

# **План ElderServe at Home**

**КООРДИНИРУЕМОЕ ДОЛГОВРЕМЕННОЕ  
ОБСЛУЖИВАНИЕ**

**СПРАВОЧНИК УЧАСТНИКА ПЛАНА**

© 2010 ElderServe Health, Inc.  
Все права защищены.  
Редакция 2026 г.

**План ElderServe at Home**  
Тел.: 1 (800) 370-3600

80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, New York 10463 (Main Office)  
1630 East 15th Street, Suite 206, Brooklyn, New York 11229  
80-02 Kew Gardens Road, Suite 403, Kew Gardens, New York 11415

## **Содержание**

ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ В ПЛАН КООРДИНИРУЕМОГО ДОЛГОСРОЧНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ELDERSERVE AT HOME .....	1
ВАМ ПОМОЖЕТ НАШ ОТДЕЛ ОБСЛУЖИВАНИЯ.....	1
КТО МОЖЕТ СТАТЬ УЧАСТНИКОМ ПЛАНА MLTC .....	2
«НЬЮ-ЙОРКСКАЯ ПРОГРАММА НЕЗАВИСИМОЙ ПРОВЕРКИ» — ИСХОДНАЯ ПРОВЕРКА .....	2
КАКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПЛАН ELDERSERVE AT HOME MLTC ПОКРЫВАЕТ .....	6
НЕПРЕРЫВНОСТЬ ОБСЛУЖИВАНИЯ .....	9
ПРОГРАММА MONEY FOLLOWS THE PERSON (MFP) / OPEN DOORS.....	10
ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПОКРЫВАЕМОЕ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAID, НО НЕ ПО НАШЕМУ ПЛАНУ .....	10
ОБСЛУЖИВАНИЕ, НЕ ПОКРЫВАЕМОЕ НИ ПЛАНОМ ELDERSERVE, НИ ПРОГРАММОЙ MEDICAID .....	11
РАЗРЕШЕНИЯ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ, ДЕЙСТВИЯ И АПЕЛЛЯЦИИ .....	12
ЖАЛОБЫ И АПЕЛЛЯЦИИ НА РЕШЕНИЯ ПО ЖАЛОБАМ .....	20
ВЫХОД ИЗ ПЛANA ELDERSERVE AT HOME MLTC .....	22
КУЛЬТУРНЫЕ И ЯЗЫКОВЫЕ АСПЕКТЫ .....	24
ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТНИКА ПЛАНА.....	25
ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ ЭЛЕКТРОННЫЕ ИЗВЕЩЕНИЯ .....	27

## **ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ В ПЛАН КООРДИНИРУЕМОГО ДОЛГОСРОЧНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ELDERSERVE AT HOME**

Добро пожаловать в план координируемого долгосрочного обслуживания (Managed Long Term Care, MLTC) ElderServe at Home. Планы MLTC предназначены для людей, включенных в программу Medicaid, которым требуется длительное обслуживание и поддержка по месту жительства (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS), например уход на дому и помочь при уходе за собой. Это обслуживание позволяет таким людям как можно дольше оставаться дома и в привычном обществе.

В этом справочнике говорится об обслуживании, которое план ElderServe at Home покрывает вам после включения в план. Кроме того, здесь рассказано, как попросить о страховом покрытии обслуживания/помощи, как подать жалобу и как выйти из плана ElderServe at Home. Сохраните этот справочник. Он содержит важные сведения о плане ElderServe at Home и его достоинствах. В справочнике объясняется, что мы покрываем и как получать обслуживание.

### **ВАМ ПОМОЖЕТ НАШ ОТДЕЛ ОБСЛУЖИВАНИЯ**

Звонить нам можно в любое время, круглосуточно и без выходных. Телефон нашего отдела обслуживания см. ниже.

В рабочее время:  
с понедельника по пятницу  
с 9:00 до 17:00

Звоните по телефону 1-800-370-3600; TTY: 711

Если Вам нужна помощь в другое время,  
звоните нам по телефону 1-800-370-3600; TTY: 711.

На звонок ответят наши дежурные — они работают круглосуточно и без выходных.

Людям, не владеющим английским языком, план ElderServe at Home присыпает письма и материалы в переводе на родной язык и бесплатно предоставляет помощь устных переводчиков. Кроме того, мы бесплатно помогаем общаться с нами людям с нарушениями речи или слуха. Если вы хотите получать материалы и письма плана в переводе на другой язык, позвоните в отдел обслуживания, телефон 1-800-370-3600, TTY: 711. Попросите переводчика или скажите, что хотели бы получить материалы плана в переводе на родной язык.

Если вы страдаете нарушениями слуха или речи, то связаться с планом ElderServe at Home можно, позвонив по номеру 711. Ответивший вам оператор коммутаторной линии вам поможет.

Если вы плохо видите, мы можем прочитать вам материалы плана ElderServe at Home; для этого обратитесь в наш отдел обслуживания. Наконец, вы можете попросить отдел обслуживания, чтобы вам прислали этот справочник, напечатанный крупным шрифтом.

## **КТО МОЖЕТ СТАТЬ УЧАСТНИКОМ ПЛАНА MLTC**

План MLTC предназначен для людей, включенных в программу Medicaid. Вы можете стать участником плана MLTC, если выполняются следующие условия:

- 1) Вам уже исполнилось 18 лет.
- 2) Вы проживаете в зоне обслуживания плана, включающей в себя следующие округа: Bronx, Kings (Brooklyn), New York (Manhattan), Queens, Richmond (Staten Island), Westchester, Nassau и Suffolk.
- 3) Вы включены в программу Medicaid.
- 4) Вы включены только в программу Medicaid, или вам 18-20 лет и вы включены в программы Medicaid и Medicare одновременное и вам требуется уровень обслуживания, который обычно предоставляется в центре сестринского ухода.
- 5) Во время включения в план вы способны вернуться домой или жить дома и по месту жительства без угрозы для вашего здоровья и безопасности. **-И-**
- 6) Ожидается, что вам потребуется хотя бы один вид покрываемого планом MLTC длительного обслуживания и поддержки по месту жительства (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS) не менее, чем в течение 120 дней подряд со дня включения в план:
  - a. Помощь патронажной медсестры.
  - b. Помощь специалистов среднего звена (лечебная физкультура, эрготерапия и т. д.) на дому.
  - c. Медицинская сиделка (Home health aide) на дому.
  - d. Помощь на дому при уходе за собой (Personal care).
  - e. Помощь в медицинских центрах дневного пребывания для взрослых (Adult day health care).
  - f. Персональная медсестра.
  - g. Обслуживание под управлением получателя помощи (Consumer Directed Personal Assistance Services).

Мы начинаем покрывать оказание вам помощи, о которой говорится в этом справочнике со дня вашего фактического включения в план Home MLTC Plan. Становиться участником плана MLTC или нет, решаете вы сами.

## **«НЬЮ-ЙОРКСКАЯ ПРОГРАММА НЕЗАВИСИМОЙ ПРОВЕРКИ» — ИСХОДНАЯ ПРОВЕРКА**

Тем, кто хотел бы стать участником плана, покрывающего координируемое долговременное обслуживание (Managed Long Term Care, MLTC), нужно пройти исходную проверку по «Нью-Йоркской программе независимой проверки» (New York Independent Assessor Program, NYIAP). Эта проверка предполагает заполнение следующих документов:

- **«Проверка необходимости обслуживания по месту жительства» (Community Health Assessment, CHA):** Она нужна, чтобы выяснить, нуждаетесь ли Вы в помощи при уходе за собой и (или) другом обслуживании или обслуживании под управлением получателя помощи (personal care services, PCS / consumer directed personal assistance services, CDPAS), и можете ли Вы стать участником плана, покрывающего координируемое долговременное обслуживание.

- **Прием у врача и выданное им назначение (Practitioner Order, PO):** В этом назначении (PO) врач документирует прием, на который вы пришли, и указывает следующее:
  - вам нужна помощь при выполнении повседневных действий **-И-**
  - состояние вашего здоровья стабильно и позволяет вам получать обслуживание PCS и (или) CDPAS у себя дома.

Программа NYIAP организует проведение проверки СНА и прием у врача. Проверку СНА проводит квалифицированная медсестра (registered nurse, RN). После проверки СНА, врач из программы NYIAP проводит прием и через несколько дней выдает назначение (PO).

План ElderServe at Home использует результаты СНА и РО, чтобы понять, какая помощь Вам нужна, и составить план медицинского обслуживания. Если ваш план обслуживания предполагает обслуживание PCS и (или) CDPAS в среднем более 12 часов в день, потребуется отдельная проверка. Ее проводит независимая экспертная комиссия (Independent Review Panel, IRP) программы NYIAP. IRP — это комиссия, состоящая из медицинских специалистов. Она рассматривает результаты СНА и РО, план обслуживания и другую необходимую медицинскую документацию. Если требуются дополнительные сведения, кто-нибудь из членов комиссии может вас осмотреть или обсудить с вами, какое обслуживание вам требуется. Комиссия IRP сообщает плану ElderServe MAP, соответствует ли предложенный план обслуживания Вашим потребностям.

После того как NYIAP проведет исходную оценку вашей ситуации и решит, что Вы имеете право на получение координируемого долгосрочного обслуживания, покрываемого по программе Medicaid, вы сможете выбрать план координируемого долгосрочного обслуживания, в котором хотите зарегистрироваться.

### **Процесс включения в план ElderServe**

Программа NYIAP сообщает вам о результатах проверки и оценки. Эту оценку и исходную проверку нужно завершить до включения в наш план.

Если вы решите стать участником плана ElderServe at Home, то после этого мы начинаем процесс регистрации. План ElderServe at Home принимает и рассматривает заявки в порядке их поступления, без ограничений и без дискриминации по возрасту, полу, расе, вероисповеданию, физическим или психическим нарушениям и нарушениям развития, стране происхождения, национальности, сексуальной ориентации, состоянию здоровья или стоимости медицинской помощи.

План ElderServe at Home проверяет, включены ли вы в программу Medicaid и что она вам покрывает, и назначает вам встречу у вас дома. К вам приходит медсестра из нашего отдела по вопросам приема новых участников плана. Она проводит комплексную оценку состояния вашего здоровья и жилищных условий. Это нужно для разработки исходного плана обслуживания. Обсудив с вами все вопросы, медсестра с вашего письменного разрешения связывается с вашим врачом. Она объясняет ему суть нашей программы и просит о сотрудничестве, в том числе об уточнениях и о письменном утверждении предложенного плана обслуживания. Если вы хотите стать участником плана ElderServe at Home, но Ваш врач не желает с нами сотрудничать, мы готовы помочь Вам выбрать другого врача.

При включении в план вам предлагают подписать ряд документов: договор о включении в план, разрешение на раскрытие медицинской информации и подтверждение получения уведомления о соблюдении конфиденциальности. Заявки на включение в план нужно направлять в New York Medicaid Choice (NYMC), программу штата Нью-Йорк, отвечающую за включение в планы координируемого обслуживания, до 20 числа месяца. Если вы отвечаете установленным критериям и если программа NYMC утверждает вашу заявку, вы становитесь участником плана с 1-го числа следующего месяца. Если заявка на включение в план подана в программу NYMC после 20 числа, то если заявка утверждена, вы становитесь участником плана 1 числа месяца, следующего за следующим месяцем. Если вы решите стать участником нашего плана, вам нужно будет подписать договор о включении в план и другие документы. В ходе включения в план мы объясняем, как получать покрываемое планом обслуживание и выдаем вам перечень медиков и учреждений, сотрудничающих с планом ElderServe. Вы получите карточку участника плана ElderServe at Home. Ее нужно предъявлять при получении покрываемого планом обслуживания. Помните, что для получения обслуживания, не покрываемого планом ElderServe at Home, вам нужно сохранить свою карточку участника программы Medicaid и карточки участника других страховок, если они у вас есть.

### **Отзыв заявки на включение в план**

Вы можете отозвать свою заявку устно или письменно до полудня 20-го числа месяца, предшествующего дате включения в план. Для того чтобы отозвать заявку, позвоните в наш план, телефон 1-800-370-3600, TTY: 711. Кроме того, можно написать по следующему адресу: ElderServe Health Plans, Intake Department, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463.

### **Отказ во включении в план**

Вам может быть отказано во включении в план ElderServe at Home, в одном из следующих случаев:

- Вы не отвечаете указанным выше критериям.
- Если Ваш врач не хочет с нами сотрудничать, а Вы не хотите менять своего врача.
- Если вы не включены в программу координированного долговременного обслуживания (MLTC) и уже стали участником хосписной программы — в этом случае вы не можете стать участником никакого плана MLTC (если вы уже включены в программу MLTC и получаете хосписное обслуживание, то перейти в другой план MLTC вам можно).
- Вы находитесь или проживаете в одном из следующих учреждений:
  - Психиатрическое медицинское учреждение. -ИЛИ-
  - Центр по оказанию помощи среднего уровня инвалидам детства (intermediate care facilities for the developmentally disabled, ICF/DD). -ИЛИ-
  - Учреждение долгосрочного наркологического лечения с проживанием. -ИЛИ-
  - Учреждение для проживания с поддержкой (assisted living). -ИЛИ-
  - Центр сестринского ухода или учреждение для лечения с проживанием и не планируете из него выписаться. -ИЛИ-

- Включены в один из следующих планов (программ) и не намерены из него выходить:
  - Другой план MLTC Medicaid. -ИЛИ-
  - Альтернативная программа TBI or Nursing Home Transition & Diversion waiver, действующая согласно разделу 1915(c) «Закона о социальном обеспечении». Программа предназначена для людей с черепно-мозговыми травмами (TBI) и тех, кто хотел бы проживать дома или вернуться домой из центра сестринского ухода.
  - Программа «Управления по делам людей с нарушениями развития» (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD), действующая согласно разделу 1915(c) «Закона о социальном обеспечении» или другая альтернативная программа. -ИЛИ-
- Вас ранее принудительно исключили из нашего плана, и причины этого исключения не исчезли.
- Вы не даете своего согласия и не подписываете необходимые документы.

На отказ можно подать апелляцию. Для этого нужно позвонить в программу NYMC, телефон 1-888-401-6582.

### **Разработка исходного плана обслуживания**

Для того чтобы составить ваш индивидуальный план обслуживания (Plan of Care, POC), план ElderServe at Home изучает проверку СНА, проведенную программой NYIAP, и назначение РО. Кроме того, план изучает отчет о комплексной оценке, проведенной нашей медсестрой, отвечающей за прием в план. Этот отчет в том числе содержит сведения о вашем жилье и о поддержке по месту жительства. Медсестра представит вам предложенный план обслуживания (POC), для того чтобы вы его приняли. Это требуется для заявки на включение в план. Проверка СНА, проведенная программой NYIAP, назначение РО и ваш исходный план обслуживания действительны в течение 12 месяцев. План, однако, может быть изменен досрочно, если вы об этом попросите или если состояние вашего здоровья существенно изменится. В этом случае проводится повторная проверка СНА. План ElderServe at Home пересматривает план вашего обслуживания (POC) не реже раза в 12 месяцев. План РОС может пересматриваться чаще, если вы об этом просите, если состояние вашего здоровья значительно изменилось или если это требуется по другим причинам.

Если вы перешли из другого плана MLTC в план ElderServe at Home по любой из следующих причин: сокращение зоны обслуживания, закрытие плана, приобретение, слияние или другое утвержденное деловое соглашение, - план ElderServe at Home будет продолжать обслуживание по прежнему плану обслуживания в течение 120 дней подряд после включения в план ElderServe at Home или до тех пор, пока план ElderServe at Home не проведет свою проверку и не получит Ваше согласие на новый план обслуживания.

### **Идентификационная карточка участника плана**

Вы получите свою идентификационную карточку участника плана ElderServe at Home в течение 7-10 дней после того дня, когда план станет покрывать ваше обслуживание. Получив карточку, проверьте правильность всей указанной на ней информации.

Всегда носите эту карточку с собой вместе со своей карточкой Medicaid. Если вы потеряете карточку или ее у вас украдут, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-800-370-3600; TTY 711.

## **КАКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПЛАН ELDERSERVE AT HOME MLTC ПОКРЫВАЕТ**

### **Координация обслуживания**

Участникам нашего плана мы координируем их обслуживание. Каждому участнику плана мы назначаем координатора обслуживания (Care Manager, иногда переводится «менеджер по уходу»). Это медик, обычно медсестра или социальный работник. Ваш координатор обслуживания вместе с Вами и Вашим врачом решает, какое обслуживание Вам требуется, и разрабатывает план обслуживания.

Назначенная вам медсестра вместе с вами, вашим врачом и семьей разрабатывает индивидуальный план обслуживания (Plan of Care, POC). Он включает обслуживание, которое требуется именно вам. Мы обеспечиваем получение вами необходимого обслуживания. Наши опытные медики доступны круглосуточно и без выходных, 365 дней в году. Ваша группа обслуживания (care team) следит за тем, как Вы себя чувствуете, за изменениями состояния вашего здоровья и обеспечивает помочь и обслуживание. Она обучает людей, которые за вами ухаживают, тому, как это правильно делать; обучает вас, как лучше всего помочь самому себе, отвечает на вопросы и помогает получить необходимую помощь и обслуживание.

План обслуживания (POC) — это документ, который включает покрываемую планом ElderServe at Home помощь, необходимую вам по медицинским показаниям, и координацию необходимого обслуживания, которое покрывает не наш план. Обслуживание, не покрываемое планом ElderServe at Home (включает лекарства, помощь врача, больницы и другую медицинскую помощь) может оплачиваться непосредственно программой Medicaid или Medicare или другой страховкой. В плане обслуживания указано необходимое вам обслуживание и как часто и как долго оно вам требуется. Он определяет, оценивает и помогает вам справляться с физическими, эмоциональными и социальными факторами, которые влияют на Ваше благополучие. План обслуживания пересматривается не реже раза в 12 месяцев или чаще, если об этом просите вы или если этого требует состояние вашего здоровья. План обслуживания (POC) меняется по мере того, меняется нужное вам обслуживание. Ваш координатор обслуживания (Care Manager) вместе с вами обсуждает необходимые изменения и пересматривает этот план. Со всеми вопросами и затруднениями вы можете обращаться к своему координатору обслуживания или любому члену вашей группы обслуживания, телефон 1-800-370-3600; TTY 711.

Кто-нибудь из членов этой группы звонит вам не реже раза в месяц. Медсестра, которая проводит оценку входит в вашу группу обслуживания. Она посещает вас на дому не реже раза в год, проводит комплексную оценку состояния Вашего здоровья и решает, какое обслуживание вам требуется. Для того чтобы вы получали нужную помощь, мы работаем над планом обслуживания вместе с вашим врачом и другими медиками.

Вы можете попросить об обслуживании, не внесенном в ваш утвержденный план РОС, однако на такое обслуживание нужно вначале получать разрешение нашего плана. Такую просьбу рассматривает ваш координатор обслуживания вместе с группой обслуживания. Все покрываемое обслуживание должно быть сначала разрешено планом ElderServe at Home. Исключение составляют некоторые виды обслуживания, которые мы уже утвердили. Для того чтобы мы разрешили некоторые виды обслуживания, нам может быть нужна новая оценка состояния вашего здоровья и медицинская документация, относящаяся к вашей просьбе.

На звонки в план ElderServe at Home в нерабочее время отвечают дежурные. Кроме того, у нас есть горячая линия сестринских консультаций (Nurse Hotline), телефон 1-800-370-3600, TTY 711. Линия работает круглосуточно и без выходных.

### **Обслуживание, покрываемое дополнительно**

Поскольку вы включены в программу Medicaid и можете стать участником плана MLTC, наш план организует и дополнительно покрывает перечисленное ниже медицинское и социальное обслуживание. Вы можете получать это обслуживание, если оно требуется по медицинским показаниям,-т. е. для профилактики или лечения Вашего заболевания или инвалидности. Ваш координатор обслуживания помогает вам решить, какое обслуживание вам требуется и кто его может предоставить. Иногда на обслуживание нужно получить направление или назначение вашего врача. Получать помочь и обслуживание нужно у медиков или в учреждениях, которые сотрудничают с планом ElderServe at Home Если Вы не сможете найти таких медиков или такие учреждения, мы позволим вам обратиться к тем, которые с нами не сотрудничают, но только после того, как план ElderServe MAP вам это разрешит. Исключение составляют неотложная и экстренная помощь — в этом случае разрешение получать не нужно.

На обслуживание, которое не могут предоставить сотрудничающие с планом ElderServe at Home медики и учреждения, но могут те, которые с ним не сотрудничают, нужно получать разрешение плана. Если мы разрешаем такую помощь, то информируем вас об этом письмом. Кроме того, мы оформляем разовый договор с не сотрудничающим с нами медиком/учреждением. В этом договоре указаны объем и продолжительность разрешенной помощи/обслуживания. Если мы не разрешили обслуживание или разрешили его только частично, мы сообщаем вам о нашем отрицательном решении (Initial Adverse Determination, IAD) письмом. В нем содержатся причины отказа и говорится о том, как подать апелляцию на наше решение.

### **Как воспользоваться обслуживанием, покрываемым дополнительно**

Для того чтобы воспользоваться перечисленными ниже видами обслуживания, нужно позвонить своему координатору обслуживания (Care Manager) из плана ElderServe at Home, телефон 1-800-370-3600, TTY 711. Прежде чем воспользоваться любым из покрываемых видов обслуживания нужно получать наше разрешение (Prior Authorization). Этими вопросами занимается ваш координатор обслуживания. Он согласует такие разрешения с отделами плана ElderServe, отвечающими за страховое покрытие конкретных вещей, например медицинского оборудования длительного пользования и принадлежностей, реабилитации и т. д. Чтобы попросить о разрешении на обслуживание, вам или вашему врачу нужно позвонить в план ElderServe at Home, телефон 1-800-370-3600; TTY 711.

- Амбулаторная реабилитация.
- Помощь при уходе за собой (например, помощь при одевании, принятии ванны, еде, пользовании туалетом и ходьбе).
- Медицинское обслуживание на дому, не покрываемое программой Medicare (включает сестринский уход, помощь сиделки, эрготерапию (восстановление двигательных навыков), лечебную физкультуру и помощь логопеда).
- Питание.
- Медико-социальное обслуживание.
- Доставка еды на дом или питание в группе, например, в центре дневного пребывания.
- Социальный центр дневного пребывания (Social Day Care).
- Персональная медсестра.
- Стоматология\* (см. вкладыш к справочнику на странице 24 английского текста; там объясняется, какую стоматологическую помощь мы покрываем дополнительно; для замены зубных протезов и имплантов нужна только рекомендация вашего стоматолога).
- Социальная поддержка и помощь по дому (например, работа по дому, модификация жилья или временная замена ухаживающего за вами человека).
- Персональная система оповещения об экстренной ситуации (Personal Emergency Response System).
- Медицинские центры дневного пребывания (Adult Day Health Care).
- Помощь в центре сестринского ухода (Nursing Home Care), не покрываемая по программе Medicare (при условии, что программа Medicaid вам ее покрывает).
- Проверка слуха\*.
- Медицинское оборудование длительного пользования (DME).
- Медицинские принадлежности.
- Протезы и ортопедические устройства.
- Проверка и коррекция зрения\*.
- Обслуживание под управлением получателя помощи (Consumer Directed Personal Assistance Services).
- Помощь подиатра (лечебение стоп).
- Дыхательная терапия.

\* На следующие три (3) вида помощи получать вначале разрешение плана ElderServe at Home НЕ нужно:

- Обычные проверки слуха, раз в год.
- Обычные стоматологические осмотры до двух раз в год и экстренная стоматологическая помощь.
- Обычная проверка и коррекция зрения; включает оправы для очков до \$100 один раз в два года.

## **Ограничения**

Энтеральные смеси и пищевые добавки покрываются только тем, кто не может питаться другими способами и находится в одном из следующих состояний:

1. больные, которые питаются через зонд (не может жевать или глотать пищу);
2. больные редкими врожденными метаболическими нарушениями, при которых требуется специальное питание.

При некоторых наследственных заболеваниях обмена аминокислот и органических кислот мы покрываем модифицированные твердые продукты питания с низким содержанием белка или содержащие модифицированный белок.

Пребывание в учреждении сестринского ухода мы покрываем тем, кто, скорее всего, будет находиться там постоянно в течение не менее трех месяцев. По истечении этого срока пребывание в центре сестринского ухода обычно начинает покрывать обычная программа Medicare (без участия страхового плана), а пациент исключается из плана ElderServe at Home.

### **Получение помощи за пределами зоны обслуживания**

О поездках за пределы зоны обслуживания нужно сообщать своему координатору обслуживания (Care Manager). Если вам понадобится помочь за пределами зоны обслуживания, свяжитесь со своим координатором обслуживания — он вам поможет организовать нужную помощь.

### **Экстренная помощь**

Экстренная помощь — это помощь в случае экстренного состояния, серьезно угрожающего здоровью больного. В экстренных ситуациях звоните по телефону 911. Получать вначале разрешение плана НЕ нужно. Вам, однако, следует в течение 24 часов сообщить об этом плану ElderServe at Home. Вам может понадобиться длительное обслуживание, которое должен покрывать только план ElderServe at Home.

В случае вашей госпитализации, члену семьи или другому человеку, который за вами ухаживает, нужно связаться с планом ElderServe at Home в течение 24 часов после госпитализации. Ваш координатор обслуживания (Care Manager) приостановит назначенное вам обслуживание на дому и при необходимости отменит приемы у медиков. Обязательно сообщайте своему основному врачу (primary care physician) или тому, кто планирует вашу выписку из больницы, (hospital discharge planner) о необходимости связаться с планом ElderServe at Home. Это нужно, чтобы мы могли совместно спланировать помощь, которая вам понадобится после выписки из больницы.

### **НЕПРЕРЫВНОСТЬ ОБСЛУЖИВАНИЯ**

Новые участники плана ElderServe at Home могут продолжать текущий курс лечения у не сотрудничающего с планом медика или в не сотрудничающем учреждении. Продолжать это лечение можно не более чем в течение 60 дней со дня включения в наш план. Такому медику или учреждению нужно согласиться с оплатой своего труда по расценкам плана и придерживаться принятых в плане ElderServe at Home правил, в том числе регулирующих качество обслуживания. Кроме того, этому медику или учреждению нужно сообщать плану вашу медицинскую информацию.

Кроме того, если лечащий вас медик или учреждение, в котором вы лечитесь, перестает сотрудничать с нашим планом, то текущий курс лечения можно продолжить. Продолжать это лечение можно не более чем в течение 90 дней. Такому медику или учреждению нужно согласиться с оплатой по расценкам плана, придерживаться принятых в нашем плане правил, в том числе регулирующих качество обслуживания. Кроме того, этому медику или учреждению нужно сообщать плану вашу медицинскую информацию.

## **ПРОГРАММА MONEY FOLLOWS THE PERSON (MFP) / OPEN DOORS**

В этом разделе говорится о поддержке, которую можно получить по программе **Money Follows the Person (MFP)/Open Doors**. MFP / Open Doors — это программа, которая помогает вам переехать из центра сестринского ухода обратно домой или по месту жительства. Помощь по программе MFP/Open Doors предоставляется в следующих случаях:

- Вы прожили в центре сестринского ухода не менее трех месяцев.
- Вы нуждаетесь в обслуживании, которое может быть предоставлено по месту жительства.

В программе MFP/Open Doors есть сотрудники, называемые специалистами по переходу (Transition Specialists), и другие люди, пережившие сходную ситуацию (Peer). Эти люди могут встретиться с вами в центре сестринского ухода и обсудить возвращение домой. Эти сотрудники отличаются от координатора обслуживания (Care Manager) и того, кто планирует выписку из центра сестринского ухода (Discharge Planner). Они могут помочь вам следующим образом:

- Сообщат вам об обслуживании и поддержке по месту вашего жительства.
- Найдут обслуживание, которое предлагают по месту вашего жительства и которое поможет вам сохранить самостоятельность.
- Навестят вас дома или позвонят после переезда, чтобы проверить, все ли у вас есть, что вам нужно.

За подробностями о программе MFP/Open Doors или для того чтобы связаться с одним из ее сотрудников обращайтесь в «Нью-йоркскую ассоциацию независимого проживания» (New York Association on Independent Living), телефон 1-844-545-7108, эл. почта [mfp@health.ny.gov](mailto:mfp@health.ny.gov). Кроме того, можно воспользоваться сайтом программы MFP/Open Doors [www.health.ny.gov/mfp](http://www.health.ny.gov/mfp) или [www.ilny.us](http://www.ilny.us).

## **ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПОКРЫВАЕМОЕ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAID, НО НЕ ПО НАШЕМУ ПЛАНУ**

Некоторые виды обслуживания покрывает обычная программа Medicaid, но не план ElderServe at Home. Эту помощь можно получать у любого медика (в любом учреждении), принимающего страховое покрытие по программе Medicaid. Предъявляйте свою карточку участника программы Medicaid. С вопросами о том, покрывает какое-нибудь обслуживание программа Medicaid или план ElderServe at Home, звоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-800-370-3600; TTY 711. При получении обслуживания, покрываемого по программе Medicaid, нужно предъявлять свою карточку участника программы Medicaid. Это обслуживание включает:

### **Лекарства**

Большинство лекарств, выдаваемых по рецепту или без, покрывает обычная программа Medicaid или программа Medicare Part D, если вы в нее включены.

### **Определенная помощь при психических нарушениях:**

- Интенсивная психиатрическая реабилитация (Intensive Psychiatric Rehabilitation Treatment).
- Дневное лечение (Day Treatment).
- Координация обслуживания для людей, страдающих серьезным и постоянным психическим расстройством (Case Management for Seriously and Persistently Mentally Ill) (финансируется штатом или местным отделом психического здоровья),
- Частичная госпитализация (Partial Hospital Care), которую программа Medicare не покрывает.
- Реабилитация тех, кто находится в общественных домах или проходит лечение в семье.
- Длительное лечение в дневное время (Continuing Day Treatment, CDT).
- Лечение по месту жительства (Assertive community treatment, ACT).
- Индивидуальная помощь в преодолении психического заболевания (Personalized Recovery Oriented Services).

### **Определенные виды обслуживания для людей с умственной отсталостью и инвалидов детства:**

- Длительная помощь специалистов среднего звена (лечебная физкультура, эрготерапия, психотерапия и т. д.).
- Дневное лечение (Day Treatment).
- Координация обслуживания, покрываемого по программе Medicaid.
- Альтернативные программы обслуживания на дому и по месту жительства (Home and Community Based Services Waiver).

### **Другое обслуживание, покрываемое по программе Medicaid:**

- Метадоновая терапия.
- Лечение ТБ (туберкулеза) под непосредственным наблюдением.
- Ведение пациентов с ВИЧ в рамках исследования COBRA (Comorbidity in relation to AIDS, «Сопутствующие заболевания при СПИДЕ»).
- Планирование семьи.  
Необходимые по медицинским показаниям лекарства, улучшающие овуляцию, — для участниц программы, отвечающих определенным критериям.
- Транспорт для неэкстренных поездок по медицинским надобностям (NEMT) (подробнее см. во вкладыше к справочнику на стр. 24 английского текста).

### **ОБСЛУЖИВАНИЕ, НЕ ПОКРЫВАЕМОЕ НИ ПЛАНОМ ELDERSERVE, НИ ПРОГРАММОЙ MEDICAID**

За обслуживание, не покрываемое ни программой Medicaid, ни планом ElderServe at Home, вам нужно платить самостоятельно, если медик заранее сообщил Вам, что это обслуживание не покрывается, а вы согласились его оплатить. Примеры обслуживания, не покрываемого ни планом ElderServe at Home, ни программой Medicaid:

- Косметические операции, если для них нет медицинских показаний.
- Предметы обихода и личной гигиены.

- Помощь, полученная у медиков или в учреждениях, не сотрудничающих с планом ElderServe at Home. Исключения делаются в случае, когда наш план разрешает вам обратиться к этому медику или в это учреждение.

С вопросами звоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-800-370-3600; ТTY 711.

## **РАЗРЕШЕНИЯ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ, ДЕЙСТВИЯ И АПЕЛЛЯЦИИ**

Когда вы просите разрешить лечение или обслуживание, вы просите нас **«о разрешении на обслуживание» (service authorization request)**. За разрешением на обслуживание нужно обращаться к своему координатору обслуживания (care manager). Вы или ваш врач можете позвонить в наш отдел обслуживания, телефон 1-800-370-3600 (звонки бесплатные), ТTY: 711, или прислать свою просьбу по следующему адресу: ElderServe at Home, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463

Мы выдаем разрешение на обслуживание в определенном объеме и на определенный период времени. Это называется **«периодом действия разрешения» (authorization period)**.

### **Вначале нужно получить разрешение**

На некоторые виды обслуживания **вначале нужно получить разрешение (Prior Authorization)** плана ElderServe. Обращаться за разрешением нужно к своему координатору обслуживания. Попросить о таком разрешении можете вы или кто-нибудь, кому вы доверяете. На следующее лечение и обслуживание нужно получать разрешение до его начала:

- Медицинские центры дневного пребывания (Adult Day Health Care).
- Обслуживание под управлением получателя помощи (Consumer Directed Personal Assistance Services).
- Стоматология\*.
- Медицинское оборудование длительного пользования.
- Проверка слуха\*.
- Доставка питания на дом или питание в группе.
- Медицинская помощь на дому (Home Health Services).
- Медицинские и хирургические принадлежности, энтеральные/парентеральные смеси, пищевые добавки, батарейки для слуховых аппаратов.
- Медицинские социальные службы.
- Сестринская помощь в связи с обслуживанием на дому.
- Помощь в центре сестринского ухода (нужно, чтобы это обслуживание вам покрывала программа Medicaid).
- Диетологические консультации.
- Помощь при уходе за собой (Personal Care Services).
- Персональная система оповещения об экстренной ситуации (Personal Emergency Response System).
- Протезы, ортопедические устройства и ортопедическая обувь.
- Дыхательная терапия.
- Социальная поддержка и оборудование жилья (Social and Environmental Supports).

- Социальный центр дневного пребывания (Social Day Care) и транспорт для поездок в этот центр.
- Телемедицина.
- Помощь специалистов среднего звена, например специалиста по лечебной физкультуре, эрготерапии (восстановление двигательных навыков), помощь логопеда — на дому и в других условиях.
- Проверка и коррекция зрения\*.
- Помощь подиатра (лечение стоп и уход за ними).

\* На следующее обслуживание не нужно получать вначале разрешение:

- Стоматологическая помощь: обычные стоматологические осмотры до двух раз в год и экстренная стоматологическая помощь.
- Сурдологическая помощь: обычная проверка слуха раз в год.
- Проверка и коррекция зрения: обычная проверка зрения и состояния глаз; оправы для очков до 100 \$ один раз в два года.

Разрешениями на обслуживание занимается ваш координатор обслуживания (Care Manager). Чтобы попросить о разрешении на обслуживание, вам или нашему врачу нужно позвонить в план ElderServe at Home, телефон 1-800-370-3600; TTY 711.

### **Пересмотр страхового покрытия текущего обслуживания**

Вы можете попросить своего координатора обслуживания из плана ElderServe (отдел координации обслуживания), чтобы вам покрывали больший объем обслуживания, чем сейчас. Это называется «**пересмотр страхового покрытия текущего обслуживания**» (concurrent review).

### **Пересмотр страхового покрытия обслуживания задним числом**

Иногда мы проверяем, требуется ли вам все еще обслуживание, которое вы получаете. Кроме того, мы можем проверить другие виды лечения и обслуживания, которые вы уже получили. Это называется «**пересмотр страхового покрытия обслуживания задним числом**». Когда мы это делаем, мы вам об этом сообщаем.

### **Что происходит, когда мы получаем вашу просьбу о разрешении на обслуживание?**

У нашего плана есть группа, отвечающая за то, чтобы участники плана получали необходимое обслуживание, на которое они имеют право. В эту группу входят врачи и медсестры. Они проверяют, требуется ли запрошенное вами лечение или обслуживание по медицинским показаниям и подходит ли оно вам. Для этого они проверяют план вашего лечения на соответствие стандартам медицинской помощи.

Мы можем отказать в страховом покрытии запрошенного обслуживания или разрешить его в объеме меньшем, чем вы просили. Решение принимает квалифицированный медик. Если мы решаем, что запрошенное обслуживание не имеет медицинских показаний, наше решение проверяет врач, медсестра или другой медик, который обычно оказывает запрошенную вами помощь. Вы можете получить медицинские стандарты (называются **критериями клинической экспертизы**), на основании которых принято решение, необходимо ли запрошенное обслуживание.

Получив вашу просьбу, мы ее рассматриваем в **стандартные сроки** или в **ускоренном порядке**. Вы или ваш врач можете попросить об ускоренном рассмотрении, если считаете, что задержка серьезно повредит вашему здоровью. Если мы отвечаем на вашу просьбу об ускоренном рассмотрении отказом, мы сообщаем вам об этом и принимаем решение в стандартные сроки. В любом случае мы принимаем страховое решение так быстро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее, чем указано ниже.

#### ***Сроки для рассмотрения просьб о разрешении на обслуживание***

- **Стандартные сроки:** Решение мы обычно принимаем в течение 3 рабочих дней после получения всей необходимой информации, но не позднее чем через 14 дней после получения вашей просьбы. Если нам понадобится дополнительная информация, мы сообщим Вам об этом до 14-го дня.
- **Ускоренное рассмотрение:** Мы принимаем решение, и вы получаете наш ответ в течение 72 часов. Если нам понадобится дополнительная информация, мы сообщим Вам об этом в течение 72 часов.

#### ***Сроки рассмотрения просьб об изменении страхового покрытия обслуживания, которое вы уже получаете***

- **Стандартные сроки:** Решение мы обычно принимаем в течение 1 рабочего дня после получения всей необходимой информации, но не позднее чем через 14 дней после получения вашей просьбы.
- **Ускоренное рассмотрение:** Решение мы принимаем в течение 1 рабочего дня после получения всей необходимой информации. Вы получите от нас ответ в течение 72 часов после получения Вашего запроса. Если нам понадобится дополнительная информация, мы сообщим Вам об этом в течение 1 рабочего дня.

**Если для того чтобы принять решение (как в стандартные сроки, так и в ускоренном порядке) нам понадобится дополнительная информация, мы можем продлить указанные выше сроки не более чем на 14 дней.**

#### **В этом случае мы делаем следующее:**

- Пишем вам о том, какие сведения нам нужны. Если мы рассматриваем вашу просьбу в ускоренном порядке, то сразу звоним вам по телефону, а потом присылаем письмо.
- Объясняем вам, почему задержка в ваших интересах.
- Принимаем решение как можно скорее после получения нужных сведений, но не позднее чем через 14 дней с того дня, когда мы попросили дополнительные сведения.

Удлинить срок рассмотрения можете также вы, ваш врач или кто-нибудь, кому Вы доверяете. Это может быть связано с тем, что у Вас есть дополнительные сведения, которые могут способствовать тому, что план примет положительное решение. Для того чтобы удлинить срок рассмотрения своей просьбы, позвоните в наш план, телефону 1-800-370-3600; TTY 711, или напишите по следующему адресу: ElderServe at Home, Service Authorizations, 80 West 225<sup>th</sup> St., Bronx, NY 10463.

Если вы не согласны с тем, чтобы мы брали дополнительное время на рассмотрение вашей просьбы, то можете подать жалобу. Это можете сделать вы или кто-нибудь, кому вы доверяете. Кроме того, вы или человек, которому вы доверяете, пожаловаться на медленное рассмотрение в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health), телефон 1-866-712-7197.

**Если мы соглашаемся покрывать все вами запрошенное или его часть, то разрешаем это обслуживание или приспособление.**

**Если наше решение по всей вашей просьбе или ее части отрицательное, мы** присылаем вам письмо, объясняющее, почему мы вам отказали. Если вы не довольны нашим решением, то можете подать нам апелляцию. См. раздел «*Как подать апелляцию на действие?*» где объясняется, как подать апелляцию, если вы не согласны с нашим решением.

### **Что такое действие?**

Страховой план ElderServe at Home может отказать вам в покрытии какой-нибудь помощи или ограничить объем покрытия; он может отказать вам в направлении к специалисту; решить, что запрошенный вид помощи не относится к покрываемым; ограничить, приостановить или прекратить оказание помощи, на получение которой ранее было выдано разрешение; отказаться оплачивать какие-то виды помощи; предоставить помощь несвоевременно; нарушить сроки принятия решений по жалобам и апелляциям. Все это называется «действиями». На действия можно подавать апелляции. (Подробнее см. ниже, в разделе «*Как подать апелляцию на действие?*»).

### **Сроки, в которые мы должны извещать вас о предпринятых действиях**

Если мы решаем отказать вам в страховом покрытии запрошенного обслуживания или ограничить его объем или решаем отказаться полностью или частично оплачивать уже полученную вами помощь, мы вас извещаем о принятом решении. Если мы решили уменьшить объем уже разрешенной помощи, приостановить ее или прекратить, то известим вас о решении письмом не позднее чем за 10 дней до того, как решение войдет в силу.

### **Содержание извещения о предпринятых действиях**

Все такие извещения содержат следующие сведения:

- Объясняет предпринятые или планируемые действия.
- Приводит причины предпринятого действия; в том числе, медицинские соображения, если они есть.
- Сообщает о том, что у вас есть право подать в план апелляцию (в том числе, объясняет, имеете ли вы право попросить у штата, чтобы он провел внешнее рассмотрение апелляции).
- Объясняет, как подать апелляцию для рассмотрения внутри в самом плане и когда вы можете просить, чтобы мы провели ускоренное рассмотрение вашей апелляции.

- Объясняет клинические критерии, на которые мы опирались, принимая решение, — если действие предпринято из-за вопросов относительно медицинских показаний для запрошенной помощи или по причине экспериментального или исследовательского характера спорного вида помощи. **-И-**
- Приводит сведения (если необходимо), которые вы и/или ваш врач должны нам сообщить, для того чтобы мы могли принять решение по апелляции.

Кроме того, это извещение говорит о вашем праве подать апелляцию или прибегнуть к административному слушанию (State Fair Hearing):

- В нем объясняется разница между апелляцией и административным слушанием.
- В нем говорится о том, что до того как попросить об административном слушании вам нужно подать апелляцию. **-И-**
- В нем объясняется порядок подачи апелляции.

Если мы ограничиваем, приостанавливаем или прекращаем какое-нибудь обслуживание, в уведомление сообщаем вам также о том, что вы имеете право по-прежнему получать эту помощь, пока мы принимаем решение по вашей апелляции. Для того чтобы страховое покрытие обслуживания было продлено, вам нужно подать апелляцию в течение 10 дней после дня, которым датировано наше извещение, или после даты вступления в силу нашего решения (используется более поздняя дата).

### ***Как подать апелляцию на действие?***

Если вы не согласны с нашими действиями, то можете подать апелляцию. Получив вашу апелляцию, мы должны будем проверить основания и правильность своих действий. Подать апелляцию можно в устном или письменном виде. Срок подачи апелляции составляет 60 дней со дня, которым датировано письмо, извещающее вас о предпринятых нами действиях (например, отказ в страховом покрытии обслуживания, ограничение его объема или отказ в оплате помощи). Если мы решили сократить, приостановить или прекратить страховое покрытие какого-нибудь обслуживания, то для того, чтобы страховое покрытие было продлено, вам нужно подать апелляцию в течение 10 дней после того дня, которым датировано наше извещение, или после даты вступления в силу нашего решения (используется более поздняя дата).

### ***Как мне связаться со своим планом, чтобы подать апелляцию?***

С нами можно связаться, позвонив в наш отдел качества, телефон 1-800-370-3600, TTY 711, или написав нам по следующему адресу: ElderServe at Home, Attn: Quality Department, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463. Получив апелляцию, мы ее регистрируем. За ходом ее рассмотрения будут следить уполномоченные сотрудники. О получении нами апелляции и том, как мы собираемся ее рассматривать, мы сообщим вам письмом. Вашу апелляцию будут рассматривать квалифицированные медики, которые не участвовали в принятии решения, на которое вы подаете апелляцию.

**В случае некоторых наших действий, вы можете попросить, чтобы покрытие спорного обслуживания продолжалось во время рассмотрения апелляции**

Если вы подаете апелляцию на решение об уменьшении объема страхового покрытия уже утвержденного обслуживания, его прекращении или приостановке, то можете попросить, чтобы мы покрывали это обслуживание по-прежнему, пока ваша апелляция рассматривается. Мы должны пролить обслуживание, если вы подаете апелляцию в течение 10 дней после того дня, которым датировано наше извещение, или после даты вступления в силу нашего решения (используется более поздняя дата). О том как подать в план апелляцию см. выше, в разделе **«Как подать апелляцию на действие?»**.

Вы можете попросить, чтобы мы продлили страховое покрытие обслуживания на время рассмотрения апелляции. Вам, однако, нужно помнить, что в случае отрицательного решения по апелляции мы можем потребовать, чтобы вы оплатили полученную помощь, если вы получали ее только по вашему требованию о продолжении обслуживания на время рассмотрения апелляции.

**Сколько времени страховому плану требуется для принятия решения по апелляции?**

Если ваша апелляция не рассматривается в ускоренном порядке, мы ее рассматриваем в стандартные сроки. Мы сообщаем вам свое решение письмом. Мы делаем это настолько быстро, насколько это требуется при состоянии вашего здоровья, но не позднее чем через 30 дней со дня получения апелляции. (Время рассмотрения может быть продлено на срок не более 14 дней, если об этом просите вы или если нам требуется дополнительная информация и продление срока в ваших интересах.) Во время рассмотрения апелляции у вас есть возможность объяснить свою ситуацию лично или письменно. Кроме того, мы присылаем вам документы, используемые при рассмотрении апелляции.

О решении по вашей апелляции мы сообщаем вам письмом. В нем содержится наше решение и дата его принятия.

Если мы изменим наше решение об отказе в предоставлении вам обслуживания, его приостановке или ограничении и если вы не получали это обслуживание во время рассмотрения апелляции, мы возобновим его страховое покрытие так скоро, как этого будет требовать ваше состояние. В некоторых случаях Вы можете запросить «ускоренную» апелляцию. (См. ниже, раздел **«Процедура рассмотрения ускоренной апелляции»**.)

**Процедура рассмотрения ускоренной апелляции**

Мы всегда рассматриваем апелляцию в ускоренном порядке, если апелляция касается вашей просьбы об увеличении объема обслуживания, которое вы уже получаете. Если вы или ваш врач считаете, что рассмотрение апелляции в стандартные сроки серьезно угрожает вашей жизни или здоровью, то можете попросить об ускоренном рассмотрении. Мы сообщим вам наше решение в течение 2 рабочих дней после получения нами всей необходимой информации. Ни при каких обстоятельствах срок принятия нами решения не должен превышать 72 часов после получения Вашей апелляции. (Время рассмотрения может быть продлено на срок не более 14 дней, если об этом просите вы или если нам требуется дополнительная информация и продление срока в ваших интересах.)

Если мы не соглашаемся с вашей просьбой об ускоренном рассмотрении апелляции, то делаем все от нас зависящее, чтобы связаться с вами лично и сообщить, что отказались рассматривать апелляцию в ускоренном порядке и о том что рассматривать ее будут в стандартные сроки. Кроме того, в течение 2 дней с момента получения нами апелляции мы присылаем вам письмо, извещающее о нашем решении не проводить ускоренное рассмотрение.

### **Что делать, если страховой план принимает отрицательное решение по апелляции?**

Если решение по апелляции не полностью в Вашу пользу, в письме, которое Вы получите, объясняется, что вы имеете право попросить штат Нью-Йорк о проведении административного слушания по вопросу покрытия обслуживания программой Medicaid (Medicaid Fair Hearing). В письме говорится о том, как попросить о проведении слушания, кто действовать на слушании от вашего имени. Кроме того, там объясняется, что в случае некоторых апелляций у вас есть право попросить, чтобы спорное обслуживание продолжалось, пока ожидается решение по результатам слушания, и как об этом попросить.

**Примечание: О проведении административного слушания нужно попросить в течение 120 календарных дней со дня, которым датировано письмо с нашим решением (Final Adverse Determination Notice).** Если отрицательное решение мы приняли по вашей апелляции из соображений медицинской необходимости или в связи с тем, что спорная помощь является экспериментальной или исследовательской, то в нашем письме объясняется, как просить штат Нью-Йорк о проведении «внешней апелляции» (external appeal) на наше решение.

### **Административные слушания**

Если мы примем по вашей апелляции отрицательное решение или не сообщим об окончательном отрицательном решении (Final Adverse Determination) в срок, указанный выше, в разделе **«Сколько времени страховому плану требуется для принятия решения по апелляции?»**, то вы можете попросить, чтобы штат Нью-Йорк провел административное слушание (State Fair Hearing). По итогам административного слушания наше решение может быть отменено. О проведении административного слушания нужно попросить в течение 120 календарных дней со дня, которым датировано письмо с нашим отрицательным решением (Final Adverse Determination Notice). Если мы сокращаем, приостанавливаем или прекращаем предоставление разрешенного обслуживания, но вы хотите получить его до получения решения по результатам административного слушания, то вам нужно попросить о проведении слушания в течение 10 дней со дня, которым датировано письмо, извещающее вас о нашем окончательном отрицательном решении.

В зависимости от того, что наступит раньше, ваши страховое покрытие обслуживания, ставшее предметом спора, будет продолжаться до тех пор, пока вы не откажетесь от административного слушания или пока по результатам административного слушания не будет принято решение не в вашу пользу.

Если проводящий административное слушание представитель штата отменяет наше решение, мы должны обеспечить предоставление вам спорного обслуживания так скоро, как этого требует состояние вашего здоровья. Если во время рассмотрения вашей апелляции вы получали спорное обслуживание, мы должны будем его оплатить, если проводивший слушание представитель штата так распорядится.

Вы можете попросить, чтобы мы покрывали обслуживание до того, как будет получено решение по результатам административного слушания. Вам, однако, нужно понимать, что если по результатам слушания будет принято решение не в вашу пользу, то мы можем потребовать оплатить спорное обслуживание, предоставленное вам за время ожидания решения по слушанию.

Вы можете попросить о проведении административного слушания, связавшись со «Службой временной социальной помощи и помощи инвалидам» (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). Это можно сделать следующим образом:

- Онлайн: [Request Hearing | Fair Hearings | OTDA \(ny.gov\)](http://otda.ny.gov/hearings/request/)
- Распечатанную форму запроса прислать по следующему адресу:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023
- Отправить распечатанную форму факсом: (518) 473-6735
- Попросить по телефону:

Линия для просьб о проведении стандартных административных слушаний (Standard Fair Hearing line): 1 (800) 342-3334.  
Линия для просьб о проведении экстренных административных слушаний (Emergency Fair Hearing line): 1 (800) 205-0110.  
Линия ТTY: 711 (попросите оператора позвонить по телефону 1 (877) 502-6155)
- Попросить лично:

г. Нью-Йорк  
14 Boerum Place, 1<sup>st</sup> Floor  
Brooklyn, New York 11201

г. Олбани  
40 North Pearl Street, 15th Floor  
Albany, New York 12243

Подробнее о том, как попросить о проведении административного слушания, говорится на сайте <http://otda.ny.gov/hearings/request/>

### **Проводимая штатом внешняя апелляция**

Если мы приняли по вашей апелляции отрицательное решение, потому что решили, что обслуживание не требуется по медицинским показаниям или имеет исследовательский или экспериментальный характер, вы можете попросить, чтобы

штата Нью-Йорк провел рассмотрение «внешней апелляции» (external appeal) на наше решение. Внешнюю апелляцию рассматривают люди, которые не работают ни на нас, ни на штат Нью-Йорк. Эти люди — квалифицированные специалисты, утвержденные штатом Нью-Йорк. Платить за работу этих специалистов вам не придется.

Если мы приняли по вашей апелляции отрицательное решение, потому что решили, что обслуживание не требуется по медицинским показаниям или имеет исследовательский или экспериментальный характер, то в письме, извещающем о нашем решении мы сообщаем вам, как попросить, чтобы штат Нью-Йорк провел внешнюю апелляцию. В том же письме, вы найдете форму заявки на проведение такой апелляции. Если вы хотите попросить о проведении внешней апелляции, вам нужно не позднее чем через четыре месяца со дня, которым датирован наш отказ, подать в Финансовый департамент (Department of Financial Services) штата Нью-Йорк соответствующую форму.

Решение по такой апелляции принимается не позднее чем через 30 дней. Если для проведения внешней апелляции понадобится дополнительная информация, срок может быть увеличен (до 5 рабочих дней). Рассматривавший апелляцию специалист сообщит свое решение вам и нам в течение двух рабочих дней после его принятия.

Вы можете получить решение раньше, если ваш врач скажет, что задержка может серьезно повредить вашему здоровью. Это называется «ускоренной внешней апелляцией» (fast track external appeal). В случае ускоренного рассмотрения на решение по апелляции уходит не более 72 часов. Специалист, рассматривавший апелляцию, сообщает свое решение нам и вам сразу, по телефону или факсу. Затем он присыпает вам свое решение письмом.

Вы можете попросить одновременно о проведении административного слушания и внешней апелляции. Если вы одновременно просите о проведении административного слушания и внешней апелляции, решающее значение имеет решение по результатам слушания.

## **ЖАЛОБЫ И АПЕЛЛЯЦИИ НА РЕШЕНИЯ ПО ЖАЛОБАМ**

План ElderServe at Home делает все возможное, для того чтобы как можно скорее разрешать в ваших интересах любые сложности и затруднения. В зависимости от того, с чем именно возникли трудности, вы можете подать жалобу или апелляцию.

Подача жалобы или апелляции не повлияет на ваше обслуживание и на отношение к вам сотрудников плана ElderServe at Home и медиков. Мы соблюдаем вашу конфиденциальность. Мы предоставим вам любую помощь, которая вам может потребоваться при подаче жалобы или апелляции. Это включает помочь устного переводчика, помочь, которая может вам понадобиться, если вы страдаете нарушениями зрения и/или слуха, и т. д. Вы можете назначить своего представителя (например, родственника, друга или медика), который будет действовать от вашего имени.

Чтобы подать жалобу, позвоните в наш отдел качества, телефон 1-800-370-3600, TTY 711; или напишите по следующему адресу: ElderServe at Home, Attn: Quality Department, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463. Обращаясь к нам, сообщайте свое имя, адрес, телефон и подробное описание проблемы.

### ***Что такое жалоба?***

Вы можете в любой форме жаловаться на любое покрываемое лечение или обслуживание, предоставленное нашими сотрудниками или сотрудничающими с нами медиками или учреждениями. Например, вы можете подать нам жалобу, если кто-то был с вами невежлив или если вы недовольны качеством нашего обслуживания.

### ***Процедура подачи жалобы***

Жалобу можно подать устно или письменном виде. Получив жалобу, мы ее зарегистрируем. За ходом ее рассмотрения будут следить уполномоченные сотрудники. Мы пришлем вам письмо, сообщающее о том, что вашу жалобу мы получили, и о том как она будет рассматриваться. Мы рассмотрим вашу жалобу и сообщим вам письмом наше решение в течение одного из следующих сроков.

1. Если задержка опасна для вашего здоровья, мы обычно принимаем решение в течение 48 часов с момента получения необходимой информации, но срок может быть продлен до 7 дней.
2. О нашем решении по всем другим жалобам мы сообщаем в течение 45 дней после получения необходимой информации, но не более чем через 60 дней после получения жалобы. Если вы просите о дополнительном времени или если нам требуется дополнительная информация и задержка будет в ваших интересах, рассмотрение может быть продлено на срок до 14 дней.

В нашем ответе вы найдете результаты рассмотрения вашей жалобы и принятое по ней решение.

### ***Как подать апелляцию на решение по жалобе?***

Если вы недовольны решением, которое мы приняли по вашей жалобе, то можете потребовать проведения второго рассмотрения возникшей проблемы. Для этого нужно подать апелляцию на решение по жалобе. Подать апелляцию на решение по жалобе можно в устной или письменной форме. Она должна быть подана в течение 60 рабочих дней после получения вами нашего исходного решения по жалобе. Получив вашу апелляцию, мы в течение 15 дней присылаем вам письмо, подтверждающее ее получение. Оно содержит имя, адрес и телефон сотрудника, которому поручено рассмотреть вашу апелляцию. Все апелляции на решения по жалобам рассматриваются знающими и профессиональными сотрудниками. Если жалоба касалась медицинских вопросов, в рассмотрении апелляции участвуют профессиональные медики, не имеющие отношения к первому нашему решению по вашей жалобе.

Стандартный срок принятия решения по апелляции составляет 30 рабочих дней после получения нами всех необходимых сведений. Если задержка может быть опасна для вашего здоровья, мы проведем ускоренное рассмотрение апелляции. При ускоренном

рассмотрении апелляции мы принимаем решение в течение 2 рабочих дней после получения необходимых сведений. Решение по апелляции, как рассматриваемой в стандартные сроки, так и в ускоренном порядке, решение по ней мы вам сообщаем в письменном виде. Это письмо содержит подробное объяснение оснований для принятого решения. В случаях, связанных с медицинскими вопросами, оно также содержит медицинские соображения.

### **Participant Ombudsman**

Participant Ombudsman под названием Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) — это независимая организация, оказывающая бесплатную помощь омбудсмена людям, получающим долгосрочную помощь в штате New York. Вы можете получить бесплатную независимую консультацию по поводу Вашего страхового покрытия, жалоб и вариантов апелляции. Там могут помочь вам по вопросам процедуры апелляции. Кроме того, вам окажут поддержку до включения в план MLTC, такой как ElderServe at Home. Эта поддержка предусматривает объективное консультирование по выбору плана медицинского страхования и предоставление общей информации, связанной с планом. Как связаться с ICAN:

- Тел.: 1-844-614-8800 (TTY: 711);
- Сайт: [www.icannys.org](http://www.icannys.org) | Эл. почта: [ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)

### **ВЫХОД ИЗ ПЛАНА ELDERSERVE AT HOME MLTC**

Ваше участие в плане MLTC не может быть прекращено ни по одной из следующих причин:

- высокая степень использования покрываемого медицинского обслуживания;
- существующее заболевание или изменение состояния вашего здоровья;
- снижение умственных способностей или несговорчивое или деструктивное поведение, вызванное вашей инвалидностью, за исключением случаев, когда такое поведение приводит к тому, что вы лишаетесь права на участие в плане MLTC.

### **Добровольный выход из нашего страхового плана**

Вы можете в любое время и по любой причине попросить о выходе из плана ElderServe at Home.

Для того чтобы попросить об исключении вас из плана, позвоните по телефону 1-800-370-3600 или напишите нам. План пришлет вам письменное подтверждение того, что ваша просьба получена. Мы приложим форму добровольного выхода из плана. Вам нужно ее подписать и отправить нам обратно. Работа по такой просьбе может занять до шести недель в зависимости от времени ее получения. Вы можете перейти из нашего плана в обычную программу Medicaid (без участия страховых планов) или в другой страховой план, если у вас есть право на включение в такой план. Если Вы по-прежнему нуждаетесь в длительном обслуживании и поддержке по месту жительства (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS), например, в помощи при уходе за собой, то для того чтобы получать обслуживание CBLTSS вы должны: стать участником другого плана MLTC; плана координируемого обслуживания, покрываемого по программе Medicaid или альтернативной программы обслуживания на дому или по месту жительства (Home and Community Based Waiver).

## **Переходы**

Вы можете зарегистрироваться для ознакомления с нашим планом в течение 90 дней. В любое время в течение этого срока Вы можете отказаться от участия в плане ElderServe at Home и перейти в другой план. Если в течение первых 90 дней Вы не отказываетесь от участия в нашем плане, то должны оставаться в плане ElderServe at Home еще в течение девяти месяцев, за исключением случаев, когда у вас есть уважительная причина.

- Вы покидаете нашу зону обслуживания.
- Вы, план и «Департамент социальных служб» или «Департамент здравоохранения» штата Нью-Йорк согласны с тем, что Вам лучше покинуть план ElderServe at Home.
- Тот, кто оказывает вам медицинскую помощь на дому, не сотрудничает с нашим планом.
- Мы не смогли предоставить Вам обслуживание так, как это требуется по нашему договору со штатом.

Если Вы соответствуете требованиям, Вы можете в любое время без уважительной причины перейти на другой план координируемого долгосрочного обслуживания, например в план по программе Medicaid Advantage Plus (MAP) или в программы комплексного ухода за пожилыми людьми (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE).

Чтобы поменять план: Позвоните в программу New York Medicaid Choice, телефон 1-888-401-6582. Консультанты программы New York Medicaid Choice помогут вам поменять медицинский страховой план.

До того как новый план станет покрывать ваше обслуживание, может пройти от двух до шести недель. Программа New York Medicaid Choice пришлет вам письмо с указанием даты, когда вы станете участником нового плана. До тех пор покрывать необходимое обслуживание будет план ElderServe at Home.

Если долгое ожидание перехода в другой план плохо скажется на состоянии Вашего здоровья, позвоните в программу New York Medicaid Choice. Кроме того, вы можете ускорить переход в другой план, если сообщите программе New York Medicaid Choice, что не соглашались стать участником плана ElderServe at Home.

## **Принудительное исключение из нашего страхового плана**

Принудительное исключение из нашего плана — это прекращение участия, инициированное планом ElderServe at Home. Если вы не просили о выходе из плана, мы должны инициировать принудительное ваше исключение в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня, когда нам стало известно, что вы отвечаете хотя бы одному из условий принудительного исключения из плана.

## **Вам придется выйти из плана ElderServe at Home, если Вы:**

- Больше не имеете права на участие в программе Medicaid.
- Навсегда покидаете зону обслуживания плана ElderServe at Home.
- Находитесь за пределами зоны обслуживания плана более 30 дней подряд.

- Нуждаетесь в медицинском обслуживании в учреждении сестринского ухода, но программа Medicaid вам его не покрывает.
- Госпитализированы на сорок пять (45) дней подряд или дольше.
- Помещены не менее чем на сорок пять (45) дней подряд в психиатрический центр штата или в программу лечения с проживанием «Управления по вопросам психического здоровья» (Office of Mental Health, OMH), «Управления по вопросам людей с нарушениями развития» (Office of Addiction Services and Supports) или «Управления по вопросам наркологической помощи и поддержки» (Office of Addiction Services and Supports).
- Если по результатам проверки у Вас больше нет функциональной или клинической потребности в обслуживании CBLTSS.
- Вы участник только программы Medicaid и по результатам проверки больше не соответствуете требованиям для получения медицинской помощи того уровня, который предоставляется в центре сестринского ухода.
- Единственное обслуживание, которое вы получаете, — это использование социального центра дневного пребывания.
- Вы больше не нуждаетесь в обслуживании CBLTSS и не получаете хотя бы один вид такого обслуживания в каждом календарном месяце.
- Находитесь в заключении.
- Предоставили плану ложную информацию, допускаете иной обман или участвуете в мошеннических действиях, связанных с вашим участием в плане.

**Мы можем попросить, чтобы вы вышли из плана ElderServe at Home, если Вы:**

- вы или член семьи, или человек, который неофициально за вами ухаживает, или другой член домохозяйства ведет себя так, что это серьезно мешает плану работать;
- не выплачиваете или не принимаете меры для выплаты денежной суммы, определенной местным отделом социальных служб, причитающейся плану, в течение 30 дней после наступления срока платежа. Мы приложим разумные усилия для взыскания задолженности.

До принудительного исключения вас из плана ElderServe at Home, план получает на это разрешение программы New York Medicaid Choice (NYMC) или организации, назначенной штатом. Фактической датой прекращения участия в плане будет первый день месяца, следующего за месяцем, в котором Вы утратили право на участие в плане. Если вы по-прежнему нуждаетесь в обслуживании CBLTSS, вам потребуется выбрать другой план, или вы автоматически перейдете на другой план.

## **КУЛЬТУРНЫЕ И ЯЗЫКОВЫЕ АСПЕКТЫ**

План ElderServe at Home уважает ваши убеждения и учитывает культурное разнообразие. Мы уважаем вашу культуру и культурную самобытность и работаем над устранением культурного неравенства. Мы поддерживаем инклюзивную сеть поставщиков услуг, компетентных в культурном отношении, а также продвигаем и обеспечиваем предоставление услуг культурно приемлемым способом для всех участников плана. К ним относятся, в частности, люди с ограниченным знанием английского языка, с различным культурным и этническим происхождением, а также представители различных религиозных общин.

## **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТНИКА ПЛАНА**

План ElderServe at Home прилагает все усилия для обеспечения достойного и уважительного отношения ко всем участникам. Во время включения в план координатор обслуживания объяснит вам ваши права и обязанности. Если вам требуются услуги переводчика, Ваш координатор обслуживания организует их предоставление. Персонал приложит все усилия, чтобы помочь вам использовать ваши права.

### **Права участников плана**

- У вас есть право получать необходимую медицинскую помощь.
- У вас есть право своевременно получать помощь и обслуживание.
- У вас есть право на конфиденциальность записей о вашем здоровье и на соблюдение вашей приватности во время лечения.
- У вас есть право получать в доступной форме информацию о возможных и альтернативных вариантах лечения.
- У вас есть право получать информацию на понятном вам языке. Вы имеете право на бесплатную помощь устного переводчика.
- У вас есть право получать информацию, которая вам нужна для того, чтобы дать информированное согласие перед началом лечения.
- У вас есть право на уважительное и вежливое к вам отношение.
- У вас есть право получать копии медицинских записей и просить о внесении в них изменений или исправлений.
- У вас есть право участвовать в принятии решений о вашем лечении, в том числе отказываться от лечения.
- У вас есть право быть уверенным в том, что ваши права и возможности не будут никоим образом ограничены, для того чтобы оказать на вас давление, принудить вас к чему-либо, облегчить чью-либо работу или вас наказать.
- У вас есть право получать помощь независимо от вашего пола, расы, состояния здоровья, возраста, страны происхождения, половой ориентации, семейного положения и религии.
- У вас есть право на информацию о том, где, когда и как вы можете получить необходимые вам виды помощи по своему плану координируемого долговременного медицинского обслуживания. Кроме того, у вас есть право знать о том, каким образом можно получить помощь у медиков или в медучреждениях, которые с нами не сотрудничают (если наши медики и медучреждения такую помощь не предоставляют).
- У вас есть право подавать жалобы в «Департамент здравоохранения штата New York» или в местный отдел социальных служб.

- У вас есть право прибегать к помощи системы административных слушаний, действующей в штате New York и/или подавать внешние апелляции на рассмотрение штатом New York, если это необходимо.
- У вас есть право назначить своего представителя, который будет от вашего имени обсуждать предоставляемые вам помощь и лечение.
- У вас есть право на обращение за помощью по программе Participant Ombudsman.

### **Обязанности участников плана**

- Получать покрываемое обслуживание через план ElderServe at Home.
- За покрываемой помощью и обслуживанием лбращаться к медикам и в учреждения, сотрудничающим с планом ElderServe at Home.
- Заранее получать разрешение на покрываемое обслуживание, за исключением уже утвержденных покрываемых услуг или экстренных случаев; посещать своего врача в случае изменения состояния здоровья.
- Предоставлять полную и точную медицинскую информацию лечащим вас медикам.
- Сообщать персоналу плана ElderServe at Home о любых изменениях в состоянии здоровья и сообщать, когда Вы не понимаете инструкции или не можете им следовать.
- Следовать плану обслуживания, рекомендованному персоналом плана ElderServe at Home (с возможностью внесения Вами соответствующих предложений).
- Сотрудничать и проявлять уважение к персоналу плана ElderServe at Home и не допускать дискриминации персонала плана ElderServe at Home по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, религии, пола, возраста, умственных или физических способностей, сексуальной ориентации или семейного положения.
- Сообщать плану ElderServe at Home в течение двух рабочих дней после получения не покрываемого или не утвержденного заранее обслуживания.
- Заранее сообщать своей группе обслуживания из плана ElderServe at Home о том, что вы не будете получать организованную для вас помощь или обслуживание, потому что вас не будет дома.
- Сообщать плану ElderServe at Home об окончательном переезде из зоны его обслуживания или о любом длительном отсутствии в зоне обслуживания.
- Отвечать за свои действия, если вы отказываетесь от лечения или не выполняете указания человека, который за вами ухаживает.
- Выполнять свои финансовые обязательства.

## **Заблаговременные медицинские указания на случай недееспособности**

Заблаговременные медицинские указания на случай недееспособности (Advance Directives) — это юридические документы, гарантирующие выполнение Ваших пожеланий, когда вы не можете принимать решения самостоятельно. Такие указания могут иметь форму доверенности на принятие решений о медицинской помощи (Health Care Proxy), завещания о жизни (Living Will) или указания не проводить реанимацию (Do Not Resuscitate Order). В этих документах можно указать, какую медицинскую помощь вы хотите получить при определенных обстоятельствах, и (или) уполномочить конкретного члена семьи или друга принимать решения от вашего имени.

Вы имеете право оставлять заблаговременные указания на свое усмотрение. Важнее всего задокументировать то, какую медицинскую помощь вы хотите получать, если из-за болезни или травмы Вы больше не сможете общаться с врачами. За помощью в заполнении этих документов обращайтесь к своему координатору обслуживания. Если у Вас уже есть заблаговременные указания, передайте их копию своему координатору обслуживания.

## **Информация, доступная по запросу**

- Информация о структуре и работе плана ElderServe at Home.
- Конкретные клинические критерии, относящиеся к определенному состоянию здоровья, и другая информация, которую план ElderServe at Home учитывает при выдаче разрешения на обслуживание.
- Правила и процедуры, регулирующие обращение с конфиденциальной медицинской информацией.
- Письменное описание организационных мероприятий и текущих процедур программы обеспечения качества и повышения эффективности работы.
- Правила аттестации медиков и учреждений.
- Последняя налоговая декларация плана ElderServe at Home; правила и процедуры, которые план ElderServe at Home применяет, принимая решение о правах медика или учреждения.

## **ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ ЭЛЕКТРОННЫЕ ИЗВЕЩЕНИЯ**

План ElderServe at Home и сотрудничающие с нами медики и учреждения может в электронном виде, а не по телефону или почте извещать вас о разрешениях на обслуживание, апелляциях в план, жалобах и апелляциях по жалобам.

План ElderServe at Home может извещать вас по электронной почте.

Если вы хотите получать эти извещения в электронном виде, обратитесь к нам. Для того чтобы попросить об этом, свяжитесь с нами по телефону, электронной или обычной почте:

Тел. .... 1-800-370-3600; ТТЫ: 711.  
Email..... [RecordsRequest@elderservehealth.org](mailto:RecordsRequest@elderservehealth.org)  
Почта..... 80 West 225 St., Bronx, NY 10463

Обращаясь к нам, вы должны:

- Сообщите нам, как вы хотите получать сообщения, которые мы обычно отправляем по почте.
- Сообщите нам, как вы хотите получать сообщения, которые мы обычно делаем по телефону.
- Сообщите нам свою контактную информацию (номер мобильного телефона, адрес электронной почты, номер факса и т. д.).

План ElderServe at Home сообщит вам по почте, что вы попросили получать уведомления в электронном виде.

### **Дополнительные стоматологические услуги**

С 31 января 2024 г. план ElderServe At Home в определенных ситуациях покрывает коронки и лечение пульпита, чтобы вы могли сохранить больше естественных зубов.

Кроме того, для того чтобы решить, необходима ли замена зубных протезов и имплантов, требуется только рекомендация вашего стоматолога. Это упрощает получение страхового покрытия такой стоматологической помощи.

Подробнее о том, что и как мы покрываем, можно узнать в нашем отделе обслуживания, телефон 1-800-370-3600 (TTY: 711), линия работает с 9:00 до 17:00.

### **Неэкстренные поездки по медицинским надобностям**

С 1 марта 2024 г. план ElderServe at Home больше не покрывает неэкстренные поездки. Во всем штате неэкстренный транспорт участникам плана ElderServe at Home, плана Managed Long Term Care Partial Capitation Plan, теперь организует транспортный брокер «Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк», известный как Medical Answering Services (MAS). Это никак не влияет на страховое покрытие другого обслуживания.

Для того чтобы договориться о неэкстренной поездке по медицинским надобностям, с 1 марта 2024 г. вам или вашему врачу нужно связаться со службой MAS по адресу <https://www.medanswering.com/> или по телефону 844-666-6270 (Downstate) или 866-932-7740 (Upstate). Связываться со службой MAS нужно по возможности не менее чем за три дня до похода к медику или в медицинское учреждение. Нужно сообщить подробности о приеме у врача (дата, время, адрес и имя) и ваш идентификационный номер в программе Medicaid.

Подробнее об этом обслуживании см. на сайте [«Департамента здравоохранения»](#), страница, посвященная транспорту.

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-370-3600 TTY:711	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-370-3600 TTY: 711.	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-370-3600 TTY: 711.	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفّرة لك بالمجان. اتصل برقم رقم هاتف الصم والبكم 1-800-370-3600 TTY:711	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-800-370-3600 TTY: 711. 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-370-3600 (телефайп: TTY: 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-370-3600 TTY: 711.	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-370-3600 TTY: 711.	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-370-3600 TTY: 711.	French Creole
אויפערקזאָם: אויב אַיר רעדט אִידיש, זענען פֿאָרְהָאָן פֿאָר אַיְר שְׁפָרָאָךְ הַילְּפָעָן עֲרֹויָסָעָה פֿון אָפְּצָאָל. רּוֹפְּט 1-800-370-3600 TTY: 711.	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-370-3600 TTY: 711	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-370-3600 TTY: 711.	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮০০-৩৭০-৩৬০০ TTY: 711.	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-370-3600 TTY: 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-370-3600 TTY: 711.	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-370-3600 TTY: 711	Urdu