вебсайт за адресою myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare Community Plan
5600 Parkwood Place
Dublin, OH 43016

myuhc.com/CommunityPlan

1-800-895-2017, лінія ТТУ: **711**.

United
Healthcare®
Community Plan

Ця сторінка навмисно залишена пустою.

Ця сторінка навмисно залишена пустою.

