



Ласкаво просимо

UnitedHealthcare Community Plan у штаті Ohio надає медичні послуги жителям штату Ohio, які мають право на пільги для літніх, сліпих, інвалідів, застрахованих сімей і дітей (у т. ч. програми Healthy Start і Healthy Families), а також на додаткові пільги Medicaid для дорослих.

**United
Healthcare®**
Community Plan

Ця сторінка навмисно залишена порожньою.

Вітаємо!

Вітаємо вас у плані UnitedHealthcare Community Plan! Тепер ви є учасником плану медичного страхування, також відомого як організація керованого медичного обслуговування (managed care organization, MCO). UnitedHealthcare Community Plan надає медичні послуги жителям штату Ohio, які мають право на їх отримання, включно з особами з низьким доходом, вагітними жінками, немовлятами й дітьми, літніми людьми та особами з інвалідністю. Як учасник плану, ви тепер маєте право на чудові переваги без жодних витрат із вашого боку, включно з відсутністю доплат. Крім того, ми пропонуємо програми управління захворюваннями та доглядом за такими станами, як астма та діабет, а також програму Healthy First Steps™ для вагітних.

Будь ласка, приділіть кілька хвилин, щоб ознайомитися з цим посібником для учасників. Ми готові відповісти на будь-які ваші запитання. Відповіді на більшість запитань ви можете знайти на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan. Просто зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**, із 7:00 a.m. до 7:00 p.m., з понеділка по п'ятницю.

Інформація, наведена в цьому посібнику для учасників, призначена для інформування та швидкого ознайомлення.



З чого почати

Ми хочемо, щоб ви відразу ж отримали максимальну користь від вашого плану медичного страхування. Почніть із наведених нижче трьох простих кроків.

- 1. Зателефонуйте своєму основному постачальнику медичних послуг (Primary Care Provider, PCP) і заплануйте медичний огляд.** Регулярні медичні огляди — запорука міцного здоров'я. Номер телефону вашого PCP повинен бути вказаний на картці учасника, яку ви нещодавно отримали поштою. Якщо ви не знаєте номер свого PCP або вам потрібна допомога в записі на медичний огляд, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, ТТУ 711**. Ми завжди готові допомогти.
- 2. Пройдіть оцінювання стану вашого здоров'я.** Це короткий і простий спосіб отримати загальне уявлення про ваш поточний спосіб життя та стан здоров'я. Результати оцінювання допоможуть нам підібрати для вас відповідні пільги та послуги. Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan, щоб пройти оцінювання стану здоров'я вже сьогодні. Також ми незабаром зателефонуємо вам, щоб привітати вас у плані UnitedHealthcare Community Plan. Під час цього дзвінка ми пояснимо вам пільги вашого плану медичного страхування. Ми також можемо допомогти вам пройти оцінювання стану здоров'я по телефону.
- 3. Ознайомтеся зі своїм планом медичного страхування.** Почніть із розділу «Основна інформація про план медичного страхування» на сторінці 9, щоб швидко ознайомитися з вашим новим планом. Збережіть цю брошуру для подальшого використання.

Номер телефону відділу обслуговування учасників — 1-800-895-2017, ТТУ 711.

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

Наш офіс не працює у ці основні святкові дні:

- Новий рік
- День Мартіна Лютера Кінга
- День пам'яті
- День незалежності
- День праці
- День подяки
- День після Дня подяки
- Різдво

- 4. Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, ТТУ 711**.

Зміст

Вітаємо!	<u>3</u>
Основна інформація про план медичного страхування	<u>9</u>
Ідентифікаційна картка учасника	<u>9</u>
Стислий огляд пільг	<u>10</u>
Оцінювання стану здоров'я	<u>11</u>
Підтримка учасників	<u>12</u>
Ви можете почати користуватися своїми аптечними пільгами відразу	<u>14</u>
Візит до лікаря	<u>16</u>
Ваш основний постачальник медичних послуг (Primary Care Provider, PCP)	<u>16</u>
Щорічні медичні обстеження	<u>18</u>
Як записатися на прийом до PCP	<u>19</u>
Як підготуватися до прийому у PCP	<u>20</u>
Послуги NurseLine: ваш цілодобовий ресурс медичної інформації	<u>20</u>
Якщо вам потрібна медична допомога, а кабінет вашого лікаря закритий	<u>21</u>
Медична допомога поза домом	<u>22</u>
Постійне місце медичного обслуговування	<u>22</u>
Послуги, за якими ви звертаєтесь самостійно	<u>23</u>
Додаткові пільги для учасників, що належать до категорії з розширеним покриттям для дорослих (Adult Extension)	<u>24</u>
Отримання другої думки	<u>25</u>
Попереднє схвалення	<u>25</u>
Продовження обслуговування, якщо ваш PCP виходить із мережі	<u>26</u>
Послуги транспортування — неекстрені	<u>26</u>
Лікарні та невідкладна допомога	<u>27</u>

Невідкладна допомога	<u>27</u>
Послуги лікарні	<u>28</u>
Екстрена стоматологічна допомога.	<u>28</u>
Послуги, необхідні за медичними показаннями	<u>29</u>
Відсутність медичного покриття за межами США	<u>30</u>
Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio	<u>32</u>
Штат Ohio вітає вас!	<u>32</u>
Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio	<u>35</u>
Ідентифікаційні картки.	<u>36</u>
Інформація для нових учасників	<u>37</u>
Ліки, які відпускаються за рецептом	<u>38</u>
Пільги, що не покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan	<u>39</u>
Послуги, які не покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan крім випадків, коли вони є необхідними за медичними показаннями	<u>39</u>
Послуги з управління обслуговуванням.	<u>40</u>
Відділ обслуговування учасників.	<u>42</u>
Послуги з охорони психічного здоров'я, лікування психічних розладів та розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин	<u>42</u>
OhioRISE.	<u>44</u>
Програма координованого обслуговування	<u>46</u>
Програма Healthchek	<u>47</u>
Вибір основного постачальника медичних послуг (Primary Care Provider, PCP)	<u>49</u>
Зміна PCP	<u>49</u>
Телемедицина	<u>50</u>
Ваші права учасника	<u>50</u>
Як повідомити UnitedHealthcare Community Plan про те, що ви незадоволені або не згодні з прийнятим нами рішенням — Апеляції та скарги	<u>53</u>

Форма апеляції	<u>56</u>
Форма для подання скарг та апеляцій	<u>59</u>
Слухання на рівні штату	<u>61</u>
Відшкодування витрат із майна	<u>62</u>
Послуги екстреної допомоги	<u>62</u>
Нещасний випадок або захворювання (суброгація)	<u>64</u>
Інше медичне страхування (координація пільг (Coordination of Benefits, COB))	<u>64</u>
Повідомлення про втрату страховки (свідectво про належне покриття)	<u>64</u>
Втрата права на участь у програмі Medicaid	<u>64</u>
Автоматичне поновлення участі в MCO	<u>65</u>
Припинення вашої участі в MCO	<u>65</u>
Таблиця послуг Medicaid	<u>70</u>
Послуги, що покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan	<u>70</u>
Додаткові пільги UnitedHealthcare	<u>80</u>
Додаткові пільги	<u>80</u>
Інші деталі плану	<u>87</u>
Пошук постачальника, що входить до мережі	<u>87</u>
Довідник постачальників	<u>87</u>
Якщо ви отримали рахунок за послуги	<u>88</u>
попередні розпорядження;	<u>88</u>
Шахрайство та зловживання	<u>90</u>
Повідомлення про інциденти	<u>91</u>
Нам важлива ваша думка	<u>94</u>
Управління доцільним використанням	<u>95</u>

Програма якості	<u>95</u>
Безпека та захист від дискримінації	<u>96</u>
Клінічні практичні настанови та нові технології	<u>97</u>
Ваші обов'язки як учасника	<u>98</u>
Глосарій термінів, пов'язаних із керованим медичним обслуговуванням	<u>99</u>
Повідомлення про політику конфіденційності плану медичного страхування . . .	<u>105</u>
Додаток А	<u>114</u>
Єдиний менеджер зі страхового покриття аптечних послуг (Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM) у штаті Ohio Зміст	<u>114</u>
1. Зміст посібника учасника	<u>114</u>
1.1 Корпоративна ідентичність	<u>114</u>
1.2 Доступні послуги	<u>115</u>
1.2.1 Уніфікований перелік пріоритетних препаратів	<u>115</u>
1.2.2 Попереднє схвалення	<u>116</u>
1.2.3 Стратегії управління використанням послуг аптеки	<u>116</u>
1.2.4 Виключені послуги	<u>117</u>
1.2.5 Додаткові послуги	<u>117</u>
1.3 Запит на апеляцію, скаргу або слухання на рівні штату	<u>118</u>
1.4. Рекомендації щодо внесення змін	<u>121</u>
1.5. Доступ до аптек	<u>121</u>
1.6 Ліки в разі екстреної ситуації для амбулаторних пацієнтів	<u>122</u>
1.7 Повідомлення про недопущення дискримінації	<u>122</u>
1.8 Заява про мережу постачальників	<u>123</u>
1.9 Мережа постачальників фармацевтичних послуг	<u>123</u>

Основна інформація про план медичного страхування

Ідентифікаційна картка учасника

Ваш ідентифікаційний номер учасника
Ідентифікаційний номер вашого плану
Телефонний номер відділу обслуговування учасників

The diagram shows a sample member ID card from United Healthcare Community Plan. Callouts point to various fields: 'Member ID Number' points to '000000000000', 'Plan ID Number' points to '000000000000', 'Primary Care Provider' points to 'Dr. John Doe', 'Pharmacy Benefit' points to 'gwinwell', and 'Issuance Date' points to 'MM/DD/YYYY'. A separate callout points to the 'Member Services' contact information at the top of the card.

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
gwinwell
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

Ім'я вашого основного постачальника медичних послуг

Інформація для вашого фармацевта

Втратили ідентифікаційну картку учасника?

Якщо ви або хтось із ваших родичів втратили картку, ви можете роздрукувати нову картку з вебсайту myuhc.com/CommunityPlan. Також ви можете зателефонувати до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Стислий огляд пільг

Учасники плану UnitedHealthcare Community Plan мають доступ до різноманітних медичних послуг і пільг. Нижче наведено стислий огляд. Повний перелік міститься в розділі «Пільги».

Послуги первинної медичної допомоги

План покриває всі візити до вашого основного постачальника медичних послуг (Primary Care Provider, PCP). Ваш PCP — це основний лікар, до якого ви звертатиметеся з більшістю питань, пов'язаних із вашим здоров'ям, як-от медичні огляди, лікування застуди та грипу, проблеми зі здоров'ям та обстеження.

Велика мережа постачальників

Ви можете вибрати будь-якого PCP з нашої великої мережі постачальників. Наша мережа також включає спеціалістів, лікарні й аптеки, що надає вам безліч варіантів для медичного обслуговування. Щоб ознайомитися з повним переліком постачальників, що входять у нашу мережу, відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Служба консультацій із медсестрою NurseLine

NurseLine надає вам цілодобовий доступ до досвідчених дипломованих медсестер у телефонному режимі. Медсестри можуть надати вам інформацію, підтримку та консультації з будь-яких питань або проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Телефонуйте за номером **1-800-542-8630**, ТТУ **1-800-855-2880**.

Послуги спеціалістів

Ваш план покриває послуги спеціалістів. Спеціалісти — це лікарі та медсестри, які мають високий рівень підготовки для лікування певних захворювань. Вам може знадобитися направлення від вашого PCP. Див. сторінку 16 посібника.

Ліки

Ваш план покриває рецептурні ліки без доплат для учасників усіх вікових груп. Також покриваються: інсулін, голки та шприци, засоби контрацепції, аспірин із оболонкою для лікування артриту, таблетки заліза та жувальні вітаміни.

Лікарняні послуги

Ви маєте покриття на випадок перебування в лікарні та амбулаторних послуг (послуги, які ви отримуєте в лікарні без ночівлі).

Лабораторні послуги

Послуги, що покриваються, включають аналізи та рентгенологічні обстеження, які допомагають виявити причину захворювання.

- 10 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Профілактичні візити для дітей

Усі профілактичні візити й імунізації для дітей покриваються вашим планом.

Догляд за вагітними та породіллями

Вам покриваються візити до лікаря до та після народження дитини. Покриття включає перебування в лікарні. За потреби ми також покриваємо візити додому після народження дитини.

Планування сім'ї

Вам покриваються послуги, які допомагають контролювати час настання вагітності. Покриття охоплює засоби та процедури контрацепції.

Офтальмологічні послуги

Ваші офтальмологічні пільги включають регулярні огляди очей та окуляри. Див. сторінку 78.

Стоматологічні послуги

План UnitedHealthcare Community Plan покриває стоматологічні послуги. Щоб отримати додаткову інформацію про ваше стоматологічне покриття або знайти стоматолога, увійдіть на вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або в додаток UnitedHealthcare®, або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Доступні послуги транспортування

Якщо вам потрібна допомога з транспортуванням до вашого РСР або іншого постачальника медичних послуг, ми можемо вам допомогти. Для деяких видів медичної допомоги покривається медичне транспортування. Якщо у вас немає іншого способу дістатися до лікаря, ви проживаєте в місцевості, де немає громадського транспорту, або ви не можете користуватися громадським транспортом через стан здоров'я або інвалідність, зателефонуйте за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711** принаймні за 48 годин до поїздки. Додаткову інформацію про покриття транспортування див. у розділі «Покриття та пільги» (Coverage & Benefits) на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan.

Оцінювання стану здоров'я

Оцінювання стану здоров'я — це просте коротке опитування, у межах якого вам задаються прості запитання про ваш спосіб життя та стан здоров'я. Коли ви заповните опитувальник і надішлете його нам, ми зможемо краще зрозуміти ваші потреби. Це допоможе нам підібрати для вас відповідні пільги та послуги.

Будь ласка, приділіть декілька хвилин і заповніть форму оцінювання стану здоров'я. Або зателефонуйте за номером **1-800-895-2017** і пройдіть оцінювання по телефону.

Маєте запитання? Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Підтримка учасників

Ми прагнемо зробити все можливе, щоб ви могли максимально ефективно використовувати свій план медичного страхування. Як наш учасник, ви маєте доступ до багатьох послуг, включно з послугами транспортування та послугами усного перекладу. Якщо у вас є запитання, ви можете отримати відповіді, скориставшись численними доступними вам ресурсами.

На вебсайті ви можете цілодобово отримати доступ до інформації про план.

На вебсайті myuhc.com/CommunityPlan ви можете зареєструватися для онлайн-доступу до вашого облікового запису. На цьому захищеному вебсайті вся ваша медична інформація зібрана в єдиному місці. Окрім інформації про план, вебсайт містить корисні інструменти, які можуть вам допомогти:

- Знайти постачальника
- Знайти ліки в переліку пріоритетних препаратів
- Отримати детальну інформацію про пільги
- Завантажити актуальну редакцію посібника учасника
- Роздрукувати нову ідентифікаційну картку учасника
- Знайти інформацію про доступні винагороди за досягнення певних цілей у сфері здоров'я

Відділ обслуговування учасників працює з 7:00 а.м. до 7:00 р.м. з понеділка по п'ятницю.

Відділ обслуговування учасників може надати відповіді на запитання та допомогти вирішити проблеми. Приклади запитів:

- Інформація про доступні вам пільги
- Допомога в отриманні ідентифікаційної картки учасника на заміну
- Пошук лікаря або клініки невідкладної допомоги
- Інформація про те, як отримати доступ до спеціалізованої медичної допомоги
- Інформація про те, як подати скаргу або апеляцію

Телефонуйте за номером **1-800-895-2017, ТТУ 711.**

Програма управління медичним обслуговуванням

UnitedHealthcare Community Plan пропонує послуги з управління медичним обслуговуванням. Якщо у вас є хронічне захворювання, таке як астма або діабет, ви можете скористатися нашою програмою управління медичним обслуговуванням. Ми можемо допомогти з низкою питань, як-от планування візитів до лікаря та інформування всіх ваших постачальників медичних послуг про медичне обслуговування, яке ви отримуєте. Щоб отримати додаткову інформацію, телефонуйте на номер **1-800-895-2017, ТТУ 711.**

- 12 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, ТТУ 711.**

Ми розмовляємо вашою мовою

Якщо ви розмовляєте мовою, відмінною від англійської, ми можемо безкоштовно надавати перекладені друковані матеріали та мовні послуги, письмову інформацію мовами, які відрізняються від англійської та які зазначені як основна мова учасника, письмову інформацію в альтернативних форматах та інші допоміжні засоби й послуги для осіб з інвалідністю. Також ми можемо надати усного перекладача, який допоможе вам зрозуміти ці матеріали. Більше інформації про послуги усного перекладу й допомогу іншими мовами див. у розділі «Інші деталі плану». Також ви можете зателефонувати до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, ТТТ 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, ТТТ 711**.

Екстрена допомога

В екстреній ситуації телефонуйте **911**

Інші важливі номери телефону

Цілодобова служба консультацій із медсестрою NurseLine (цілодобово та без вихідних)	1-800-542-8630
ТТТ	1-800-855-2880
Програма Healthy First Steps (для майбутніх матерів)	1-800-599-5985
Управління медичним обслуговуванням	1-800-895-2017
Гаряча лінія для повідомлення про шахрайство та зловживання	
UnitedHealthcare	1-877-766-3844
Департамент із питань страхування у штаті Ohio	1-800-686-1527
.....	1-614-644-2671
Гаряча лінія для споживачів Medicaid у штаті Ohio	1-800-324-8680
ТТТ	1-800-292-3572

Якщо ваша адреса змінилася, зв'яжіться з вашим місцевим офісом Департаменту праці та сімейних послуг (Job and Family Services, JFS).

Ви можете почати користуватися своїми аптечними пільгами відразу

Для обробки страхових претензій за рецептами учасники плану UnitedHealthcare Community Plan використовують Gainwell. Якщо вам потрібна допомога, скористайтеся посібником учасника Gainwell. Ваш план покриває чимало рецептурних ліків (препаратів). Ліки, які покриваються, наведені в переліку пріоритетних препаратів (Preferred Drug List, PDL). Цей перелік також відомий як формуляр. Ваш лікар використовує цей перелік/PDL, щоб переконатися, що ліки, які вам потрібні, покриваються вашим планом. Gainwell управляє доступним вам покриттям рецептурних препаратів і може покривати інші ліки за попереднім схваленням. Якщо ваш препарат потребує попереднього схвалення, ваш постачальник медичних послуг може подати запит від вашого імені. З переліком пріоритетних препаратів (Preferred Drug List, PDL) для вашого плану можна ознайомитися на нашому вебсайті за адресою myuhc.com/CommunityPlan. Там ви також можете шукати ліки за назвою.

Почати отримувати ліки за рецептами дуже просто. Нижче наведено інформацію про те, як це зробити.

1. Чи включені ваші ліки до переліку пріоритетних препаратів?

Якщо так

Якщо ваші ліки включені до переліку пріоритетних препаратів, все просто. Не забудьте показувати фармацевту свою нову картку учасника щоразу, коли отримуєте ліки за рецептом.

Перегляньте перелік пріоритетних препаратів онлайн за адресою myuhc.com/CommunityPlan. Ви також можете зателефонувати до відділу обслуговування учасників Gainwell за номером **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**). Ми завжди готові допомогти.

Якщо ні

Якщо ваші рецепти не включені до переліку пріоритетних препаратів, призначте зустріч із лікарем протягом наступних 30 днів. Він може допомогти вам перейти на ліки, які включені до переліку пріоритетних препаратів. Ваш лікар також може допомогти вам подати запит на виняток, якщо на його думку, вам потрібні ліки, які не включені до переліку.

2. У вас є рецепт?

Якщо у вас є рецепт від лікаря або вам потрібно поповнити запас ліків, зверніться до аптеки, що входить до мережі. Покажіть фармацевту вашу ідентифікаційну картку учасника. Перелік аптек, що входять до мережі, можна знайти в онлайн-каталозі постачальників за адресою spbm.medicaid.ohio.gov або зателефонувавши до відділу обслуговування учасників Gainwell за номером 1-833-491-0344.

3. Потрібно поповнити запас ліків, які відсутні в переліку пріоритетних препаратів?

Завітайте до аптеки, що входить до мережі, і покажіть свою ідентифікаційну картку учасника. Якщо у вас немає ідентифікаційної картки учасника, ви можете показати фармацевту наведену нижче інформацію. Порадьтеся зі своїм лікарем щодо варіантів рецептурних ліків.

До уваги фармацевта

Будь ласка, обробіть запит учасника Gainwell, використовуючи наведені нижче дані.

BIN: 02451

Контрольний номер обробника: OHRXPROD

Якщо ви отримали повідомлення про те, що ліки учасника потребують попереднього схвалення або не входять до нашого формуляру, зателефонуйте до Gainwell за номером **1-833-491-0344** або відвідайте веб-сайт spbm.medicaid.ohio.gov, щоб отримати додаткову інформацію.

Візит до лікаря

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

Основного лікаря, до якого ви звертаєтесь, ми називаємо основним постачальником медичних послуг або PCP. Коли ви протягом тривалого часу відвідуєте одного й того ж PCP, вам легше налагодити з ним стосунки. Кожен член сім'ї може мати свого власного PCP, або ви можете всі разом звертатися до одного і того ж постачальника. Ви звертаєтесь до свого PCP з таких питань:

- Плановий догляд, включно зі щорічними медичними обстеженнями
- Координація вашого лікування у спеціаліста
- Лікування застуди та грипу
- Інші проблеми зі здоров'ям

У вас є вибір

Ви можете вибрати будь-якого з багатьох постачальників послуг, що входять до нашої мережі. Типи PCP (перелік не є вичерпним):

- Сімейний лікар (також називається терапевтом) — лікує дітей і дорослих
- Лікар внутрішньої медицини (також називається інтерністом) — лікує дорослих
- Медична сестра (Nurse Practitioner, NP) — лікує дітей і дорослих
- Педіатр — лікує дітей
- Асистент лікаря (Physician Assistant, PA) — лікує дітей і дорослих

Хто такий постачальник, що входить до мережі?

Постачальники, що входять до мережі, уклали договір з UnitedHealthcare Community Plan про надання медичного обслуговування нашим учасникам. Вам не потрібно телефонувати нам, перш ніж звернутися до такого постачальника. Іноді учасникам потрібно звернутися до лікаря дуже вузької спеціалізації. Ми будемо співпрацювати з вашим PCP, щоб забезпечити вам доступ до потрібного вам спеціаліста або послуги протягом усього необхідного часу, навіть якщо цей постачальник наразі не входить до мережі. Ви не несете жодних витрат, якщо ми заздалегідь схвалимо лікування або послугу, перш ніж ви звернетесь до постачальника, що не входить до мережі.

Якщо ви звернетесь до спеціаліста без направлення від вашого PCP та без попереднього дозволу від UnitedHealthcare Community Plan, вам, можливо, доведеться оплатити рахунок самостійно. З будь-яких питань завжди спочатку звертайтеся до PCP.

- 16 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, TTY 711.**

Постачальники плану UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan укладає договори з постачальниками послуг, які відповідають стандартам якості UnitedHealthcare Community Plan.

Є 3 способи знайти РСР, що найкраще задовольнятиме ваші потреби.

1. Перегляньте друкований примірник довідника постачальників. У довіднику постачальників перелічені всі постачальники, що входять до мережі. Ви можете замовити друкований примірник довідника постачальників, зателефонувавши до відділу обслуговування учасників або надіславши листівку, яку ви отримали разом із матеріалами для нових учасників, що містять вашу ідентифікаційну картку учасника.
2. Скористайтеся інструментом пошуку Find-A-Doctor на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan.
3. Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**. Ми відповімо на ваші запитання та допоможемо знайти РСР поблизу.

Ваш план має мережу якісних лікарів, лікарень та інших постачальників медичних послуг, які разом прагнуть допомогти вам отримати найкраще медичне обслуговування. Перегляньте довідник постачальників вашого плану, щоб ознайомитися з переліком постачальників, що входять до мережі. Оскільки ми невинно працюємо на створення якісної мережі постачальників, перелік постачальників може змінюватися протягом року. З актуальною версією довідника постачальників можна ознайомитися на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan або в додатку UnitedHealthcare app.

Якщо вам потрібна допомога у пошуку постачальника для будь-якої з наших послуг або постачальника, який працює з нашими послугами та другим страховиком, ви також можете зателефонувати до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**. Ми з радістю допоможемо вам знайти РСР, який входить до мережі плану та який підійде саме вам. Повідомте представника відділу обслуговування учасників, якщо у вас є будь-які побажання щодо місця розташування, мови або культурних особливостей. Безкоштовний паперовий примірник довідника постачальників можна отримати, зателефонувавши до відділу обслуговування учасників.

Після вибору РСР зателефонуйте до відділу обслуговування учасників і повідомте нас про свій вибір. Ми подбаємо про оновлення ваших даних. Якщо ви не хочете вибирати РСР самостійно, UnitedHealthcare може вибрати його за вас, виходячи з вашого місця розташування та мови, якою ви розмовляєте.

Докладна інформація про лікарів, що входять до мережі

Щоб отримати докладну інформацію про лікарів, що входять до мережі, ви можете відвідати вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонувати до відділу обслуговування учасників. Ми можемо надати вам таку інформацію:

- Ім'я, адреса, номери телефонів
- Професійні кваліфікації

Маєте запитання? Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Вітаємо!

- Спеціалізація
- Медичний заклад, який закінчив лікар
- Відомості про проходження ординатури
- Статус професійної сертифікації
- Мови, якими володіє

Щорічні медичні обстеження

Важливість щорічного медичного обстеження

Лікаря слід відвідувати не тільки в разі хвороби. Щорічні медичні обстеження у вашого РСР можуть допомогти вам підтримувати своє здоров'я. Окрім перевірки загального стану вашого здоров'я, ваш РСР подбає про те, щоб ви пройшли необхідні скринінгові обстеження, аналізи та щеплення. У разі виникнення проблем зі здоров'ям їх зазвичай набагато легше лікувати на ранній стадії.

Нижче наведено невичерпний перелік важливих скринінгових обстежень. Частота проходження скринінгових обстежень залежить від вашого віку та факторів ризику. Порадьтеся зі своїм лікарем щодо того, що підходить саме вам.

Для жінок

- Пап-мазок — допомагає виявити рак шийки матки
- Обстеження грудей/мамографія — допомагає виявити рак грудей

Для чоловіків

- Обстеження яєчок — допомагає виявити рак яєчок
- Обстеження простати — допомагає виявити рак простати

Профілактичні візити для дітей

Профілактичні візити для дітей дозволяють вашому РСР оцінити, як росте й розвивається ваша дитина. Під час цих візитів він також проведе необхідні скринінгові обстеження, як-от тести на мовлення та слух, а також зробить імунізації. Ці планові візити також є чудовою нагодою для вас задати будь-які запитання щодо поведінки та загального самопочуття вашої дитини, зокрема щодо таких аспектів, як:

- Їжа
- Сон
- Поведінка
- Соціальні взаємодії
- Фізична активність

Графік медичних обстежень

Важливо запланувати профілактичні візити до лікаря на ці вікові періоди:

3–5 днів	15 місяців
1 місяць	18 місяців
2 місяці	24 місяці
4 місяці	30 місяців
6 місяців	Щороку після 3 років
9 місяців	Профілактичні візити
12 місяців	для підлітків

18 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, TTY 711.**

Нижче наведено перелік вакцин, які, ймовірно, призначить лікар, та інформація про те, як вони захищають вашу дитину.

- **Гепатит А та гепатит Б:** запобігають двом поширеним інфекціям печінки
- **Ротавірус:** захищає від вірусу, що викликає сильну діарею
- **Дифтерія:** запобігає небезпечній інфекції горла
- **Правець:** запобігає небезпечному нервовому захворюванню
- **Коклюш:** запобігає коклюшу
- **НіВ:** запобігає дитячому менінгіту
- **Менінгокок:** запобігає бактеріальному менінгіту
- **Поліомієліт:** запобігає вірусу, який викликає параліч
- **MMR:** запобігає кору, паротиту та краснусі
- **Вітрянка:** запобігає вітряній віспі
- **Грип:** захищає від вірусу грипу
- **Пневмокок:** запобігає інфекціям вух, інфекціям крові, пневмонії та бактеріальному менінгіту
- **HPV:** захищає від вірусу, що передається статевим шляхом і може призвести до раку шийки матки у жінок та генітальних бородавок у чоловіків

Як записатися на прийом до РСР

Зателефонуйте безпосередньо до кабінету лікаря. Номер телефону має бути вказаний на вашій ідентифікаційній картці учасника. Коли ви телефонуєте, щоб записатися на прийом, обов'язково повідомте, з якою проблемою ви звертаєтесь. Це допоможе забезпечити вам необхідну допомогу в потрібний час.

Стандарти очікування запису на прийом:

- Екстрені ситуації — негайно або направлення до відділення екстреної допомоги
- Екстрені ситуації, що не загрожують життю — негайно або направлення до відділення екстреної допомоги
- Невідкладні (але не екстрені) ситуації — протягом 1 дня або 24 годин
- Плановий візит — протягом 6 тижнів
- Профілактика й велнес — протягом 6 тижнів

Як підготуватися до прийому у РСР

Перед візитом

1. Перед візитом визначте, що ви хочете отримати від візиту (полегшення симптомів, направлення до спеціаліста, конкретна інформація тощо).
2. Запишіть усі нові симптоми та дату їх появи.
3. Складіть список усіх ліків і вітамінів, які ви приймаєте на регулярній основі.

Під час візиту

Під час зустрічі з лікарем не соромтеся:

- Задавати запитання.
- Робити нотатки, якщо це допоможе вам запам'ятати інформацію.
- Попросити лікаря говорити повільно або пояснити все, чого ви не розумієте.
- Просити додаткову інформацію про будь-які ліки, методи лікування або захворювання.

Послуги NurseLine: ваш цілодобовий ресурс медичної інформації

Телефонуйте за номером 1-800-542-8630, ТТУ 1-800-855-2880

Коли ви хворієте або травмуєтеся, може бути складно прийняти рішення щодо медичної допомоги. Ви можете не знати, що вам слід робити: звернутися до відділення екстреної допомоги, відвідати центр невідкладної допомоги, записатися на прийом до лікаря чи лікуватися самостійно. Досвідчена медсестра NurseLine може надати вам інформацію, яка допоможе вам прийняти рішення.

Медсестри можуть надати інформацію та підтримку з багатьох питань та проблем, пов'язаних зі здоров'ям, як-от:

- Незначні травми
- Поширені захворювання
- Поради щодо самостійного лікування та варіанти лікування
- Нещодавні діагнози та хронічні захворювання
- Вибір відповідного медичного обслуговування
- Профілактика захворювань
- Харчування та фізична форма
- Запитання, які слід задати своєму постачальнику
- Як безпечно приймати ліки
- Здоров'я чоловіків, жінок і дітей

Можливо, ви просто цікавитесь питаннями здоров'я і хочете дізнатися більше. Досвідчені дипломовані медсестри можуть надати вам інформацію, підтримку та консультації з будь-яких питань або проблем, пов'язаних зі здоров'ям.

Просто зателефонуйте на безкоштовний номер **1-800-542-8630**, ТТУ **1-800-855-2880**. Безкоштовний номер NurseLine працює цілодобово та без вихідних. Крім того, кількість дзвінків не обмежена.

Якщо вам потрібна медична допомога, а кабінет вашого лікаря закритий

Зателефонуйте своєму лікарю, якщо вам потрібна неекстрена медична допомога. Телефон вашого лікаря працює цілодобово та без вихідних. Ваш лікар або лікар, який чергує, допоможе вам прийняти правильне рішення щодо подальших дій.

Вам можуть порадити:

- Звернутися до клініки, що працює за межами звичайних робочих годин, або до центру невідкладної допомоги
- Звернутися до лікаря вранці
- Звернутися до відділення екстреної допомоги (emergency room, ER)
- Придбати ліки в аптеці

Медична допомога поза домом

- Якщо вам потрібна невідкладна медична допомога, коли ви перебуваєте далеко від дому, зателефонуйте своєму PCP або в план UnitedHealthcare Community Plan за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.
- У екстреній ситуації вам не потрібно спочатку телефонувати своєму PCP. Зверніться до найближчого відділення екстреної медичної допомоги або зателефонуйте за номером **911**.
- Зателефонуйте своєму PCP після відвідування відділення екстреної допомоги.
- Отримайте подальшу допомогу від свого PCP.
- Коли ви повернетесь додому, рутинні медичні послуги повинні надаватися вашим PCP.
- Усі послуги за межами Сполучених Штатів та їх територій не покриваються.

Якщо ви отримуєте екстрену медичну допомогу, перебуваючи далеко від дому, лікар може надіслати страхову претензію в електронний спосіб або на цю адресу:

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

Якщо ви перебуваєте далеко від дому і вам потрібна неекстрена допомога, але ви не можете знайти постачальника, що входить до мережі, поблизу, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером, вказаним на вашій ідентифікаційній картці учасника.

Постійне місце медичного обслуговування

Що таке постійне місце медичного обслуговування?

Постійне місце медичного обслуговування — це джерело медичної допомоги, яким ви користуєтесь постійно і якому довіряєте. Якщо ви постійно відвідуєте одного й того ж лікаря або медичну практику, цей лікар або медична практика є вашим «постійним місцем медичного обслуговування».

Чому важливо мати постійне місце медичного обслуговування?

Наявність постійного місця медичного обслуговування полегшує отримання медичної допомоги та консультацій. Є багато причин, чому вам слід мати постійне місце медичного обслуговування.

- Постійне місце медичного обслуговування завжди матиме вашу медичну документацію. Це дозволить лікареві швидше вас оглянути.

22 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

- У постійному місці медичного обслуговування знатимуть, які щеплення, захворювання та рецепти ви мали і що найкраще вам допомагає.
- У постійному місці медичного обслуговування знатимуть про ваші алергії та інші проблеми зі здоров'ям.
- У постійному місці медичного обслуговування знатимуть, яка поведінка та здоров'я є звичними для вас.
- У постійному місці медичного обслуговування зможуть відповісти на ваші запитання щодо попереднього лікування.

Ми рекомендуємо всім нашим учасникам мати постійне місце медичного обслуговування.

Послуги, за якими ви звертаєтесь самостійно

Ви можете отримати деякі послуги без направлення чи рекомендації вашого PCP до іншого лікаря. Ці послуги називаються послугами, за якими ви звертаєтесь самостійно. Приклади послуг, які ви можете отримати без направлення вашого PCP:

- Стоматологічні послуги
- Офтальмологічні послуги
- Планові та профілактичні послуги з охорони здоров'я жінок, що надаються спеціалістами із жіночого здоров'я (акушер, гінеколог, сертифікована медсестра-акушерка)
- Спеціалізована допомога (за винятком хіміотерапії та знеболення)
- Екстрена медична допомога
- Послуги, що надаються визнаними постачальниками послуг із планування сім'ї (Qualified Family Planning Providers, QFPP)
- Послуги з охорони психічного здоров'я, психіатричної допомоги та допомоги у зв'язку із вживанням психоактивних речовин
- Послуги, що надаються у визнаних федеральних центрах охорони здоров'я (Federally Qualified Health Centers, FQHC) / сільських медичних клініках (RHC) і послуги сертифікованих практикуючих медсестер
- Діаліз
- Променева терапія
- Мамографія

У разі самостійного звернення ви повинні завжди звертатися до постачальників, що входять до мережі, за винятком екстреної допомоги та послуг, що надаються визнаними федеральними центрами охорони здоров'я (Federally Qualified Health Centers, FQHC) / сільськими медичними клініками (RHC), визнаними постачальниками послуг із планування сім'ї (Qualified Family Planning Providers, QFPP) і сертифікованими лікувальними центрами Департаменту психічного здоров'я та наркологічних послуг Ohio (Ohio Department of

Mental Health and Addiction Services, OhioMHAS), які є постачальниками послуг за програмою Medicaid. Це постачальники, перелічені у вашому довіднику постачальників плану UnitedHealthcare Community Plan. Ваш довідник постачальників послуг включає спеціалістів, як-от онкологів, гінекологів, окулістів, стоматологів і психологів. Якщо потрібний вам постачальник послуг відсутній у довіднику, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників або відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan, щоб дізнатися, чи приймає ваш постачальник план UnitedHealthcare Community Plan. Щоб отримувати найкраще обслуговування, повідомляйте свого РСР про всі самостійні візити до спеціалістів та інших постачальників послуг. Таким чином, ваш РСР може допомогти координувати ваше медичне обслуговування. Якщо ви звертаєтесь до постачальника, який не є учасником плану UnitedHealthcare Community Plan, для отримання послуг може знадобитися попереднє схвалення.

Постачальники, які не входять до мережі

Постачальники, які не співпрацюють із планом UnitedHealthcare Community Plan, — це постачальники, що не входять до мережі UnitedHealthcare. Якщо ви звертаєтесь до постачальника, який не входить до мережі, UnitedHealthcare, як правило, не оплачує послуги, за винятком випадків, коли це послуги з планування сім'ї, що покриваються, екстрена допомога або ми надали вам попереднє схвалення. Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017** (для осіб із вадами слуху: **711**). Ми допоможемо вам. Відділ обслуговування учасників також може надати вам перелік спеціалістів, включно з постачальниками послуг з охорони психічного здоров'я.

Додаткові пільги для учасників, що належать до категорії з розширеним покриттям для дорослих (Adult Extension)

Послуги закладів, зокрема, послуги закладів сестринського догляду та закладів проміжного догляду для осіб з інтелектуальними порушеннями (intermediate care facility for individuals with intellectual disabilities, ICF-IID), покриваються для учасників, що належать до категорії з розширеним покриттям для дорослих, без обмежень, якщо це необхідно за медичними показаннями.

Послуги закладів сестринського догляду (Nursing Facility, NF)

Правила ОАС 5160-26-02 та 5160-26-03 дозволяють ODM виключати учасників за запитом до ODM. Учасники МСО, що належать до груп з CFC та ABD, можуть бути виключені після другого місяця безперервного перебування у закладі сестринського догляду та покриті за програмою оплати за кожну послугу (fee-for-service, FFS), якщо вони відповідають певним вимогам. Однак учасники МСО, що належать до категорії з розширеним покриттям для дорослих, не підлягають виключенню з програми керованого

медичного обслуговування та залишаються в програмі протягом усього необхідного за медичними показаннями періоду перебування в NF, за умови, що вони продовжують відповідати критеріям категорії з розширеним покриттям для дорослих Medicaid. Госпіталізація до ICF-IID: Якщо вам стало відомо, що учасник, що належить до категорії з розширеним покриттям для дорослих, госпіталізований до закладу ICF-IID, негайно зв'яжіться з ODM. ODM разом з MCO визначають подальші кроки.

Послуги психолога

Для послуг психолога для дорослих відсутні ліміти (також відомі як «жорсткі ліміти»); необхідні за медичними показаннями послуги психолога повинні надаватися без обмежень усім учасникам, що належать до категорії з розширеним покриттям для дорослих. Відсутність жорстких лімітів для цієї пільги зумовлена необхідністю забезпечити відповідність вимогам федерального Закону про паритет у сфері психічного здоров'я та рівність у лікуванні залежностей (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, МНРАЕА).

Отримання другої думки

Отримання другої думки — це звернення з тією самою проблемою зі здоров'ям до другого лікаря. Ви можете отримати другу думку від постачальника, що входить до мережі, щодо будь-якої з доступних вам пільг. Це ваш особистий вибір. Ви не зобов'язані отримувати другу думку.

Попереднє схвалення

У деяких випадках ваш постачальник повинен отримати дозвіл від медичного плану, перш ніж надати вам певну послугу. Це називається попереднім схваленням. Це обов'язок вашого постачальника. Якщо він не отримає попереднє схвалення, ви не зможете отримати ці послуги.

Потрібне попереднє схвалення

Приклади послуг, які потребують попереднього схвалення:

- Госпіталізація
- Медичне обслуговування на дому
- Деякі амбулаторні процедури з візуалізації, зокрема MRI, MRA, CT-сканування та PET-сканування

Продовження обслуговування, якщо ваш РСР виходить із мережі

Іноді РСР виходять із мережі. Якщо ваш РСР вирішить вийти з мережі, ми повідомимо вас про це, надіславши листа. Іноді UnitedHealthcare Community Plan оплачуватиме вам послуги, що покриваються планом, протягом короткого періоду часу після виходу РСР з мережі. Якщо ви отримуєте лікування у зв'язку із серйозною медичною проблемою, ви можете продовжити обслуговування та лікування після того, як ваш лікар вийде з мережі. Наприклад, ви можете мати право на це, якщо на момент, коли ваш лікар виходить із мережі, ви проходите хіміотерапію від раку або перебуваєте принаймні на шостому місяці вагітності. Щоб попросити про це, зателефонуйте своєму лікарю. Попросіть його подати запит до UnitedHealthcare на отримання дозволу на продовження обслуговування та лікування.

Послуги транспортування — неекстрені

Якщо вам потрібна допомога з транспортуванням до вашого РСР або іншого постачальника медичних послуг, ми можемо вам допомогти. UnitedHealthcare Community Plan надає вам 30 поїздок в один бік або 15 поїздок в обидва боки на рік до вашого РСР, WIC, аптеки або інших постачальників медичних послуг або послуг з охорони психічного здоров'я, як-от офтальмологічні, стоматологічні, психіатричні та наркологічні послуги, що беруть участь у програмі. Ви також можете попросити про допомогу з транспортуванням на візити для повторного оцінювання Medicaid, до продовольчих банків і до продуктового магазину, щоб забрати (біля узбіччя) попередньо замовлені вами продукти.

На додаток до необхідних послуг із транспортування, UnitedHealthcare Community Plan пропонує такі додаткові послуги:

- Для учасників або їхніх представників, які вважають за краще використовувати власний транспортний засіб для поїздок на медичні прийоми, тепер доступне відшкодування кілометражу. Учасники повинні зателефонувати за 5 днів до запланованої дати поїздки.
- Необмежена кількість поїздок для визначених планом критично важливих медичних перевезень, як-от: вагітність, пренатальний період, післяпологовий період, призначення WIC, відвідування NICU та профілактичних візитів для дітей (віком до 1 року), діаліз і пов'язане з діалізом лікування, хіміотерапія та променева терапія. Попереднє повідомлення не вимагається. Дозволяється здійснення окремих поїздок до аптеки.

Лікарні та невідкладна допомога

Невідкладна допомога

Клініки невідкладної допомоги допоможуть вам, якщо вам потрібно звернутися до лікаря з приводу стану, що не загрожує життю, але ваш РСР недоступний або вам потрібна допомога в неробочий час. Приклади поширених проблем зі здоров'ям, з якими можна звернутися в клініку невідкладної допомоги:

- Біль у горлі
- Вушна інфекція
- Незначні порізи або опіки
- Грип
- Трохи підвищена температура
- Розтягнення зв'язок

Якщо у вас або ваших дітей виникла проблема, що потребує невідкладної допомоги, спочатку зателефонуйте своєму РСР. Ваш лікар може допомогти вам отримати необхідну медичну допомогу. Ваш лікар може порадити вам звернутися до відділення невідкладної допомоги або до відділення екстреної допомоги.

Планування заздалегідь

Рекомендуємо дізнатися, яка клініка невідкладної допомоги знаходиться поруч із вами. Перелік клінік невідкладної допомоги міститься у наданому вам довіднику постачальників. Також ви можете зателефонувати до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, ТТУ 711**.

Послуги лікарні

Іноді за станом здоров'я вам може знадобитися звернутися до лікарні. Послуги лікарні можуть надаватися як в умовах стаціонару, так і амбулаторно.

Амбулаторні послуги включають рентгенографію, лабораторні дослідження та незначні хірургічні втручання. Якщо вам потрібні амбулаторні послуги, ваш РСР повідомить вас про це. У кабінеті вашого лікаря вам допоможуть скласти графік їх отримання.

Стаціонарні послуги вимагають, щоб ви залишалися в лікарні на ніч. Такі послуги можуть знадобитися в разі серйозного захворювання, операції або народження дитини.

Стаціонарні послуги вимагають госпіталізації до лікарні. Лікарня зв'яжеться з UnitedHealthcare Community Plan і попросить дозволу на надання вам обслуговування. Якщо лікар, який госпіталізує вас до лікарні, не є вашим РСР, вам слід зателефонувати РСР і повідомити про те, що вас госпіталізують до лікарні.

Екстрена стоматологічна допомога

Екстрена стоматологічна допомога для вгамування болю, кровотечі або інфекції покривається вашим планом.

Звернення до лікарні

Звертатися до лікарні слід лише тоді, коли вам потрібна екстрена допомога, або якщо це рекомендує зробити ваш лікар.

Послуги, необхідні за медичними показаннями

Медичні послуги, які:

- необхідні для профілактики, діагностики, запобігання погіршенню, полегшення, корекції або лікування медичних станів, які загрожують життю, спричиняють страждання або біль, призводять до фізичних деформацій або порушення функцій, можуть спричинити або посилити інвалідність, або призводять до хвороби або немічності учасника плану UnitedHealthcare Community Plan;
- надаються у відповідному закладі та на відповідному рівні медичної допомоги для лікування медичного стану учасника плану UnitedHealthcare Community Plan; і
- надаються відповідно до загальноприйнятих стандартів медичної практики.

Послуги, що надаються в окремому пологовому центрі. Учасники повинні зателефонувати до відділу обслуговування учасників, щоб дізнатися, чи є в штаті Ohio центри, що відповідають вимогам.

Медичні послуги, що є необхідними за медичними показаннями, слід отримувати у постачальників, що входять до мережі МСО, за винятком послуг екстреної допомоги.

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

Пільга з тимчасового догляду має на меті забезпечити короткостроковий відпочинок основному доглядачу за особою віком до 21 року. У межах цієї пільги надається допомога у приготуванні їжі та практична допомога під час відпочинку/нагляду за дитиною. Послуги можуть надаватися на плановій або екстреній основі та за місцем проживання дитини особами, які працюють у зареєстрованих постачальників Medicaid та які є або сертифікованими Medicare агентствами з догляду на дому, або іншими акредитованими агентствами. Послуги з тимчасового догляду не можуть надаватися юридично відповідальним членом сім'ї дитини або патронатним вихователем. Під час надання послуг із тимчасового догляду постачальники повинні бути притомними. Послуги не можуть надаватися в нічний час. Для послуг із тимчасового догляду встановлено обмеження — не більше 24 годин на місяць і не більше 250 годин на календарний рік.

Учасники, що мають право на пільгу з тимчасового догляду:

- Діти віком до 21 року, які мають право на SSI
- Учасники, що зареєстровані в програмі управління керованим медичним обслуговуванням Організації з керованого медичного обслуговування (Managed Care Organization, MCO) Medicaid
- Учасники, які проживають з основним доглядачем, що надає послуги неофіційно та на безоплатній основі
- Учасники, що визначені МСО як такі, що потребують інституційного рівня медичної допомоги
- Учасники, що визначені МСО як такі, що потребують кваліфікованого сестринського догляду або кваліфікованих реабілітаційних послуг принаймні раз на тиждень
- Учасники, що отримували послуги з догляду на дому в обсязі не менше 14 годин на тиждень протягом щонайменше 6 місяців поспіль, що передують даті подання запиту на отримання послуг із тимчасового догляду
- Учасники, щодо яких МСО визначила, що основний доглядач потребує тимчасового відпочинку від догляду за дитиною внаслідок потреб у довгострокових послугах і підтримці або з метою запобігання розміщення в інституційному закладі або закладі за межами дому

Деякі послуги, що є необхідними за медичними показаннями, потребують попереднього схвалення, перш ніж ви зможете їх отримати. Додаткову інформацію про попереднє схвалення див. на сторінці 25 цього посібника.

Відсутність медичного покриття за межами США

Якщо ви перебуваєте за межами США та їхніх територій і потребуєте медичної допомоги, будь-які отримані вами медичні послуги не будуть покриватися планом UnitedHealthcare Community Plan. Medicaid не оплачує медичні послуги, отримані вами за межами США.

Не чекайте

Якщо вам потрібна екстрена допомога, зателефонуйте на номер **911** або зверніться до найближчої лікарні.

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

Штат Ohio вітає вас!

Шановний учаснику плану UnitedHealthcare Community Plan!

Вітаємо вас у плані UnitedHealthcare Community Plan! Якщо ви маєте проблеми з читанням або розумінням цієї інформації, зверніться по допомогу до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТТ **711**, з 7:00 a.m. до 7:00 p.m., з понеділка по п'ятницю. Ми допоможемо вам безкоштовно. Ми можемо пояснити цю інформацію англійською або вашою рідною мовою, надавши послуги усного або письмового перекладу. Ми можемо надрукувати цю інформацію відмінною від англійської мовою, якщо англійська не є вашою основною мовою. Ви можете отримати цей документ безкоштовно в інших форматах, наприклад, великим шрифтом, шрифтом Брайля або в аудіоформаті, а також можете отримати інші допоміжні засоби та послуги для осіб з обмеженими можливостями. Якщо у вас є порушення зору або слуху, ми можемо надати спеціальну допомогу. Телефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТТ **711**, з 7:00 a.m. до 7:00 p.m., з понеділка по п'ятницю. Дзвінок безкоштовний.

Якщо ваш стан здоров'я вимагає постійного медичного догляду, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників якомога швидше. Наприклад, якщо вам потрібна операція, ви вагітні, або якщо ви відвідуєте спеціаліста, отримуєте послуги фізичної терапії чи послуги медичного обслуговування на дому, негайно зателефонуйте до відділу обслуговування учасників.

У вкладенні міститься ваш екземпляр посібника учасника. Посібник учасника містить багато інформації, яку вам необхідно знати як учаснику плану UnitedHealthcare Community Plan. Будь ласка, ознайомтеся з цими матеріалами.

Нижче наведено інформацію, яка допоможе вам отримувати медичні послуги через план UnitedHealthcare Community Plan.

- На вашій ідентифікаційній картці вказано ім'я та номер телефону вашого основного постачальника медичних послуг (Primary Care Provider, PCP). Ваш PCP задовольнятиме більшість ваших потреб у медичному обслуговуванні. Якщо ви не

хочете звертатися до PCP, що вказаний на вашій ідентифікаційній картці учасника, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників плану UnitedHealthcare Community Plan, і змініть свого PCP. Ваш PCP повинен входити до мережі постачальників послуг плану UnitedHealthcare Community Plan.

- Імена постачальників, що входять до мережі постачальників плану UnitedHealthcare Community Plan, зазначені у довіднику постачальників. Для отримання більшості медичних послуг ви повинні звертатися до постачальників, які входять до мережі постачальників плану UnitedHealthcare Community Plan. У вашому посібнику учасника міститься інформація про те, як отримати доступ до послуг, що надаються цими постачальниками. Ви також можете звернутися по допомогу до відділу обслуговування учасників.
- Якщо ви попросили надати вам друкований екземпляр довідника постачальників під час звернення на гарячу лінію Medicaid для вибору плану керованого медичного обслуговування, ви повинні отримати його протягом наступних кількох днів. Якщо ви не зверталися на гарячу лінію Medicaid із запитом про реєстрацію і вас просто призначили до плану UnitedHealthcare Community Plan, ви можете попросити надати вам друкований екземпляр довідника постачальників, зателефонувавши до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТТ **711**, з понеділка по п'ятницю, або надіславши листівку, що додається. Учасники також можуть переглянути актуальну інформацію про мережу постачальників на нашому вебсайті за адресою myuhc.com/CommunityPlan.

Якщо ви не отримали вищезазначені документи або якщо ви не розумієте інформацію, якнайшвидше зверніться до нашого відділу обслуговування учасників.

Якщо для отримання медичних послуг, що покриваються, вам потрібно їхати на відстань 30 миль або більше від вашого дому, UnitedHealthcare Community Plan надасть вам послуги транспортування до офісу постачальника та назад. Крім того, ми також надаємо послуги транспортування для деяких інших візитів до постачальників, як зазначено у вашому посібнику учасника. Якщо ви є учасником плану, щоб замовити послугу транспортування, ви можете зателефонувати за номером **1-800-895-2017**, ТТТ **711**, принаймні за 48 годин до візиту.

На додаток до допомоги з транспортуванням, яку надає план UnitedHealthcare Community Plan, при отриманні певних послуг ви можете скористатися послугами транспортування через місцевий окружний Департамент праці та сімейних послуг за програмою неекстреного транспортування (Non-Emergency Transportation, NET). Якщо у вас є запитання або вам потрібна допомога в отриманні послуг NET, зателефонуйте до окружного Департаменту праці та сімейних послуг.

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

Особи, для яких участь в МСО є необов'язковою

- Члени індіанського племені, визнаного на федеральному рівні, незалежно від віку
- Особи, які отримують послуги за альтернативними програмами з догляду на дому та в спільноті через Департамент із питань вад розвитку в штаті Ohio

Особи, які не мають права на участь в МСО

Такі особи не мають права брати участь у плані UnitedHealthcare Community Plan:

- Особи, які мають право як на Medicaid, так і на Medicare
- Особи, що перебувають у стаціонарних установах (в установах сестринського догляду та не належать до категорії з розширеним покриттям для дорослих, закладах довгострокового догляду, ICF-IID та інших установах)
- Особи, що отримують послуги за альтернативними програмами Medicaid і не належать до категорії з розширеним покриттям для дорослих

Якщо, на вашу думку, ви або ваша дитина відповідаєте будь-якому із зазначених вище критеріїв і не зобов'язані приєднуватися до плану керованого медичного обслуговування, зателефонуйте на гарячу лінію Medicaid за номером 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). Якщо ви відповідаєте будь-якому із зазначених вище критеріїв, участь в МСО буде припинено.

Якщо у вас є запитання щодо наведеної вище інформації або інші запитання, з якими ми можемо допомогти, зателефонуйте до нашого відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, TTY **711**. Ми раді бачити вас серед учасників нашого плану і з нетерпінням чекаємо на співпрацю з вами задля кращого медичного обслуговування.

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

УВАГА! Якщо ви не володієте англійською мовою, ви можете скористатися безкоштовними послугами перекладача. Телефонуйте за безкоштовним номером **1-800-895-2017**, TTY **711**, з 7:00 a.m. до 7:00 p.m., з понеділка по п'ятницю.

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

Nepali - तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंका लागि भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध छन्। टोल-फ्री नम्बर **1-800-895-2017**, TTY **711** मा फोन गर्नुहोस्।

Somali – Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada kaalmada luuqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Wac lambarka lacag la'aanta lagu waco **1-800-895-2017**. TTY **711**.

Russian – Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика. Звоните по бесплатному номеру **1-800-895-2017**. TTY **711**.

Arabic - إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فيمكنك الاستعانة بخدمات المساعدة اللغوية المتاحة إليك مجاناً. اتصل . **711** ، والهاتف النصي رقم **1-800-895-2017** برقم

Якщо ви маєте проблеми з читанням або розумінням цієї або будь-якої іншої інформації про план UnitedHealthcare Community Plan, зверніться по допомогу до відділу обслуговування учасників за безкоштовним номером **1-800-895-2017**, TTY **711**, з 7:00 a.m. до 7:00 p.m., з понеділка по п'ятницю. Ми допоможемо вам безкоштовно. Ми можемо пояснити цю інформацію англійською або вашою рідною мовою. Ви можете отримати цей документ безкоштовно в інших форматах, наприклад, великим шрифтом, шрифтом Брайля або в аудіоформаті. Телефонуйте за безкоштовним номером **1-800-895-2017**, TTY **711**, з 7:00 a.m. до 7:00 p.m., з понеділка по п'ятницю.

Вітаємо вас у плані UnitedHealthcare Community Plan! Тепер ви є учасником плану медичного страхування, також відомого як план керованого медичного обслуговування (managed care organization, MCO). UnitedHealthcare Community Plan надає медичні послуги жителям штату Ohio, які мають право на їх отримання, включно з особами з низьким доходом, вагітними жінками, немовлятами й дітьми, літніми людьми та особами з інвалідністю. Інформація, наведена в цьому посібнику для учасників, призначена для інформування та швидкого ознайомлення.

UnitedHealthcare Community Plan не допускає дискримінації за ознаками раси, кольору шкіри, релігії, статі, сексуальної орієнтації, віку, інвалідності, національного походження, статусу ветерана, походження, стану здоров'я, військового статусу, гендерної ідентичності, генетичної інформації та потреби в медичних послугах.

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

Пам'ятайте про те, що ви повинні отримувати послуги, які покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan, у закладах та в постачальників, що входять до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan. Постачальники послуг, що входять до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan, погоджуються співпрацювати з вашим планом медичного страхування, щоб надавати вам необхідне обслуговування. Інформацію про послуги, які покриває план UnitedHealthcare Community Plan, див. на сторінках 70–79. Ви можете користуватися послугами постачальників, які не входять до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan, лише в таких ситуаціях:

- отримання екстреної допомоги;
- послуги, що надаються у визнаних федеральних центрах охорони здоров'я (Federally Qualified Health Centers, FQHC) / сільських медичних клініках (RHC);
- послуги, що надаються визнаними постачальниками послуг із планування сім'ї;
- послуги, що надаються сертифікованими медсестрами-акушерками та сертифікованими практикуючими медсестрами;
- послуги, які ви отримуєте в постачальника, що не входить до мережі, за отримання попереднього схвалення від плану UnitedHealthcare Community Plan.

У довіднику постачальників перелічені всі постачальники, що входять до нашої мережі, а також інші постачальники, які не входять до мережі, але до яких ви можете звернутися для отримання послуг. Ви повинні були отримати листівку, за допомогою якої ви можете надіслати запит на довідник постачальників плану UnitedHealthcare Community Plan. Ви можете замовити друкований примірник довідника постачальників, зателефонувавши до відділу обслуговування учасників або надіславши листівку, яку ви отримали разом із матеріалами для нових учасників, що містять вашу ідентифікаційну картку учасника. У довіднику постачальників перелічені всі постачальники, що входять до нашої мережі, а також інші постачальники, які не входять до мережі, але до яких ви можете звернутися для отримання послуг. Ви також можете переглянути актуальну інформацію про мережу постачальників послуг на нашому вебсайті за адресою myuhc.com/CommunityPlan, або звернутися по допомогу, зателефонувавши до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТТ **711**, з 7:00 a.m. до 7:00 p.m. з понеділка по п'ятницю.

Ідентифікаційні картки

Ви повинні були отримати ідентифікаційну картку учасника плану UnitedHealthcare Community Plan. Кожен член вашої родини, який приєднався до плану UnitedHealthcare Community Plan, отримає власну картку. Ці картки замінюють вашу щомісячну картку Medicaid. Кожна картка є дійсною доти, доки особа є учасником плану UnitedHealthcare Community Plan. Ви не отримуватимете нову картку щомісяця, як це було з картою Medicaid.

Якщо ви вагітні, повідомте про це план UnitedHealthcare Community Plan. Також зателефонуйте, коли у вас народиться дитина, щоб ми могли надіслати вам нову ідентифікаційну картку для вашої дитини.

Якнайшвидше зателефонуйте до відділу обслуговування учасників плану UnitedHealthcare Community Plan за номером **1-800-895-2017**, ТТТ **711**, якщо:

- ви ще не отримали свою ідентифікаційну картку;
- картка містить неправильну інформацію;
- ви загубили свою картку;
- у вас народилася дитина.

Завжди носіть ідентифікаційну картку із собою

Вам знадобиться ваша ідентифікаційна картка щоразу, коли ви звертатиметеся за медичними послугами. Це означає, що вам потрібно мати при собі ідентифікаційну картку учасника плану UnitedHealthcare Community Plan, коли ви

- звертаєтесь до свого РСР;
- звертаєтесь до спеціаліста або іншого постачальника;
- звертаєтесь до відділення екстреної допомоги;
- звертаєтесь до закладу термінової допомоги;
- звертаєтесь до лікарні з будь-якої причини;
- отримуєте медичні товари;
- отримуєте ліки за рецептом;
- здаєте медичні аналізи;
- плануєте транспортування.

Інформація для нових учасників

Якщо ви вже маєте схвалені або заплановані медичні послуги, важливо, щоб ви негайно зателефонували до відділу обслуговування учасників плану. У певних ситуаціях і протягом певного періоду часу після реєстрації вам може бути дозволено отримувати медичну допомогу від постачальника, який не входить до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan. **Ви повинні зателефонувати до UnitedHealthcare Community Plan до того, як отримаєте медичну допомогу.** Якщо ви не зателефонуєте нам, можливо, ви не зможете отримати медичну допомогу та/або ми не зможемо

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

оплатити вашу страхову претензію. Наприклад, вам потрібно зателефонувати до відділу обслуговування учасників, якщо для вас уже схвалені та/або заплановані такі послуги:

- Трансплантація органів, кісткового мозку або гемопоетичних стовбурових клітин
- Пренатальний догляд у третьому триместрі вагітності, включно з пологами
- Хірургічні послуги у стаціонарі/амбулаторії
- Прийом в основного постачальника медичних послуг або спеціаліста
- Хіміотерапія або променева терапія
- Лікування після виписки з лікарні протягом останніх 30 днів
- Непланові стоматологічні або офтальмологічні послуги (наприклад, встановлення брекетів або хірургічне втручання)
- Медичне обладнання (приклади: ліжка в лікарнях, моторизовані інвалідні візки, домашні апарати для подачі кисню та дихальні засоби, засоби для осіб із нетриманням сечі, ентеральне харчування та засоби для ентерального харчування)
- Послуги, які ви отримуєте вдома, включно з домашнім медичним обслуговуванням, терапією та медсестринським доглядом

Після того, як ви зареєструєтесь, UnitedHealthcare Community Plan повідомить вам, чи потребують попереднього схвалення будь-які з ваших поточних ліків, які не потребували схвалення, коли вони оплачувались за програмою Medicaid за принципом «оплата за кожну послугу». Дуже важливо, щоб ви ознайомилися з інформацією, яку надає план UnitedHealthcare Community Plan, і звернулися до відділу обслуговування учасників плану UnitedHealthcare Community Plan, якщо у вас виникнуть запитання. Ви також можете дізнатися, чи потребують ваші ліки попереднє схвалення, на вебсайті плану UnitedHealthcare Community Plan за адресою myuhc.com/CommunityPlan. Можливо, вам доведеться звернутися до лікаря, який виписав рецепт, із проханням подати запит на попереднє схвалення до плану UnitedHealthcare Community Plan, якщо воно потрібне. Якщо ваші ліки потребують попереднього схвалення, ви не зможете отримати ліки, доки ваш постачальник не подасть запит до плану UnitedHealthcare Community Plan і не отримає схвалення.

Ліки, які відпускаються за рецептом

Для отримання ліків, які відпускаються за рецептом, учасники МСО користуватимуться послугами контрактного SPBM Gainwell ODM. Якщо вам потрібна допомога, скористайтеся посібником учасника Gainwell, що міститься в Додатку А цього посібника.

Пільги, що не покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan не здійснює оплату за отримані послуги та товари, які не покриваються програмою Medicaid:

- Усі послуги та товари, які не є необхідними за медичними показаннями
- Тест на встановлення батьківства
- Послуги зі встановлення причини смерті (розтин) або послуги, пов'язані із судово-медичною експертизою
- Послуги асистованого суїциду, що визначаються як послуги, що мають на меті спричинення або допомогу в спричиненні смерті особи

Якщо у вас є запитання щодо покриття послуг, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТТ **711**, з 7:00 а.м. до 7:00 р.м., з понеділка по п'ятницю.

Послуги, які не покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan крім випадків, коли вони є необхідними за медичними показаннями

UnitedHealthcare Community Plan переглядає чинні штатові нормативні акти та, за потреби, проводить перевірку на необхідність за медичними показаннями. UnitedHealthcare Community Plan не оплачує зазначені нижче послуги, які не покриваються програмою Medicaid, за винятком випадків, коли вони визнані необхідними за медичними показаннями:

- Аборти, за винятком випадків зґвалтування, інцесту або для порятунку життя матері
- Послуги біологічного зворотного зв'язку
- Експериментальні послуги та процедури, включно з ліками та обладнанням, які не покриваються програмою Medicaid і не відповідають загальноприйнятим стандартам практики
- Послуги з лікування безпліддя для чоловіків або жінок, включно з відновленням репродуктивної функції після добровільної стерилізації
- Стаціонарне лікування для припинення вживання наркотиків та/або алкоголю (покриваються послуги стаціонарної детоксикації в лікарні загального профілю)

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

- Пластична або косметична хірургія, яка не є необхідною за медичними показаннями
- Послуги з лікування ожиріння, крім випадків, коли вони визнані необхідними за медичними показаннями
- Послуги, визнані Medicare або іншим стороннім платником як такі, що не є необхідними за медичними показаннями
- Консультування із сексуальних і шлюбних питань
- Добровільна стерилізація для осіб, які не досягли 21-річного віку або не можуть юридично дати згоду на процедуру

Обмеження щодо частоти надання послуг

Це не повний перелік послуг, які не покриваються програмою Medicaid або планом UnitedHealthcare Community Plan. Ваша організація керованого медичного обслуговування розгляне всі запити на послуги від вашого постачальника. Якщо у вас є запитання щодо покриття послуг, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТХ **711**., з 7:00 a.m. до 7:00 p.m., з понеділка по п'ятницю.

Послуги з управління обслуговуванням

UnitedHealthcare Community Plan пропонує послуги з управління обслуговуванням.

- Послуги з управління обслуговуванням надаються медсестрами-менеджерами з управління обслуговуванням та консультантами з управління обслуговуванням компанії UnitedHealthcare. Медсестри-менеджери з управління обслуговуванням надають підтримку, рекомендації та ресурси учасникам із найскладнішими медичними та/або поведінковими потребами та станами. Консультанти з управління обслуговуванням надають доступ до ресурсів і підтримки в спільноті учасникам із визначеними потребами, такими як їжа, житло та транспорт, незалежно від наявності хронічних захворювань.
- Якщо ви є дорослою особою або маєте дитину з хронічним захворюванням, таким як астма чи діабет, наразі вагітні і перебуваєте в групі високого ризику або маєте в анамнезі вагітність з високим ризиком і плануєте завагітніти, ви можете скористатися нашою програмою з управління обслуговуванням. План UnitedHealthcare Community Plan, медсестри-менеджери з управління обслуговуванням та консультанти з управління обслуговуванням здійснюють інформаційні дзвінки та можуть зв'язуватися з учасниками, якщо лікар просить про телефонний дзвінок, якщо учасник просить про телефонний дзвінок, або якщо МСО вважає, що послуги з управління обслуговуванням будуть корисними для учасника. UnitedHealthcare Community Plan надає послуги з управління обслуговуванням учасникам, які користуються послугами в певному обсязі та з певною частотою, незалежно від того, чи має учасник хронічне захворювання.

- Щоб дізнатися більше інформації про проблеми учасника, пов'язані зі здоров'ям, співробітники плану UnitedHealthcare Community Plan можуть задавати учаснику запитання, використовуючи оцінку ризиків для здоров'я (Health Risk Assessment, HRA). Персонал також використовуватиме HRA, щоб поставити запитання, які допоможуть визначити немедичні потреби, такі як потреби в їжі, житлі або транспорті.
- Персонал UnitedHealthcare Community Plan надасть інформацію, яка допоможе учасникам зрозуміти, як дбати про себе та як отримати доступ до послуг (включно з місцевими ресурсами для задоволення потреб учасників).
- Якщо ви маєте на меті отримати GED або потребуєте допомоги у працевлаштуванні, команда з управління обслуговуванням UnitedHealthcare може допомогти вам підключитися до програм і ресурсів для успішного отримання GED або повноцінної зайнятості.
- Співробітники плану UnitedHealthcare Community Plan спілкуватимуться з PCP учасника та іншими постачальниками послуг (наприклад, постачальниками медичних послуг на дому, постачальниками лікувальних послуг й аптеками), щоб координувати обслуговування та забезпечувати оптимальні результати для учасника.
- Підтримка міжсекторальної співпраці з іншими організаціями з координації обслуговування, до яких можуть входити постачальники послуг за альтернативними програмами та постачальники послуг з охорони психічного здоров'я в спільноті.
- Співробітники плану UnitedHealthcare Community Plan вивчатимуть вашу медичну, соціальну та психіатричну історію хвороби, щоб переконатися, що у нас є вся потрібна інформація. Спеціальна команда зареєстрованих медсестер і координаторів з управління обслуговуванням буде співпрацювати з вами, вашою родиною, вашим PCP, іншими медичними працівниками та місцевими ресурсами, щоб розробити персоналізований план догляду та забезпечити отримання вами всіх необхідних вам послуг.
 - Цей план догляду розробляється для задоволення ваших унікальних потреб у найбільш прийнятній обстановці, щоб підтримати ваше загальне здоров'я та добробут.

Якщо у вас є запитання щодо послуг з управління доглядом або ви вважаєте, що вони принесуть вам користь, зателефонуйте нам за номером 1-800-508-2581. Учасників також може направити до програми управління доглядом їхній постачальник.

Відділ обслуговування учасників

Відділ обслуговування учасників може надати відповіді на запитання та допомогти вирішити проблеми. Приклади запитів:

- Інформація про доступні вам пільги
- Послуги, що покриваються
 - Допомога у пошуку постачальника
 - Номери телефонів для дзвінків
 - Години роботи
- Як отримати доступ до спеціалізованої допомоги або послуг
- Зміна РСР
- Як подати скаргу на МСО/постачальників/дискримінацію
- Інформація про те, як подати скаргу або апеляцію
- Доступ до мовної допомоги
- Якщо ви розмовляєте іншою мовою, відмінною від англійської, ми можемо надати перекладену версію друкованих матеріалів; також ми можемо надати усного перекладача, який допоможе вам зрозуміти ці матеріали
- Учасники повинні зателефонувати до відділу обслуговування учасників у разі зміни демографічної інформації та в разі настання вагітності.
- Допомога у пошуку постачальника
- Подання скарги на план UnitedHealthcare Community Plan/постачальників/дискримінацію

Телефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**, з 7:00 а.м. до 7:00 р.м., з понеділка по п'ятницю.

Послуги з охорони психічного здоров'я, лікування психічних розладів та розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин

Учасникам плану надаються послуги з лікування психічних розладів та розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, зокрема:

- Медичні послуги
- Медикаментозне лікування залежності
- Психологічне тестування

- Послуги з лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, включно з підтримкою в одужанні за принципом «рівний-рівному», частковою госпіталізацією та лікуванням в стаціонарі, кейс-менеджментом, інтенсивним амбулаторним лікуванням та управлінням абстиненцією
- Терапевтичні послуги з коригування поведінки
- Психосоціальна реабілітація
- Психіатрична підтримка в спільноті
- Діагностичне обстеження та оцінювання
- Психотерапія та консультування
- Кризове втручання
- Підтримка за принципом «рівний-рівному»
- Послуги програми лікування опіоїдної залежності
- Послуги медсестринського догляду в галузі охорони психічного здоров'я
- Лікування для дорослих
- Асертивне лікування в спільноті для дорослих
- Виїзна служба реагування та стабілізації (Mobile Response and Stabilization Service, MRSS)
- Інтенсивне лікування в домашніх умовах для дітей/підлітків

Ми про все подбали

Важливо знати, куди звертатися за допомогою в разі потреби. Ми завжди готові допомогти нашим учасникам. Відвідайте [Liveandworkwell.com](https://www.liveandworkwell.com), якщо вам потрібна відверта розмова на теми психічного здоров'я.

Як зв'язатися з цілодобовою кризовою лінією з питань психічного здоров'я

Ви також можете зателефонувати нам, якщо ви опинилися в кризовій ситуації. Ви можете поговорити з кимось прямо зараз, і ми допоможемо вам отримати необхідну допомогу. Просто зателефонуйте на нашу цілодобову кризову лінію з питань психічного здоров'я за номером 877-542-9236. Цей дзвінок безкоштовний. Кризова лінія з питань психічного здоров'я доступна цілодобово та без вихідних. Ми безкоштовно надаємо послуги перекладача для людей, які не володіють англійською мовою.

Якщо вам потрібні послуги з лікування психічного здоров'я та/або розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**. Ви також можете знайти інших постачальників плану UnitedHealthcare Community Plan на нашому веб-сайті за адресою myuhc.com/CommunityPlan, у нашому довіднику постачальників або зателефонувавши до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

OhioRISE

Ohio Resilience through Integrated Systems and Excellence (OhioRISE) — це програма керованого медичного обслуговування для дітей і молоді зі складними поведінковими проблемами й мультисистемними потребами. Діти й підлітки з мультисистемними потребами часто беруться на облік різними громадськими системами, як-от закладами ювенальної юстиції, захисту дітей, порушення розвитку, освіти, охорони психічного здоров'я і боротьби із залежністю тощо. OhioRISE має на меті підтримати таких дітей і молодь у досягненні успіху в школах, домівках і громадах. Ця підтримка надається через координацію догляду та спеціалізовані послуги, які надаються вдома або в громаді, де проживає молода людина.

Отримати користь від програми OhioRISE можуть діти та молодь, які:

- Мають кілька потреб, пов'язаних із проблемами поведінкового здоров'я
- Мають складні потреби, що охоплюють декілька систем, або можуть потребувати більш інтенсивного залучення системи
- Перебувають під загрозою розміщення в закладі за межами дому або повертаються додому після розміщення в закладі за межами дому

Особа, яка зареєстрована в програмі OhioRISE, має покриття послуг із фізичного здоров'я, що надаються організацією керованого медичного обслуговування (managed care organization, MCO) або програмою Medicaid з оплатою за кожну послугу (fee-for-service, FFS).

Право на участь у програмі OhioRISE

Участь у програмі OhioRISE можуть брати діти й молодь, що відповідають таким критеріям:

- мають право на участь у програмі Medicaid у штаті Ohio;
- не досягли 21 року та
- потребують серйозного лікування психічних розладів, як це визначено за результатами оцінювання потреб і сильних сторін дітей та підлітків (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS) штату Ohio, або
- перебувають у лікарні у зв'язку з потребами психічного здоров'я або для лікування залежностей.

Послуги OhioRISE

На додаток до послуг з охорони психічного здоров'я, які вже доступні через програму Medicaid, OhioRISE пропонує такі послуги:

- Координація обслуговування — Допомога в плануванні підтримки та догляду за дитиною або молоддю людиною, яка має проблеми з поведінковим здоров'ям.

Координатор обслуговування для дитини або молодшої особи через організацію керованого медичного обслуговування (managed care organization, MCO) братиме участь у координації догляду шляхом співпраці з координатором обслуговування OhioRISE.

- **Інтенсивне лікування в домашніх умовах (Intensive Home-Based Treatment, IHBT)** — Інтенсивні короткострокові послуги в домашніх умовах дитини або молодшої особи, спрямовані на стабілізацію та покращення їхнього поведінкового здоров'я.
- **Перепочинок при наданні послуг щодо поведінкового здоров'я** — Послуги з метою короткострокового відпочинку для основних доглядачів дитини або молодшої особи, що надаються в домашньому середовищі або в місцевій спільноті.
- **Гнучкі цільові кошти** — Товари та послуги, придбані для дитини або молодшої особи з метою задоволення конкретних потреб у сфері психічного здоров'я.
- **Психіатричні заклади стаціонарного лікування (Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF)** — Заклади, які не є лікарнями та які надають послуги інтенсивного психіатричного стаціонарного лікування особам віком 20 років або молодше.
- **Виїзdnі служби реагування та стабілізації (Mobile Response and Stabilization Services, MRSS)** — Невідкладні послуги щодо поведінкового здоров'я для дітей та молодих осіб, що перебувають у кризових ситуаціях. MRSS допомагає забезпечити отримання дітьми та молоддю термінової необхідної допомоги вдома та в спільноті. Ця послуга також надається через організації керованого медичного обслуговування (managed care organization, MCO) Medicaid та програмою Medicaid з оплатою за кожну послугу (fee-for-service, FFS).

Альтернативні програми OhioRISE

Програма OhioRISE також реалізує альтернативні програми для надання послуг на дому та в спільноті в межах 1915(c) для молоді зі складними поведінковими проблемами. Дитина або молода особа, яка отримує послуги за альтернативною програмою OhioRISE, повинна бути зареєстрована в організації керованого медичного обслуговування.

У межах альтернативних програм OhioRISE доступні такі послуги:

Тимчасовий догляд за межами дому — Тимчасовий догляд, що надається за межами дому, у якому проживає молода особа, з метою надання доглядачу можливості тимчасового відпочинку.

Послуги й підтримка в перехідний період — Короткострокові інтенсивні послуги, які мають на меті допомогти молодій особі та її опікуну (опікунам) вдома та в громаді після зміни обставин, наприклад, коли молода особа повертається додому після перебування в психіатричній лікарні або стаціонарного лікування психічного здоров'я.

Гнучкі додаткові кошти — Товари та послуги, придбані для дитини або молодшої особи з метою задоволення конкретних потреб у сфері психічного здоров'я.

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

Оцінювання CANS

Щоб оцінити дитину або молоду особу на відповідність вимогам для участі в програмі OhioRISE, зв'яжіться з відділом обслуговування учасників Aetna OhioRISE за номером (833) 711-0773 (TTY: 711). Aetna OhioRISE може допомогти знайти фахівця з оцінювання CANS за місцем проживання дитини або молодої особи.

Контактні дані OhioRISE

Щоб отримати додаткову інформацію про програму OhioRISE, відвідайте веб-сайт managedcare.medicaid.ohio.gov/OhioRISE або AetnaBetterHealth.com/OhioRISE або зв'яжіться з відділом обслуговування учасників Aetna OhioRISE за номером 833-711-0773, TTY 711.

Програма координованого обслуговування

UnitedHealthcare Community Plan надає послуги з управління обслуговуванням учасникам, які користуються послугами в певному обсязі та з певною частотою. Це робиться для того, щоб переконатися, що ви отримуєте високоякісне, скоординоване медичне обслуговування. Якщо ви станете учасником цієї програми, вам буде запропоновано координацію медичного обслуговування із залученням менеджера з координації обслуговування. Після того, як ви станете учасником програми, з вами зв'яжеться призначений вам менеджер із координації обслуговування.

Якщо ви є учасником програми, ви отримаєте лист із проханням обрати аптеку та підтвердити свого PCP. Якщо ви не виберете аптеку протягом 30 днів із дати відправлення листа, UnitedHealthcare Community Plan вибере аптеку, що входить до мережі, на основі таких критеріїв:

- Аптека, куди ви зверталися раніше
- Аптека, що працює цілодобово (якщо це можливо)
- Аптека, що розташована поряд із вашим домом

За винятком екстрених випадків й обслуговування в неробочий час, учасники програми CSP:

- Повинні використовувати одну аптеку для отримання ліків за рецептами
- Можуть бути прикріплені до одного PCP, який координуватиме медичне обслуговування з іншими постачальниками

Можуть попросити змінити аптеку або PCP за певних обставин

Перед початком участі в програмі ви отримаєте нову ідентифікаційну картку, на якій будуть вказані ваша аптека й PCP. Щоб змінити аптеку, вказану на вашій

ідентифікаційній картці учасника, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**. Запити на зміну аптеки розглядаються в індивідуальному порядку.

Особи, відібрані для участі в програмі отримають більш детальну інформацію поштою та будуть повідомлені про право на слухання на рівні штату.

Програма Healthchek

Healthchek — це програма ранніх і періодичних скринінгових обстежень, діагностики й лікування (early and periodic screening, diagnostic, and treatment, EPSDT) у штаті Ohio. Healthchek покриває медичні огляди, імунізації (щеплення), просвітницькі заходи щодо здоров'я та лабораторні аналізи для учасників віком до 21 року. Ці огляди дають змогу переконатися, що діти здорові та розвиваються фізично та розумово. Вагітні особи повинні проходити пренатальні огляди, а діти — огляди при народженні, у віці 3–5 днів, а також у віці 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 і 30 місяців. Після цього діти повинні проходити щонайменше одне обстеження на рік.

Healthchek також покриває медичні огляди, перевірки зору, зубів, слуху, харчування, розвитку та поведінки, на додаток до іншої допомоги для лікування фізичних, поведінкових та інших проблем і станів, виявлених під час обстеження. Для деяких обстежень і лікувальних послуг може знадобитися попереднє схвалення.

Програма Healthchek доступна для учасників безкоштовно та включає наступне:

- Профілактичні огляди для новонароджених, немовлят, дітей, підлітків та молодих осіб віком до 21 року
- Скринінгові обстеження Healthchek:
 - Медичні обстеження (фізичні обстеження та обстеження розвитку)
 - Обстеження зору
 - Стоматологічні обстеження
 - Обстеження слуху
 - Перевірка харчування
 - Обстеження розвитку
 - Аналізи на рівень свинцю
- Лабораторні аналізи (відповідно до віку та статі)
- Імунізації
- Необхідне за медичними показаннями подальше лікування проблем зі здоров'ям або проблем, виявлених під час скринінгового обстеження, зокрема:

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

- візити до основного постачальника медичних послуг, спеціаліста, стоматолога, окуліста та інших постачальників плану UnitedHealthcare Community Plan з метою діагностики та лікування;
 - стаціонарні й амбулаторні послуги в лікарні;
 - відвідування клініки;
 - ліки, які відпускаються за рецептом.
- Просвітницькі заходи щодо здоров'я

Проходження профілактичних медичних обстежень і скринінгових обстежень дозволяє постачальникам послуг виявити проблеми зі здоров'ям на ранній стадії, а отже, постачальник зможе вилікувати їх або направити на лікування до спеціаліста до того, як проблема стане більш серйозною. **Пам'ятайте: для отримання деяких послуг може знадобитися направлення від вашого PCP або попереднє схвалення від плану UnitedHealthcare Community Plan.** Крім того, для деяких товарів і послуг EPSDT ваш постачальник може попросити попереднє схвалення від плану UnitedHealthcare Community Plan, щоб покрити товари й послуги, для яких встановлено обмеження або які не покриваються учасників старше 20 років. Перелік послуг, для яких потрібно направлення та/або попереднє схвалення див. на сторінці 25.

У рамках програми Healthchek послуги з управління медичним обслуговуванням доступні всім учасникам віком до 21 року, які мають особливі потреби в медичному обслуговуванні. Докладну інформацію про послуги з управління медичним обслуговуванням, які пропонує план UnitedHealthcare Community Plan, див. сторінці 40.

Учасник може отримати послуги Healthchek наступним чином:

- Зателефонувавши своєму PCP та стоматологу й записавшись на регулярні медичні обстеження (коли телефонуєте PCP, обов'язково запитайте, чи можна пройти обстеження за програмою Healthchek), або
- Зателефонувавши до відділу обслуговування учасників UnitedHealthcare Community Plan, якщо у вас виникли запитання або вам потрібна допомога з доступом до послуг, включно з пошуком постачальника послуг або записом на прийом; послугами, що покриваються; транспортуванням; попереднім схваленням; направленням до програм допомоги жінкам, немовлятам і дітям (Women, Infants, and Children, WIC), Help Me Grow, Бюро для дітей із медичними вадами (Bureau for Children with Medical Handicaps, BCMH), Head Start, а також до соціальних послуг, таких як допомога в отриманні продуктів, обігріву та інше.

Вибір основного постачальника медичних послуг (Primary Care Provider, PCP)

Кожен учасник плану UnitedHealthcare Community Plan повинен обрати основного постачальника медичних послуг (primary care provider, PCP) з довідника постачальників UnitedHealthcare Community Plan. Вашим PCP може бути окремий лікар, група лікарів, медсестра вищої кваліфікації або група медсестер вищої кваліфікації, що працюють у сфері акушерства/гінекології (OB/GYN), сімейної медицини (загальна практика), медицини внутрішніх хвороб або педіатрії.

Ваш PCP разом із вами керуватиме вашим медичним обслуговуванням. Ваш PCP проводитиме медичні обстеження та робитиме вам щеплення та лікуватиме вас у більшості випадків, коли ви потребуєте звичайної медичної допомоги. За потреби, ваш PCP направить вас до постачальників, спеціалістів або госпіталізує вас у лікарню.

Ви можете зв'язатися зі своїм PCP, зателефонувавши до його офісу. Ім'я та номер телефону вашого PCP вказано на вашій ідентифікаційній картці учасника плану UnitedHealthcare Community Plan.

Зміна PCP

Якщо ви хочете змінити свого PCP, спочатку зателефонуйте до відділу обслуговування учасників. Учасники можуть змінювати свого PCP щомісяця. Ви можете змінити свого PCP будь-коли. Якщо ви подаєте запит на зміну PCP протягом першого місяця участі в плані, зміна набуває чинності з дати подання запиту. Якщо ви подаєте запит на зміну PCP після першого місяця участі в плані, зміна набуває чинності з першого дня наступного місяця.

UnitedHealthcare Community Plan надішле вам нову ідентифікаційну картку, щоб повідомити вас про зміну вашого PCP та дату, коли ви зможете почати відвідувати нового PCP.

Імена PCP плану UnitedHealthcare Community Plan можна переглянути в довіднику постачальників, якщо ви попросили нас надіслати друкований екземпляр, або на нашому вебсайті за адресою www.uhc.com/communityplan/ohio/plans/medicaid/community-plan.

Також ви можете зателефонувати до відділу обслуговування учасників плану UnitedHealthcare Community Plan за номером **1-800-895-2017**, ТТТ **711**. Ми з радістю допоможемо вам знайти PCP, який входить до мережі плану та який підійде саме вам.

Телемедицина

Телемедицина — це надання медичних послуг за допомогою аудіо- та/або відеозв'язку. Замість того, щоб приходити в офіс на прийом, ви залишаєтеся вдома або в офісі й використовуєте свій смартфон, планшет або комп'ютер, щоб зустрітися та поговорити зі своїми медичними працівниками та фахівцями з психічного здоров'я. Для учасників програми Medicaid використання послуг телемедицини є безкоштовним, що усуває стрес, пов'язаний із необхідністю користуватися послугами з транспортування.

Учасники програми Medicaid можуть звертатися до фахівців у галузі медицини та психічного здоров'я за допомогою телемедицини з приводу багатьох хвороб і травм, поширених станів здоров'я, повторних прийомів і скринінгових обстежень, а також для призначення ліків.

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

Ваші права учасника

Як учасник плану UnitedHealthcare Community Plan, ви маєте такі права:

- Отримувати всю інформацію та послуги, які UnitedHealthcare Community Plan зобов'язаний надавати.
- До вас мають ставитися з повагою та поважати вашу гідність і конфіденційність.
- Бути впевненими, що ваша медична інформація зберігатиметься в таємниці.
- Отримувати інформацію про стан вашого здоров'я. Ця інформація також може бути доступна особі, якій ви надали законний дозвіл на її отримання, або до якої, за вашими словами, слід звернутися в екстрених випадках, коли надання інформації вам не є в інтересах вашого здоров'я.
- Брати участь разом із постачальниками послуг у прийнятті рішень, що стосуються вашого здоров'я.
- Мати можливість брати участь у прийнятті рішень щодо вашого здоров'я, якщо ці рішення відповідають вашим інтересам.
- Отримувати інформацію про будь-яке медичне лікування в зрозумілій вам спосіб.
- Бути впевненими, що інші особи не чутимуть і не бачитимуть вас під час отримання вами медичної допомоги.
- Не піддаватися будь-яким формам обмеження та ізоляції, що використовуються як засіб примусу, дисципліни, заспокоєння або помсти, як зазначено у федеральних нормативних актах.

- Просити й отримувати копію вашої медичної документації, а також мати можливість попросити про внесення змін або виправлень у разі потреби.
- Давати згоду або відмову на розголошення будь-якої інформації про вас, крім випадків, коли UnitedHealthcare Community Plan зобов'язаний це зробити за законом.
- Відмовлятися від лікування або терапії. У разі відмови постачальник або UnitedHealthcare Community Plan повинні обговорити з вами наслідки та зробити відповідний запис у вашій медичній картці.
- Подати апеляцію, скаргу (претензію) або запит на слухання на рівні штату. Докладну інформацію див. на сторінці 55 цього посібника.
- Отримувати всю письмову інформацію для учасника від плану UnitedHealthcare Community Plan:
 - Безкоштовно
 - Іноземними мовами, які є найпоширенішими серед неангломовних учасників плану UnitedHealthcare Community Plan
 - З послугами усного або письмового перекладу
 - В альтернативних форматах
 - З іншими допоміжними засобами або послугами для осіб із обмеженими можливостями
 - В інші способи, що підходять учасникам з особливими потребами, які з якихось причин не можуть прочитати інформацію
- Отримувати безкоштовну допомогу від плану UnitedHealthcare Community Plan та його постачальників, якщо ви не розмовляєте англійською мовою або потребуєте допомоги в розумінні інформації.
- Отримувати допомогу мовою жестів, якщо ви маєте вади слуху.
- Отримувати інформацію про те, що медичний працівник є студентом, і мати можливість відмовитися від його послуг.
- Отримувати інформацію про будь-яке експериментальне лікування і мати можливість відмовитися від участі в ньому.
- Складати завчасне медичне розпорядження (медичний заповіт). Докладну інформацію про завчасні медичні розпорядження див. на сторінці 88.
- Подати скаргу щодо невиконання ваших завчасних медичних розпоряджень до Департаменту охорони здоров'я штату Ohio.
- Обговорювати необхідні за медичними показаннями варіанти лікування наявних у вас захворювань, незалежно від вартості та можливості покриття.
- Давати рекомендації щодо прав та обов'язків учасників організації.

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

- Знати, що швидкість розгляду скарг і прийняття рішення за ними МСО залежить від стану здоров'я учасника. Прийняття рішення за скаргами, включно з повідомленням учасника, повинно здійснюватися в такі строки:
 - (a) Протягом двох робочих днів із моменту отримання, якщо скарга стосується неможливості отримання послуг
 - (b) Протягом тридцяти календарних днів для всіх інших скарг, крім скарг, що стосуються отримання рахунка за вже отримані вами медичні послуги
 - (c) Протягом шістдесяти календарних днів для скарг, що стосуються отримання рахунка за вже отримані вами медичні послуги
- Змінити основного постачальника медичних послуг (PCP) на іншого постачальника, що входить до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan. Принаймні раз на місяць UnitedHealthcare Community Plan повинен надсилати вам письмове повідомлення про те, хто є вашим новим PCP до дати зміни.
- Вільно реалізовувати свої права та знати, що UnitedHealthcare Community Plan, постачальники плану UnitedHealthcare Community Plan або Департамент Medicaid штату Ohio не будуть використовувати це проти вас.
- Знати, що UnitedHealthcare Community Plan повинен дотримуватися всіх федеральних законів і законів штату, а також інших законів про конфіденційність, які застосовуються.
- Вибирати постачальника послуг, який надаватиме вам медичну допомогу, коли це можливо та доцільно.
- Якщо ви жінка, мати можливість звертатися до постачальника послуг із жіночого здоров'я, який входить до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan, для отримання послуг з охорони жіночого здоров'я, що покриваються планом.
- Звертатися в будь-яку лікарню або інший відповідний заклад за екстреною медичною допомогою.
- Отримати другу думку від кваліфікованого постачальника, що входить до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan. Якщо постачальник, що відповідає вимогам, не може прийняти вас, UnitedHealthcare Community Plan повинен організувати візит до постачальника, який не входить до нашої мережі.
- Отримати від нас інформацію про план UnitedHealthcare Community Plan. Ви можете попросити нас надати більше інформації про наш план, зокрема інформацію про нашу структуру та діяльність, а також про будь-які організовані нами програми заохочення лікарів.
- Звернутися до Департаменту Medicaid штату Ohio та/або Управління громадянських прав Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США за вказаними нижче адресами зі скаргою на дискримінацію за етнічною приналежністю, релігією, статтю, гендерною ідентичністю, сексуальною орієнтацією, віком, інвалідністю, національним походженням, військовим статусом, генетичною інформацією, походженням, станом здоров'я або потребою в медичних послугах.

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

Управління громадянських прав Міністерства охорони здоров'я
та соціальних служб США: 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, ТТТ 312-353-5693

Як повідомити UnitedHealthcare Community Plan про те, що ви незадоволені або не згодні з прийнятим нами рішенням — Апеляції та скарги

Якщо ви незадоволені планом UnitedHealthcare Community Plan або нашими постачальниками послуг, або не згодні з прийнятим нами рішенням, зв'яжіться з нами якомога швидше. Це можете зробити ви або особа, яку ви уповноважуєте представляти ваші інтереси. Якщо ви хочете, щоб ваші інтереси представляла інша особа, наприклад, ваш лікар або постачальник послуг за вашою згодою, надайте нам свій дозвіл у письмовій формі. UnitedHealthcare Community Plan завжди готовий допомогти: Ви можете зв'язатися з нами в зазначені нижче способи.

- Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТТ **711** або
- Заповніть форму, що наведена у вашому посібнику учасника або
- Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників та попросіть надати друкований екземпляр або
- Відвідайте наш вебсайт за адресою myuhc.com/CommunityPlan або
- Напишіть листа з детальним поясненням того, чим саме ви незадоволені. Обов'язково вкажіть у листі своє ім'я та прізвище, номер з лицьової сторінки ідентифікаційної картки учасника плану UnitedHealthcare Community Plan, а також адресу й номер телефону, щоб ми могли зв'язатися з вами за потреби. Також надішліть будь-яку інформацію, яка допоможе пояснити вашу проблему.

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

Адреса для надсилання форми або листа:

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

UnitedHealthcare Community Plan надішле вам письмову відповідь, якщо ми приймемо рішення:

- відмовити в задоволенні запиту на покриття послуги;
- скоротити, призупинити або припинити надання послуг до того, як ви отримаєте всі схвалені послуги; або
- відмовити в оплаті за отриману вами послугу, яка не покривається планом UnitedHealthcare Community Plan.

Ми також надішлемо вам письмове повідомлення, якщо ми не:

- приймемо рішення щодо того, чи покривати послугу, щодо якої ви надіслали запит, або
- надамо вам відповідь на подану раніше скаргу.

Апеляції

Якщо ви не згодні з рішенням/дією, зазначеним у листі, і звертаєтесь до нас **протягом 60 календарних днів** із проханням змінити наше рішення/дію, це називається **апеляцією**. Відлік 60 календарних днів починається на наступний день після дати відправлення листа. Якщо ми вирішили скоротити, призупинити або припинити надання послуг до того, як ви отримаєте всі схвалені послуги, в отриманому вами листі буде вказано, як ви можете за бажанням продовжити отримувати послуги і коли вам, можливо, доведеться заплатити за отримані послуги.

Якщо ми не повідомимо вас іншу дату, ми повинні надати відповідь на вашу апеляцію в письмовій формі протягом 15 календарних днів з дати, коли ви звернулися до нас. Якщо ми не змінимо своє рішення або дію в результаті вашої апеляції, ми повідомимо вас про ваше право вимагати проведення слухання на рівні штату. **Ви можете вимагати проведення слухання на рівні штату лише після того, як пройдете процес апеляції на рівні плану UnitedHealthcare Community Plan.**

Скарга

Якщо ви зв'язуєтеся з нами через те, що ви незадоволені певним аспектом плану UnitedHealthcare Community Plan або нашими постачальниками, це називається **скаргою**. UnitedHealthcare Community Plan надасть вам відповідь на вашу скаргу по телефону (або поштою, якщо ми не зможемо зв'язатися з вами по телефону) у такі строки:

- 2 робочі дні для скарг щодо неможливості отримання послуг;
- 30 календарних днів для всіх інших скарг, крім скарг, що стосуються отримання рахунка за вже отримані вами медичні послуги;
- 60 календарних днів для скарг, що стосуються отримання рахунка за вже отримані вами медичні послуги.

Якщо нам знадобиться більше часу для прийняття рішення щодо апеляції або скарги, ми надішлемо вам листа з повідомленням про те, що нам потрібно ще до 14 календарних днів. У цьому листі також буде пояснено, чому нам потрібен додатковий час. Якщо ви вважаєте, що нам потрібно більше часу для прийняття рішення за вашою апеляцією або скаргою, ви також можете попросити нас продовжити термін на ще до 14 календарних днів.

Ви також маєте право подати скаргу **будь-коли**, звернувшись за цими адресами:

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
TTY 1-800-292-3572

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

1-800-686-1526

Форма апеляції

Якщо ви не згодні з рішенням, прийнятим вашою організацією керованого медичного обслуговування (managed care entity, MCE), якомога швидше зверніться до MCE. Ви або особа, яку ви уповноважуєте представляти ваші інтереси, можете звернутися до MCE, використовуючи наведену нижче форму.

Інструкції: Заповніть повністю розділи I та II цієї форми, опишіть проблему(и) якомога детальніше та надішліть заповнену форму до відповідної MCE. Щоб у MCE було все необхідне для ухвалення рішення, разом із формою слід надати таку документацію:

- копії всіх документів, які ви бажаєте надати (не надсилайте оригінали);
- підтвердження згоди на те, що ви доручаєте іншій особі діяти від вашого імені (якщо застосовно).

Розділ I — Інформація про учасника		
Повне ім'я учасника		Дата запиту (мм/дд/рррр)
Ідентифікаційний номер учасника	Номер телефону учасника	Дата народження (мм/дд/рррр)
Адреса учасника		
Причина запиту ☐ Відмова в наданні, скорочення обсягу або припинення надання послуги (послуг) ☐ Інше (поясніть): ☐ Відмова в оплаті або задоволенні страхової претензії ☐ Несвоєчасне прийняття рішення щодо запиту на отримання попереднього схвалення		

- ☐ Я вважаю, що очікування на це рішення може становити серйозну загрозу моєму життю, фізичному чи психічному здоров'ю або здатності досягти, підтримувати чи відновити максимальну функціональність. Я розумію, що, ставлячи прапорець навпроти цього поля, я можу скоротити час, що надається мені та/або постачальнику послуг для надання додаткової інформації щодо моєї апеляції за умови відсутності запиту на подовження строку. У разі відповідності критеріям я отримаю рішення протягом 72 годин.
- ☐ Я вважаю, що очікування на це рішення не поставить під загрозу моє здоров'я. У разі відсутності запиту на подовження строку я отримаю рішення за моєю апеляцією протягом 15 календарних днів.

Розділ II – Опис проблеми

Вкажіть усі деталі, що стосуються вашого запиту, включно з іменами, датами, місцями, інформацією про постачальника та номером запиту на отримання попереднього схвалення, якщо він відомий. Якщо вам потрібно більше місця, прикріпіть до цієї форми ще один аркуш паперу.

Ставлячи свій підпис нижче, ви підтверджуєте, що надана інформація є правдивою.

Підпис учасника

Дата (дд/мм/рррр)

Якщо цю форму заповнює за вас інша особа, ви даєте письмову згоду на те, щоб зазначена нижче особа подала форму від вашого імені. Ставлячи свій підпис нижче, уповноважений вами представник підтверджує, що надана інформація є правдивою.

Ім'я уповноваженого представника учасника (якщо застосовується)	Ким доводиться учаснику
Підпис уповноваженого представника (якщо застосовується)	
☐ Поставте прапорець навпроти цього поля, якщо ви є постачальником послуг, який подає цю форму від імені учасника. Відповідно до правила 5160-26-08.4 Адміністративного кодексу штату Ohio, постачальник послуг, який діє від імені учасника, повинен отримати від учасника письмову згоду на подання апеляції. МСЕ розпочне розгляд апеляції після отримання письмової згоди.	

Форма для подання скарг та апеляцій

Повне ім'я учасника_____ Ідентифікаційний номер учасника_____

Адреса _____

Номер телефону (домашній) _____ (робочий) _____

Надайте детальну інформацію. Вкажіть імена, дати, місця надання послуг, час доби та проблеми, що виникли. У відповідних випадках також вкажіть, чому UnitedHealthcare Community Plan має розглянути можливість оплати послуги, які зазвичай не покриваються. Надішліть заповнену форму за вказаною внизу адресою.

[illegible]

(Підпис)

(Дата)

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

Ця сторінка навмисно залишена порожньою.

Слухання на рівні штату

Слухання на рівні штату — це засідання за участі вас або особи, яку ви просите діяти від вашого імені (наприклад, з вашим лікарем або постачальником), представника окружного Департаменту праці та сімейних послуг, представника плану UnitedHealthcare Community Plan та арбітра Бюро слухань на рівні штату при Департаменті праці та сімейних послуг штату Ohio (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). На цьому засіданні ви поясните, чому на вашу думку, UnitedHealthcare Community Plan прийняв неправильне рішення, а UnitedHealthcare Community Plan пояснить причини, через які ми прийняли саме таке рішення. Арбітр вислухає аргументи, а потім вирішить, хто правий, на основі правил та наданої інформації.

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

- ми не змінимо своє рішення або дію в результаті вашої апеляції;
- буде прийнято рішення запропонувати реєстрацію або продовження участі в Програмі координованого обслуговування плану UnitedHealthcare Community Plan;
- буде прийнято рішення відхилити ваш запит на зміну постачальника послуг в Програмі координованого обслуговування плану UnitedHealthcare Community Plan.

Ви можете вимагати проведення слухання на рівні штату лише після того, як пройдете процес апеляції на рівні плану UnitedHealthcare Community Plan.

Якщо ви хочете, щоб було проведено слухання на рівні штату, ви або особа, яку ви просите діяти від вашого імені (наприклад, ваш лікар або постачальник), повинні подати запит на проведення слухання **впродовж 90 календарних днів**. Відлік 90 календарних днів починається на наступний день після дати відправлення форми запиту на проведення слухання. Якщо ваша апеляція стосується рішення про скорочення, призупинення або припинення надання послуг до того, як ви отримаєте всі схвалені послуги, в отриманому вами листі буде вказано, як ви можете за бажанням продовжувати отримувати послуги і коли вам, можливо, доведеться заплатити за отримані послуги. Якщо ми запропонуємо вам стати учасником Програми координованого обслуговування плану UnitedHealthcare Community Plan і ви подасте запит на проведення слухання протягом 15 календарних днів з дати надсилання форми, ми не зареєструємо вас у програмі, поки не буде ухвалено рішення за слуханням.

Щоб подати запит на проведення слухання:

- підпишіть і надішліть форму запиту на проведення слухання на рівні штату на вказану в ній адресу або номер факсу;
- зателефонуйте до Бюро слухань на рівні штату за номером 1-866-635-3748;
- надішліть запит онлайн за адресою https://hearings.jfs.ohio.gov/apps/SHARE/#_frmLogin;
- надішліть запит електронною поштою на адресу bsh@jfs.ohio.gov.

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

Якщо ви хочете отримати інформацію про безкоштовну юридичну допомогу, але не знаєте номерів місцевої установи, де її можна отримати, зателефонуйте в Асоціацію правової допомоги штату Ohio на номер 1-800-589-5888.

Рішення про слухання на рівні штату зазвичай приймається не пізніше, ніж через 70 календарних днів після отримання запиту. Однак, МСО або Бюро слухань на рівні штату можуть вирішити, що стан здоров'я відповідає критеріям для прискореного рішення. Прискорене рішення буде видано настільки швидко, наскільки це необхідно, але не пізніше, ніж через 3 робочі дні після отримання запиту. Прискорені рішення призначені для ситуацій, коли прийняття рішення в стандартні строки може становити серйозну загрозу вашому життю, здоров'ю або здатності досягти, підтримувати чи відновити максимальну функціональність.

Відшкодування витрат із майна

Якщо ви перебуваєте в закладі постійного догляду або вам 55 років чи більше на момент отримання страхових послуг, що покриваються Medicaid, програма відшкодування витрат із майна може стягнути з вашого майна кошти, виплачені Medicaid за надану вам медичну допомогу. До вартості наданої вам допомоги може входити авансовий платіж (капітаційний платіж), який Medicaid виплачує вашому плану керованого медичного обслуговування, навіть якщо цей платіж перевищує вартість отриманих вами послуг.

Відшкодування витрат із майна відбувається лише після смерті отримувача Medicaid.

Послуги екстреної допомоги

Екстрена допомога — це допомога у разі виникнення медичної проблеми, яка потребує негайного втручання постачальника. Ми покриваємо екстрену допомогу як в окрузі, де ви проживаєте, так і за його межами. Приклади ситуацій, коли потрібна екстрена допомога:

- Викидень/вагінальна кровотеча під час вагітності
- Серцевий напад
- Сильний біль у грудях
- Сильна кровотеча, яка не зупиняється
- Утруднене дихання
- Підозра на інсульт
- Проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям: загроза самогубства, вбивства або самоушкодження, манія чи психоз, які потребують екстреної медичної допомоги

Медичний стан, що потребує екстреної допомоги

Медичний стан, що потребує екстреної допомоги — це медичний стан, який проявляється гострими симптомами достатньої тяжкості (включно із сильним болем), так що розсудлива людина із середнім рівнем обізнаності про здоров'я та медицину, може обґрунтовано очікувати, що відсутність екстреної медичної допомоги може призвести до будь-якого з таких наслідків: створення серйозної загрози для здоров'я особи (або, у випадку вагітної жінки, для здоров'я жінки або її майбутньої дитини); серйозні порушення функцій організму; серйозні порушення функцій будь-якого органу або частини тіла.

Послуги, що надаються після стабілізації стану

Послуги, що надаються після стабілізації стану — це послуги, які покриваються планом, які пов'язані з медичним станом, що потребував екстреної допомоги, і які лікуючий лікар вважає необхідними за медичними показаннями після стабілізації стану з метою підтримання стабільного стану, або, згідно з викладеним у статті 422.113 правила 42 C.F.R. (1 жовтня 2019 року), для покращення стану учасника або видужання учасника.

Для отримання екстреної допомоги звертатися до плану UnitedHealthcare Community Plan заздалегідь не потрібно. Також для отримання екстреної допомоги не потрібно попереднє схвалення. У разі виникнення ситуації, що потребує екстреної допомоги, телефонуйте на номер **911** або звертайтеся до найближчого відділення екстреної медичної допомоги (emergency room, ER) чи іншого відповідного медичного закладу.

Якщо ви не впевнені, чи потрібно звертатися до відділення екстреної допомоги, зателефонуйте своєму основному постачальнику медичних послуг або на цілодобову службу NurseLine за номером 1-800-542-8630 (TTY 1-800-855-2880). Ваш PCP або представник цілодобової служби NurseLine обговорить із вами вашу медичну проблему і дасть вам пораду щодо подальших дій.

Пам'ятайте! Якщо вам потрібна екстрена допомога:

- Зверніться до найближчого відділення екстреної допомоги в лікарні або іншому відповідному закладі. Обов'язково скажіть, що ви є учасником плану UnitedHealthcare Community Plan, і покажіть ідентифікаційну картку учасника плану UnitedHealthcare Community Plan.
- Якщо постачальник, що надає вам екстрену допомогу, вважає, що вам потрібна інша медична допомога для лікування проблеми, яка спричинила необхідність екстреної допомоги, постачальник повинен зателефонувати в план UnitedHealthcare Community Plan.
- Щойно ситуацію, що спричинила необхідність екстреної допомоги, буде взято під контроль, вам потрібно буде зателефонувати своєму основному постачальнику медичних послуг.
- Якщо вас госпіталізували до лікарні, переконайтеся, що план UnitedHealthcare Community Plan сповістили про це протягом 24 годин із моменту госпіталізації.

Нещасний випадок або захворювання (суброгація)

Якщо вам потрібно звернутися до лікаря з приводу травми або хвороби, спричиненої іншою особою або підприємством, ви повинні зателефонувати до відділу обслуговування учасників і повідомити нам про це. Наприклад, якщо ви постраждали в автокатастрофі, від укусу собаки, або якщо ви впали і травмувалися в магазині, можливо, оплата за отриману вами допомогу або послуги є відповідальністю іншої страхової компанії. Зателефонувавши нам, назвіть ім'я винуватця, його страхову компанію та імена адвокатів, які беруть участь у справі.

Інше медичне страхування (координація пільг (Coordination of Benefits, COB))

Якщо ви або хтось із членів вашої родини має медичну страховку від іншої компанії, дуже важливо, щоб ви зателефонували до відділу обслуговування учасників й адресного працівника у вашому окрузі та надали інформацію про цю страховку. Наприклад, якщо ви працюєте і маєте медичну страховку, або якщо ваші діти прикріплені до медичної страховки другого з батьків, вам потрібно зателефонувати до відділу обслуговування учасників і повідомити нам цю інформацію. Також потрібно зателефонувати до відділу обслуговування учасників й адресного працівника у вашому окрузі, якщо ви втратили медичну страховку, про яку ви раніше повідомляли. Якщо ви не надасте цю інформацію, це може спричинити проблеми з отриманням медичної допомоги та оплатою медичних рахунків.

Повідомлення про втрату страховки (свідоцтво про належне покриття)

Щоразу, коли ви втрачаєте медичну страховку, ви повинні отримати повідомлення, відоме як свідоцтво про належне покриття, від страхової компанії, яка надавала вам страховку. У цьому повідомленні йдеться про те, що ви більше не маєте страховки. Будь ласка, збережіть це повідомлення, оскільки вас можуть попросити надати його копію.

Втрата права на участь у програмі Medicaid

Важливо, щоб ви не пропускали візити до окружного Департаменту праці та сімейних послуг. Якщо ви пропустите візит або не надасте інформацію, яку вас попросять надати, ви можете втратити право на участь у програмі Medicaid. Якщо це станеться,

UnitedHealthcare Community Plan буде повідомлено про необхідність припинення вашої участі як учасника програми Medicaid. Відповідно, ви втратите покриття від плану UnitedHealthcare Community Plan.

Автоматичне поновлення участі в МСО

Якщо ви втратите право на участь у програмі Medicaid, але відновите його протягом 90 днів, ви автоматично станете учасником плану UnitedHealthcare Community Plan знову.

Припинення вашої участі в МСО

Учасники організації керованого медичного обслуговування мають право прийняти рішення про припинення своєї участі в певні визначені періоди протягом року. Ви можете припинити свою участь протягом перших трьох місяців (90 днів) або принаймні раз на 12 місяців протягом щорічного місяця відкритої реєстрації. Департамент Medicaid штату Ohio надішле вам поштою повідомлення про те, на які дати припадатиме ваш щорічний місяць відкритої реєстрації. Якщо ви проживаєте в зоні, де діє правило обов'язкової реєстрації, вам доведеться обрати іншу організацію керованого медичного обслуговування, яка покриватиме необхідні вам медичні послуги.

Якщо ви хочете припинити свою участь протягом перших трьох місяців вашої участі або протягом місяця відкритої реєстрації, ви можете зателефонувати на гарячу лінію Medicaid за номером 1-800-324-8680. ТТТ 711. Ви також можете надіслати запит онлайн, відвідавши вебсайт гарячої лінії Medicaid за адресою www.ohiomh.com. Якщо ви зателефонуєте за 10 днів до кінця місяця, вашу участь буде припинено з першого числа наступного місяця. Якщо ви зателефонуєте після цього часу, вашу участь буде припинено першого дня місяця, що слідує за наступним місяцем. Якщо ви обрали іншу організацію керованого медичного обслуговування, ваша нова організація надішле вам інформацію поштою до дати початку вашої участі.

Вибір нового плану

Якщо ви плануєте припинити свою участь у плані та перейти до іншої організації керованого медичного обслуговування (managed care organization, МСО), вам слід дізнатися про доступні вам варіанти, особливо якщо ви хочете і надалі відвідувати своїх поточних постачальників послуг. Пам'ятайте, що кожна МСО має свою власну мережу лікарів і лікарень. Крім того, кожна МСО має письмові матеріали, у яких роз'яснено пільги та правила. Якщо ви хочете отримати письмові матеріали від організації керованого медичного обслуговування, до якої ви плануєте приєднатися, або якщо у вас є запитання

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

про MCO, ви можете зателефонувати до плану або на гарячу лінію Medicaid за номером 1-800-324-8680; ТТУ 1-800-292-3572. Ви також можете знайти інформацію про MCO у вашій місцевості, відвідавши вебсайт гарячої лінії Medicaid за адресою www.ohiomh.com.

Припинення участі через поважну причину

Іноді у вас може виникнути необхідність припинити участь у плані через певні обставини. Це називається припиненням участі через поважну причину (Just Cause). Запити на припинення участі через поважну причину можуть подаватися в періоди поза межами періоду відкритої реєстрації та перших трьох місяців участі. Подаючи запит на припинення участі через поважну причину, ви можете спочатку зателефонувати до плану UnitedHealthcare Community Plan і дати нам можливість вирішити проблему. Якщо ми не зможемо вирішити проблему, ви можете будь-коли попросити про припинення участі через одну із зазначених нижче поважних причин.

1. Ви переїжджаєте до місцевості, що не обслуговується вашою поточною MCO, і вам потрібна неекстрена медична допомога в новій місцевості до того, як закінчиться ваша участь в MCO.
2. Ваша поточна MCO не покриває потрібну вам медичну послугу з моральних або релігійних міркувань.
3. Ваш лікар повідомив, що деякі потрібні вам медичні послуги, повинні бути отримані одночасно, а в мережі MCO можна отримати лише деякі з цих послуг.
4. У вас є побоювання, що ви не отримуєте якісну медичну допомогу, і потрібні вам послуги не можна отримати в іншого постачальника, що входить до мережі плану UnitedHealthcare Community Plan.
5. Ви не маєте доступу до послуг, які є необхідними за медичними показаннями і які покриваються програмою Medicaid, або не маєте доступу до постачальників, які мають досвід роботи з вашими особливими медичними потребами.
6. Обраний вами PCP більше не входить до мережі вашого плану UnitedHealthcare Community Plan, а це був єдиний PCP, який володів вашою мовою і знаходився в межах розумної відстані від вас; або інший план має в своїй мережі PCP, який розмовляє вашою мовою, знаходиться в межах розумної відстані від вас і прийме вас як пацієнта.
7. Якщо ви вважаєте, що участь у поточному плані керованого медичного обслуговування шкодить вам і не відповідає вашим інтересам.

Ви можете попросити припинити вашу участь із поважної причини, зателефонувавши на гарячу лінію Medicaid за номером 1-800-324-8680; ТТУ 1-800-292-3572. Департамент Medicaid штату Ohio розгляне ваш запит і вирішить, чи відповідає він критеріям поважної причини. Ви отримаєте поштою листа, у якому буде повідомлено, чи припинить Департамент Medicaid штату Ohio вашу участь у програмі, а також буде вказано дату припинення вашої участі. Якщо ви проживаєте в зоні, де діє правило обов'язкової

реєстрації, вам доведеться обрати інший план медичного страхування, якщо Департамент Medicaid штату Ohio не повідомить вас про інше. Якщо ваш запит на припинення участі з поважної причини буде відхилено, Департамент Medicaid штату Ohio надішле вам інформацію щодо ваших прав на оскарження цього рішення на рівні штату.

Про що слід пам'ятати, коли ви вирішуєте припинити свою участь

Якщо ви виконали будь-який із наведених вище кроків із метою припинення участі, зверніть увагу на викладену нижче важливу інформацію.

- Продовжуйте користуватися послугами лікарів й інших постачальників плану UnitedHealthcare Community Plan до тих пір, поки ви не станете учасником нового плану медичного страхування або не повернетеся до звичайної програми Medicaid.
- Якщо ви обрали нову МСО і не отримали ідентифікаційну картку учасника до першого дня місяця, коли ви станете 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; ТТУ 1-800-292-3572
- Якщо вам дозволили повернутися до звичайної програми Medicaid, але ви не отримали нову картку Medicaid, зателефонуйте адресному працівнику у вашому окрузі.
- Якщо ви обрали нову МСО і у вас заплановані візити з метою отримання медичних послуг, зателефонуйте до нового плану, щоб переконатися, що ці постачальники входять до мережі постачальників нового плану і що всі необхідні документи оформлені. Приклади ситуацій, коли вам слід зателефонувати до нового плану: **у вас заплановано візит до нового лікаря, хірургічне втручання, аналіз крові або рентген, і особливо, якщо ви вагітні.**
- Якщо вам дозволили повернутися до звичайної програми Medicaid і у вас заплановані візити з метою отримання медичних послуг, зателефонуйте постачальникам послуг, щоб переконатися, що вони приймають учасників звичної програми Medicaid.

Припинення участі за власним бажанням

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

- ви є членом визнаного на федеральному рівні індіанського племені, незалежно від вашого віку;
- ви є особою, яка отримує послуги за альтернативними програмами з догляду на дому та в спільноті через Департамент із питань вад розвитку в штаті Ohio.

Якщо, на вашу думку, ви або ваша дитина відповідає будь-якому із зазначених вище критеріїв і не хоче бути учасником організації керованого медичного обслуговування,

Посібник учасника Medicaid у штаті Ohio

зателефонуйте на гарячу лінію Medicaid за номером 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). Якщо ви відповідаєте вищезазначеним критеріям і не хочете бути учасником MCO, вашу участь буде припинено.

Винятки — особи, яким заборонено брати участь в MCO Medicaid. Вам можуть відмовити в участі в організації керованого медичного обслуговування (managed care organization, MCO) Medicaid, якщо ви:

- маєте право як на Medicaid, так і на Medicare;
 - перебуваєте в стаціонарній установі (в установі сестринського догляду та не належите до категорії з розширеним покриттям для дорослих, закладі довгострокового догляду, закладі проміжного догляду для осіб з інтелектуальними порушеннями (intermediate care facility for individuals with intellectual disabilities, ICF/IID) або в іншому закладі); або
 - отримуєте послуги за альтернативними програмами Medicaid і належите до категорії з розширеним покриттям для дорослих.
- * Якщо ви маєте право на участь у програмі Medicaid та належите до категорії з розширеним покриттям для дорослих, ви отримуватимете послуги установи сестринського догляду через організацію керованого медичного обслуговування. Крім того, учасники, які належать до категорії з розширеним покриттям для дорослих та які отримали дозвіл на участь в альтернативних програмах, залишатимуться в організації керованого медичного обслуговування.

Якщо, на вашу думку, ви відповідаєте будь-якому із зазначених вище критеріїв і не зобов'язані приєднуватися до організації керованого медичного обслуговування, зателефонуйте на гарячу лінію Medicaid за номером 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). Якщо ви відповідаєте вищезазначеним критеріям, вашу участь у MCO буде припинено.

Чи може UnitedHealthcare Community Plan виключити мене з плану?

У деяких ситуаціях UnitedHealthcare Community Plan може звернутися до Департаменту Medicaid штату Ohio з проханням виключити вас із плану. Перш ніж вас буде виключено з плану, Департамент Medicaid штату Ohio повинен схвалити відповідний запит.

Причини, з яких UnitedHealthcare Community Plan може попросити виключити вас із плану:

- Шахрайство або нецільове використання вашої ідентифікаційної картки учасника плану UnitedHealthcare Community Plan
- Деструктивна або конфліктна поведінка, якщо вона впливає на здатність MCO надавати послуги вам або іншим учасникам

UnitedHealthcare Community Plan надає послуги нашим учасникам на підставі договору, який UnitedHealthcare Community Plan уклав із Департаментом Medicaid штату Ohio. Якщо ви хочете зв'язатися з Департаментом Medicaid штату Ohio, ви можете зателефонувати або написати, використовуючи наведені нижче контактні дані.

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

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

Ви також можете відвідати вебсайт Департаменту Medicaid штату Ohio за адресою www.medicaid.ohio.gov.

Щоб отримати будь-яку іншу інформацію, включно з інформацією про структуру та діяльність UnitedHealthcare Community Plan і про те, як ми платимо нашим постачальникам, зв'яжіться з планом UnitedHealthcare Community Plan. Якщо ви хочете висловити пропозиції щодо змін, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Таблиця послуг Medicaid

Послуги, що покриваються планом UnitedHealthcare Community Plan

Учасники плану UnitedHealthcare Community Plan отримують усі послуги, які необхідні за медичними показаннями та покриваються програмою Medicaid, безкоштовно. Необхідність за медичними показаннями означає, що вам потрібні ці послуги для профілактики, діагностики або лікування медичного стану. UnitedHealthcare Community Plan може вимагати попереднього схвалення для деяких послуг перед їх отриманням, за винятком екстрених випадків.

Якщо у вас є будь-які запитання щодо ваших пільг, зверніться до вашого PCP або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**. Ви також можете ознайомитися з докладною інформацією про пільги на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan, здійснивши пошук у розділі «Пільги» (Benefits), або в додатку UnitedHealthcare app.

Послуга	Покриття
Акупунктура для лікування певних станів	Покриття виключно для лікування таких станів: (i) біль у попереку; (ii) мігрень; (iii) біль у шийному відділі хребта; (iv) остеоартрит тазостегнового суглоба; (v) остеоартрит колінного суглоба; (vi) нудота або блювання, пов'язані з вагітністю або хіміотерапією; (vii) гострий післяопераційний біль. Обмежено 30 візитами, крім випадків, коли за медичними показаннями потрібна більша кількість візитів.

Послуга	Покриття
Послуги з лікування алергії	Покриваються
Транспортування в автомобілі швидкої допомоги та мікроавтобусі для перевезення осіб в інвалідних візках	Покривається в екстрених ситуаціях як в мережі, так і поза мережею.
Послуги з охорони психічного здоров'я, лікування психічних розладів та розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин	Покриваються; зателефонуйте до відділу обслуговування учасників, щоб знайти відповідний центр/постачальника, або самостійно зверніться до сертифікованого центру психічного здоров'я або сертифікованого лікувального центру Департаменту психічного здоров'я та наркологічних послуг штату Ohio (OhioMHAS). Як зв'язатися з цілодобовою кризовою лінією з питань психічного здоров'я Ви також можете зателефонувати нам, якщо ви опинилися в кризовій ситуації. Ви можете поговорити з кимось прямо зараз, і ми допоможемо вам отримати необхідну допомогу. Просто зателефонуйте на нашу цілодобову кризову лінію з питань психічного здоров'я за номером 877-542-9236. Цей дзвінок безкоштовний. Кризова лінія з питань психічного здоров'я доступна цілодобово та без вихідних. Програми лікування опіоїдної залежності, включно з лікуванням із використанням лікарських препаратів (Medically Assisted Treatment, MAT), як-от Suboxone, Buprenorphine та Methadone. • Асертивне лікування в спільноті (Assertive Community Treatment, ACT) для осіб віком від 18 років. • Інтенсивне лікування в домашніх умовах (Intensive Home-Based Treatment, IHBT). Ця послуга призначена для осіб віком до 18 років; однак у деяких випадках її можуть надавати учасникам віком 18–21 рік. • Комплексне лікування залежності, включно з послугами з проживанням і частковою госпіталізацією.

Таблиця послуг Medicaid

Послуга	Покриття
Послуги сертифікованих медсестер-акушерок	Покриваються
Послуги сертифікованих практикуючих медсестер	Покриваються
Послуги хіміотерапії	Покриваються
Послуги хіропрактики (для спини)	Покриваються; 30 візитів на календарний рік для учасників віком до 21 року, крім випадків, коли за медичними показаннями потрібна більша кількість візитів. 15 візитів на календарний рік для учасників віком від 21 року.
Стоматологічні послуги	Покриваються; два огляди та дві чистки на календарний рік, рентгенівські знімки, пломби, прості видалення, повні та часткові протези, загальна анестезія та лікування кореневих каналів передніх зубів. Для деяких процедур потрібно попереднє схвалення.
Послуги розвиваючої терапії для дітей віком до 6 років	Покриваються; може знадобитися попереднє схвалення.
Діагностичні послуги (рентгенологічні дослідження, лабораторні аналізи)	Покриваються; діагностичні та лабораторні дослідження покриваються у постачальника Par. Для деяких досліджень може знадобитися попереднє схвалення.

Послуга	Покриття
Послуги доули	Покриваються
Медичне обладнання тривалого використання (наприклад, молоковідсмоктувач, пакети для зберігання грудного молока, пристосування для ходьби, прилади для вимірювання артеріального тиску)	Більшість обладнання DME вартістю \$500 покривається за рецептом у постачальника, що бере участь у програмі. • Існують винятки, див. таблицю схвалення для DME. - Перуки не покриваються. – У мережі: молоковідсмоктувачі покриваються як DME. Для постачальників DME, що входять до мережі, схвалення не потрібне. – Поза мережею: потрібно схвалення.
Послуги екстреної допомоги	Покриваються; послуги у зв'язку з медичною проблемою, яка, на вашу думку, є настільки серйозною, що вимагає негайного втручання лікаря.
Послуги та засоби для планування сім'ї	Покриваються
Послуги, що надаються у визнаних федеральних центрах охорони здоров'я (Federally Qualified Health Centers, FQHC) і сільських медичних клініках (RHC)	Покриваються
Послуги, що надаються в окремому пологовому центрі	Щоб знайти клініку в штаті Ohio, що відповідає вимогам, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників.

Таблиця послуг Medicaid

Послуга	Покриття
Групові класи з пренатального догляду/ групове навчання вагітних	Покриваються
Гінекологічні послуги (OBGYN)	Покриваються
Медичне обслуговування на дому	Покриваються; може знадобитися попереднє схвалення.
Обслуговування в хоспісі	Потрібне попереднє схвалення для проживання та харчування.
Обслуговування в лікарні в умовах стаціонару	Потрібне попереднє схвалення для планових госпіталізацій.
Консультації з лактації	Покриваються
Догляд за вагітними – до і після пологів, включно з послугами для вагітних із групи ризику	Покривається
Послуги лікувального харчування (medical nutrition therapy, MNT)	Покриваються
Матеріали медичного призначення	Покриваються; може знадобитися попереднє схвалення.

Таблиця послуг Medicaid

Послуга	Покриття
Послуги закладів сестринського догляду	План покриває витрати на перебування учасників, якщо тільки Департамент Medicaid штату Ohio не вирішить, що учасник повернеться до системи Medicaid з оплатою за кожну послугу; якщо учасник потребує послуг сестринського догляду, він повинен зателефонувати до плану й отримати інформацію про доступних постачальників послуг.
Обслуговування в лікарні в амбулаторних умовах	Покриваються
Центри відновлення для дітей (Pediatric Recovery Centers, PRCs)	Покриваються
Послуги фармацевта: ліки, що вводяться постачальником (усі інші аптечні послуги покриваються контрактним єдиним менеджером зі страхового покриття аптечних послуг (Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM) ODM)	Покриваються
Фізіотерапія та ерготерапія	Покриваються

Таблиця послуг Medicaid

Послуга	Покриття
Фізичний огляд, необхідний для працевлаштування або участі в програмах професійної підготовки	Покривається, якщо огляд не проводиться безкоштовно іншим постачальником.
Послуги лікаря	Покриваються
Послуги подіатрії (догляд за стопами)	Покриваються — Попереднє схвалення не потрібно для візитів, але можна знадобитися для деяких процедур. Центри відновлення для дітей (Pediatric Recovery Centers, PRCs).
Профілактична мамографія, скринінгові обстеження для виявлення раку молочної залози та раку шийки матки	Покриваються
Послуги основного постачальника медичних послуг	Покриваються
Послуги персональної медичної сестри	Покриваються
Радіологія (МРТ, КТ та ядерна медицина)	Покривається; може знадобитися попереднє схвалення.
Нирковий діаліз (послуги, пов'язані із захворюваннями нирок)	Покриваються

Послуга	Покриття
Послуги з тимчасового догляду	Покриваються. Критерії для отримання пільги з тимчасового догляду Департамент Medicaid штату Ohio встановив правила для отримання цієї пільги, зокрема такі: • Учасник проживає разом зі своїм неоплачуваним основним доглядачем у будинку або квартирі. Учасник не перебуває під опікою. • Обов'язкова співпраця з менеджером із координації обслуговування плану. • Необхідність у кваліфікованих послугах принаймні раз на тиждень. • Отримання послуг із догляду на дому в обсязі не менше 14 годин на тиждень протягом щонайменше 6 місяців, що передують даті подання запиту на отримання послуг із тимчасового догляду. • Послуга призначена для учасників віком до 21 року, які мають потреби в LTC або ВН. • Учасники віком від 21 року: не покривається.
Послуги з тимчасового догляду (продовження)	Критерії для отримання допомоги з тимчасового догляду при проблемах із психічним здоров'ям: Департамент Medicaid штату Ohio встановив правила для отримання цієї пільги, зокрема такі: • Потреба в отриманні послуг із догляду на дому в обсязі не менше 14 годин на тиждень протягом щонайменше ДВОХ місяців, що передують даті подання запиту на отримання послуг із тимчасового догляду. • Основний доглядач потребує тимчасового відпочинку від догляду за учасником внаслідок потреб учасника в LTSS і задоволенні потреб у сфері психічного здоров'я або з метою запобігання розміщення в інституційному закладі або закладі за межами дому. • Має бути діагностовано серйозний емоційний розлад, що призводить до функціональних порушень. • Відсутність симптомів або поведінки, що вказують на безпосередню небезпеку заподіяння шкоди собі або іншим.

Таблиця послуг Medicaid

Послуга	Покриття
Скринінгові обстеження та консультації щодо ожиріння	Покриваються
Послуги для дітей із медичними вадами (Розділ V)	Покриваються
Щеплення (імунізації)	Покриваються
Послуги спеціалістів	Покриваються послуги спеціалістів, що входять до мережі, у більшості випадків.
Послуги щодо мовлення та слуху, включно зі слуховими апаратами	Покриваються
Послуги телемедицини	Покриваються; послуги фахівців у галузі медицини та психічного здоров'я за допомогою телемедицини з приводу багатьох хвороб і травм, поширених станів здоров'я, повторних прийомів і скринінгових обстежень, а також для призначення ліків.
Послуги з відмови від куріння	Включно з консультаціями з відмови від куріння та схваленими FDA ліками, що допомагають відмовитися від куріння. Лінія допомоги особам, що намагаються відмовитися від куріння в штаті Ohio Зателефонуйте за номером 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) і обговоріть із фахівцем, що допоможе вам відмовитися від куріння.
Послуги з обстеження (корекції) зору, включно з окулярами	Покриваються; усі учасники можуть проходити обстеження зору кожні 12 місяців. Учасники також мають можливість вибрати окуляри; кожні 12 місяців учасникам надається покриття в розмірі до \$25 на оправу або в розмірі до \$150 на контактні лінзи будь-якого типу (необхідно використати за один раз).

Послуга	Покриття
Профілактичні медичні огляди (Healthchek) для дітей віком до 21 року	Покриваються; медичні огляди, перевірки зору, зубів, слуху, харчування, розвитку та поведінки, імунізації (щеплення), просвітницькі заходи щодо здоров'я, лабораторні аналізи, а також інші послуги для лікування фізичних, поведінкових та інших проблем і станів, виявлених під час обстеження.
Щорічні профілактичні медичні огляди для дорослих	Покриваються

Щоб отримати дозвіл на деякі послуги, ваш лікар повинен зателефонувати до відділу управління використанням плану UnitedHealthcare Community Plan за номером 1-800-366-7304.

Послуги транспортування

Якщо для отримання медичних послуг, що покриваються, вам потрібно їхати на відстань 30 миль або більше від вашого дому, UnitedHealthcare Community Plan надасть вам послуги транспортування до офісу постачальника та назад. UnitedHealthcare Community Plan також покриває все необхідне транспортування в автомобілі швидкої допомоги або мікроавтобусі для перевезення осіб в інвалідних візках, незалежно від відстані. Щоб організувати транспортування або отримати допомогу, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників UnitedHealthcare за номером **1-800-895-2017, ТТТ 711**, з 7:00 a.m. до 7:00 p.m., з понеділка по п'ятницю, за 48 годин до поїздки (крім випадків, коли послуги транспортування потрібні для виписки з лікарні). Крім того, UnitedHealthcare Community Plan надає послуги транспортування для термінових у той самий або наступний день.

На додаток до допомоги з транспортуванням, яку надає план UnitedHealthcare Community Plan, при отриманні певних медичних послуг, що потребують неекстреного транспортування (Non-Emergency Transportation, NEMT), ви можете скористатися послугами транспортування через місцевий окружний Департамент праці та сімейних послуг, якщо відстань становить менше 30 миль від вашого дому. Якщо у вас є запитання або вам потрібна допомога в отриманні послуг NEMT на відстань менше 30 миль від вашого дому, зателефонуйте до окружного Департаменту праці та сімейних послуг.

Додаткові пільги UnitedHealthcare

Додаткові пільги

UnitedHealthcare Community Plan також пропонує своїм учасникам такі додаткові послуги та/або пільги.

Велнес-програми

UnitedHealthcare Community Plan має багато програм й інструментів, які допоможуть зберегти здоров'я вам та вашій родині, зокрема:

- Заняття, які допоможуть вам кинути палити
- Курси для вагітних і курси щодо батьківства
- Заняття з харчування
- Нагадування про профілактичні обстеження

Ваш постачальник може запропонувати вам взяти участь в одній із цих програм. Якщо ви хочете отримати більше інформації або знайти програму поблизу, зверніться до вашого PCP або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, ТТТ 711**.

Смарт-інструменти для здоров'я

- Учасники можуть керувати своїм здоров'ям за допомогою інструментів, що доступні за адресою myuhc.com/CommunityPlan. Вебсайт допомагає зберігати медичну документацію. Він містить рекомендації щодо того, як взаємодіяти з лікарем. На вебсайті також можна зручно переглядати інформацію про заплановані візити.
- **Findhelp.org** — Онлайн-інструмент пошуку, що допомагає учасникам знаходити послуги поруч із місцем проживання. Знаходьте продовольчу допомогу, допомогу в оплаті рахунків та інші безкоштовні/недорогі програми у вашій місцевості.
- Учасники й опікуни учасників UnitedHealthcare можуть отримати право на послугу **Wireless Lifeline Service від Pulsewrx**. Учасники, які відповідають критеріям, безкоштовно отримують мобільний телефон та інтернет-план. Відвідайте вебсайт <https://www.mybenefitphone.com>, щоб подати заявку або дізнатися більше про програму, завдяки якій ви зможете безкоштовно отримувати мобільну підтримку з питань здоров'я.

Live and Work Well

Ми про все подбали.

Важливо знати, куди звертатися за допомогою в разі потреби. Ми завжди готові допомогти нашим учасникам. Відвідайте [Liveandworkwell.com](https://liveandworkwell.com), якщо вам потрібна відверта розмова на теми психічного здоров'я.

Healthy First Steps™

Наша програма Healthy First Steps гарантує, що і мама, і дитина отримають належну медичну допомогу. Отримуйте чудові винагороди (всього 8 винагород), включно з подарунковим сертифікатом на \$20.00 за реєстрацію. Зареєструйтеся у нашій програмі винагород для вагітних. Пренатальна підготовка, пологи, післяпологовий догляд, а також корисні поради для вас і вашої дитини.

Ми допоможемо:

- Отримати корисні поради щодо харчування, фізичної активності та безпеки
- Отримати витратні матеріали, включно з молоковідсмоктувачами для матерів, що годують грудьми
- Вибрати лікаря або медсестру-акушерку
- Запланувати візити й обстеження
- Організувати транспортування на візити до лікаря
- Отримати доступ до ресурсів у спільноті, як-от служби допомоги жінкам, немовлятам і дітям (Women, Infants and Children, WIC)
- Отримати допомогу після народження дитини
- Вибрати педіатра (дитячого лікаря)
- Отримати інформацію про планування сім'ї

Телефонуйте нам безкоштовно за номером **1-800-599-5985**, ТТУ **711**, з 8:00 a.m. до 5:00 p.m. за східним стандартним часом (EST), з понеділка по п'ятницю.

Важливо розпочати спостереження за вагітністю на ранніх термінах. Обов'язково здійснюйте всі візити до лікаря, навіть якщо це не ваша перша дитина.

Wellhop

<https://momandbaby.wellhop.com>

Для матерів і дітей. Можливість зв'язатися зі спільнотою мам.

Стоматологічні послуги

- Для осіб віком від 21 року — один додатковий огляд на рік.

Щоб отримати додаткову інформацію, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Додаткові пільги UnitedHealthcare

Офтальмологічні послуги

- \$150.00 на купівлю та підбір контактних лінз на календарний рік.

Щоб отримати додаткову інформацію, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Послуги транспортування

На додаток до необхідних послуг із транспортування, UnitedHealthcare Community Plan пропонує такі додаткові послуги:

- Необмежена кількість поїздок під час вагітності, у пренатальний період, у післяпологовий період, на візити до WIC, для відвідування відділення інтенсивної терапії новонароджених (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) та на профілактичні візити для дітей віком до одного року.
- Відшкодування витрат на дорогу з метою здійснення візитів до постачальників.
- Транспортування для отримання їжі (продовольчий банк, продовольча комора, продуктовий магазин, за умови, що продукти забираються на узбіччі). Ці поїздки зараховуються до максимальної кількості поїздок — 15 в обидва боки або 30 в один бік.
- Додаткові критично важливі поїздки в необмеженій кількості, зокрема, для діалізу, хіміотерапії/променевої терапії, перев'язок, у зв'язку з вагітністю, зловживанням психоактивними речовинами. Ці поїздки не зараховуються до максимальної кількості поїздок — 15 в обидва боки або 30 в один бік.

Щоб отримати додаткову інформацію, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Житловий навігатор

Підтримка шляхом оцінки житлових потреб й уподобань учасників із нестабільними житловими умовами, визначенням відповідних варіантів житла і допомоги з процесом подання заявки на житло.

Щоб отримати додаткову інформацію, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Доставка їжі

- Доставка їжі після виписки з лікарні протягом щонайбільше 14 днів для вагітних.

Щоб отримати додаткову інформацію, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

On My Way

<http://www.uhcOMW.com>

Ресурс для учасників, покликаний допомогти перейти до самостійного життя.

Телемедицина

Телемедицина — це надання медичних послуг за допомогою аудіо- та/або відеозв'язку. Замість того, щоб приходити в офіс на прийом, ви залишаєтеся вдома й використовуєте свій смартфон, планшет або комп'ютер, щоб зустрітися та поговорити зі своїми медичними працівниками та фахівцями з психічного здоров'я. Використання послуг телемедицини є безкоштовним, що усуває стрес, пов'язаний із необхідністю користуватися послугами з транспортування.

Ви можете звертатися до фахівців у галузі медицини та психічного здоров'я за допомогою телемедицини з приводу багатьох хвороб і травм, поширених станів здоров'я, повторних прийомів і скринінгових обстежень, а також для призначення ліків.

Дізнайтеся у своїх постачальників, чи пропонують він послуги телемедицини.

Щоб отримати додаткову інформацію, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Додаток UnitedHealthcare® app

У плану UnitedHealthcare Community Plan з'явився новий додаток для учасників. Він називається UnitedHealthcare® app. Додаток доступний для планшетів і смартфонів Apple® та Android®. Додаток UnitedHealthcare app дозволяє легко:

- Знайти лікаря, відділення ER або центр невідкладної допомоги поблизу
- Прочитати свій посібник учасника
- Переглянути свою ідентифікаційну картку учасника
- Дізнатися про свої пільги
- Зв'язатися з відділом обслуговування учасників

Завантажте безкоштовний додаток UnitedHealthcare app уже сьогодні та використовуйте його для зв'язку зі своїм планом медичного страхування будь-де й будь-коли.

Винагороди за здоров'я

Профілактика дешевша за лікування. А ще, вона може приносити чудові винагороди. Інформацію про програми, у межах яких ви можете отримати винагороди за досягнення певних цілей у сфері здоров'я, див. на вебсайті www.uhccommunityplan.com/oh у розділі «Винагороди за здоров'я» (Healthy rewards).

Додаткові пільги UnitedHealthcare

Заробляйте чудові подарунки для себе або своєї дитини, виконуючи такі дії:

- Проходження медичних оглядів для дітей
- Проходження профілактичних оглядів і скринінгових обстежень
- Здача лабораторних аналізів
- Імунізації

Програма Dr. Health E. Hound®

Ми пишаємося нашим маскотом — песиком Dr. Health E. Hound. Мета маскота Dr. Health E. Hound — навчити ваших дітей підтримувати форму та піклуватися про здоров'я у веселий спосіб. Dr. Health E. Hound любить подорожувати штатом і зустрічатися з дітьми різного віку. Він обожнює роздавати флаєри, плакати, наклейки та розмальовки, щоб нагадати дітям про необхідність їсти здорову їжу та займатися спортом. Він також допомагає дітям зрозуміти, що відвідування лікаря для профілактичних оглядів і щеплень важливо для підтримки здоров'я.

Ви та ваша сім'я можете особисто зустрітися з песиком Dr. Health E. Hound на деяких заходах, що проводяться нашим планом медичного страхування. Запрошуємо вас відвідати один із таких заходів і дізнатися про важливість здорового харчування та фізичних вправ. Приносьте фотоапарат на ці заходи та зробіть фото з нашим маскотом Dr. Health E. Hound.

Ця сторінка навмисно залишена порожньою.

Інші деталі плану

Інші деталі плану

Пошук постачальника, що входить до мережі

Ми спрощуємо пошук постачальника, що входить до мережі. Щоб знайти найближчого до вас постачальника, що входить до мережі:

Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan, щоб ознайомитися з найактуальнішою інформацією. Натисніть «Знайти постачальника» (Find a Provider).

Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**. Ми можемо знайти для вас постачальників, що входять до мережі. Або, за бажанням, ми можемо надіслати вам довідник постачальників поштою.

Довідник постачальників

У вас є довідник постачальників, послугами яких ви можете скористатися у вашій місцевості. Довідник містить адреси та номери телефонів постачальників, що входять до мережі нашого плану.

Інформація про постачальників часто змінюється. Найактуальнішу інформацію див. на нашому вебсайті за адресою myuhc.com/CommunityPlan. Ви можете переглянути або роздрукувати довідник постачальників на вебсайті за адресою myuhc.com/CommunityPlan, або натиснути «Знайти постачальника» (Find a Provider), щоб здійснити пошук у нашому онлайн-каталозі.

З актуальною версією довідника постачальників можна ознайомитися на вебсайті myuhc.com/CommunityPlan або в додатку UnitedHealthcare app. Якщо ви хочете отримати друкований екземпляр довідника, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**, і ми надішлемо вам довідник поштою.

Дякуємо за довіру до плану UnitedHealthcare Community Plan. Якщо вам потрібні офтальмологічні або стоматологічні послуги, ви можете знайти списки постачальників за цими адресами:

Постачальники офтальмологічних послуг — <https://www.marchvisioncare.com/>

Постачальники стоматологічних послуг — myuhc.com

Інші деталі плану

Також щоб знайти постачальника офтальмологічних або стоматологічних послуг, ви можете зателефонувати за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**, або відвідати вебсайт myuhc.com.

Якщо ви отримали рахунок за послуги

Лікарні та лікарі не мають права виставляти учасникам рахунки за послуги, що покриваються. Якщо ви отримали рахунок, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**. Представник відділу обслуговування учасників допоможе вам з'ясувати, що робити далі: сплатити рахунок чи надіслати його за зазначеною нижче адресою.

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

Збережіть копію рахунку. Ми вивчимо виставлені вам рахунки, щоб переконатися, що отримані вами послуги покриваються планом. Якщо послуги покриваються, ми негайно здійснимо оплату постачальнику медичних послуг. Якщо у вас є запитання, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Постачальники спочатку виставляють рахунок вашій основній страховці. Після того, як ваша основна страховка сплатить узгоджену суму, постачальник виставить рахунок плану UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan сплатить постачальнику суму, узгоджену в нашому договорі з постачальником.

Завчасні медичні розпорядження

Завчасне медичне розпорядження — це набір письмових інструкцій щодо кроків, які будуть зроблені у випадку, коли вам знадобиться медична допомога, але ви будете нездатні самостійно приймати рішення про медичне обслуговування. У ньому вказується, яку медичну допомогу ви хочете або не хочете отримувати. Обговоріть свої побажання зі своїм лікарем, родиною та друзями. Це жодним чином не вплине на доступні вам пільги в сфері медичного обслуговування. Приклади завчасних медичних розпоряджень:

Медичний заповіт

Медичний заповіт інформує вашого лікаря про види життєзабезпечення, які ви бажаєте або не бажаєте отримувати.

88 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Довіреність на медичне обслуговування

У цьому документі ви вказуєте особу, яка може приймати рішення щодо вашого здоров'я. Використовується лише в тому випадку, якщо ви не можете приймати рішення самостійно.

Декларація про надання допомоги у сфері психічного здоров'я

Декларація про надання допомоги у сфері психічного здоров'я орієнтована на медичне обслуговування, пов'язане з психічним здоров'ям. Вона дозволяє дієздатній особі, призначити довірену особу, яка прийматиме рішення від її імені, якщо вона втратить здатність приймати рішення самостійно. Крім того, у декларації можна озвучити певні побажання щодо лікування. Особа може вказати побажання щодо ліків та лікування, а також побажання щодо госпіталізації/перебування у закладі.

Декларація про надання допомоги у сфері психічного здоров'я замінює довіреність на надання допомоги у сфері психічного здоров'я, але не замінює медичний заповіт.

Ви можете попросити свого лікаря надати додаткову інформацію про завчасне медичне розпорядження. Ви також можете знайти деякі зразки форм на вебсайті [Familydoctor.org](https://www.familydoctor.org).

Які існують види форм?

Законодавством штату Ohio передбачено чотири різні форми або завчасні медичні розпорядження, зокрема медичний заповіт, декларацію про надання допомоги у сфері психічного здоров'я, тривалу довіреність на медичне обслуговування та розпорядження про відмову від реанімації (Do Not Resuscitate, DNR). Ви заповнюєте форму про завчасне медичне розпорядження, поки ви в змозі діяти самостійно. Завчасне медичне розпорядження дозволяє лікарю та іншим особам дізнатися про ваші побажання щодо медичної допомоги.

Розпорядження про відмову від реанімації

Правилами штату дозволяється використовувати протокол симптоматичної терапії при відмові від реанімації (Do Not Resuscitate, DNR) і симптоматичної терапії при зупинці серцево-легеневої діяльності, розроблений Департаментом охорони здоров'я штату Ohio. Розпорядження DNR — це розпорядження, видане лікарем або, за певних обставин, сертифікованою практикуючою медсестрою або клінічною медсестрою-спеціалістом, що ідентифікує особу та вказує на те, що до ідентифікованої особи не слід застосовувати заходи CPR. CPR — це серцево-легенева реанімація або компонент серцево-легеневої реанімації, крім заходів з очищення дихальних шляхів людини, що не має на меті проведення CPR.

У протоколі симптоматичної терапії при DNR і симптоматичної терапії при зупинці серцево-легеневої діяльності перелічені конкретні дії, до яких повинні вдаватися парамедики, фахівці з екстреної медичної допомоги, лікарі й медсестри при виконанні розпорядження про надання симптоматичної терапії при DNR і симптоматичної терапії

Інші деталі плану

при зупинці серцево-легеневої діяльності. Протокол також містить перелік конкретних дій, які не вчинятимуться.

Рекомендуємо обговорити зі своїм лікарем розпорядження та протоколи щодо симптоматичної терапії при DNR та симптоматичної терапії при зупинці серцево-легеневої діяльності.

Шахрайство та зловживання

Будь-хто може повідомити про потенційне шахрайство та зловживання. Якщо ви стали свідком шахрайства або зловживання, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, ТТУ 711**. Приклади шахрайства та зловживань:

- Одночасне отримання пільг у штаті Ohio й іншому штаті
- Внесення змін у рецепти або підробка рецептів
- Отримання пільг із медичної допомоги особою, яка не має права на ці пільги.
- Надання ідентифікаційної картки учасника плану UnitedHealthcare Community Plan іншій особі для використання
- Зловживання пільгами Medicaid або використання пільг Medicaid у надмірному обсязі
- Виставлення лікарями або лікарнями рахунків на ваше ім'я або на ім'я UnitedHealthcare за послуги, які вам не надавалися
- Виставлення лікарями або лікарнями кількох рахунків на ваше ім'я або на ім'я UnitedHealthcare за послуги, які надавалися вам лише один раз
- Подання лікарями неправдивої документації до UnitedHealthcare з метою забезпечення вам можливості отримати послуги, які надаються лише за медичними показаннями

Ви також можете написати до ODI за цією адресою:

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

Гаряча лінія для повідомлення про шахрайство та зловживання

Ви також можете повідомити UnitedHealthcare Community Plan про підозру в шахрайстві та зловживаннях, зателефонувавши безкоштовно за номером 1-877-766-3844 та залишивши повідомлення із зазначенням усіх деталей. Зателефонувавши за цим номером, ви зможете не називати своє ім'я.

Пам'ятайте! Ніколи не передавайте свою ідентифікаційну картку учасника в користування іншим особам.

90 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, ТТУ 711**.

Повідомлення про інциденти

Розслідування інцидентів і повідомлення про них

UnitedHealthcare та штат Ohio зобов'язані проводити розслідування інцидентів, щоб гарантувати вам безпеку та захистити вас від шкоди. Приклади таких заходів:

- Вжиття негайних заходів для забезпечення вашого здоров'я та добробуту, а за необхідності — забезпечення можливості звернення за медичною допомогою
- Розслідування інцидентів із метою гарантування вашого здоров'я та безпеки, а також запобігання повторенню інцидентів
- Пошук закономірностей із метою визначення того, чи буде корисним вам або вашим постачальникам ознайомлення з інформаційними матеріалами щодо певних аспектів
- Забезпечення того, що постачальники знають, як гарантувати вашу безпеку та не завдати вам шкоди
- Інформування вас про результати розслідування критичного інциденту, а також, за необхідності, розробка плану заходів, спрямованих на запобігання повторенню інциденту

Що таке інциденти?

Інцидент — це ймовірна, підозрювана або фактична подія, яка суперечить звичайному отриманню вами медичної допомоги та/або послуг. Нижче наведено приклади критичних інцидентів.

- Жорстоке поводження: травмування, обмеження, контроль, залякування або покарання особи, що призвели до фізичної шкоди, болю, страху або душевних страждань. Жорстоке поводження включає фізичне, емоційне, вербальне та/або сексуальне насильство, використання засобів стримування, ізоляції або обмежувального втручання без дозволу.
- Нехтування: ненадання лікування, догляду, товарів чи послуг, необхідних для підтримки вашого здоров'я та добробуту, коли це є обов'язком, включно з нехтуванням собою.
- Експлуатація: незаконна або неналежна дія з використанням учасника або його ресурсів шляхом маніпуляцій, залякування, погроз, обману або примусу для отримання грошової або особистої вигоди, прибутку чи користі.
- Привласнення: отримання грошей, нерухомого або особистого майна (включно з ліками, що відпускаються за рецептом), що належить вам, шляхом позбавлення, обману або в будь-який інший незаконний спосіб, що може мати негативні наслідки для вашого здоров'я та добробуту. Medicaid та OhioRISE: необхідно повідомляти про привласнення коштів на суму від п'ятиста доларів.
- Неприродна смерть або смерть у наслідок нещасного випадку.

Інші деталі плану

- Самоушкодження або спроба самогубства, включно з фізичною спробою особи завдати собі шкоди, що призводить до лікування у відділенні екстреної допомоги, спостереження в умовах стаціонару або госпіталізації.
Тільки OhioRISE: необхідно повідомляти як про природні смерті, так і про втрату або зникнення безвісти осіб, які отримують лікування в психіатричних лікувальних закладах стаціонарного типу.

Якщо у вас є запитання, телефонуйте до UnitedHealthcare за номером **1-800-895-2017**, ТТТ **711**, з 7:00 а.м. до 7:00 р.м. з понеділка по п'ятницю. Дзвінок безкоштовний. Додаткову інформацію див. на вебсайті myuhc.com/communityplan.

Що робити, якщо трапиться щось із зазначеного?

Як повідомити про інцидент. Ви та/або ваш уповноважений представник або законний опікун повинні повідомити про інцидент вашому менеджеру з координації обслуговування або до відділу обслуговування учасників UnitedHealthcare.

Якщо інцидент є серйозним і, на вашу думку, становить загрозу для вашого здоров'я та добробуту, ви також повинні повідомити про нього відповідні органи. Якщо ви не впевнені, куди вам слід звернутися, запитайте свого менеджера з координації обслуговування або відділ обслуговування учасників UnitedHealthcare. Вибір органу, куди слід звернутися, залежить від характеру інциденту.

Приклади серйозних інцидентів (перелік не є вичерпним):

Екстрена ситуація медичного характеру: Якщо у вас сталася екстрена ситуація медичного характеру, зателефонуйте за номером **911**. Про ситуації, які викликають у вас занепокоєння, слід повідомити вашому менеджеру з координації обслуговування або до відділу обслуговування учасників UnitedHealthcare. Повідомляйте про ваші занепокоєння, перш ніж вони перетворяться на екстрену ситуацію.

Жорстоке поводження, нехтування та експлуатація дорослої особи старше 60 років: Якщо інцидент пов'язаний із жорстоким поводженням, експлуатацією або нехтуванням щодо дорослої особи віком старше 60 років, зверніться до Служби захисту дорослих (Adult Protective Services, APS) у окрузі, де проживає особа або де стався інцидент. У неробочий час звертайтеся до місцевих правоохоронних органів. Номер вашого місцевого агентства APS можна знайти тут: https://jfs.ohio.gov/county/County_Directory.pdf.

Служба захисту дітей: Якщо інцидент пов'язаний із жорстоким поводженням, експлуатацією або нехтуванням щодо дитини, зверніться до Служби захисту дітей в окрузі, де проживає особа або де стався інцидент. У неробочий час звертайтеся до місцевих правоохоронних органів. Номер вашого місцевого агентства CPS можна знайти тут: jfs.ohio.gov/county/County_Directory.pdf.

92 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТТ **711**.

Злочинна діяльність: Якщо інцидент пов'язаний із діями, які, на вашу думку, можуть становити злочин, зателефонуйте до місцевих правоохоронних органів.

Шахрайство з Medicaid: Якщо ви підозрюєте, що інцидент пов'язаний із шахрайством з Medicaid, подайте скаргу до Генерального прокурора штату Ohio. Контактні дані наведено тут: <http://www.ohioattorneygeneral.gov/About-AG/Contact>.

Опікун: Якщо інцидент пов'язаний з опікуном, ви можете звернутися до місцевого суду у справах у справах успадкування і затвердження заповітів. Дані вашого місцевого суду можна знайти тут:

<https://www.supremecourt.ohio.gov/courts/judicial-system/ohio-trial-courts/>.

Агентства із захисту прав й інтересів

Організації, які можуть надати вам потрібну інформацію та захистити ваші інтереси.

Питання щодо UnitedHealthcare: Якщо у вас є питання щодо UnitedHealthcare, зверніться до свого менеджера з координації обслуговування або до відділу обслуговування учасників UnitedHealthcare. Якщо у вас склалося враження, що UnitedHealthcare не вирішує ваші питання, ви можете звернутися за допомогою до ODM, зателефонувавши на гарячу лінію Medicaid для споживачів. Відвідайте вебсайт <http://www.ohiomh.com/> або зателефонуйте за номером 800-324-8680.

Омбудсмен: Омбудсмени з питань довгострокового догляду в штаті Ohio озвучують потреби та занепокоєння учасників щодо послуг довгострокового догляду в установах сестринського догляду, агентствах із надання медичних послуг на дому та інших постачальників. Вони співпрацюватимуть із постачальником послуг довгострокового догляду UnitedHealthcare, а також із вами, вашою родиною або іншими представниками, щоб вирішити проблеми та занепокоєння, які можуть виникнути у вас щодо якості послуг, які ви отримуєте. Регіональні програми омбудсмена з питань довгострокового догляду допомагають захищати інтереси осіб. Щоб отримати допомогу, звертайтеся до штатогового офісу за номером 1-800-282-1206 або адресою електронної пошти OhioOmbudsman@age.ohio.gov.

Асоціація центрів незалежного життя (Center for Independent Living, CIL) в штаті Ohio: CIL допомагають забезпечити людям з інвалідністю повний доступ до спільнот, у яких вони бажають жити, а також можливість приймати рішення, що впливають на їхнє життя, і займатися діяльністю на власний розсуд. Додаткову інформацію див. на вебсайті за адресою <http://www.ohiosilc.org/>.

Організація Legal Aid: Надає юридичну допомогу для захисту та забезпечення законних прав мешканців штату Ohio з низьким рівнем доходу. Телефонуйте за номером 866-LAW-OHIO.

Маєте запитання? Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, TTY 711.**

Інші деталі плану

Організація Disability Rights Ohio: Захищає права людини, цивільні та юридичні права людей з інвалідністю в штаті Ohio. Для отримання додаткової інформації відвідайте вебсайт <http://www.disabilityrightsohio.org/> або зателефонуйте за номером 614-466-7264 або 800-282-9181.

Підтвердження отримання посібника учасника плану UnitedHealthcare

Мною отримано посібник учасника плану UnitedHealthcare. Він містить інформацію про мої права та засоби захисту, а також про те, як повідомити про ймовірні інциденти.

Підпис учасника: _____ (або уповноваженого представника)

Дата: _____

Якщо у вас є запитання, телефонуйте до UnitedHealthcare за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**, з 7:00 а.м. до 7:00 р.м. з понеділка по п'ятницю. Дзвінок безкоштовний. Додаткову інформацію див. на вебсайті myuhc.com/communityplan.

Нам важлива ваша думка

Маєте ідеї, як покращити план UnitedHealthcare Community Plan? Ви можете поділитися своїми коментарями з нами, використовуючи зазначені нижче способи.

- Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.
- Напишіть нам за адресою:

UnitedHealthcare Community Plan
5600 Parkwood Place
Dublin, OH 43016

Консультативна рада учасників

Консультативна рада учасників — це дорадчий орган, який забезпечує активну участь споживачів, сімей, груп захисту прав та інших ключових зацікавлених сторін як партнерів у розробці та реалізації програми комплексного медичного обслуговування.

Хто може приєднатися?

- Учасники плану UnitedHealthcare Community Plan
- Члени сімей та опікуни учасників UnitedHealthcare Community Plan
- Представники громадськості та груп захисту прав споживачів

94 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Учасники можуть:

- Ділитися відгуками та ідеями з командою UnitedHealthcare
- Брати участь у щомісячних телефонних конференціях із керівниками UnitedHealthcare на тему здоров'я та добробуту
- Відвідувати щорічні регіональні зустрічі
- Реєструватися на безкоштовні тренінги із захисту прав

Щоб отримати інформацію про консультативну раду, телефонуйте:

Відділ обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**

Консультативний комітет учасників

Ми також маємо Консультативний комітет учасників, який збирається щотри місяці. Якщо ви хочете долучитися до нас, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників.

Управління доцільним використанням

UnitedHealthcare Community Plan не хоче, щоб ви отримували занадто мало медичної допомоги або допомогу, яка вам насправді не потрібна. Ми також повинні переконатися, що медична допомога, яку ви отримуєте, покривається страховкою. Ми використовуємо процес управління доцільним використанням (utilization management, UM), щоб переконатися, що ви отримуєте належну допомогу в належний час і в належному місці

Також є деякі види лікування та процедури, які ми повинні перевірити, перш ніж ви зможете їх отримати. Ваші постачальники знають про це і вони повідомляють нас про необхідність перевірки. Перевірка, яку ми проводимо, називається «Перевірка використання». Ми не винагороджуємо за відмову в необхідній медичній допомозі. Якщо у вас є запитання щодо UM, ви можете звернутися до наших співробітників з організації медичного обслуговування Medicaid. Наші медсестри доступні з 8:00 a.m. до 5:00 p.m., з понеділка по п'ятницю за номером 1-800-504-9669, ТТУ 711; надаються послуги мовної підтримки.

Програма якості

Наша програма якості може допомогти вам підтримувати здоров'я шляхом співпраці з вашим лікарем. Програма якості допомагає вам не забувати про необхідність проходження профілактичних обстежень і щеплень. Ми надсилаємо вам і вашим

Маєте запитання? Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Інші деталі плану

постачальникам нагадування про аналізи на рівень свинцю, пап-тести, мамографію та щеплення, що запобігають таким захворюванням, як поліомієліт, епідемічний паротит, кір і вітрянка.

Для оцінки ефективності нашої програми якості UnitedHealthcare Community Plan використовує стандарти HEDIS®. HEDIS — це набір стандартних показників ефективності й оцінок, які допомагають порівнювати ефективність планів керованого медичного обслуговування. HEDIS охоплює багато аспектів, як-от програми догляду під час вагітності та програми профілактики захворювань.

UnitedHealthcare Community Plan хоче переконатися, що ви задоволені послугами, які ви отримуєте від свого лікаря та від нас. Для цього ми аналізуємо дані CAHPS®. CAHPS — це аббревіатура від Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, що в перекладі з англійської означає «Оцінка постачальників медичних послуг і систем споживачами». Анкета містить запитання, спрямовані на те, щоб дізнатися, наскільки ви задоволені медичним обслуговуванням, яке ви отримуєте. Якщо ви отримали анкету для учасників поштою, заповніть її та надішліть нам.

UnitedHealthcare Community Plan аналізує результати HEDIS та CAHPS. Потім ми ділимося результатами з нашими постачальниками. Ми співпрацюємо з постачальниками, щоб переконатися, що послуги, які надають вони, і послуги, які надаємо ми, позитивно впливають на ваше медичне обслуговування.

Щоб дізнатися більше про програму якості, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Безпека та захист від дискримінації

Безпека пацієнтів — наш пріоритет. Хоча ми не надаємо медичну допомогу безпосередньо, ми хочемо бути впевнені, що наші учасники отримують медичну допомогу в безпечних умовах. Ми відстежуємо питання якості медичного обслуговування, розробляємо рекомендації щодо забезпечення безпечного медичного обслуговування, надаємо учасникам інформацію про безпеку пацієнтів і співпрацюємо з лікарнями, лікарями та іншими особами з метою поліпшення безперервності та координації між закладами медичного обслуговування. Щоб дізнатися більше про безпеку пацієнтів або про місця, де можна отримати інформацію, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

План UnitedHealthcare Community Plan та його постачальники забороняють дискримінацію за віком, расою, етнічною приналежністю, релігією, кольором шкіри, статтю, гендерною ідентичністю, сексуальною орієнтацією, інвалідністю, національним

походженням, військовим статусом, статусом ветерана, походженням, генетичною інформацією, станом здоров'я або потребою в медичних послугах при отриманні медичних послуг. Постачальники плану UnitedHealthcare Community повинні дотримуватися Закону про американців з обмеженими можливостями та не мають права дискримінувати за станом фізичного або психічного здоров'я, потребою в медичному обслуговуванні або вже наявними захворюваннями. Якщо ви вважаєте, що стали жертвою будь-якої форми дискримінації, негайно зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Клінічні практичні настанови та нові технології

UnitedHealthcare Community Plan надає нашим постачальникам клінічні настанови, що містять інформацію про найкращі способи надання медичної допомоги при певних захворюваннях. Кожна клінічна настанова є загальновизнаним стандартом медичної допомоги, що означає, що інші лікарі погоджуються з таким підходом. Ми прагнемо поліпшити ваше здоров'я, надаючи нашим постачальникам інформацію, що підтримує їх клінічну практику, відповідно до визнаних на національному рівні стандартів медичної допомоги.

Якщо у вас є запитання щодо клінічних настанов плану UnitedHealthcare Community Plan або ви хочете отримати друкований екземпляр клінічних настанов, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**. Ви також можете знайти клінічні практичні настанови на нашому вебсайті за адресою myuhc.com/CommunityPlan.

Оцінка нових технологій

Ефективність деяких медичних практик і методів лікування ще не доведена. UnitedHealthcare Community Plan перевіряє нові практики, методи лікування, тести та технології на національному рівні, перш ніж прийняти рішення щодо нових медичних практик і методів лікування. Цю інформацію переглядає комітет, до складу якого входять лікарі, медсестери, фармацевти й запрошені експерти плану UnitedHealthcare Community Plan, які приймають остаточне рішення щодо покриття. Щоб отримати більше інформації про те, як ми приймаємо рішення щодо нових медичних практик і методів лікування, телефонуйте за номером **1-800-895-2017**, ТТУ **711**.

Ваші обов'язки як учасника

Як учасник плану UnitedHealthcare Community Plan, ви зобов'язані:

- Ознайомитися з принципами роботи плану UnitedHealthcare Community Plan, прочитавши цей посібник.
- Вибрати свого основного постачальника медичних послуг.
- Завжди носити при собі картку учасника плану UnitedHealthcare Community Plan. (Ви повинні пред'являти свою картку під час отримання послуг і негайно повідомляти про її крадіжку або втрату. Ви також повинні повідомляти UnitedHealthcare Community Plan про будь-яку іншу наявну у вас страховку й надавати актуальну інформацію про страхування своєму основному постачальнику медичних послуг.)
- Звертатися за медичною допомогою за потреби.
- Вчасно з'являтися на всіх прийомах.
- Повідомляти офіс вашого PCP або будь-який медичний заклад, якщо вам потрібно змінити час прийому.
- Поважати права та власність свого PCP, інших медичних працівників та інших пацієнтів.
- Знати, коли приймати ліки, як приймати ліки та дотримуватися вказівок лікаря щодо лікування, на яке ви погодилися.
- Надавати правильну медичну інформацію та будь-яку інформацію, необхідну для надання вам медичної допомоги, плану UnitedHealthcare Community Plan та працівникам, які надають вам медичне обслуговування.
- Нести повну відповідальність, обмірковувати наслідки свого рішення, якщо ви відмовляєтеся від медичної допомоги (лікування), і задавати питання, якщо ви чогось не розумієте.
- Якнайкраще розуміти свої проблеми зі здоров'ям і брати участь у пошуку методів лікування, які влаштовують усіх учасників процесу.
- Переконатися, що ваш основний постачальник медичних послуг має всю вашу медичну інформацію, включно з медичною інформацією від інших лікарів.
- Повідомляти план UnitedHealthcare Community Plan у разі госпіталізації (це необхідно зробити протягом 24 годин).
- Дати згоду на цільове використання вашої медичної інформації.
- Підтримувати актуальність вашої відповідності вимогам для участі в Medicaid, щоб запобігти виключенню з плану UnitedHealthcare Community Plan.

Глосарій термінів, пов'язаних із керованим медичним обслуговуванням

Жорстоке поводження. Навмисне заподіяння шкоди іншій особі (зокрема, крики, ігнорування потреб людини та недоречні дотики).

Завчасне медичне розпорядження. Рішення щодо вашого медичного обслуговування, яке ви приймаєте заздалегідь на випадок, якщо ви не зможете висловити свою думку самотійно. Це дасть змогу вашій родині та вашим лікарям знати, які рішення ви прийняли б, якби мали таку можливість.

Апеляція. Запит учасника до плану UnitedHealthcare Community Plan з проханням переглянути несприятливе рішення щодо пільг.

Схвалення. Згода або дозвіл на надання послуги.

Пільги. Послуги, процедури та ліки, які UnitedHealthcare Community Plan покриває для вас.

Доплата. Фіксована сума, яку учасник плану сплачує за медичну послугу, що покривається.

Вихід із плану. Припинення участі в плані UnitedHealthcare Community Plan.

Медичне обладнання тривалого використання (Durable Medical Equipment, DME).

Обладнання, яке витримує багаторазове використання, яке в основному та зазвичай використовується для медичних цілей, яке зазвичай не приносить користі особі, яка не має захворювань або травм, і яке підходить для використання в домашніх умовах.

Екстрена ситуація. Раптова і, на той момент, несподівана зміна фізичного або психічного стану особи, яка, якщо процедура або лікування не будуть проведені негайно, може призвести до (1) втрати життя або кінцівки, (2) значного порушення функцій органу або (3) перманентного пошкодження частини тіла або здоров'я ненародженої дитини. (У випадку психічного здоров'я: загроза самогубства, вбивства або самоушкодження, манія чи психоз, які потребують екстреної медичної допомоги.)

Медичний стан, що потребує екстреної допомоги. Медичний стан, який проявляється гострими симптомами достатньої тяжкості (включно із сильним болем), так що розсудлива людина із середнім рівнем обізнаності про здоров'я та медицину, може обґрунтовано очікувати, що відсутність екстреної медичної допомоги може призвести до будь-якого з таких наслідків: створення серйозної загрози для здоров'я особи (або, у випадку вагітної жінки, для здоров'я жінки або її майбутньої дитини); серйозні порушення функцій організму; серйозні порушення функцій будь-якого органу або частини тіла.

Інші деталі плану

Екстрене медичне транспортування. Транспортування каретою швидкої допомоги хворих, травмованих й інших недієздатних осіб, які потребують екстреної медичної допомоги.

Екстрена ситуація, що пов'язана з психічним здоров'ям і не становить загрози життю. Ситуація, коли симптоми тільки з'являються, але ще не становлять загрози життю, наприклад, суїцидальні думки без плану їх реалізації або виявлення учасником ознак манії або психозу.

Обслуговування у відділенні екстреної допомоги. Медичне обстеження, огляд й оцінка лікарем або, у межах, дозволених чинним законодавством, іншим відповідним персоналом під наглядом лікаря, з метою визначення наявності екстреного медичного стану і, якщо такий стан є, надання медичної допомоги або проведення хірургічного втручання, що покривається страховкою та є необхідним для полегшення або усунення екстреного медичного стану, у межах можливостей лікарні.

Послуги екстреної допомоги. Послуги стаціонарного відділення, амбулаторного відділення та транспортування, які покриваються, надаються кваліфікованим постачальником і є необхідними для оцінювання, лікування або стабілізації медичного стану, що потребує екстреної медичної допомоги. Постачальники послуг екстреної допомоги також включають лікарів й інших медичних працівників і медичні заклади, які не є працівниками та не мають договірних відносин із планом UnitedHealthcare Community Plan.

Виключені послуги. Медичні послуги, які UnitedHealthcare Community Plan не оплачує і не покриває.

Шахрайство. Нечесні дії (наприклад, коли інша особа, замість вас, використовує вашу ідентифікаційну картку учасника плану та видає себе за вас).

Скарга. Висловлення учасником незадоволення з будь-якого питання, крім несприятливого рішення щодо пільг. Скарги можуть стосуватися, з-поміж іншого, якості наданого медичного обслуговування або послуг, а також аспектів міжособистісних відносин, як-от грубість постачальника послуг або працівника, або недотримання прав учасника, незалежно від того, чи вимагається вжиття виправних заходів. Скарги також можуть стосуватися права учасника оскаржити продовження терміну, запропонованого МСЕ для прийняття рішення про схвалення.

Послуги та пристрої для абілітації. Послуги, спрямовані на надання допомоги особам у набутті, збереженні та вдосконаленні навичок самопомоги, 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. Вона включає інформацію про ваше фізичне та психічне здоров'я, а також оплату медичного обслуговування.

100 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, ТТТ 711.**

Медичне страхування. Договір, який зобов'язує UnitedHealthcare Community Plan оплачувати частину або всі ваші витрати на медичне обслуговування в обмін на страховий внесок.

Медичне обслуговування на дому. Послуги, що включають медсестринське обслуговування на дому, послуги помічників із догляду на дому та спеціалізовані терапевтичні послуги.

Послуги хоспісу. Державна установа, приватна організація або підрозділ будь-якої з них, що підпадає під умови участі відповідно до Частини 418 правила 42 C.F.R. (1 жовтня 2017 р.), має ліцензію в штаті Ohio та затверджена ODM для надання допомоги невиліковно хворим особам, що перебувають у термінальній стадії хвороби (5160-56-01 (V)).

Госпіталізація. Догляд у лікарні, що вимагає госпіталізації пацієнта.

Обслуговування в лікарні в амбулаторних умовах. Діагностичне, терапевтичне, реабілітаційне або паліативне лікування або послуги, що надаються лікарем або під його керівництвом в умовах лікарні.

Інформація про психічне здоров'я. Факти про ваше психічне здоров'я та догляд у зв'язку з ним. Ця інформація може надходити від плану UnitedHealthcare Community Plan або постачальника. Вона включає інформацію про ваше фізичне та психічне здоров'я, а також оплату медичного обслуговування.

Ідентифікаційна картка. Ідентифікаційна картка, яка підтверджує, що ви є учасником плану UnitedHealthcare Community Plan. Ви повинні завжди мати цю картку при собі.

Імунізація. Щеплення, яке захищає від захворювання. Діти повинні отримувати різні щеплення в певному віці. Щеплення часто роблять під час регулярних візитів до лікаря.

Інформована згода. Підтвердження того, що вам пояснили всі медичні процедури, ви їх розумієте і погоджуєтеся на них.

У мережі. Лікарі, спеціалісти, лікарні, аптеки й інші постачальники, які уклали угоду з планом UnitedHealthcare Community Plan про надання медичних послуг учасникам.

Стаціонарний пацієнт. Коли ви госпіталізовані в лікарню на певний час.

Необхідність за медичними показаннями. Критерії покриття процедур, товарів і послуг, які запобігають, діагностують, оцінюють або лікують несприятливий стан здоров'я, такий як хвороба, травма, захворювання або його симптоми, емоційна або поведінкова дисфункція, розумова відсталість, когнітивні порушення або порушення розвитку, і без яких можна очікувати, що особа страждатиме від тривалої, посиленої або нової хвороби;

Інші деталі плану

порушення функцій; дисфункції органу або частини тіла; або значного болю та дискомфорту.

Учасник. Особа, яка має право на участь у плані UnitedHealthcare Community Plan в рамках програми Medicaid або DHCP.

Мережа. Постачальники послуг, які уклали угоду з планом UnitedHealthcare Community Plan і надають послуги учасникам плану UnitedHealthcare Community Plan.

Постачальник, що не бере участі в плані. Будь-який постачальник послуг, який уклав угоду з ODM, але не уклав угоду з планом UnitedHealthcare Community Plan, проте надає медичні послуги учасникам плану UnitedHealthcare Community Plan.

ODM. Департамент Medicaid штату Ohio.

Не в мережі. Лікарі, спеціалісти, лікарні, аптеки та інші постачальники, які не уклали угоду з UnitedHealthcare про надання медичних послуг учасникам.

Амбулаторний пацієнт. Коли вам проводять процедуру, яка не вимагає від вас залишатися в лікарні на ніч.

Постачальник, що бере участь у плані. Будь-який постачальник, група постачальників або організація, яка уклала угоду про надання послуг як постачальник, що входить до мережі, з планом UnitedHealthcare Community Plan відповідно до правила 5160-26-05 Адміністративного кодексу й отримує фінансування від Medicaid прямо або опосередковано для замовлення, направлення або надання послуг, що покриваються, на підставі угоди про надання послуг з планом UnitedHealthcare Community Plan або угоди з ODM.

Послуги лікаря. (L) «Практикуючий лікар»: лікарі, ортопеди, стоматологи, клінічні медсестри-спеціалісти, сертифіковані медсестри-акушерки, сертифіковані практикуючі медсестри й асистенти лікаря. (5160-2-02(L))

План. «Організація керованого медичного обслуговування (managed care organization, MCO)» або «план керованого медичного обслуговування (managed care plan, MCO)»: організація медичного страхування (health insuring corporation, HIC), яка має ліцензію в штаті Ohio й укладає угоду про надання керованого медичного обслуговування з ODM. 5160-26-01(X)

Послуги, що надаються після стабілізації стану. Послуги, які покриваються планом, які пов'язані з медичним станом, що потребував екстреної допомоги, і які лікуючий лікар вважає необхідними за медичними показаннями після стабілізації стану з метою підтримання стабільного стану, або, згідно з викладеним у статті 422.113 правила 42 C.F.R., для покращення стану учасника або видужання учасника.

102 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, TTY 711.**

Попереднє схвалення. Рішення плану UnitedHealthcare Community Plan про те, що медична послуга, план лікування або медичне обладнання тривалого використання є необхідними за медичними показаннями. Іноді називається попереднім дозволом, попереднім затвердженням або попереднім узгодженням. Ваша медична страховка або план можуть вимагати попереднього схвалення для деяких послуг перед їх отриманням, за винятком екстрених випадків.

Страховий внесок. Означає щомісячну суму виплати одним учасником, на яку має право МСО як компенсацію за виконання своїх зобов'язань відповідно до розділу 5160-26 Адміністративного кодексу та/або угоди про надання послуг з ODM. (516026-01(NN))

Покриття ліків, що відпускаються за рецептом. Ліки, які покриваються єдиним менеджером зі страхового покриття аптечних послуг (Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM) і які видаються учасникам для використання в місцях проживання пацієнтів, включно із закладами сестринського догляду й закладами проміжного догляду для осіб з інтелектуальними вадами.

Ліки, які відпускаються за рецептом. Прості або складні речовини або суміші речовин, що призначені для лікування, полегшення або профілактики захворювань, або для підтримки здоров'я, які призначаються лікарем або іншим ліцензованим практикуючим лікарем у межах своєї професійної діяльності, як це визначено та обмежено федеральним та штатовим законодавством; видаються ліцензованими фармацевтами та ліцензованими уповноваженими практикуючими лікарями відповідно до Закону штату про медичну практику; та видаються ліцензованим фармацевтом або практикуючим лікарем за письмовим рецептом, який реєструється та зберігається в архіві фармацевта або практикуючого лікаря.

Основний постачальник медичних послуг (Primary Care Physician або Primary Care Provider, PCP). Індивідуальний лікар (M.D. або D.O.), група лікарів, підготовлена практикуюча дипломована медсестра (згідно з визначенням у розділі 4723.01 Переглянутого кодексу штату Ohio), група підготовлених практикуючих медсестер з відповідною спеціалізацією або асистент лікаря, який відповідає вимогам правила 5160-4-03 Адміністративного кодексу штату Ohio, що уклав угоду з планом UnitedHealthcare Community Plan на надання послуг, як зазначено в правилі 5160-26-03.1 Адміністративного кодексу штату Ohio.

Попереднє схвалення. Процес, який використовує ваш лікар для отримання схвалення послуг, які потребують схвалення перед їх наданням.

Довідник постачальників. Перелік постачальників, які співпрацюють із планом UnitedHealthcare Community Plan, щоб допомогти вам у задоволенні ваших потреб у медичному обслуговуванні.

Інші деталі плану

Постачальник. Лікарня, медичний заклад, лікар, стоматолог, аптека або інша ліцензована чи сертифікована особа або організація, яка має право або може мати право на відшкодування витрат за медичні послуги, надані учасникам плану UnitedHealthcare Community Plan.

Направлення. Коли ви та ваш PCP приходите до висновку, що вам потрібно звернутися до іншого лікаря, і ваш PCP направляє вас до спеціаліста, що входить до мережі.

Послуги та пристрої для реабілітації. Конкретні завдання, які відповідно до Розділу 47 Переглянутого кодексу штату Ohio повинні виконуватися безпосередньо ліцензованим або іншим належним чином сертифікованим технічним або професійним медичним персоналом.

Послуги, за якими ви звертаєтесь самостійно. Послуги, для отримання яких не потрібно звертатися до свого PCP за направленням.

Кваліфікований сестринський догляд. Конкретні завдання, які відповідно до Розділу 4723 Переглянутого кодексу штату Ohio повинні виконуватися ліцензованою практикуючою медсестрою (license practical nurse, LPN) під керівництвом дипломованої медсестри або безпосередньо дипломованою медсестрою.

Спеціаліст. Лікар-спеціаліст зосереджується на конкретній галузі медицини або групі пацієнтів для діагностики, управління, профілактики або лікування певних типів симптомів і станів. Спеціаліст, що не є лікарем — це постачальник послуг, який має більше підготовки в конкретній галузі охорони здоров'я.

Інформація про вживання психоактивних речовин. Факти про вживання вами психоактивних речовин і медичне обслуговування. Ця інформація може надходити від плану UnitedHealthcare Community Plan або постачальника. Вона включає інформацію про історію вживання вами психоактивних речовин, поточне вживання психоактивних речовин, а також оплату медичного обслуговування.

Невідкладна допомога. Допомога у зв'язку хворобою, травмою або станом, які є достатньо серйозними, щоб розсудлива людина негайно звернулася за допомогою, але не настільки серйозними, щоб потребували екстреної допомоги у відділенні екстреної допомоги.

WIC. Додаткова програма щодо харчування для жінок, немовлят і дітей, у межах якої надаються консультації з питань харчування, інформація з питань харчування, а також поживні продукти вагітним і жінкам після пологів, немовлятам і дітям віком до 2 років. Діти, які вважаються такими, що не доїдають, покриваються цією програмою до віку 5 років, якщо вони з малозабезпечених сімей і визнані такими, що перебувають у групі ризику з точки зору харчування.

104 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, TTY 711.**

Повідомлення про політику конфіденційності плану медичного страхування

У ЦЬОМУ ПОВІДОМЛЕННІ ЗАЗНАЧЕНО, ЯК МОЖЕ ВИКОРИСТОВУВАТИСЯ ТА РОЗКРИВАТИСЯ МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВАС, А ТАКОЖ ЯК ВИ МОЖЕТЕ ОТРИМАТИ ДОСТУП ДО ЦІЄЇ ІНФОРМАЦІЇ. БУДЬ ЛАСКА, УВАЖНО ОЗНАЙОМТЕСЯ З НИМ.

Діє з 1 січня 2025 року.

За законом ми¹ зобов'язані захищати конфіденційність вашої медичної інформації («МІ»). Ми повинні надіслати вам це повідомлення. У ньому йдеться про те:

- Як ми можемо використовувати вашу МІ.
- Коли ми можемо ділитися вашою МІ з іншими.
- Які права ви маєте щодо вашої МІ.

За законом ми зобов'язані дотримуватися положень, викладених у цьому повідомленні.

МІ — це інформація про ваше здоров'я або отримані вами медичні послуги. Ми маємо право вносити зміни до цього повідомлення про політику конфіденційності. Якщо ми внесемо важливі зміни, ми проінформуємо вас звичайною або електронною поштою. Ми також опублікуємо нове повідомлення на нашому вебсайті. Будь-які зміни, внесені в це повідомлення, застосовуватимуться до всієї наявної у нас МІ. У разі несанкціонованого доступу до вашої МІ, ми повідомимо вас про це. Ми збираємо та зберігаємо вашу МІ з метою забезпечення ведення нашої діяльності. МІ може бути в усному, письмовому або електронному форматі. Ми обмежуємо доступ співробітників і постачальників послуг до вашої МІ. Ми вживаємо заходів для захисту вашої МІ.

Як ми збираємо, використовуємо та передаємо вашу інформацію

Ми збираємо, використовуємо та передаємо вашу МІ:

- Вам або вашому законному чи особистому представнику.
- Певним державним установам. Щоб перевірити, чи ми дотримуємося вимог законів про конфіденційність.

Ми маємо право збирати, використовувати та передавати вашу МІ для певних цілей.

Наприклад, для забезпечення проходження вами лікування, оплати отриманої вами допомоги або ведення нашої діяльності. Ми можемо використовувати та передавати вашу МІ зазначеним нижче чином.

- **Для оплати.** Для обробки платежів й оплати за страховими претензіями. Наприклад, ми можемо повідомити лікарів, чи будемо ми оплачувати певні медичні процедури та який відсоток рахунку може бути покритий.

Маєте запитання? Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, ТТУ 711.**

Інші деталі плану

- **Для лікування або управління медичним обслуговуванням.** Щоб допомогти вам отримати обслуговування. Наприклад, ми можемо поділитися вашою МІ з лікарнею, у якій ви перебуваєте, щоб допомогти їм надати вам медичну допомогу.
- **Для операційної діяльності у сфері охорони здоров'я.** Для забезпечення ведення нашої діяльності. Наприклад, ми можемо поспілкуватися з вашим лікарем і розповісти йому про доступну вам спеціальну програму лікування або веленсу. Ми можемо вивчати дані для покращення наших послуг.
- **Щоб розповісти вам про медичні програми або продукти.** Ми можемо розповідати вам про інші методи лікування, продукти та послуги. Ця діяльність може бути обмежена законом.
- **Спонсорам плану.** Якщо ви отримуєте медичну страховку через свого роботодавця, ми можемо передавати інформацію про реєстрацію, виключення з плану та зведену МІ вашому роботодавцю. Ми можемо надавати роботодавцю іншу МІ, якщо роботодавець належним чином обмежить її використання.
- **Для цілей андеррайтингу.** Щоб приймати рішення щодо андеррайтингу у сфері медичного страхування. Для цілей андеррайтингу ми не використовуватимемо вашу генетичну інформацію.
- **Для нагадувань про пільги або медичне обслуговування.** Ми можемо надсилати нагадування про призначені вам прийоми й інформацію про доступні вам медичні пільги.
- **Для зв'язку з вами.** Ми можемо зв'язатися з вами щодо ваших пільг медичного страхування, медичного обслуговування або платежів.

Ми можемо збирати, використовувати та передавати вашу МІ зазначеним нижче чином.

- **Відповідно до вимог закону.** Для дотримання вимог законів, які регулюють нашу діяльність.
- **Особам, які беруть участь в отриманні вами медичного обслуговування.** Члену сім'ї або іншій особі, яка допомагає вам отримувати медичне обслуговування або оплачує його. Це також може бути член сім'ї в екстрених випадках. Це може статися, якщо ви не можете повідомити нам, чи можемо ми розголошувати вашу МІ чи ні. Якщо ви не можете висловити свої побажання самостійно, ми будемо діяти таким чином, який, на нашу думку, найкраще відповідає вашим інтересам. Якщо це дозволено, після вашої смерті ми можемо розкрити вашу МІ членам сім'ї або друзям, які допомагали вам отримувати медичне обслуговування або оплачували його.
- **Для заходів у сфері охорони здоров'я.** Наприклад, для запобігання поширенню захворювань або для повідомлення про проблеми з продуктами чи ліками.
- **Для повідомлення про жорстоке поводження, нехтування або домашнє насильство.** Ми можемо надавати цю МІ лише певним організаціям, які мають право на її отримання за законом. Це можуть бути соціальні служби або служби захисту.

- **Для здійснення діяльності з нагляду за охороною здоров'я** — організації, яка має право отримувати цю МІ за законом. Наприклад, для ліцензування, аудиту, розслідувань шахрайства та зловживань.
- **У зв'язку із судовими або адміністративними провадженнями**, наприклад, для відповіді на судовий наказ або повістку.
- **Правоохоронним органам**. Щоб знайти зниклу особу або повідомити про злочин.
- **У разі загрози здоров'ю чи безпеці**. Органам охорони здоров'я або правоохоронним органам, наприклад, у разі надзвичайної ситуації або стихійного лиха.
- **Для виконання урядових функцій**. Для військових і ветеранських потреб, національної безпеки або певних служб захисту.
- **Для компенсації працівникам**. Якщо ви отримали травму на роботі або для дотримання трудового законодавства.
- **Для досліджень**. Наприклад, для вивчення хвороби або медичного стану. Ми також можемо використовувати МІ, щоб допомогти підготувати дослідження.
- **Для надання інформації про померлих**. Наприклад, коронеру або судово-медичному експерту, який може допомогти ідентифікувати особу померлого, для з'ясування причини смерті або для дотримання певних законів. Ми також можемо передавати МІ директорам похоронних бюро.
- **Для трансплантації органів**. Наприклад, для допомоги в отриманні, зберіганні або пересадці органів, очей або тканин.
- **Виправним установам і правоохоронним органам**. З метою забезпечення особам, які перебувають під вартою, наприклад: (1) надання медичної допомоги; (2) можливості захистити своє здоров'я та здоров'я інших; і (3) для забезпечення безпеки установи.
- **Нашим діловим партнерам**. Щоб надати вам послуги в разі необхідності. Це компанії, що є нашими постачальниками. Вони погоджуються захищати вашу МІ.
- **Інші обмеження**. Федеральні закони та закони штатів можуть додатково обмежувати використанням нами переліченої нижче МІ. Ми дотримуємося найсуворіших із застосовних законів.
 1. Розлади, пов'язані з вживанням алкоголю та психоактивних речовин
 2. Біометрична інформація
 3. Жорстоке поводження з дітьми або дорослими, включно із сексуальним насильством
 4. Інфекційні захворювання
 5. Генетична інформація
 6. ВІЛ/СНІД
 7. Психічне здоров'я

Інші деталі плану

8. Інформація про неповнолітніх
9. Рецепти
10. Репродуктивне та сексуальне здоров'я
11. Захворювання, що передаються статевим шляхом

Ми будемо використовувати або передавати вашу МІ тільки так, як описано в цьому повідомленні або з вашої письмової згоди. Для передачі психотерапевтичних записів про вас нам необхідна ваша письмова згода, за винятком певних випадків, дозволених законом. Для продажу вашої МІ іншим особам нам необхідна ваша письмова згода. Для використання вашої МІ в певних маркетингових розсилках нам необхідна ваша письмова згода. Якщо ви надали нам свою згоду, ви можете її відкликати. Щоб дізнатися, як це зробити, зателефонуйте за номером телефону, вказаним на вашій ідентифікаційній картці учасника плану медичного страхування.

Ваші права

Ви маєте такі права щодо вашої медичної інформації.

- **Попросити нас обмежити** використання або передачу вашої медичної інформації щодо лікування, оплати або медичних операцій. Ви можете попросити обмежити доступ до неї членів сім'ї або інших осіб, які допомагають вам отримувати медичне обслуговування або оплачують його. Ми можемо дозволити вашим утриманням просити про обмеження. **Ми намагатимемося виконати ваш запит, але не зобов'язані цього робити.** Запит на обмеження використання або передачі інформації повинен бути зроблений у письмовій формі.
- **Попросити надсилати конфіденційні повідомлення** в інший спосіб або в інше місце. Наприклад, на адресу поштової скриньки замість вашої домашньої адреси. Ми задовольнимо ваш запит, якщо це дозволено законодавством штату та федеральним законодавством. Ми приймаємо усні запити, але можемо попросити вас підтвердити свій запит письмово. Ви можете змінити свій запит. Це має бути зроблено в письмовій формі. Надішліть його на вказану нижче адресу.
- **Переглянути або отримати копію певної МІ.** Ви повинні подати запит на це в письмовій формі. Надішліть його на вказану нижче адресу. Якщо ми зберігаємо цю інформацію в електронній формі, ви можете подати запит на отримання електронної копії. Ми можемо надіслати вам стислий огляд. Ми можемо стягувати плату за копії. Ми можемо відхилити ваш запит. Якщо ми відхилимо ваш запит, ви можете подати апеляцію.
- **Подати запит на внесення змін.** Якщо ви вважаєте, що ваша МІ містить неточності або є неповною, ви можете попросити внести зміни до неї. Ви повинні подати запит на це в письмовій формі. Ви повинні вказати причини внесення змін. Ми відповімо на ваш запит у встановлені законом строки. Надішліть його на вказану нижче адресу. Якщо ми відхилимо ваш запит, ви можете додати свою незгоду до вашої МІ.

108 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, TTY 711.**

- **Отримати звіт** про те, коли ми передавали вашу МІ протягом шести років, що передували даті вашого запиту. Звіт не включатиме випадки, коли ми передавали МІ: (i) для лікування, оплати та забезпечення операційної діяльності у сфері охорони здоров'я; (ii) вам або з вашої згоди; (iii) виправним установам або правоохоронним органам. Також звіт не включатиме випадки розкриття інформації, які федеральний закон не вимагає від нас відстежувати.
- **Отримати друкований екземпляр цього повідомлення.** Ви можете будь-коли попросити надати друкований екземпляр матеріалів. Ви також можете завантажити копію з нашого вебсайту.
- **У деяких штатах ви можете мати право вимагати від нас видалити вашу МІ.** Залежно від місця вашого проживання, ви можете попросити нас видалити вашу МІ. Ми відповімо на ваш запит у встановлені законом строки. Якщо ми не зможемо виконати ваш запит, ми повідомимо вас про це. У такому разі ви можете написати нам, зазначивши, чому ви незгодні, і надіслати нам правильну інформацію.

Реалізація прав

- **Щоб зв'язатися зі своїм планом медичного страхування.** Якщо у вас є запитання щодо цього повідомлення або ви хочете реалізувати свої права, **зателефонуйте за номером, вказаним на вашій ідентифікаційній картці.** Ви також можете зв'язатися з кол-центром UnitedHealth Group за номером 1-866-633-2446, TTY/RTT 711.
- **Щоб подати письмовий запит.** Напишіть на адресу:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Щоб подати скаргу або претензію.** Якщо ви вважаєте, що ваші права на конфіденційність були порушені, ви можете надіслати скаргу або претензію на вказану вище адресу.

Ви також можете повідомити про це секретаря Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США. Ми не будемо вживати жодних заходів проти вас за подання скарги.

¹ Це Повідомлення про політику конфіденційності щодо медичної інформації застосовується до планів медичного страхування, які є афілійованими з UnitedHealth Group. Актуальний перелік планів медичного страхування, до яких застосовується це повідомлення, див. тут: <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

Повідомлення про конфіденційність фінансової інформації

У ЦЬОМУ ПОВІДОМЛЕННІ ВКАЗАНО, ЯК МИ МОЖЕМО ВИКОРИСТОВУВАТИ ТА ПЕРЕДАВАТИ ВАШУ ФІНАНСОВУ ІНФОРМАЦІЮ. УВАЖНО ОЗНАЙОМИТЕСЯ З НИМ.

Діє з 1 січня 2025 року.

Ми² захищаємо вашу «особисту фінансову інформацію» («ФІ»). ФІ не стосується медичної інформації. ФІ дозволяє встановити вашу особу і, як правило, не є загальнодоступною.

Інформація, яку ми збираємо

- Ми отримуємо ФІ з ваших заяв або форм. Це можуть бути ім'я, адреса, вік і номер соціального страхування.
- Ми отримуємо ФІ з ваших транзакцій з нами або іншими особами. Це можуть бути дані про сплату страхових внесків.

Передача ФІ

Ми ділимося ФІ виключно в межах, дозволених законом.

Ми можемо передавати вашу ФІ для забезпечення ведення нашої діяльності. Ми можемо передавати вашу ФІ нашим афілійованим особам. Для цього нам не потрібна ваша згода.

- Ми можемо передавати вашу ФІ для обробки транзакцій.
- Ми можемо передавати вашу ФІ для обслуговування вашого облікового запису(ів).
- Ми можемо передавати вашу ФІ для виконання судових наказів та проведення юридичних розслідувань.
- Ми можемо передавати вашу ФІ компаніям, які готують наші маркетингові матеріали.

Конфіденційність та безпека

Ми обмежуємо доступ співробітників і постачальників послуг до вашої ФІ. Ми впроваджуємо засоби для захисту вашої ФІ.

Запитання щодо цього повідомлення

Зателефонуйте за безкоштовним номером для учасників, зазначеним на вашій ідентифікаційній картці учасника плану медичного страхування, або зверніться до кол-центру для клієнтів UnitedHealth Group за номером 1-866-633-2446, TTY/RTT 711.

² У цьому Повідомленні про конфіденційність фінансової інформації терміни «ми» і «нас» стосуються планів медичного страхування, що афілійовані з UnitedHealth Group, а також таких афілійованих осіб 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; and USHEALTH Group, Inc.; and Vivify Health, Inc. Це Повідомлення про конфіденційність фінансової інформації застосовується лише там, де це вимагається законом. Зокрема, воно не застосовується до (1) продуктів медичного страхування, що пропонуються в штаті Невада компаніями Health Plan of Nevada, Inc. і Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; а також (2) інших планів медичного страхування UnitedHealth Group у штатах, які передбачають винятки. Актуальний перелік планів медичного страхування, до яких застосовується це повідомлення, див. тут: <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

Повідомлення про доступність послуг перекладу й представлення інформації в інших форматах: <https://www.uhc.com/communityplan/non-discrimination-notice>

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>.

CSOH25MD0272826_000

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

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

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

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 менеджер зі страхового покриття аптечних послуг (Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM) у штаті Ohio Зміст

1. Зміст посібника учасника

- 1.1 Корпоративна ідентичність
- 1.2 Доступні послуги
 - 1.2.1 Перелік пріоритетних препаратів
 - 1.2.2 Попереднє схвалення
 - 1.2.3 Стратегії управління використанням послуг аптеки
 - 1.2.4 Виключені послуги
 - 1.2.5 Додаткові послуги
- 1.3 Запит на апеляцію, скаргу або слухання на рівні штату
- 1.4. Рекомендації щодо внесення змін
- 1.5. Доступ до аптек
- 1.6 Ліки в разі екстреної ситуації для амбулаторних пацієнтів
- 1.7 Повідомлення про недопущення дискримінації
- 1.8 Заява про мережу постачальників
- 1.9 Мережа постачальників фармацевтичних послуг

1.1 Корпоративна ідентичність

Gainwell Technologies — це компанія з більш ніж 50-річним досвідом роботи, репутацією бездоганного сервісу та безпрецедентною експертизою. Gainwell не працює під будь-якими іншими торговими назвами або DBA. У Gainwell все, що ми робимо, зосереджено на людях.

Місія Gainwell полягає в розширенні можливостей клієнтів за допомогою інноваційних технологій та рішень для досягнення найкращих результатів у сфері охорони здоров'я та соціальних послуг.

- 114 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, TTY 711.**

Відтепер ви є учасником нашого єдиного менеджера зі страхового покриття аптечних послуг (Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM). Ми в Gainwell вважаємо, що ви заслуговуєте на якісне фармацевтичне обслуговування і повинні отримувати найсучасніші послуги, які ми можемо надати.

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

Адреса електронної пошти: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Якщо ви підозрюєте шахрайство з боку постачальника або споживача, зверніться на нашу безкоштовну гарячу лінію з питань шахрайства, витрат і зловживань, зателефонувавши за номером **1-833-220-9970** (TTY **1-833-655-2437**), написавши на адресу електронної пошти OHSPBMCompliance@gainwelltechnologies.com або заповнивши онлайн-форму на вебсайті <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.

1.2 Доступні послуги

Gainwell покриває всі необхідні за медичними показанням рецептурні та безрецептурні (over-the-counter, OTC) ліки, що покриваються програмою Medicaid штату Ohio. Ми використовуємо уніфікований перелік пріоритетних препаратів (unified preferred drug list, UPDL) — це перелік препаратів, які ми рекомендуємо вашому постачальнику. Ми можемо попросити вашого постачальника подати запит на отримання попереднього схвалення та надати більше інформації щодо того, чому вам потрібен конкретний препарат та/або певна доза чи кількість лікарського засобу.

Послуги, які ви можете отримати, щоб задовольнити додаткові потреби:

- Усний переклад
- Письмовий переклад
- Допоміжні засоби й послуги
- Письмова інформація в альтернативних форматах, зокрема, шрифтом Брайля та великим шрифтом

1.2.1 Уніфікований перелік пріоритетних препаратів

Gainwell використовує UPDL — це перелік препаратів, які ми рекомендуємо вашому постачальнику. Ви можете отримати копію UPDL тут:

- У розділі «Довідкові матеріали» (Reference Material), «Покриття ліків» (Drug Coverage) на вебсайті <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- На вебсайті Департаменту Medicaid штату Ohio: <https://pharmacy.medicaid.ohio.gov/unified-pdl>
- Щоб отримати друкований екземпляр, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**)

Додаток А

1.2.2 Попереднє схвалення

Ваш лікар може подати запит на отримання попереднього схвалення на певні ліки. Лікар може надсилати цей запит різними каналами (електронною поштою, на вебпорталі, факсом, телефоном або звичайною поштою), щоб забезпечити швидкий та ефективний розгляд потрібного вам лікарського засобу. У такому разі ваш постачальник надішле запит на отримання схвалення до команди Gainwell Pharmacy Services, фахівці якої проведуть клінічну перевірку ліків, які запитує ваш лікар. Команда Gainwell Pharmacy Services тісно співпрацюватиме з вашим лікарем, щоб забезпечити прийняття найкращого рішення. Про прийняте рішення вас буде повідомлено звичайною поштою.

Якщо ви не згодні з рішенням, прийнятим Gainwell, вам буде надіслано детальну інформацію про те, як ви можете оскаржити наше рішення.

Щоб отримати інформацію про UPDL, ліки, на які може знадобитися попереднє схвалення, або поставити будь-які запитання, пов'язані з ліками, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за безкоштовним номером **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**). UPDL та перелік ліків, які потребують попереднього схвалення, доступні онлайн за цією адресою: <https://medicaid.ohio.gov/stakeholders-and-partners/phm/unified.pdl>. Важливо, щоб ви та/або ваш лікар консультувалися з UPDL та/або переліком ліків, які потребують попереднього схвалення, щоразу, коли у вас виникають запитання, оскільки в ці документи можуть вноситися зміни.

1.2.3 Стратегії управління використанням послуг аптеки

UPDL використовуватиметься при кожній перевірці попереднього схвалення, яку проводить команда Gainwell Pharmacy Services. Якщо потрібно попереднє схвалення, Gainwell має затвердити запит постачальника, перш ніж ви зможете отримати ліки в обраній вами аптеці, що входить до мережі Gainwell. Попереднє схвалення може знадобитися, якщо:

- Доступний непатентований препарат
- Запитуваний препарат може бути неправильно використаний або ним можна зловживати
- Необхідно спочатку спробувати інші ліки
- Перевищено ліміт кількості запитуваного препарату
- Препарат, який виписав ваш постачальник, не включений до UPDL

UPDL зазвичай включає кілька варіантів препаратів для лікування певного захворювання. Ці різні препарати називаються «альтернативними» і є настільки ж ефективними, як і інші ліки. Вони не викликають додаткових побічних ефектів або проблем зі здоров'ям.

Приклади причин, через які вашому постачальнику може знадобитися подати запит на отримання попереднього схвалення:

Поетапна терапія. У деяких випадках наш план вимагає, щоб для лікування вашого захворювання, ви спочатку спробували певні ліки.

Заміна непатентованим препаратом. У цьому випадку аптека зобов'язана надати вам непатентований препарат замість патентованого препарату, якщо такий є в наявності. Непатентовані препарати так само безпечні й ефективні, як і патентовані, і їх слід призначати в першу чергу.

Спеціалізовані препарати. Це перевірка препаратів, які вважаються більш складними для лікування конкретного захворювання і вимагають особливої уваги й підходу під час процесу попереднього схвалення. Ці препарати, можливо, доведеться купувати в спеціалізованій аптеці. Ваш лікар, який виписав рецепт, співпрацюватиме з Gainwell Pharmacy Services, щоб переконатися, що ви зможете отримати необхідні вам ліки якнайшвидше.

1.2.4 Виключені послуги

Gainwell не оплачує ліки таких категорій, які не покриваються аптечною програмою Medicaid штату Ohio відповідно до правила 5160-9-03 ОАС:

- Препарати для лікування ожиріння
- Препарати для лікування безпліддя
- Препарати для лікування еректильної дисфункції
- Препарати DESI або препарати, які можуть бути визнані ідентичними, схожими або спорідненими
- Препарати, які підлягають покриттю за Частиною D програми Medicare
- Безрецептурні препарати, які не перелічені в розділі (B)(6) правила ОАС 5160-9-03
- Препарати, що використовуються для показань, не схвалених Управлінням із контролю за харчовими продуктами й лікарськими засобами (FDA), крім випадків коли це підтверджено переконливими клінічними даними

1.2.5 Додаткові послуги

Команда Gainwell Pharmacy також може допомогти вам із наведеними нижче послугами — зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**). Ви також можете отримати доступ до цієї інформації на порталі для учасників за адресою <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.

- Пошук аптеки для отримання препаратів за рецептом, виписаним постачальником, а також інформації про послуги, що надаються аптекою (доставка, переклад, пакування тощо)
- Перевірка наявності у вас дійсного покриття аптечних послуг
- Отримання діабетичних товарів, що покриваються в межах аптечної пільги

Додаток А

1.3 Запит на апеляцію, скаргу або слухання на рівні штату

Скарга

Якщо ви незадоволені чимось, що стосується Gainwell Pharmacy Services або наших постачальників, зв'яжіться з нами якомога швидше. що також називається скаргою.

Щоб зв'язатися з нами, ви можете:

- Зателефонувати до відділу обслуговування учасників за номером **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**).
- Відвідати наш вебсайт за адресою <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- Написати листа з поясненням причин незадоволення. Вкажіть ваше ім'я та прізвище, номер вашої ідентифікаційної картки учасника Medicaid, вашу адресу та номер телефону, щоб ми могли зв'язатися з вами в разі необхідності. Ви можете надіслати форму або лист електронною або звичайною 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 того, як ви зв'яжетеся з Gainwell, щоб подати скаргу, ми зв'яжемося з вами по телефону, поштою або в інший спосіб у такі строки:

- Два (2) робочі дні для скарг щодо неможливості отримати необхідні ліки
- Тридцять (30) календарних днів для всіх інших скарг

Апеляція

Якщо ви отримали від нас повідомлення, з яким ви не згодні, ви можете подати апеляцію протягом шістдесяти (60) календарних днів з дати повідомлення. Gainwell надасть вам відповідь на вашу апеляцію протягом п'ятнадцяти (15) календарних днів з дати звернення до нас. Якщо на вашу думку, очікування протягом п'ятнадцяти (15) календарних днів може становити серйозну загрозу вашому життю, фізичному або психічному здоров'ю або здатності досягти, підтримувати або відновити максимальну функціональність, якнайшвидше зв'яжіться з відділом обслуговування учасників Gainwell за вказаним нижче номером, щоб прискорити процес розгляду. Щоб подати апеляцію:

- Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**).
- Заповніть форму апеляції, що міститься в цьому посібнику учасника та надішліть її до Gainwell Pharmacy Services за вказаною нижче адресою, або заповніть форму онлайн на порталі для учасників.
- Відвідайте наш вебсайт за адресою <https://spbm.medicaid.ohio.gov>

118 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, TTY **711**.

- Напишіть листа. Вкажіть ваше ім'я та прізвище, номер вашої ідентифікаційної картки учасника Medicaid, вашу адресу та номер телефону, щоб ми могли зв'язатися з вами в разі необхідності. Ви можете надіслати форму або лист електронною або звичайною 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

При поданні апеляції вкажіть таку інформацію:

- Ваше ім'я та ідентифікаційний номер Medicaid, що вказані на вашій картці
- Ім'я лікаря, який виписав рецепт
- Причину, чому ви не згодні з рішенням Gainwell
- Будь-які документи або інформація на підтримку вашого прохання про перегляд рішення

Gainwell повинна надати вам відповідь на вашу апеляцію протягом п'ятнадцяти (15) календарних днів з дати звернення до нас. Якщо ми не змінимо своє рішення, вам буде надіслано письмове повідомлення та надано право подати запит на проведення справедливого слухання на рівні штату. Перш ніж подати запит на проведення справедливого слухання на рівні штату, ви повинні завершити процес оскарження.

Якщо нам знадобиться більше часу для прийняття рішення щодо апеляції або скарги, ми надішлемо вам листа з повідомленням про те, що нам потрібно ще до чотирнадцяти (14) календарних днів. У цьому листі також буде вказано, чому нам потрібно більше часу для розгляду вашого запиту.

Продовження покриття послуг за пільгами до прийняття остаточного рішення за апеляцією

Вимоги щодо продовження покриття послуг за пільгами:

Єдиний менеджер зі страхового покриття аптечних послуг (Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM) повинен продовжувати покриття послуг за пільгами учасникам, якщо виконуються всі наведені нижче умови:

- Учасник подає запит на апеляцію протягом десяти календарних днів з дати повідомлення про несприятливе рішення щодо виплат або дати набрання чинності запропонованих дій
- Апеляція стосується припинення, призупинення або скорочення раніше схвалених послуг: страхова претензія або попереднє схвалення (Prior Authorization, PA)

Додаток А

- Послуги призначив затверджений постачальник послуг
- Строк дії первинного схвалення не сплив
- Учасник своєчасно подає запит на продовження покриття послуг за пільгами
- Заповніть форму COB, яка знаходиться за адресою <https://spbm.medicaid.ohio.gov/>, у повному обсязі та надішліть її електронною поштою на адресу OH_MCD_PBM_GA@gainwelltechnologies.com або факсом на номер 833-616-4658.

Слухання на рівні штату

Перш ніж подати запит на проведення справедливого слухання на рівні штату, ви повинні завершити процес оскарження Gainwell. Справедливе слухання на рівні штату — це засідання за участі вас або особи, яку ви просите діяти від вашого імені або представника спадкоємців померлого учасника, представника окружного Департаменту праці та сімейних послуг, представника Gainwell та арбітра Бюро слухань на рівні штату при Департаменті праці та сімейних послуг штату Ohio (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). На цьому засіданні ви поясните, чому на вашу думку, Gainwell Pharmacy Service прийняла неправильне рішення, а Gainwell пояснить причини, через які ми прийняли саме таке рішення. Рішення буде прийнято арбітром на основі правил, положень та інформації, наданої під час слухання.

Якщо ми не змінимо наше рішення в результаті вашої апеляції до Gainwell, ви будете повідомлені про ваше право вимагати проведення справедливого слухання на рівні штату. Якщо ви хочете подати запит на проведення справедливого слухання на рівні штату, ви або ваш уповноважений представник повинні подати відповідний запит протягом дев'яноста (90) календарних днів із моменту відхилення вашої апеляції Gainwell.

Щоб подати запит на проведення слухання, підпишіть та надішліть форму запиту на проведення справедливого слухання на рівні штату за вказаними у формі адресою або номером факсу, зателефонуйте до Бюро слухань на рівні штату за номером **1-866-635-3748** (TTY/TDD **614-728-2985**) або надішліть запит електронною поштою на адресу bsh@jfs.ohio.gov. Якщо ви хочете отримати інформацію про безкоштовну юридичну допомогу, зателефонуйте в Асоціацію правової допомоги штату Ohio на номер 1-800-589-5888 та дізнайтеся місцевий номер вашого місцевого бюро юридичної допомоги.

Рішення про справедливе слухання на рівні штату зазвичай приймається не пізніше, ніж через сімдесят (70) календарних днів після отримання запиту. Якщо буде встановлено, що стан здоров'я відповідає критеріям для прискореного рішення, рішення буде видано настільки швидко, наскільки це необхідно, але не пізніше, ніж через три (3) робочі дні після отримання запиту. Прискорені рішення призначені для ситуацій, коли прийняття рішення в стандартні строки може становити серйозну загрозу вашому життю, здоров'ю або здатності досягти, підтримувати чи відновити максимальну функціональність.

120 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, TTY **711**.

1.4. Рекомендації щодо внесення змін

Учасники Gainwell Pharmacy Services мають право висловлювати рекомендації щодо прав й обов'язків, пов'язаних із покриттям ліків.

Рекомендації можна висловити, надіславши листа компанії Gainwell Pharmacy Services на адресу електронної пошти **OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com** або **зателефонувавши до відділу обслуговування учасників за номером 833-491-0344 (TTY/TDD 614-728-2985).**

1.5. Доступ до аптек

Gainwell Pharmacy Services пропонує учасникам безпечний портал, де ви можете увійти у свій обліковий запис і керувати своїми аптечними пільгами. Щоб увійти у свій обліковий запис на порталі для учасників, відкрийте вебсайт **<https://spbm.medicaid.ohio.gov>** і здійсніть вхід, використовуючи персональні дані які ви вказали при створенні облікового запису. Перед реєстрацією на захищеному порталі SPBM рекомендується мати поруч таку інформацію:

- Ім'я та прізвище
- Дата народження
- Останні чотири (4) цифри вашого номера соціального страхування (Social Security Number, SSN)
- Посвідчення особи власника картки єдиного менеджера зі страхового покриття аптечних послуг штату Ohio (Ohio Single Pharmacy Benefit Manager, OH SPBM)
- Персональний ідентифікаційний номер (personal identification number, PIN), пов'язаний із вашим посвідченням особи власника картки
- Ідентифікаційний номер у штаті Ohio (Ohio Identification Number, OHID)
- Багатофакторна автентифікація (Multi-Factor Identification, MFA)

Персональний ідентифікаційний номер PIN використовується для доступу до захищеної інформації в Інтернеті. Учасникам було надіслано листа з їх PIN та інструкціями щодо доступу до захищеного вебпорталу SPBM або вони отримали свій PIN у вітальному листі. Ви також можете отримати PIN, зателефонувавши до відділу обслуговування клієнтів за номером 1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437). Під час дзвінка вашу особу буде підтверджено за допомогою імені, дати народження, номера соціального страхування та номера вашого останнього рецепта. Після підтвердження вашої особи, ви отримаєте свій PIN по телефону. Або ж ваш PIN буде надіслано поштою на адресу, вказану у вашому профілі учасника.

Якщо служба підтримки не зможе підтвердити вашу особу, ви можете надіслати запит на PIN через захищений портал SPBM. Інструкції щодо запиту PIN через захищений портал SPBM див. у посібнику з реєстрації учасників за посиланням:

<https://spbm.medicaid.ohio.gov/SPContent/DocumentLibrary/User%20Guides>.

Маєте запитання? Відвідайте вебсайт **myuhc.com/CommunityPlan** або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, TTY 711.**

Додаток А

Щоб знайти аптеку через портал для учасників Gainwell, ви можете скористатися довідником аптек, розташованим на головній сторінці вебсайту за адресою <https://spbm.medicaid.ohio.gov/>. Також ви можете зателефонувати до відділу обслуговування учасників за безкоштовним номером **1-833-491-0344** (ТТУ **1-833-655-2437**), щоб поговорити з агентом Gainwell Pharmacy Services й отримати покрокову допомогу з реєстрації та отримання доступу.

1.6 Ліки в разі екстреної ситуації для амбулаторних пацієнтів

У разі виникнення екстреної ситуації у вас буде можливість отримати 72-годинний (3-денний) запас ліків, необхідних за медичними показаннями. У разі виникнення труднощів зв'яжіться з Gainwell Pharmacy Services за номером **1-833-491-0344** (ТТУ **1-833-655-2437**).

1.7 Повідомлення про недопущення дискримінації

Gainwell Pharmacy Services дотримується законів штату та федеральних законів про громадянські права, які захищають вас від дискримінації та несправедливого ставлення. Ми не ставимося до людей несправедливо через вік, расу, колір шкіри, національне походження, релігію, стать, гендерну ідентичність, сексуальну орієнтацію, сімейний стан, психічні або фізичні вади, історію хвороби, стан здоров'я, генетичну інформацію, наявність страхового полісу, військовий статус, статус ветерана, походження, наявність потреби в медичних послугах для отримання будь-якої з послуг, що покриваються, або географічне розташування.

Gainwell не має жодних моральних чи релігійних заперечень щодо послуг, які ми надаємо учасникам програми Medicaid Департаменту штату Ohio.

Якщо вам потрібна будь-яка з наведених нижче додаткових послуг, зверніться до відділу обслуговування учасників за безкоштовним номером **1-833-491-0344** (ТТУ **1-833-655-2437**):

- Усний переклад
- Письмовий переклад
- Допоміжні засоби й послуги
- Письмова інформація іншими мовами, зокрема, іспанською, сомалійською та арабською
- Письмова інформація в альтернативних форматах, зокрема, шрифтом Брайля та великим шрифтом

1.8 Заява про мережу постачальників

Gainwell співпрацює з аптеками, щоб забезпечувати вам можливість отримувати ліки за рецептами неподалік від вашого дому, а отже, легко задовольняти будь-які ваші потреби в медикаментах. Багато аптек пропонують різноманітні послуги, включно з доставкою ліків за рецептом додому, управлінням прийомом ліків і допомогою, якщо ви не володієте англійською мовою, маєте проблеми зі слухом чи зором або інвалідність і потребуєте додаткової підтримки. Також існують спеціалізовані аптеки, які пропонують ліки, щодо яких діють особливі вимоги до поводження, зберігання та розповсюдження та які призначені для лікування високоризикованих, складних або рідкісних захворювань. Якщо в цих аптеках відбудуться будь-які зміни, ми обов'язково повідомимо вас про це через вебсайт, портал для учасників Gainwell або пошту (залежно від вибраного вами способу зв'язку).

Gainwell не покриває отримання ліків за рецептом в аптеках, які не підписали договір (не в мережі) на видачу ліків для учасників програми Medicaid у штаті Ohio, а також аптеках, які знаходяться далеко від вашого дому, за винятком екстрених ситуацій (якщо ви перебуваєте за межами штату в екстреній ситуації або якщо аптека штату Ohio не може видати ліки).

1.9 Мережа постачальників фармацевтичних послуг

Ви можете отримати інформацію про те, як знайти аптеку, що входить до вашої мережі, в онлайн-довіднику постачальників на веб-сайті <https://spbm.medicaid.ohio.gov> або увійшовши на портал для учасників Gainwell за адресою <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Ви можете скористатися автоматизованою службою Gainwell, яка допоможе вам знайти аптеку, або попросити надіслати друкований екземпляр довідника постачальників фармацевтичних послуг, зателефонувавши до відділу обслуговування учасників за безкоштовним номером **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**).

English

To help you understand this notice, language assistance, interpretation services, and auxiliary aids and services are available upon request at no cost to you. Services available include, but are not limited to: oral translation, written translation, and auxiliary aids. You can request these services and/or auxiliary aids by calling Gainwell Service Desk : 1-833-491- 0344; individuals with a hearing impairment may call TTY 1-833-655-2437.

Spanish

Para ayudarle a comprender este aviso, se encuentran disponibles a pedido asistencia lingüística, servicios de interpretación, ayudas auxiliares y otros servicios sin costo alguno. Los servicios disponibles incluyen, entre otros: traducción oral, traducción escrita y ayudas auxiliares. Puede solicitar estos servicios o ayudas auxiliares llamando al Servicio de atención al público de Gainwell: 1-833-491-0344; las personas con discapacidad auditiva pueden llamar al TTY 1-833-655-2437.

Nepali/Nepalese (Nepal)

यो सूचना बुझ्न सहायता गर्न भाषा सहायता, व्याख्या सेवा र सहायक उपकरण तथा सेवा तपाईंको अनुरोधमा निःशुल्क उपलब्ध छन्। उपलब्ध सेवाहरूमा मौखिक अनुवाद, लिखित अनुवाद र सहायक उपकरणहरू समावेश छन्, तर यतिमा मात्र सिमित छैनन्। तपाईंले यी सेवाहरू / वा सहायक उपकरणहरू गेनवेल सेवा डेस्कमा 1-833-491-0344 मा फोन गरेर अनुरोध गर्न सक्नुहुनेछः श्रवणशक्ति कमजोर भएका व्यक्तिहरूले TTY 1-833-655-2437 मा फोन गर्न सक्छन्।

Arabic

لساعدتكم في فهم هذا الإخطار، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية وخدمات الترجمة الفورية والمساعدات الإضافية عند الطلب دون أي تكلفة. تشمل الخدمات المتاحة، على سبيل المثال لا الحصر: الترجمة الشفوية والترجمة التحريرية والمساعدات الإضافية. يمكنك طلب هذه الخدمات أو المساعدات الإضافية أو كليهما عن طريق الاتصال بمكتب خدمة Gainwell على الرقم التالي: 1-833-491-0344 ويوسع الأفراد الذين يعانون من ضعف السمع الاتصال بخدمة الهاتف النصي على الرقم التالي 1-833-655-2437.

Haitian French Creole

Pou ede w konprann avi sa a, gen asistans lengwistik, sèvis entèpretasyon, èd oksilyè ak sèvis ki disponib gratis, lè ou fè demann pou sa. Sèvis ki disponib yo gen ladan yo, men se pa sa sèlman: tradiksyon oral, tradiksyon alekri ak èd oksilyè. Ou kapab mande sèvis sa yo ak/oswa èd oksilyè lè w rele Gainwell Service Desk nan : 1-833-491-0344; moun ki gen pwoblèm tande yo ka rele TTY nan 1-833-655-2437.

Somali

Si lagaaga caawiyo inaad fahanto ogaysiiskan, kaalmada luqadda, adeegyada tarjumaada, iyo kaalmooyinka iyo adeegyada ayaa la heli karaa marka la codsado lacag la'aan adiga. Adeegyada la heli karo waxaa ka mid ah, laakiin aan ku xaddidnayn: tarjumaada afka, turjumaadda qoran, iyo qalabyada caawinta. Waxaad codsan kartaa adeegyadan iyo/ama caawimada caawimada adiga oo wacaya Gainwell Service Desk : 1-833-491-0344; Shakhsiyaadka maqalka liidata waxay wici karaan TTY 1-833-655-2437.

124 **Маєте запитання?** Відвідайте вебсайт myuhc.com/CommunityPlan або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017, TTY 711.**

Ukrainian

Щоб допомогти вам зрозуміти зміст цього повідомлення, за запитом ви можете отримати безоплатну мовну допомогу, послуги усного перекладу, а також допоміжне обладнання та додаткові послуги. Доступні послуги включають, зокрема, усний переклад, письмовий переклад і допоміжне обладнання. Ви можете замовити ці послуги та/або допоміжне обладнання, зателефонувавши до служби підтримки Gainwell за номером 1-833-491-0344; для людей із вадами слуху працює номер TTY 1-833-655- 2437.

Russian

Чтобы помочь вам понять смысл этого уведомления, по запросу вы можете получить бесплатную языковую помощь, услуги устного перевода, а также вспомогательное оборудование и дополнительные услуги. Доступные услуги включают, в частности, устный перевод, письменный перевод и вспомогательное оборудование. Вы можете запросить эти услуги и/или вспомогательное оборудование, позвонив в отдел обслуживания Gainwell по номеру 1-833-491-0344; для людей с нарушениями слуха предусмотрен номер TTY 1-833-655-2437.

Swahili

Ili kukusaidia kuelewa notisi hii, usaidizi wa lugha, huduma za ukalimani, na visaidizi na huduma za ziada zinapatikana unapooomba bila gharama kwako. Huduma zinazopatikana ni pamoja na, lakini sio tu: tafsiri ya mdomo, tafsiri ya maandishi, na visaidizi vya ziada. Unaweza kuomba huduma hizi na/au visaidizi kwa kupiga simu Dawati la Huduma la Gainwell : 1-833-491-0344; watu walio na ulemavu wa kusikia wanaweza kupiga simu TTY 1-833-655-2437.

Kinyarwanda (Burundi)

Kugira ngo tugufashe gusobanukirwa iri tangazo, ubufasha bujyanye n'indimi, serivisi z'ubusemuzi, n'ibikoresho na serivisi bifasha abafite ubumuga mu kumva biraboneka nta kiguzi utanze iyo ubisabye. Serivisi ziboneka zikubiyemo, ariko si gusa: ubusemuzi mu mvugo, ubusemuzi mu nyandiko, n'ibikoresho bifasha abafite ubumuga mu kumva. Ushobora gusaba izi serivisi na/cyangwa ibikoresho bifasha abafite ubumuga mu kumva binyuze mu guhamagara Serivisi z'ubufasha za Gainwell : 1-833-491-0344; abantu bafite ibibazo mu kumva bashobora guhamagara TTY 1-833-655-2437.

French

Pour vous aider à comprendre cet avis, une assistance linguistique, des services d'interprétation et des aides et services auxiliaires sont disponibles sur demande et sans frais. Les services disponibles comprennent, sans toutefois s'y limiter, la traduction orale, la traduction écrite et les aides auxiliaires. Vous pouvez demander ces services et/ou ces aides auxiliaires en appelant le bureau de service Gainwell : 1-833-491-0344 ; les personnes malentendantes peuvent appeler l'ATS 1-833-655-2437.

Pashtu (Afghanistan)

ستاسو په دې خبرتيا د ښه درک کولو (پوهیدو) لپاره، د ژبې مرستې، د شفاهي ژباړې خدمتونه، او اضافي مرستندويه وسایل او خدمتونه ستاسو د هونستي پر بنسټ بې لگښته شتون لري. په شته خدماتو کې شفاهي ژباړه، په نیکلي بڼه ژباړه، او مرستندويه وسایل شامل دي. خو یوازې په دې پورې محدود نه دي. تاسو کولی شئ د دې خدماتو او/یا مرستندويه وسایلو هونسته Gainwell Service Desk ته په 1-833-491-0344 شمېره د زندگ وپلوه لارې وگرځئ؛ هغه کسان چې د اورېدلو کمزورتیا لري کولی شي TTY 1-833-655-2437 ته زندگ ووهي.

Dari (Afghanistan)

برای کمک به شما در درک این اطلاعات، کمک های زبانی، خدمات ترجمه شفاهی و کمک ها و خدمات اضافی بر اساس درخواست شما بطور رایگان برای شما ارائه می گردد. خدمات موجود شامل موارد ذیل میباشد، اما محدود به آنها نیست: ترجمه شفاهی، ترجمه کتبی و وسایل کمکی. شما می توانید این خدمات و/ یا وسایل کمکی را با تماس با میز خدمات Gainwell از طریق 0344-491-833-1 درخواست دهید. افراد دارای اختلال شنوایی می توانند با شماره 1-833-655-2437 تماس بگیرند.

Uzbek (Uzbekistan)

Bu bildirishnomani tushunishingizga yordam berish uchun so‘rovingiz asosida bepul til yordamchi xizmatlari, og‘zaki tarjima xizmatlari va qo‘shimcha yordamchi vositalar taqdim etiladi. Mavjud xizmatlar qatoriga og‘zaki tarjima, yozma tarjima hamda yordamchi vositalar kiradi. Siz ushbu xizmatlar va/yoki qo‘shimcha yordamni Gainwell qo‘llab-quvvatlash xizmatining 1-833-491-0344 raqamiga qo‘ng‘iroq qilib so‘rashingiz mumkin; Eshitish qobiliyati cheklangan shaxslar TTY 1-833-655-2437 raqami orqali bog‘lanishlari mumkin.

Vietnamese

Để giúp bạn hiểu thông báo này, hỗ trợ ngôn ngữ, dịch vụ phiên dịch, phương tiện trợ giúp và dịch vụ phụ trợ được cung cấp miễn phí theo yêu cầu. Các dịch vụ có sẵn bao gồm, nhưng không giới hạn ở: dịch bằng lời nói, dịch bằng văn bản và phương tiện phụ trợ. Bạn có thể yêu cầu các dịch vụ và/hoặc phương tiện phụ trợ bằng cách gọi cho Bộ phận Dịch vụ Gainwell theo số 1-833-491-0344; người khiếm thính có thể gọi TTY 1-833-655-2437.

Tigrinya

ነዚ ምልክታ ከትርጉም ንኸሕግዘኩም፣ ሓገዝ ቋንቋ፣ ኣገልግሎታት ትርጉም፣ ከምኡ'ውን ተወሰኸቲ ሓገዛትን ኣገልግሎታትን ኣብ ዝሓተትኩምዎ ብዘይ ክፍሊት ይርከቡ። ዘለው ኣገልግሎታት፣ ናይ ዘረባ ትርጉም፣ ናይ ጽሑፍ ትርጉምን ተወሰኸቲ ሓገዛትን ዘጠቓልሉ ኮይኖም፣ ቢ ጥራሕ ዝድርቱ ኣይኮኑን። ናብ ኣገልግሎት ማእኸል ኣገስ Gainwell (Gainwell Service Desk) 1-833-491-0344 ብምድዋል፣ ነዞም ኣገልግሎታትን/ወይ ተወሰኸቲ ሓገዛት ከትሓቱ ትኽእሉ ኢኩም፤ ናይ ምስማዕ ጸገም ዘለዎም ውልቀ-ሰባት ናብ TTY 1-833-655-2437 ክድውሉ ይኽእሉ እዮም።



Ми завжди раді вам допомогти

Ми готові відповісти на будь-які ваші запитання. Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером **1-800-895-2017**, 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, ТТУ 711

United
Healthcare®
Community Plan

Ця сторінка навмисно залишена порожньою.

Ця сторінка навмисно залишена порожньою.

Ця сторінка навмисно залишена порожньою.

Ця сторінка навмисно залишена порожньою.

