

Bill de Blasio

Mayor

City of New York



Lorraine Cortés-Vázquez

Commissioner

NYC Department for the Aging

Билл де Блазио

Мэр

города Нью-Йорка



Лоррейн Кортес-Васкес

Уполномоченный представитель

Департамента г. Нью-Йорка по делам пожилых людей

**A Complete Guide to
Health Insurance
Coverage for
Older New Yorkers**

2020

**Полное руководство по
медицинскому
страхованию
для пожилых жителей
г. Нью-Йорка**

2020



HIICAP

**Health Insurance Information,
Counseling and Assistance
Program**

Medicare questions? Call Aging Connect at 212-244-6469



HIICAP
Health Insurance Information,
Counseling and Assistance
Program

This guide has been developed by the New York City Department for the Aging's Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) to help older New Yorkers better understand the health care coverage options currently available in New York City. The topics include Medicare Parts A and B, "Medigap" insurance, Medicare Advantage health plans, Medicare Part D, Medicare Savings Programs, and Medicaid. The information detailed here is current at the time of printing. Use it in good health!

HIICAP is New York's source for free, current and impartial information about health care coverage for older people. The HIICAP Helpline can assist you in getting your questions answered. Please call the Department for the Aging's Aging Connect line at 212-244-6469 and ask for HIICAP to speak with one of our trained counselors.

We have HIICAP counselors available to speak with you over the phone or meet with you in person at one of our counseling sites. Simply call our helpline for a referral to the counselor nearest you.

Please note that inclusion of specific health care benefit programs does not constitute endorsement of these programs on the part of the New York City Department for the Aging.

www.nyc.gov/aging

<https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance>

This project was supported, in part by grant number 90SAPG0033 from the U.S. Administration for Community Living, Department of Health and Human Services, Washington, D.C. 20201.



HIICAP
Health Insurance Information,
Counseling and Assistance
Program

Данное руководство было разработано отделом Программы предоставления информации, консультаций и помощи по вопросам медицинского страхования (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) Департамента г. Нью-Йорка по делам пожилых людей, чтобы познакомить пожилых жителей Нью-Йорка с возможностями медицинского страхования, доступными в г. Нью-Йорке. Руководство содержит информацию о страховке Medicare, части A и B, страховке Medigap, планах медицинского обслуживания Medicare Advantage, страховке Medicare, часть D, программах Medicare Savings и страховке Medicaid. Представленная здесь информация действительна на момент печати. Воспользуйтесь ею и будьте здоровы!

Программа HIICAP — это предоставление бесплатной, актуальной и объективной информации о медицинском страховании для пожилых жителей г. Нью-Йорка. Если у вас возникнут вопросы, обратитесь в справочную службу программы HIICAP. Пожалуйста, обратитесь в Департамент по делам пожилых людей (Department for the Aging), позвонив на горячую линию 212-244-6469, и попросите соединить вас с консультантом из HIICAP.

Консультанты отдела HIICAP могут побеседовать с вами по телефону или встретиться с вами в одном из наших консультационных центров. Просто позвоните в нашу справочную службу, чтобы связаться с консультантом, который работает в вашем районе.

Обратите внимание, что включение отдельных программ страхового медицинского обеспечения не всегда означает поддержку данных программ Департаментом г. Нью-Йорка по делам пожилых людей.

www.nyc.gov/aging

<https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance>

Это проект был поддержан, в частности, грантом № 90SAPG0033 от Управления США по вопросам жизнедеятельности общин от Департамента здравоохранения и социального обеспечения в Вашингтоне. 20201.

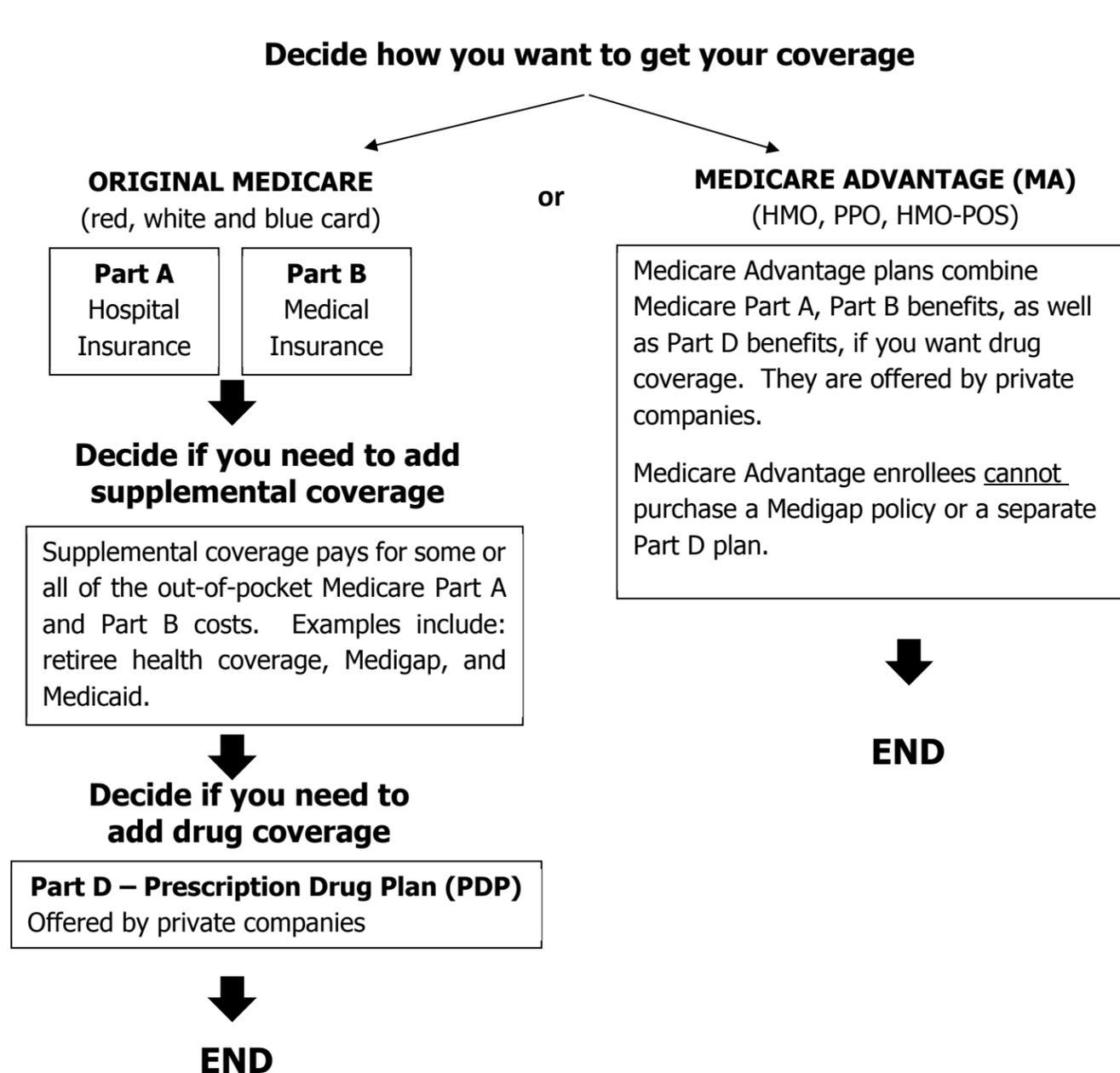
TABLE OF CONTENTS	
	Page
Medicare Coverage Choices Chart -----	3
Medicare -----	4
Part A -----	7
Part B -----	9
Preventive Services -----	14
Medicare as Secondary Payer (for people with other health insurance, including employer-based coverage) -----	16
Medicare Supplement Insurance (Medigap) -----	19
Medicare Advantage Plans (HMO, PPO, HMO-POS, SNP) -----	27
Medicare Part D- Prescription Drug Coverage -----	33
Extra Help Paying for Part D -----	37
Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) -----	39
Medicare Savings Programs -----	43
Medicare Fraud and Abuse -----	45
Medicaid for 65+, Blind or Disabled -----	47
Mandatory Medicaid Managed Long Term Care -----	50
NY State of Health/Health Insurance Exchange -----	54
Medicaid for under 65, not blind, not disabled -----	55
Essential Plan -----	57
Qualified Health Plan -----	57
Veteran's Benefits and TRICARE for Life -----	59
Other Health Coverage Options for New Yorkers -----	62
Advance Directives -----	64
Eligibility Charts -----	65
Medicaid Offices -----	67
Income-Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA) -----	68
Health Insurance Definitions -----	69
Resources -----	70

СОДЕРЖАНИЕ	
	Стр.
Таблица покрытий программы медицинского страхования Medicare -	3
Программа медицинского страхования Medicare -----	4
Часть А -----	7
Часть В -----	9
Профилактические услуги -----	14
Medicare как вторичный плательщик (для людей с другой медицинской страховкой, включая страхование работодателем) -----	16
Дополнительный страховой план Medicare (Medigap) -----	19
Планы Medicare Advantage (HMO, PPO, HMO-POS, SNP) -----	27
Medicare, часть D – страховое покрытие рецептурных лекарственных препаратов -----	33
Оплата части D с помощью субсидии Extra Help -----	37
Программа страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых людей (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) -----	39
Сберегательные программы Medicare -----	43
Мошенничество и злоупотребления в программе Medicare -----	45
Программа медицинского страхования Medicaid для лиц в возрасте 65 лет и старше, слепых и инвалидов -----	47
Программа обязательного страхования организованного долгосрочного ухода Medicaid -----	50
New York State of Health/Биржа медицинского страхования -----	54
Программа медицинского страхования Medicaid для лиц в возрасте до 65 лет, не слепых и не инвалидов -----	55
Основной план -----	57
План медицинского обеспечения, отвечающий требованиям для списания его оплаты с налогооблагаемой базы -----	57
Пособия для ветеранов и программа TRICARE for Life -----	59
Другие варианты медицинского страхования для жителей Нью-Йорка	62
Распоряжения на случай недееспособности -----	64
Критерии участия в программах -----	65
Офисы Medicaid -----	67
Ежемесячная корректировочная сумма по доходам (IRMAA) -----	68
Определения терминов в сфере медицинского страхования -----	69
Ресурсы -----	70

MEDICARE COVERAGE CHOICES

Everyone with Medicare has choices in how they get their Medicare coverage.

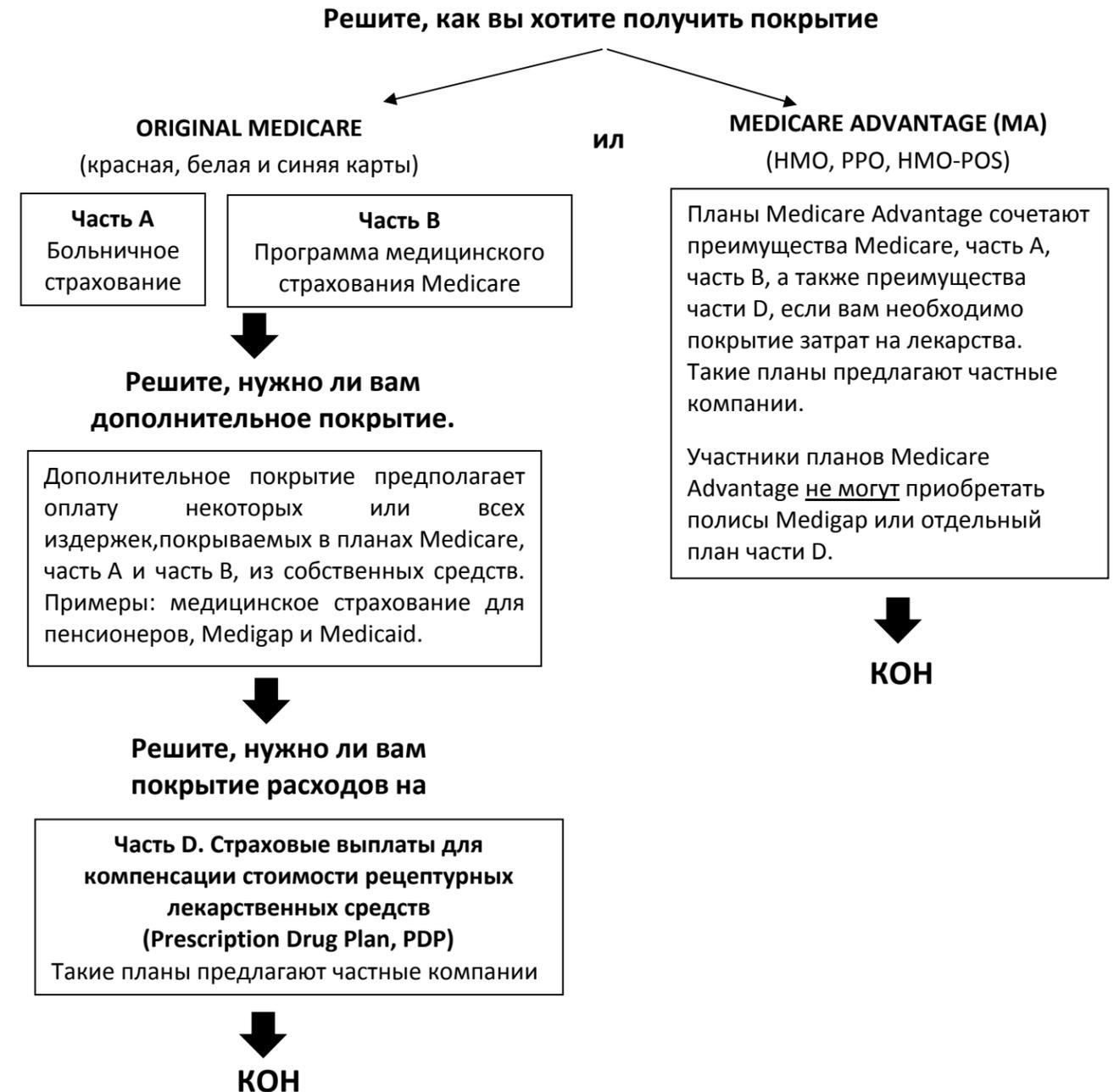
There are two main ways to get your coverage – Original Medicare or a Medicare Advantage Plan. Below is a decision tree to help guide your decision-making.



ВАРИАНТЫ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ MEDICARE

У каждого участника программы Medicare есть возможность выбора плана страхования.

Существует два основных плана: Original Medicare и Medicare Advantage. Ниже представлено дерево решений, которое поможет выбрать подходящий план.



MEDICARE

Medicare is a national health insurance program for people 65 years of age and older, certain younger disabled people and people with kidney failure (End Stage Renal Disease, ESRD).

The main components to Medicare are:

- Part A - Hospital Insurance
- Part B - Medical Insurance
- Part D - Prescription Drug Coverage

Medicare beneficiaries can choose to get their Medicare benefits through Original Medicare, or from a Medicare Advantage Plan, sometimes referred to as Part C. Medicare Advantage plans are administered by private companies and provide all Medicare Part A and Part B benefits – as well as Part D drug coverage - through managed care. If someone joins a Medicare Advantage plan, they will have Medicare coverage through that private plan, not through “Original Medicare.” See page 3 for a summary chart of these choices.

Who is Eligible for Medicare?

- Age: You are eligible for Medicare if you are 65 years old or older and either
 - A U.S. citizen or
 - Legal permanent resident for at least five consecutive years (if not eligible for Social Security).
- People under age 65 can qualify for Medicare
 - After receiving Social Security Disability Insurance (SSDI) for 24 months. Individuals with Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) qualify the first month they receive SSDI.
 - Individuals with end stage renal disease (ESRD) can qualify for Medicare, regardless of age. A worker, as well as a worker’s spouse (including same-sex spouse) or children may be eligible for Medicare, based on the worker’s work record, if she or he receives continuing dialysis for permanent kidney failure or had a kidney transplant, even if no one else in the family is getting Medicare.

How eligibility differs for Part A vs. Part B:

- To qualify for premium-free Part A at 65, you or your spouse (including same-sex spouse) must be insured through Social Security (by having earned 40 quarters of coverage). Without 40 quarters of coverage, one may still get Medicare by paying a premium for Part A at age 65.
- One does not need 40 quarters of coverage to qualify for Part B; one needs to be either a U.S. Citizen or a legal permanent resident for five (5) consecutive years.

If you have questions about your eligibility for Medicare, or if you want to apply for Medicare, call the Social Security Administration at 1-800-772-1213 (1-800-325-0778 TTY). You can learn more about applying for Medicare at www.socialsecurity.gov.

ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ MEDICARE

Medicare — это национальная программа медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет и старше, определенных нетрудоспособных граждан, не достигших этого возраста, и лиц с почечной недостаточностью (терминальная почечная недостаточность, ESRD).

Основные составляющие программы медицинского страхования Medicare:

- Часть А. Больничное страхование
- Часть В. Медицинское страхование
- Часть D. Страховые выплаты для компенсации стоимости рецептурных лекарственных средств

Бенефициары Medicare могут выбрать получение своих льгот Medicare через программу Original Medicare или из плана Medicare Advantage, иногда называемого Частью С. Планы Medicare Advantage управляются частными компаниями и предоставляют все льготы по Части А и Части В Medicare, а также льготы для компенсации стоимости рецептурных лекарственных средств по Части D, посредством управляемого медицинского обеспечения. Участвуя в плане Medicare Advantage, вы получаете страховку Medicare через этот индивидуальный план, а не через базисную программу Medicare. Со сводной таблицей возможных вариантов вы можете ознакомиться на стр. 3.

Кто имеет право на участие в Medicare?

- Возраст: вы имеете право на Medicare, если вы старше 65 лет и:
 - либо являетесь гражданином США,
 - либо были легальным резидентом на постоянной основе последние не менее 5 лет (если у вас нет права на пособие по социальному обеспечению).
- Лица младше 65 лет могут иметь право на участие в программе Medicare
 - после получения социального пособия по нетрудоспособности (SSDI) в течении 24 месяцев. Лица с боковым амиотрофическим склерозом (ALS) получают право на страховку в первый месяц после получения SSDI.
 - Лица с терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD) имеют право на участие в Medicare независимо от возраста. Работник, а также супруга (супруг) работника (в том числе одного пола) или его (ее) дети имеют право на участие в программе, учитывая стаж работника, если он (она) постоянно находится на диализе для лечения хронической почечной недостаточности или если ему (ей) была пересажена почка, даже если другие члены семьи не получают Medicare.

Условия для участия в Части А и Части В:

- Если вы или ваш супруг (включая однополых супругов) застрахованы через систему социального страхования (что дает трудовой стаж в 40 кварталов, в течение которых человек был застрахован по месту работы), вы имеете право на бесплатную страховку согласно Части А в возрасте 65 лет. Не имея трудового стажа в 40 кварталов, в течение которых вы были застрахованы по месту работы, вы также можете получить страховку по программе Medicare, уплатив взнос за Часть А в возрасте 65 лет.
- Чтобы получить право на услуги по Части В, необязательно иметь трудовой стаж в 40 кварталов, в течение которых человек был застрахован по месту работы; необходимо быть либо гражданином США, либо легальным резидентом на постоянной основе в течение пяти (5) лет подряд.

Если у вас возникнут вопросы в отношении прав на участие в программе Medicare или если вы захотите подать заявление на участие в Medicare, позвоните в Управление социального обеспечения (Social Security Administration) по телефону 1-800-772-1213 (для пользователей ТТУ: 1-800-325-0778). Дополнительную информацию о подаче заявления на участие в Medicare можно получить на веб-сайте www.socialsecurity.gov.

How Do I Enroll in Medicare?

Some people are automatically enrolled in Medicare, while others need to be proactive. It is important to understand enrollment rules for Part A and Part B in order to avoid a Late Enrollment Penalty (LEP) and/or a gap in medical coverage.

The following people are **automatically enrolled** in Medicare when first eligible:

- If you are already collecting Social Security or Railroad Retirement benefits when you turn 65, you do not have to apply for Medicare. You are enrolled automatically in both Part A and Part B and your Medicare card is mailed to you about three months before your 65th birthday. You must have Part A if you are collecting a Social Security benefit; if you wish to decline Medicare Part B benefits, follow the instructions mailed with the Medicare card.
- If you receive Social Security Disability Insurance (SSDI) benefits, you will automatically receive a Medicare card in the mail after you have received Social Security Disability benefits for 24 consecutive months. You must have Part A if you are collecting a Social Security benefit; if you wish to decline Medicare Part B benefits, follow the instructions mailed with the Medicare card.

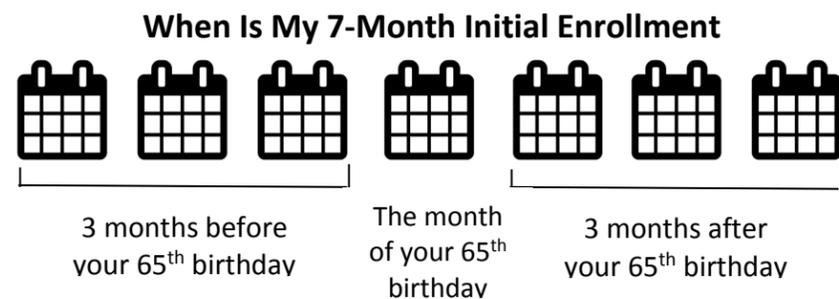
If you are not collecting Social Security benefits as you approach age 65, and you want your Medicare benefits at age 65, it is important to understand the **three enrollment periods** – Initial Enrollment Period, Special Enrollment Period and General Enrollment Period – which are detailed below.

Initial Enrollment Period (IEP)

If you are not collecting Social Security benefits when you turn 65, and you wish to enroll in Medicare Part B, you have a seven-month Initial Enrollment Period (IEP) in which to enroll in Medicare. The IEP is three months before you turn 65, the month in which you turn 65, and the three months that follow. When you enroll in Part B will determine when your Part B coverage will begin.

- If you enroll in the **three months prior to your birthday**, your Medicare coverage will be effective the first of the month of your birthday.
- If you enroll in **the month of your birthday**, your coverage will be effective the first of the following month.
- If you enroll in the **month after your birthday**, your coverage will be effective two months later.
- If you enroll **two or three months after your birthday**, your coverage will be effective three months later.

Note: For people born on the first of the month, Medicare eligibility starts on the first of the prior month.



Каким образом можно зарегистрироваться в программе Medicare?

Для некоторых лиц возможна автоматическая регистрация в Medicare, а другим необходимо выполнить некоторые действия. Важно понимать правила регистрации для Части А и В, чтобы избежать штрафа за регистрацию с опозданием (LEP) и/или разрыв в медицинском страховании.

Следующие лица будут **автоматически зарегистрированы** в Medicare, как только у них на это появится право:

- Если к тому моменту, когда вам исполнится 65 лет, вы уже будете получать пособия и льготы по программе социального обеспечения (Social Security) или пенсионного обеспечения для работников железнодорожного транспорта (Railroad Retirement), вам не нужно будет подавать заявление на участие в программе Medicare. Вы автоматически будете зачислены в Часть А и В, а по почте вам будет выслана карта участника программы Medicare приблизительно за 3 месяца до того, как вам исполнится 65 лет. Вы должны быть зарегистрированы в Части А, если вы получаете пособие по социальному обеспечению; если вы хотите отказаться от льгот по программе Medicare, Часть В, следуйте инструкциям, отправленным вместе с картой Medicare.
- Если вы получаете социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI), вам по почте будет выслана карта участника программы Medicare после того, как вы будете получать социальное пособие по нетрудоспособности в течение 24 месяцев подряд. Вы должны быть зарегистрированы в Части А, если вы получаете пособие по социальному обеспечению; если вы хотите отказаться от льгот по программе Medicare, Часть В, следуйте инструкциям, отправленным вместе с картой Medicare.

Если вы не получали пособия по социальному обеспечению до того, как вам исполнилось 65 лет, но хотите получать пособия по программе Medicare начиная с 65 лет, следует учесть **три периода регистрации** — период начальной регистрации, период специальной регистрации и период общей регистрации, которые подробно описаны ниже.

Период начальной регистрации (IEP)

Если к тому моменту, когда вам исполнится 65 лет, вы не будете получать пособие по программе социального обеспечения, период первичной регистрации (Initial Enrollment Period, IEP), в течение которого вы можете подать заявление на участие в Medicare, составит 7 месяцев. Период начальной регистрации составляет три месяца до того, как вам исполнится 65 лет, месяц, в котором вам исполнится 65 лет, и три следующих месяца. Начало действия вашего покрытия по Части В будет зависеть от того, когда вы будете зачислены в Часть В.

- Если зачисление произойдет **в течение трех месяцев до достижения вами 65-летия**, действие страховки Medicare начнется с первого числа месяца, в котором вам исполнится 65 лет.
- Если зачисление произойдет **в месяце, в котором вам исполнится 65 лет**, страховка начнет действовать с первого числа следующего месяца.
- Если зачисление произойдет **через месяц после достижения вами 65-летия**, страховка начнет действовать спустя два месяца.
- Если зачисление произойдет **через два или три месяца после достижения вами 65-летия**, страховка начнет действовать спустя три месяца.

Примечание. Лица, родившиеся первого числа месяца, имеют право на участие в программе Medicare, начиная с первого числа предыдущего месяца.

Когда действует мой 7-месячный период начальной регистрации?



Special Enrollment Period (SEP)

If you or your spouse are **actively employed** and you have **health insurance** through that current/active employer or union, you may not need to enroll in Medicare Part B when you first become eligible; contact the employer or union as to whether they require enrollment in Part B.

Having active employer-based coverage allows you to qualify for a SEP to enroll in Part B while still working, or within 8 months following the month in which you lose active employer-based health coverage. One will need the employer to complete a form, CMS-L564, documenting employer-based health insurance coverage. The form can be found at <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS-L564E.pdf>

TIPS for those with employer-based coverage:

- ✓ You can no longer contribute to a Health Savings Account (HSA) if you are enrolled in Medicare Part A. See page 7 for information on enrolling in Part A.
- ✓ **COBRA** coverage is NOT health insurance from an active employer and therefore does not allow one to qualify for a Special Enrollment Period.

When Is My Special Enrollment Period?



While you have coverage from your employer

8-months after your employer-based coverage ends

General Enrollment Period (GEP)

If you do not enroll during your IEP and do not qualify for an SEP due to active employer-based coverage, you will have to wait until the General Enrollment Period (GEP) to enroll in Part B. The GEP is from January 1 to March 31 of each year, but Part B coverage will not start until July 1. In addition, you may be subject to a late enrollment penalty. The penalty for late enrollment is a 10% premium penalty for every full 12 months that you did not have either Medicare Part B or coverage from a current employer. This means that if you delayed Part B enrollment for 12 months, you would be paying the Part B premium + a 10% premium surcharge based on the standard Part B premium for the current year.

You apply for Medicare benefits by reaching out to the Social Security Administration. You can call 1-800-772-1213, visit a local Social Security office, or you may be able to enroll online at www.socialsecurity.gov.

Специальный период регистрации (SEP)

Если вы или ваш супруг (супруга) **работаете** и у вас **имеется страховка** по нынешнему месту работы или от профсоюза, вам необязательно регистрироваться в программе Medicare, Часть В, когда вы впервые получите право на эту страховку; уточните у работодателя или профсоюза, должны ли вы зарегистрироваться в Части В.

Наличие действующего страхового покрытия по месту работы позволяет вам претендовать на получение SEP для регистрации в Части В, пока ваше трудоустройство действительно, или в течение 8 месяцев после месяца, в котором вы теряете действующее медицинское страхование по месту работы. Может потребоваться, чтобы работодатель заполнил форму CMS-L564, тем самым задокументировав медицинское страховое покрытие за счет работодателя. Форму можно загрузить по ссылке: <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS-L564E.pdf>

СОВЕТЫ для пользователей страховки по месту работы:

- ✓ Вы больше не можете вносить взносы на Медицинский сберегательный счет (HSA), если вы зарегистрированы в Medicare, Часть А. Информацию о регистрации в Части А смотрите на стр. 7.
- ✓ Покрытие **COBRA** НЕ является медицинской страховкой по месту работы и, следовательно, не дает право на специальный период регистрации.

Когда действует мой специальный период регистрации?



пока у вас есть действующая страховка по месту работы

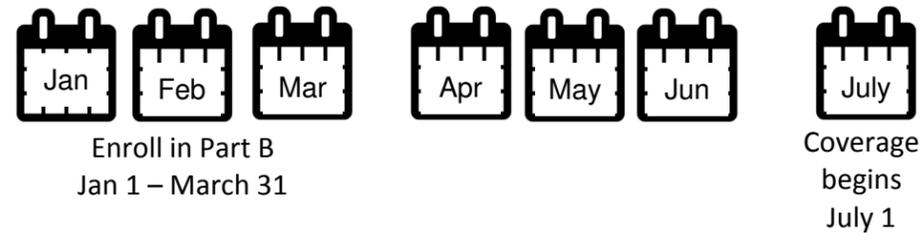
8 месяцев после окончания действия страховки по месту работы

Период общей регистрации (SEP)

Если вы не регистрируетесь во время своего IEP и у вас нет права на регистрацию в период SEP из-за действующей страховки по месту работы, вам придется подождать до начала действия Периода общей регистрации (GEP), чтобы зарегистрироваться в Части В. GEP действует в период с 1 января по 31 марта каждого года, но покрытие по Части В начнет действовать после 1 июля. Кроме того, вам могут начислить штраф за регистрацию с опозданием. Штраф за регистрацию с опозданием составляет 10 % от взносов за каждые полные 12 месяцев, в течение которых у вас не было страховки Medicare, Часть В, или страховки по месту работы. Это означает, что если вы отложите регистрацию по Части В на 12 месяцев, вы будете платить взнос по Части В + штраф в размере 10 % от стандартных взносов по Части В за текущий год.

Заявление на получение льгот по программе Medicare подается в Управление социального обеспечения. Вы можете позвонить по телефону 1-800-772-1213, посетить местное отделение Управления социального обеспечения или зарегистрироваться на веб-сайте по адресу www.socialsecurity.gov.

When Is The General Enrollment Period?



Enrolling in Medicare Part A is more flexible than Part B. Individuals eligible for premium-free Part A at age 65 can enroll in Medicare Part A at any time, and coverage can be retroactive up to six months, though not before the date they become Medicare-eligible. Those who do not have 40 quarters of coverage through Social Security can apply for Part A and pay a premium. These individuals can only enroll during the Initial Enrollment Period, and thereafter only during the General Enrollment Period from January 1-March 31, with coverage effective July 1. These individuals may incur a Late Enrollment Penalty.

Medicare Card Replacement: Medicare cards used to have a Social Security number as the identifier. By the end of 2018, all Medicare beneficiaries should have received a Medicare card with a randomly assigned identifier, known as a Medicare beneficiary identifier (MBI). The MBI is made up of 11 characters, consisting of both uppercase letters and numbers. Spouses will each have their own unique MBI, regardless of whether one spouse has Medicare based on the other spouse's work record. If you need to replace your Medicare card, call 1-800-MEDICARE or log into your MyMedicare.gov account to print one.

Choices in the Medicare Program

Medicare beneficiaries have a choice in how they receive their Medicare benefits (see page 3 for a decision tree). They can either receive Original Medicare, in which they use their red, white and blue Medicare card for all Part A and Part B covered services, OR they can receive their Medicare benefits through a Medicare Advantage plan, in which a private company provides them with all Medicare benefits. Medicare Advantage enrollees cannot submit bills to Medicare. This section below explains how Original Medicare functions, as well as costs in the original Medicare program. See page 27 for information on Medicare Advantage plans.

Medicare Part A Benefits

Medicare Part A covers inpatient hospital care, skilled nursing facility care, home health care, and hospice care.

Medicare Advantage enrollees get their Part A benefits through their plan and cannot submit bills to Medicare.

Когда действует период общей регистрации?



Регистрация в Medicare, Часть А, является более гибкой, чем в Части В. Лица, имеющие право на бесплатную страховку Часть А в возрасте 65 лет, могут регистрироваться в Medicare, Часть А, в любое время, и покрытие может быть ретроактивным до шести месяцев, но не ранее даты, когда начинает действовать право на участие в Medicare. Лица с официальным трудовым стажем менее 40 кварталов, в течение которых они были застрахованы по месту работы, могут подать заявку на Часть А и оплачивать ежемесячный взнос. Эти лица могут регистрироваться только в течение периода начальной регистрации, а затем только в течение периода общей регистрации с 1 января по 31 марта, а покрытие будет действовать с 1 июля. Такие лица могут получить штраф за позднюю регистрацию.

Замена карты Medicare. На картах Medicare в качестве идентификатора использовался номер социального страхования. К концу 2018 года все бенефициары Medicare должны были получить карту Medicare со случайно назначенным идентификатором, известным как идентификатор бенефициара Medicare (MBI). MBI состоит из 11 символов, включающих прописные буквы и цифры. Каждый из супругов будет иметь свой уникальный MBI, независимо от того, основана ли программа Medicare одного из супругов на трудовом стаже другого супруга. Если вам необходимо заменить карту Medicare, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE или войдите в свою учетную запись на сайте MyMedicare.gov и распечатайте карту.

Варианты программ Medicare

Лица, получающие пособия Medicare, могут сами выбрать способ получения своих льгот Medicare (см. диаграмму решений на стр. 3). Они могут получать Original Medicare, где они используют свою красную, белую и синюю карту Medicare для всех покрываемых страховкой услуг по Части А и В, ИЛИ они могут получать свои льготы Medicare через план Medicare Advantage, когда все льготы Medicare им предоставляет частная компания. Участники программы Medicare Advantage не могут отправлять счета в Medicare. В этом разделе ниже объясняется, как функционирует программа Original Medicare, а также затраты в оригинальной программе Medicare. Информацию о страховке Medicare Advantage см. на стр. 27.

Страховые выплаты программы Medicare, часть А

Программа Medicare, Часть А, покрывает больничные расходы, уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода, уход на дому и в хосписе.

Участники планов Medicare Advantage получают страховые выплаты по Части А через свой план и не имеют права подавать счета в Medicare.

Inpatient Hospital Care:

Medicare pays for up to 90 days of medically necessary care in either a Medicare-certified general or psychiatric hospital during a benefit period. A **benefit period** starts when you are admitted to the hospital and continues until you have been out of the hospital or skilled nursing facility for 60 consecutive days. After one benefit period has ended, another one will start whenever you next receive inpatient hospital care. Medicare beneficiaries have 60 lifetime reserve days which can be used after day 90 in a benefit period.

Medicare will pay for a lifetime maximum of 190 days of inpatient psychiatric care provided in a psychiatric hospital. After 190 days have been used, Medicare will pay for additional inpatient psychiatric care only in a general hospital.

Medicare Part A helps pay for a semi-private room, meals, regular nursing services, rehabilitation services, drugs, medical supplies, laboratory tests and X-rays while an inpatient. You are also covered for use of the operating and recovery rooms, mental health services, intensive care and coronary care units, and all other medically necessary services and supplies.

Skilled Nursing Facility Care:

Care in a skilled nursing facility (SNF) is covered by Medicare Part A following a minimum three-day stay as an inpatient in a hospital (not counting the day of discharge). Medicare will help pay for up to 100 days in a SNF in a benefit period.

Observation Status

Hospitals are required to provide Medicare beneficiaries with a Medicare Outpatient Observation Notice (MOON) if they are being held under "observation" for more than 24 hours. Observation is covered by Part B, not Part A, and does not count towards the minimum 3-day inpatient stay that allows for Medicare Part A coverage in a Skilled Nursing Facility.

Home Health Care: If you are homebound and require skilled care for an injury or illness, Medicare can pay for care provided in your home by a Medicare participating home health agency. Home care can be covered by either Part A or Part B, and is covered at 100%. Part A covers up to 100 days of home care following a minimum 3-day inpatient stay, or a covered stay in a SNF. Part B covers home care under other circumstances; a prior stay in the hospital is not required to qualify for home health care. The services may be provided on a part-time or intermittent basis, not full-time. Coverage is provided for skilled care, including skilled nursing care, physical, occupational, and speech therapy. If you are receiving skilled home care, you may also qualify for other home care services, such as a home health aide and medical social worker.

Those with both Medicare and Medicaid who receive Medicaid-covered home care services must enroll in a managed long-term care (MLTC) plan. See page 50 for more information on MLTC.

Лечение в больничном стационаре:

Medicare оплачивает предоставление необходимых с медицинской точки зрения услуг в течение не более 90 дней в сертифицированной программой Medicare больнице общего профиля или психиатрической больнице в период страховых выплат. **Период страховых выплат** начинается при поступлении в больницу и продолжается в течение 60 дней подряд после выписки из больницы или учреждения квалифицированного сестринского ухода. После окончания одного периода страховых выплат следующий период начнется тогда, когда пациент снова будет помещен в стационар. Получатели страховых выплат по программе Medicare имеют 60 резервных дней (на протяжении жизни), которые можно использовать после окончания 90-дневного периода страховых выплат.

Medicare оплатит не более 190 дней (в течение жизни) стационарного психиатрического лечения, предоставленного в психиатрической больнице. По окончании 190 дней Medicare оплатит дополнительное стационарное психиатрическое лечение, предоставленное только в больнице общего профиля.

Часть А программы Medicare помогает оплатить пребывание в палате на двоих, питание, получение регулярных сестринских услуг, услуги реабилитации, лекарственные препараты, изделия медицинского назначения, лабораторные анализы и рентген во время стационарного лечения. Программа также оплачивает операционные и послеоперационные палаты, психиатрические услуги, пребывание в отделении интенсивной терапии и отделении кардиореанимации, а также прочие услуги и средства, необходимые с медицинской точки зрения.

Лечение в учреждении с квалифицированным сестринским уходом.

Лечение в учреждении с квалифицированным сестринским уходом (SNF) покрывается Medicare, Часть А, после минимального трехдневного пребывания в больнице в качестве пациента (не считая дня выписки). Medicare поможет оплатить максимум 100 дней пребывания в SNF в течение срока действия страховки.

Статус наблюдения

Больницы обязаны предоставить участникам Medicare уведомление об амбулаторном наблюдении от Medicare (MOON), если они находятся под «наблюдением» более 24 часов. Наблюдение покрывается Частью В, а не Частью А, и не засчитывается как минимальное 3-дневное пребывание в стационаре, которое включено в покрытие по Части А программы Medicare для учреждений с квалифицированным сестринским уходом.

Медицинская помощь на дому. Если вы не имеете возможности выходить из дома и вам требуется квалифицированный уход в связи с травмой или заболеванием, Medicare может оплатить уход, предоставляемый агентством от Medicare по оказанию медицинской помощи на дому. Медицинская помощь на дому может входить в 100 % покрытие либо по Части А, либо по Части В. Часть А покрывает до 100 дней медицинской помощи на дому после минимального 3-дневного пребывания в стационаре или покрываемого страховкой пребывания в SNF. Часть В покрывает медицинскую помощь на дому в других случаях; для получения медицинской помощи на дому предварительное пребывание в больнице не требуется. Услуги должны предоставляться на временной основе или в течение неполного рабочего дня, но не полный рабочий день. Страховка покрывает квалифицированный уход, включая квалифицированный сестринский уход, услуги физиотерапии, трудотерапии и логопедии. Если вы получаете квалифицированный уход на дому, вы, возможно, имеете право на получение других услуг ухода на дому, например, услуг помощника по медицинскому обслуживанию на дому и услуг медицинских социальных работников.

Те, кто участвует в программах Medicare и Medicaid, получая услуги по уходу на дому, покрываемые программой Medicaid, должны зарегистрироваться в рамках плана долгосрочного ухода управляемого медицинского обеспечения (MLTC). Дополнительную информацию об MLTC см. на стр. 50.

Hospice Care: Medicare beneficiaries who are terminally ill can elect to receive hospice care rather than regular Medicare benefits. Hospice care emphasizes providing comfort and relief from pain. Hospice care is generally provided at home and can include physical care, counseling, prescription drugs, equipment, and supplies for the terminal illness and related conditions.

Part A Costs (2020)

Premium: premium-free for most people because they or their spouse have at least 40 quarters of coverage with Social Security.

- Those without 40 quarters of coverage with Social Security can pay a monthly premium for Part A coverage.
 - If you have less than 30 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be \$458 a month. If you have 30 to 39 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be \$252 per month.
 - The QMB Medicare Savings Program may be able to pay the Part A premium for those who do not qualify for premium-free Part A. See page 43.

Inpatient Costs:

Deductible: \$1,408 per benefit period (covers days 1-60)

Additional cost sharing:

- \$352 per day for days 61-90
- \$704 per Lifetime Reserve Day (60 days)

Skilled Nursing Facility Costs:

Days 1-20: Medicare pays 100%

Days 21-100: \$176 per day

If you require more than 100 days of care in a benefit period, you are responsible for all charges beginning with the 101st day. **Note: A stay in a skilled nursing facility is not long term care.**

Medicare Part B Benefits

Part B of Medicare pays for a wide range of medical services and supplies, but most important is that it helps pay for doctor bills. The medically necessary services of a doctor are covered whether the care is at home, in the doctor's office, in a clinic, in a nursing home, or in a hospital. Part B covered services:

- | | |
|---|---|
| • Physician services | • Injectibles |
| • Outpatient hospital services | • X-rays |
| • Mental health care | • Lab tests (covered at 100%) |
| • Blood, after the first 3 pints | • Durable medical equipment |
| • Ambulance transportation | • Medical supplies (including test strips and lancets used with blood glucose monitors) |
| • Physical, speech & occupational therapy | • Home care (see page 8) |
| • Preventive & screening tests | |
| • Flu, pneumonia & hepatitis B vaccines | |

Услуги хосписа. Участники Medicare с неизлечимым заболеванием могут выбрать получение услуг по уходу в хосписе вместо стандартного страхового обеспечения Medicare. Услуги хосписа направлены на предоставление комфорта и облегчение боли. Услуги хосписа обычно предоставляются на дому и могут включать медицинский уход, консультирование, рецептурные препараты, оборудование и расходные материалы для пациентов с неизлечимой болезнью и связанных с ней состояний.

Расходы по Части А (2020)

Взнос: большинство людей имеют право на участие без уплаты взносов, поскольку они или их супруги имеют как минимум трудовой стаж в 40 кварталов, в течение которых человек был застрахован по месту работы.

- Лица с трудовым стажем менее 40 кварталов, в течение которых они были застрахованы по месту работы, могут оплачивать ежемесячный взнос за покрытие Части А.
 - Если вы пользовались социальным обеспечением в течение менее 30 кварталов, сумма страхового взноса по Части А составит \$458 в месяц. При наличии у вас 30–39 кварталов официального трудового стажа сумма страхового взноса по Части А составит \$252 в месяц.
 - Сберегательная программа Medicare QMB может оплачивать взносы за участие в Части А, если эти лица не имеют права на участие в Части А без уплаты взносов. См. стр. 43.

Расходы на пребывание в стационаре:

Франшиза: \$1 408 за период страховых выплат (период покрытия с 1-го по 60-й день)

Долевое участие в дополнительных расходах:

- \$352 в день за дни с 61-го по 90-й
- \$704 в день для резервных дней на протяжении жизни (60 дней)

Расходы на лечение в учреждении с квалифицированным сестринским уходом.

с 1-го по 20-й день: Medicare оплачивает 100 %

с 21-го по 100-й день: \$176 в день

Если в период страховых выплат вам потребуется получение ухода в течение более чем 100 дней, вам придется самостоятельно оплатить все расходы, начиная со 101-го дня.

Примечание. Обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода не является долгосрочным уходом.

Страховые выплаты программы Medicare, Часть В

Программа Medicare, Часть В, оплачивает различные медицинские услуги и товары медицинского назначения, но — что самое важное — она помогает оплачивать счета за услуги врачей. Услуги врача, необходимые с медицинской точки зрения, оплачиваются независимо от того, были ли они предоставлены на дому, в кабинете врача, в клинике, в доме престарелых или в больнице. Часть В покрывает следующие услуги:

- | | |
|--|---|
| • Услуги терапевта | • Инъекционные лекарственные средства |
| • Амбулаторные услуги | • Рентгенологическое обследование |
| • Услуги в области психического здоровья | • Лабораторные анализы (покрываются на 100 %) |
| • Переливание крови после первых 1,4 литра; | • Медицинское оборудование длительного использования |
| • Транспортировка на машине скорой помощи | • Медицинские расходные материалы (в том числе тест-полоски и ланцеты, используемые с глюкометрами) |
| • Физиотерапия, логопедия и трудотерапия | • Уход на дому (см. стр. 8) |
| • Профилактические и скрининговые обследования | |
| • Вакцинация против гриппа, пневмонии и гепатита В | |

Medicare does not pay for routine vision (eyeglasses), hearing aids, dental, routine annual physical exams, and other excluded services.

Medicare Advantage enrollees get their Part B benefits through their plan and cannot submit bills to Medicare.

What Do You Pay Under Part B?

Medicare Part B beneficiaries are responsible for paying a monthly premium, an annual deductible, and a coinsurance for most services. Beneficiaries who receive Social Security benefits have the monthly premium deducted from their check. Those who do not collect Social Security will be billed for their premiums typically on a quarterly basis.

Part B Costs (2020)

Standard monthly **premium** is \$144.60. About 4% of Medicare beneficiaries pay less than this amount.

- Higher income individuals (over \$87,000 for individuals; \$174,000 for married couples) will be responsible for higher premiums, known as the Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA). Social Security determines whether each person is subject to IRMAA by looking at tax returns from 2-years prior; IRMAA is re-evaluated each year. For example, in 2020, SSA looks at your 2018 tax filings. You can request that SSA reconsider your IRMAA amount due to a life-changing event by submitting form SSA-44 (www.ssa.gov/forms/ssa-44-ext.pdf). See page 68 for more information for the current IRMAA amounts.

Annual Deductible: \$198

Co-insurance: 20% (Medicare pays 80% of Medicare-approved charges)

Can You Get Help with Cost-Sharing Under Original Medicare?

There are several ways to help cover the cost-sharing under Original Medicare, including:

- **Medicare Supplement Insurance (Medigap)** helps Medicare beneficiaries pay their share of the costs not covered by Medicare. These policies fill in the “gaps” of Medicare’s reimbursement, but only for the approved services under Medicare coverage. See page 19 for information on Medigap policies.
- **Retiree/Union Benefits** may work with Original Medicare. Speak to your benefits administrator to understand the policy.
- **Medicaid** works to cover Medicare cost-sharing, as long as you meet Medicaid eligibility requirements. See page 47 for more information.

How Much Can Providers Charge for Services?

There are different relationships that doctors and medical providers can choose to have with the Medicare program. The provider’s category affects how much you will pay for their services. Providers can be “Participating” providers, “Non-Participating” providers, or they can “Opt Out” of the Medicare program.

Medicare не оплачивает обычные офтальмологические услуги (очки), слуховые аппараты, стоматологическое обслуживание, ежегодные медицинские осмотры и другие исключенные услуги.

Участники планов Medicare Advantage получают страховые выплаты по Части В через свой план и не могут подавать счета в Medicare.

Какие расходы вы несете по Части В?

Получатели пособий в соответствии с Частью В плана Medicare должны оплачивать ежемесячный страховой взнос, ежегодную франшизу, а также долю совместного страхования за большинство услуг. Участники, получающие пособие по системе социального обеспечения, выплачивают ежемесячный взнос, рассчитанный на основе их чека. Участникам, не получающим социальное обеспечение, обычно будет выставляться счет за взнос на ежеквартальной основе.

Расходы по Части В (2020)

Стандартный ежемесячный **страховой взнос** составляет \$144,60. Около 4 % бенефициаров программы Medicare будут платить меньше этой суммы.

- Лица с более высоким доходом (более \$87 000 для физических лиц, \$174 000 для супружеских пар) должны будут уплачивать более высокие взносы, известные как сумма корректировки с учетом дохода (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). На основании налоговой отчетности за последние 2 года Управление социального обеспечения определяет, подлежит ли то или иное лицо уплате IRMAA. Размер IRMAA пересматривается каждый год. Например, в 2020 году рассматриваются ваши налоговые документы за 2018 год. По уважительной причине вы можете запросить пересмотр суммы IRMAA, отправив форму SSA-44 (www.ssa.gov/forms/ssa-44.pdf). Для получения дополнительной информации о текущих суммах IRMAA см. стр. 68.

Ежегодная франшиза: \$198

Совместное страхование: 20 % (Medicare оплачивает 80 % расходов, одобренных в Medicare)

Можете ли вы получить помощь при совместном несении расходов по программе Original Medicare?

Есть несколько способов помощи в случае совместного несения расходов в рамках программы Original Medicare, включая:

- **Дополнительный страховой план Medicare (Medigap)** помогает получателям льгот Medicare оплачивать свою часть расходов, не покрываемых Medicare. Эти полисы помогают ликвидировать «пробелы» при выплате возмещения Medicare, но только в отношении утвержденных услуг, покрываемых Medicare. Информацию о полисах Medigap см. на стр. 19.
- **Пенсионное страхование/страхование от профсоюза** может сочетаться с Original Medicare. Чтобы разобраться с нюансами программы, вам нужно поговорить со страховым менеджером.
- **Medicaid** действует для компенсации совместного несения расходов по программе Medicare, если вы соответствуете требованиям программы Medicaid. Дополнительную информацию см. на стр. 47.

Какова стоимость услуг, запрашиваемая поставщиками услуг?

В программе Medicare предусмотрены разные виды отношений с врачами и поставщиками медицинских услуг. Стоимость услуг зависит от категории, к которой относится поставщик услуг. Среди поставщиков услуг могут быть «участвующие» поставщики, «не участвующие» поставщики, а также те, которые могут по собственному усмотрению отказаться от сотрудничества с программой Medicare.

- If a provider is a **“Participating”** provider, they will always accept the Medicare allowed amount as payment in full (Medicare pays 80% and the beneficiary pays 20%, after you meet the Part B deductible). If you want to find out whether a provider is participating, you can ask, “Is the doctor a participating provider in the Medicare program?” It is best to ask this question when making an appointment, and also to confirm this information at the time of the appointment.
- **“Non-Participating”** providers still have a relationship with the Medicare program; how this category differs from “Participating” providers is in how much they can charge to see a Medicare beneficiary. Non-participating providers can either **“accept assignment”** or **“not accept assignment”** on each claim. If you learn that a provider is Non-Participating, ask, “Will the doctor accept assignment for my claim?”
 - If a provider **accepts assignment**, he or she will accept Medicare’s approved amount for a particular service and will not charge you more than the 20% co-insurance (for most services), after you have met the Part B deductible.
 - If a provider does **not accept assignment**, the charges are subject to a “Limiting Charge,” which is an additional charge over the Medicare-approved amount. The Federal Limiting Charge is 15%. Some states, including NY, have lower limiting charges. For most physician services performed in NY, if the physician does not accept assignment, they can charge no more than 5% above what Medicare allows, with the exception of home and office visits, where they can bill up to the 15% Federal limiting charge.
 - NOTE: It is common for providers who do not accept assignment to request payment in full at the time of services. The provider will submit the claim to Medicare and Medicare will reimburse the beneficiary for the 80%.
- Providers who **“Opt Out”** of the Medicare program must enter into a private written contract with any Medicare beneficiary who seeks their treatment. The provider will set a fee for each specific service and the patient agrees to pay the costs, understanding that Medicare will not pay that doctor or reimburse the beneficiary. A Medicare supplement policy (Medigap) will not pay any of these costs either. The Medicare beneficiary is still covered by Medicare for services by other providers.

Advance Beneficiary Notice of Non-Coverage

There is no prior authorization in Original Medicare. As long as Medicare considers a service medically necessary, it will pay for the service, subject to cost-sharing.

If a provider is not sure that Medicare will consider a service “medically necessary,” and therefore not approve a claim, the provider must present the beneficiary with an “Advance Beneficiary Notice of Non-coverage (ABN)” form, indicating the service for which Medicare may not pay. The form must specify the service in question; the date of the service; a specific reason why the service may not be paid for by Medicare; and a place for the beneficiary to sign as proof that they understand and accept responsibility to pay for the service. The beneficiary is not responsible to pay unless he or she signed a valid ABN. The ABN does not apply to services never covered by Medicare (i.e. hearing aids), which are always the beneficiary’s responsibility. The beneficiary retains appeal rights, even with a signed ABN. See page 13 for a sample ABN.

- **«Участвующие»** поставщики услуг всегда принимают полную оплату услуг от Medicare (Medicare оплачивает 80 %, а участник программы — 20 % после того, как вы оплатите франшизу по Части В). Чтобы узнать, является ли тот или иной поставщик услуг участвующим, вы можете задать вопрос: «Этот врач участвует в программе Medicare?» Лучше всего задать этот вопрос во время записи на прием, а также подтвердить эту информацию во время самого приема.
- **«Не участвующие»** поставщики услуг также могут иметь отношение к программе Medicare. Отличие данной категории от «участвующих» поставщиков услуг заключается в стоимости их услуг для участника программы Medicare. Не участвующие поставщики услуг могут **«принять»** или **«не принять»** переуступку прав на страховые льготы по каждой заявке. Если выяснится, что поставщик услуг не участвует в программе, задайте вопрос: «Примет ли этот врач переуступку прав на страховые льготы за мое обслуживание?»
 - Если ваш врач **примет переуступку прав**, он получит утвержденную Medicare сумму за предоставление конкретной услуги, а сумма, которую вам придется оплатить, если вы внесли франшизу по Части В, не превысит 20 % суммы совместного страхования (для большинства услуг).
 - Если ваш врач **не примет переуступку прав**, расходы будут отнесены к «лимитному сбору», который является дополнительной оплатой сверх суммы, утвержденной Medicare. Федеральный лимитный сбор составляет 15 %. В некоторых штатах, включая Нью-Йорк, установлены более низкие лимитные сборы. На большинство терапевтических услуг, предоставляемых в Нью-Йорке, если врач не принимает переуступку, может дополнительно насчитываться максимум 5 % от того, что позволяет Medicare, за исключением посещений на дому и в кабинете, где врачи могут дополнительно насчитывать до 15 % федерального лимитного сбора.
 - ПРИМЕЧАНИЕ. Обычно поставщики, которые не согласны с переуступкой прав, запрашивают оплату в полном объеме в момент предоставления услуг. Поставщик подаст заявку в Medicare, а Medicare возместит бенефициару 80 % от стоимости услуги.
- Поставщики, которые **отказались** от участия в программе Medicare, должны заключать отдельный письменный договор с каждым бенефициаром Medicare, который обращается за лечением. Поставщик устанавливает тариф за каждую конкретную услугу, а пациент соглашается оплачивать расходы, понимая, что Medicare не будет оплачивать услуги этого врача или возмещать ему расходы. Полис дополнительного страхования Medicare (Medigap) также не покрывает эти расходы. При этом программа Medicare будет продолжать оплачивать участнику Medicare услуги, предоставляемые другими поставщиками услуг.

Предварительное извещение участника программы об отсутствии страхового покрытия

В Original Medicare нет предварительного разрешения. Если Medicare считает, что услуга необходима по медицинским показаниям, то услуга будет оплачена, при условии совместного несения расходов.

Если поставщик услуг не уверен, что Medicare посчитает услугу «необходимой по медицинским показаниям» и, следовательно, может не одобрить заявку, поставщик должен предоставить бенефициару форму «Предварительное извещение участника программы об отсутствии страхового покрытия (ABN)», указав, какую именно услугу Medicare может не оплатить. Форма должна содержать информацию о данной услуге, дату предоставления услуги, конкретную причину, по которой Medicare может не оплатить услугу, и место, где участник программы должен расписаться в подтверждение того, что он понимает ответственность и обязуется оплатить стоимость услуги. Участник программы несет ответственность по оплате только в случае подписания действительного предварительного уведомления (ABN). ABN не распространяется на услуги, в принципе не покрываемые программой Medicare (например, слуховые аппараты), оплачивать которые в любом случае должен участник программы. Бенефициар сохраняет право на апелляцию, даже подписав ABN. На стр. 13 можно ознакомиться с образцом ABN.

Medicare Summary Notice

A Medicare Summary Notice (MSN) will be mailed quarterly to each Medicare beneficiary for whom a Part A and/or Part B claim was submitted by a provider who accepts Medicare assignment. For claims from providers who do not accept Medicare assignment, a MSN will be mailed as the claims are processed, along with a check to the beneficiary for the 80%, if the beneficiary has already paid for the service.

The MSN also contains information on how you can appeal Medicare claim denials.

Beneficiaries wishing to see their claims sooner can call 1-800-MEDICARE, or they can access their MSNs only by logging into www.mymedicare.gov. One can request to receive the MSN in Spanish by calling 1-800-MEDICARE.

To view a sample MSN for Medicare Parts A and B, as well as an explanation for reading the MSN, visit www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeA.pdf and www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeB.pdf.

Medicare Appeals

If you disagree with a Medicare coverage or payment decision, you can file an appeal with Medicare. The Medicare Summary Notice (MSN) has information on the appeals process. You may need to request additional information from your health care provider to support your case. Pay attention to the time limit for filing an appeal.

For quality of care complaints or if you feel your Medicare Part A or B services are ending too soon, such as that you are being discharged from the hospital too soon, call Livanta at 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). If you request an immediate review by Livanta, you will not be financially responsible for additional hospital charges until noon of the day following your receipt of Livanta's review decision.

Сводный отчет Medicare

Один раз в квартал каждому участнику программы Medicare, в отношении которого врач предъявил заявку на страховое возмещение по Части А и/или Части В и согласился на переуступку прав, будет отправлен по почте сводный отчет Medicare (MSN). В случае заявок от поставщиков, которые не согласились на переуступку прав Medicare, MSN будет отправляться по почте по мере обработки заявок, вместе с чеком для бенефициара на компенсацию 80 % стоимости услуги, если бенефициар уже оплатил услугу.

Отчет MSN также содержит информацию о том, как вы можете опротестовать отказ Medicare в страховой выплате.

Бенефициары, желающие ознакомиться со своими заявками раньше, могут позвонить по номеру 1-800-MEDICARE или получить доступ к своим MSN только после входа в систему на сайте www.mymedicare.gov. Вам могут предоставить MSN на испанском языке, если вы позвоните по телефону 1-800-MEDICARE.

Ознакомиться с MSN для Частей А и В Medicare, а также с пояснения к нему можно по ссылкам www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeA.pdf и www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeB.pdf.

Обжалование программы Medicare

Если вы не согласны с решением Medicare о покрытии или оплате, вы можете подать обжалование в Medicare. В сводном отчете Medicare (MSN) содержится информация об апелляционном процессе. Возможно, вам потребуется запросить дополнительные подтверждающие документы у вашего поставщика медицинских услуг. Обратите внимание на срок подачи апелляции.

С жалобами на качество обслуживания или подозрениями на то, что срок обслуживания по программе Medicare, Часть А или В, заканчивается слишком рано, например, если вас выписывают из больницы слишком рано, обращайтесь в Livanta по телефону 1-877-588-1123 (линия ТТУ: 1-855-887-6668). Если вы запрашиваете немедленное рассмотрение дела в Livanta, вы не будете нести финансовую ответственность за уплату дополнительных больничных расходов до полудня следующего дня после получения решения Livanta.

A. Notifier:
B. Patient Name:

C. Identification Number:

Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN)

NOTE: If Medicare doesn't pay for D. _____ below, you may have to pay.

Medicare does not pay for everything, even some care that you or your health care provider have good reason to think you need. We expect Medicare may not pay for the D. _____ below.

D.	E. Reason Medicare May Not Pay:	F. Estimated Cost

WHAT YOU NEED TO DO NOW:

- Read this notice, so you can make an informed decision about your care.
- Ask us any questions that you may have after you finish reading.
- Choose an option below about whether to receive the D. _____ listed above.

Note: If you choose Option 1 or 2, we may help you to use any other insurance that you might have, but Medicare cannot require us to do this.

G. OPTIONS: Check only one box. We cannot choose a box for you.

OPTION 1. I want the D. _____ listed above. You may ask to be paid now, but I also want Medicare billed for an official decision on payment, which is sent to me on a Medicare Summary Notice (MSN). I understand that if Medicare doesn't pay, I am responsible for payment, but **I can appeal to Medicare** by following the directions on the MSN. If Medicare does pay, you will refund any payments I made to you, less co-pays or deductibles.

OPTION 2. I want the D. _____ listed above, but do not bill Medicare. You may ask to be paid now as I am responsible for payment. **I cannot appeal if Medicare is not billed.**

OPTION 3. I don't want the D. _____ listed above. I understand with this choice I am **not** responsible for payment, and **I cannot appeal to see if Medicare would pay.**

H. Additional Information:

This notice gives our opinion, not an official Medicare decision. If you have other questions on this notice or Medicare billing, call **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Signing below means that you have received and understand this notice. You also receive a copy.

I. Signature:	J. Date:
----------------------	-----------------

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0566. The time required to complete this information collection is estimated to average 7 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

A. Уведомитель:
B. Имя пациента:

C. Идентификационный номер:

Предварительное извещение участнику программы об отсутствии страхового покрытия (ABN)

ПРИМЕЧАНИЕ. Если Medicare не оплачивает услугу в графе D. _____ ниже, возможно, вам придется оплатить ее.

Medicare оплачивает не все услуги, которые вы или ваш поставщик медицинских услуг считаете необходимыми. У нас есть основания полагать, что Medicare не оплатит услугу в графе D. _____ ниже.

D.	E. Причина, по которой Medicare может не оплатить услугу:	F. Приблизительная стоимость

ВАШИ ДЕЙСТВИЯ:

Ознакомьтесь с данным уведомлением, чтобы принять информированное решение. Задайте нам любые вопросы, которые могут возникнуть после ознакомления. Укажите, хотите ли вы получать услугу, указанную в графе D. _____ выше.

Примечание. Если вы выберете вариант 1 или 2, мы поможем вам воспользоваться другой имеющейся страховкой, хотя это не является требованием Medicare.

G. ВАРИАНТЫ. Вы можете выбрать только один из вариантов. Мы не можем сделать это за вас.

ВАРИАНТ 1. Я хочу получать услугу, указанную выше в графе D. _____. Вы можете потребовать немедленной оплаты, но я также хочу, чтобы счет по официальному решению об оплате, которое будет указано в сводном отчете (MSN), был выставлен Medicare. Я понимаю, что если Medicare не оплатит услугу, я буду нести ответственность за оплату, но **оставляю за собой право подать апелляцию в Medicare**, следуя указаниям в MSN. Если Medicare оплатит услугу, то вы возместите мне все расходы, кроме доплат и франшиз.

ВАРИАНТ 2. Я хочу получать услугу, указанную выше в графе D., _____ но прошу не выставлять счет Medicare. Вы можете потребовать от меня немедленной оплаты причитающихся сумм. **Если Medicare не будет выставлен счет, я не смогу подать апелляцию.**

ВАРИАНТ 3. Я не хочу получать услугу, указанную выше в графе D. _____. Я понимаю, что в этом случае **яне** буду нести ответственность за оплату и **не смогу потребовать от Medicare решения об оплате.**

H. Дополнительная информация.

В данном уведомлении указано наше мнение. Оно не является официальным решением Medicare. Если у вас есть вопросы относительно данного уведомления или выставления счетов Medicare, звоните по телефону **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/линия TTY: 1-877-486-2048).

Подпись ниже означает, что вы получили и понимаете данное уведомление. Вы также получаете копию.

I. Подпись:	J. Дата:
--------------------	-----------------

Согласно Закону о сокращении канцелярской работы 1995 г., запрещено требовать заполнения форм, на которых не указан действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления (OMB). Действительный контрольный номер OMB данной формы — 0938-0566. Приблизительное время заполнения данной формы, включая время на ознакомление с инструкциями, поиск информационных ресурсов, сбор необходимых данных, а также заполнение и проверку информации, составляет 7 минут на каждый вопрос. Если у вас есть замечания относительно точности оценки времени заполнения или пожелания по улучшению данной формы, пишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

MEDICARE PREVENTIVE SERVICES

Medicare covers nearly all preventive services at 100%, not subject to the Part B deductible and/or 20% coinsurance. Medicare provides coverage for the following preventive services:

Abdominal aortic aneurysm screening	Medicare covers an abdominal aortic screening ultrasound once if you have a family history of abdominal aortic aneurysms, or are a man age 65-75 and have smoked at least 100 cigarettes in your lifetime.
Alcohol misuse screening and counseling	Medicare covers an annual screening for alcohol misuse. For those who screen positive, Medicare will also cover up to four brief, face-to-face behavioral counseling interventions annually.
Bone mass measurements	Procedures to identify bone loss, or determine bone density are covered every 24 months. Women at risk for osteoporosis or who are receiving osteoporosis drug therapy and persons with spine abnormalities qualify for these procedures.
Breast cancer screening (mammogram)	One baseline mammogram is covered between ages 35 and 39. All women with Medicare, aged 40 and older, are provided with coverage for a screening mammogram every 12 months. A diagnostic mammogram is covered at any time there are symptoms of breast cancer. The diagnostic mammogram is subject to the Part B deductible and 20% co-insurance.
Cardiovascular disease (behavioral therapy)	Medicare covers one face-to-face CVD risk reduction visit annually. The visit encourages aspirin use, screening for high blood pressure, and behavioral counseling to promote a healthy diet.
Cardiovascular disease screening	Medicare covers cardiovascular screenings that check cholesterol and other blood fat (lipid) levels once every 5 years.
Cervical and vaginal cancer screening (Pap smear and pelvic exam)	A pap test, pelvic exam and clinical breast exam are covered every 24 months, or once every 12 months for women at higher risk for cervical or vaginal cancer. All women with Medicare are covered. Part B also covers Human Papillomavirus (HPV) tests (as part of Pap tests) once every 5 years for women age 30-65 without HPV symptoms.
Colorectal cancer screening	Fecal Occult Blood Test: covered once every 12 months. Flexible Sigmoidoscopy: covered once every 48 months. Colonoscopy: covered once every 24 months if you are at higher risk for colon cancer. If you are not at higher risk it is covered once every 10 years but not within 48 months of a screening flexible sigmoidoscopy. Barium Enema: this can be substituted for a flexible sigmoidoscopy or colonoscopy; you pay 20% of the Medicare-approved amount. Cologuard™ test: covered once every 3 years for people with Medicare who are between 50 and 85 years old; show no signs or symptoms of colorectal disease; and are at average risk of developing colorectal cancer.
Depression screening	Medicare covers depression screenings by your primary care doctor once every 12 months.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УСЛУГИ MEDICARE

Программа Medicare обеспечивает 100 % покрытие практически всех профилактических услуг, на которые не распространяется требование уплаты франшизы по Части В и/или доли совместного страхования в размере 20 %. Medicare покрывает следующие профилактические услуги:

Скрининг на наличие аневризмы брюшной аорты	Программа Medicare оплачивает ультразвуковое обследование брюшной аорты один раз, если у вас в семье были случаи аневризмы брюшной аорты или если вы мужчина в возрасте 65–75 лет и за свою жизнь выкурили не менее 100 сигарет.
Скрининг и психологическое консультирование по вопросам злоупотребления алкоголем	Medicare оплачивает ежегодный скрининг на злоупотребление алкоголем. Для лиц, у которых обнаружены положительные результаты скрининга, Medicare также оплачивает не более четырех коротких очных сеансов поведенческого психологического консультирования ежегодно.
Измерение костной массы	Процедуры выявления потери костной массы или определения плотности костной ткани оплачиваются один раз в 24 месяца. Право на проведение данных процедур имеют женщины, имеющие риск остеопороза или проходящие медикаментозное лечение остеопороза, а также лица с патологией позвоночника.
Скрининг на наличие рака груди (маммография)	Оплачивается проведение одной базисной маммографии в возрасте от 35 до 39 лет. Всем женщинам, имеющим страховку Medicare, в возрасте 40 лет и старше, оплачивается проведение маммографии один раз в 12 месяцев. Диагностическая маммография оплачивается в любое время при наличии симптомов рака молочной железы. К диагностической маммографии применяется франшиза и совместное страхование 20 % по Части В.
Сердечно-сосудистые заболевания (поведенческая терапия)	Medicare оплачивает один очный прием врача с целью снижения риска ССЗ ежегодно. В ходе приема пациенту посоветуют принимать аспирин, проведут скрининг высокого артериального давления, а также поведенческое консультирование с целью поощрения здорового питания.
Скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний	Medicare оплачивает диагностику сердечно-сосудистой системы, включая проверку уровня холестерина и уровня других жиров (липидов) в крови один раз в 5 лет.
Скрининг на наличие рака шейки матки и влагалища (мазок Папаниколау и гинекологический осмотр)	Мазок Папаниколау, гинекологический осмотр и обследование молочных желез покрываются страховкой один раз в 24 месяца или один раз в 12 месяцев для женщин из группы риска в отношении рака шейки матки или вагинального рака. Услуги оплачиваются для всех женщин-участниц Medicare. Часть В также покрывает тесты на вирус папилломы человека (ВПЧ) (входит в мазок Папаниколау) для женщин в возрасте 30–65 лет без симптомов ВПЧ один раз в 5 лет.
Обследование на колоректальный рак	Тест на скрытую кровь: оплачивается один тест каждые 12 месяцев. Гибкая сигмоидоскопия: оплачивается одна процедура каждые 48 месяцев. Колоноскопия: оплачивается одна процедура каждые 24 месяца, если у вас более высокий риск развития рака толстой кишки. Если вы не находитесь в группе риска, услуга оплачивается один раз в 10 лет, но не раньше чем через 48 месяцев после гибкой сигмоидоскопии. Ирригоскопия: ее можно заменить гибкой сигмоидоскопией или колоноскопией; вы оплачиваете 20 % от суммы, утвержденной Medicare. Тест Cologuard™: оплачивается один раз в 3 года для людей в возрасте от 50 до 85 лет, кто зарегистрирован в Medicare, у кого отсутствуют признаки или симптомы колоректального заболевания, а также для тех, кто находится в группе среднего риска развития колоректального рака.
Скрининг-тест на депрессию	Medicare оплачивает скрининг-тесты на депрессию, выполняемые вашим терапевтом, один раз в 12 месяцев.

Diabetes screening	Medicare covers up to 2 diabetes screenings per year for people at risk for diabetes.
Diabetes prevention	Medicare covers a one-time health behavior change program to help prevent type 2 diabetes for people who meet the clinical requirements and who have never been diagnosed with type 1 or type 2 diabetes or End-Stage Renal Disease (ESRD).
Diabetes self-management training	Medicare covers training for people with diabetes to teach them to manage their condition and prevent complications.
Glaucoma tests	People at high risk for glaucoma, including people with diabetes or a family history of glaucoma, are covered once every 12 months. You pay 20% of the Medicare-approved amount after the Part B deductible.
Hepatitis B virus infection screening	Medicare covers an annual Hep B screening for those at risk who do not get a Hep B shot; Medicare also covers Hep B screening for those who are pregnant.
Hepatitis C screening test	Medicare covers one Hepatitis C screening test for people born between 1945-1965, and a yearly repeat screening for certain people at high risk.
HIV screening	Covered once every 12 months for any beneficiary who requests the test.
Lung cancer screening	Medicare covers lung cancer screening every 12 months for people who are age 55-77 and are either a current smoker or have quit smoking within the last 15 years.
Medical nutrition therapy	Medicare covers 3 hours of one-on-one counseling services the first year, and 2 hours each year after that for beneficiaries with diabetes or kidney disease.
Obesity screening and counseling	If you have a body mass index of 30 or more, Medicare covers a dietary assessment as well as intensive behavioral counseling and behavioral therapy.
Physical exam	An initial preventive physical exam will be covered during the first twelve months of Medicare Part B enrollment. Also, an annual wellness visit is covered for all people with Medicare Part B, but not within 12 months of the initial exam.
Prostate cancer screening	Digital Rectal Examination: Covered once every 12 months for men aged 50 and older. You pay 20% of the Medicare-approved amount after the Part B deductible. Prostate Specified Antigen (PSA) blood screening test: Covered once every 12 months for men aged 50 and older.
Sexually transmitted infections (STIs) screening and counseling	Medicare covers screening for chlamydia, gonorrhea, syphilis and Hepatitis B, as well as high intensity behavioral counseling (HIBC) to prevent STIs. The screening is for up to two individual 20 to 30 minute, face to face counseling sessions annually for those at increased risk for STIs, if referred for this service by a primary care provider and provided by a Medicare eligible primary care provider in a primary care setting.
Smoking and tobacco use cessation counseling	Counseling to stop smoking. Medicare will cover up to 8 face-to-face visits during a 12-month period for beneficiaries who use tobacco.
Vaccinations/shots	<ul style="list-style-type: none"> Flu: Covered once per flu season. Pneumonia: Usually only needed once in a lifetime. A different, second shot, is covered 12 months after you get the first shot. Hepatitis B: Covered if at high or intermediate risk.

Скрининг на наличие диабета	Medicare оплачивает до 2-х обследований на диабет в год для людей, которые находятся в группе риска развития диабета.
Профилактика развития диабета	Medicare покрывает единовременную программу по изменению образа жизни, чтобы помочь предотвратить диабет 2-го типа у людей, которые отвечают клиническим требованиям и у которых никогда не диагностировался диабет 1 или 2 типа или терминальная стадия почечной недостаточности (ESRD).
Тренинг по самоконтролю для лиц с диабетом	Medicare покрывает проведение тренинга для людей с диабетом, чтобы научить их управлять своим состоянием и предотвращать осложнения.
Тест на глаукому	Для лиц в группе высокого риска развития глаукомы, включая лиц с диабетом или генетической предрасположенностью к глаукоме, услуга оплачивается один раз в 12 месяцев. Вы оплачиваете 20 % от суммы, утвержденной Medicare, после выплаты франшизы по Части В.
Обследование на вирусный гепатит В	Программа Medicare покрывает ежегодный скрининг на выявление гепатита В для тех, кто находится в зоне риска и не может получить прививку от гепатита В. Medicare также покрывает скрининг на наличие гепатита В для беременных.
Обследование на выявление гепатита С	План Medicare покрывает расходы на одно обследование на выявление гепатита С для людей, родившихся в период с 1945 по 1965 год, и одно ежегодное обследование для определенной категории людей, находящихся в группе высокого риска.
Анализ на ВИЧ-инфекцию	Оплачивается один раз в 12 месяцев для любого участника программы, который запрашивает проведение этого анализа.
Обследование на выявление рака легких	План Medicare покрывает расходы на обследование на выявление рака легких, проводимое раз в 12 месяцев, для людей в возрасте 55–77 лет и лиц, которые являются курильщиками в настоящее время или бросили курить в течение последних 15 лет.
Диетология	Medicare оплачивает 3 часа очного консультирования в течение первого года и 2 часа в течение каждого последующего года для участников, страдающих диабетом или заболеванием почек.
Скрининг и психологическое консультирование при ожирении	Если ваш индекс массы тела составляет 30 или более, Medicare оплачивает оценку питания, а также интенсивное поведенческое консультирование и поведенческую терапию.
Медицинский осмотр	Первичный профилактический медицинский осмотр оплачивается в течение первых 12 месяцев участия в программе Medicare, Часть В. Кроме того, для всех участников программы Medicare, Часть В, оплачивается ежегодный профилактический осмотр, но не раньше, чем пройдет 12 месяцев после первичного осмотра.
Обследование на выявление рака простаты	Пальцевое ректальное обследование: оплачивается один раз в 12 месяцев для мужчин в возрасте 50 лет и старше. Вы оплачиваете 20 % от суммы, утвержденной Medicare, после выплаты франшизы по Части В. Анализ крови на простат-специфический антиген (PSA): оплачивается один раз в 12 месяцев для мужчин в возрасте 50 лет и старше.
Обследование на наличие инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и консультация	Medicare оплачивает скрининг на хламидиоз, гонорею, сифилис и гепатит В, а также высокоинтенсивное поведенческое консультирование по профилактике ИППП. Скрининг включает не более двух индивидуальных сеансов психологического консультирования продолжительностью 20–30 минут ежегодно для лиц, находящихся в группе риска ИППП, при наличии соответствующего направления врача общей практики (терапевта); такое консультирование проводит терапевт, соответствующий требованиям Medicare, в рамках первичного медицинского обслуживания.
Консультации по прекращению курения и употребления табака	Консультации для лиц, желающих бросить курить. Medicare оплачивает 8 очных визитов в течение 12 месяцев для табакозависимых участников программы.
Вакцинации/инъекции	<ul style="list-style-type: none"> Грипп: оплачивается один раз в период эпидемии гриппа. Воспаление легких: обычно делается один раз в жизни. Вторая прививка покрывается страховкой через 12 месяцев после того, как была сделана первая прививка. Гепатит В: оплачивается при высоком или умеренном риске.

MEDICARE AS SECONDARY PAYER WHO PAYS FIRST?

When a person has Medicare and other health insurance coverage, it is necessary to understand which insurance is primary, and which is secondary. The primary insurance is the one that will consider the claim first and the secondary insurance will consider any balance after the claim has been paid or denied by the primary insurance.

Individuals who are new to Medicare will receive a letter in the mail asking that they complete the Initial Enrollment Questionnaire (IEQ). This questionnaire asks if you have group health plan coverage through your employer or a family member's employer. The IEQ can be completed online, at the beneficiary's MyMedicare.gov account, or over the phone by calling 1-855-798-2627.

If you have questions about who pays first, or if your coverage changes, call the Medicare Benefits Coordination & Recovery Center (BCRC) at 1-855-798-2627.

This chart shows who pays first in cases where someone has Medicare and insurance from a current employer:

YOU ARE...	YOUR EMPLOYER	MEDICARE WILL PAY...
65+ covered by employer plan	Less than 20 employees	First. Employer plan second.
65+ covered by employer plan	20 or more employees	Second. Employer plan first.
65+ covered by spouse's employer plan	Less than 20 employees	First. Employer plan second.
65+ covered by spouse's employer plan	20 or more employees	Second. Employer plan first.
Disabled under 65 covered by employer plan	Less than 100 employees	First. Employer plan second.
Disabled under 65 covered by employer plan	100 or more employees	Second. Employer plan first.
Disabled under 65 covered by other family member plan	Less than 100 employees	First. Employer plan second.
Disabled under 65 covered by other family member plan	100 or more employees	Second. Employer plan first.
Any age with End Stage Renal Disease (ESRD) covered by employer plan of self or other family member	Any number of employees	Second for the first 30 months of Medicare enrollment. After 30 months, Medicare is primary.

MEDICARE – ВТОРИЧНЫЙ ПЛАТЕЛЬЩИК КТО ПЛАТИТ ПЕРВЫМ?

В случае когда имеется страховка Medicare и другая медицинская страховка, необходимо определить, какая из них является первичной, а какая – вторичной. Первичная страховка — это страховка, первой рассматривающая требование выплаты страхового возмещения, а вторичная страховка рассматривает остаток после оплаты или отклонения требования выплаты страхового возмещения первичной страховкой.

Лица, впервые пользующиеся Medicare, получают по почте письмо с просьбой заполнить Опросник первичной регистрации (IEQ). Целью данного опросника является выяснить, распространяется ли на вас групповой план медицинского обслуживания вашего работодателя или работодателя члена вашей семьи. IEQ можно заполнить онлайн, в учетной записи участника MyMedicare.gov или позвонив по телефону 1-855-798-2627.

Если у вас возникнут вопросы по поводу того, кто осуществляет выплату первым, или в случае изменений в вашем страховом покрытии обратитесь в Центр координации выплаты пособий и компенсаций программе Medicare (BCRC) по телефону 1-855-798-2627.

Здесь также указано, кто платит первым при наличии Medicare и страховки от текущего работодателя.

Вы...	У ВАШЕГО	MEDICARE...
Старше 65 лет и имеете страховку	Менее 20 сотрудников	Первичная. План работодателя
Старше 65 лет и имеете страховку	20 и более сотрудников	Вторичная. План работодателя
Старше 65 лет и имеете страховку через работодателя супруга (супруги)	Менее 20 сотрудников	Первичная. План работодателя вторичный.
Старше 65 лет и имеете страховку через работодателя супруга (супруги)	20 и более сотрудников	Вторичная. План работодателя первичный.
Являетесь нетрудоспособным лицом младше 65 лет и имеете страховку через работодателя	Менее 100 сотрудников	Первичная. План работодателя вторичный.
Являетесь нетрудоспособным лицом младше 65 лет и имеете страховку через работодателя	100 и более сотрудников	Вторичная. План работодателя первичный.
Являетесь нетрудоспособным лицом младше 65 лет и имеете страховку через члена семьи	Менее 100 сотрудников	Первичная. План работодателя вторичный.
Являетесь нетрудоспособным лицом младше 65 лет и имеете страховку через члена семьи	100 и более сотрудников	Вторичная. План работодателя первичный.
Лицо любого возраста с терминальной стадией почечной недостаточности (End Stage Renal Disease, ESRD), имеющее страховку через работодателя или члена семьи	Любое количество сотрудников	Вторичная в течение 30 месяцев после регистрации в Medicare. Через 30 месяцев Medicare становится первичным страхованием.

Employer Group Health Plans (EGHP) and Medicare: When people have both employer coverage and Medicare, the size of the employer determines whether Medicare is the primary or secondary insurer.

- **Working after age 65** - If there are 20 or more employees in the company where a Medicare beneficiary or spouse work, the EGHP is primary and Medicare is secondary. If there are fewer than 20 employees, then Medicare is primary and the EGHP is secondary. Medicare Part B is always an option to those who are working who have employer coverage. Some employers require that those who are eligible for Medicare enroll in Medicare Parts A and/or B; it is advised to contact the employer about this issue.

At the time of retirement, the employee needs to consider enrolling in Medicare Part B, since Medicare Part B will be the primary insurance upon retirement. See page 6 for information on Medicare's Special Enrollment Period.

- **Disability and Medicare:** If you have health insurance coverage based on your own, your spouse's or family member's active employment, for an employer of 100 or more employees, the EGHP is primary and Medicare is secondary. If there are fewer than 100 employees, then Medicare is primary and the EGHP is secondary.
- **End Stage Renal Disease (ESRD):** Some individuals are eligible for Medicare Part B coverage because they have End Stage Renal Disease and are either receiving maintenance dialysis treatments or have had a kidney transplant. If there is an EGHP (regardless of whether it is based on current employment), that coverage is primary during the first 30 months of Medicare eligibility. After 30 months, Medicare is primary.
- **Worker's Compensation and Medicare:** Worker's Compensation is usually primary in the event of a job-related injury and covers only health care expenses related to the injury. In cases where the Workers Compensation plan does not pay promptly, Medicare may make a conditional payment; Medicare would then be reimbursed when the payment comes through. The Benefits Coordination & Recovery Center (BCRC) assists with this function.
- **Liability Insurance and Medicare:** In situations of an accident or injury, the expenses of medical care may be covered by other types of insurance such as no-fault or automobile insurance, homeowners or malpractice policies. Since many liability claims take a long time to be settled, Medicare can make conditional payments for these cases to avoid delays in reimbursement to providers and liability to beneficiaries. Medicare will pay the claim and later seek to recover the conditional payments from the settlement amount.

Групповые планы медицинского обслуживания через работодателя (Employer Group Health Plans, EGHP) и Medicare. При наличии страховки по месту работы и Medicare, количество сотрудников у работодателя определяет, является ли Medicare первичным или вторичным страховщиком.

- **Для работников старше 65 лет.** Если в компании, в которой работает участник Medicare или его супруга/ее супруг, зарегистрировано 20 и более сотрудников, план страхования по месту работы является первичным, а Medicare — вторичным. Если в компании работает менее 20 человек, тогда Medicare является первичным, а план страхования по месту работы — вторичным. Medicare, Часть В, всегда является вариантом для работающих лиц, имеющих страховку по месту работы. Некоторые работодатели требуют, чтобы лица, имеющие право на Medicare, зарегистрировались в Medicare, Часть А и/или В. Рекомендуется обсудить этот вопрос с работодателем.

Если сотрудник выходит на пенсию, ему необходимо рассмотреть возможность регистрации в Части В программы Medicare, так как она будет его первичной страховкой после выхода на пенсию. На стр. 6 размещена информация о специальном периоде регистрации в Medicare.

- **Инвалидность и Medicare:** Если у вас есть страховое покрытие, оформленное по действующему месту вашей работы, вашего супруга/вашей супруги или члена семьи, если в компании работает 100 или более человек, EGHP является первичным, а Medicare — вторичным. Если в компании работает менее 100 человек, тогда Medicare является первичным, а план страхования по месту работы - вторичным.
- **Терминальная стадия почечной недостаточности (ESRD):** Некоторые лица имеют право на получение страховки Medicare, Часть В, поскольку у них терминальная стадия почечной недостаточности, и они получают диализ или им была пересажена почка. Если имеется EGHP (независимо от того, было ли оно оформлено по месту работы или нет), это покрытие является основным в течение первых 30 месяцев наличия права на участие в Medicare. Через 30 месяцев Medicare становится первичным страхованием.
- **Страхование от несчастного случая на производстве и Medicare:** Страховка от несчастного случая на рабочем месте обычно является первичной в случае травмы, полученной на рабочем месте, и покрывает только медицинские расходы, имеющие отношение к травме. В случаях, когда компенсация по несчастному случаю на рабочем месте не поступает своевременно, Medicare может внести условный платеж; когда платеж пройдет, то Medicare получит соответствующее возмещение. Данную функцию выполняет Центр координации выплаты пособий и компенсаций (BCRC).
- **Страховка ответственности и Medicare:** При возникновении несчастных случаев и травм расходы на медицинскую помощь могут покрываться другими видами страховок, например, полисом страхования «без вины», полисом страхования автотранспортного средства, недвижимого имущества или полисом страхования профессиональной ответственности. Поскольку рассмотрение большинства требований о страховых выплатах занимает достаточно много времени, Medicare может внести условный платеж во избежание задержек с оплатой услуг поставщиков услуг и страховых выплат участникам программы. Medicare оплатит лечение по выставленным счетам, но позже запросит компенсировать свои расходы из сумм, полученных своими клиентами по упомянутым выше другим страховкам.

Retiree health coverage: Generally speaking, in cases where one has both Medicare and retiree health insurance, Medicare is primary and retiree coverage is secondary. Some retiree benefits work more like a supplement to Original Medicare, while others act more like a Medicare Advantage plan. You must speak to the benefits administrator to understand how your retiree benefits coordinate with Medicare.

Federal Employee Health Benefits (FEHB): Unlike most retiree plans that require enrollment in Medicare, the Federal Employees Health Benefits (FEHB) program can continue to pay as primary if the individual does not enroll in Medicare. FEHB members should enroll in Part A to cover some of the costs that the FEHB plan may not cover, but can make a decision about whether to enroll in Part B. FEHB members have three choices:

1. FEHB and NO Part B. Members can continue with their FEHB coverage without signing up for Medicare, which will save them the cost of the monthly Part B premium. If these members later decide they want Part B, they will need to wait until the next General Enrollment Period to sign up for Part B and will be subject to a late enrollment penalty in the form of a higher monthly Part B premium.
2. FEHB and Part B. Members can continue with their FEHB coverage and also enroll in Part B. Some FEHB plans may provide an incentive to enroll in Medicare, such as reducing out-of-pocket costs and waiving FEHB plan co-payments, deductibles, and coinsurance. Members electing to participate in both Medicare and FEHB will need to pay both the FEHB and Part B premiums.
3. Part B and NO FEHB. Unlike most retirees, Federal retirees can SUSPEND (not cancel) their retiree coverage to enroll in a Medicare Advantage plan, which may have a lower monthly premium or no added premium at all. Individuals choosing this option will still need to enroll in Part B in order to enroll in a Medicare Advantage plan, but they will avoid the higher cost of the FEHB premium. Additionally, they may elect to return to FEHB coverage during the next FEHB Open Enrollment period.

Visit the Office of Personnel Management (OPM) website for more information about Medicare and FEHB at <http://www.opm.gov/insure/health/medicare/index.asp>, <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/fastfacts/fehbmedicare.pdf>, and <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/medicare/75-12-final.pdf>.

Медицинская страховка для неработающих пенсионеров: В целом, при наличии Medicare и страховки для пенсионеров, Medicare считается первичной страховкой, а страховка для пенсионеров — вторичной. В некоторых случаях льготы по страховке для пенсионеров больше походят на надбавку к Original Medicare, тогда как в других случаях они больше напоминают план Medicare Advantage. Вы должны поговорить со страховым менеджером, чтобы понять, как ваши пенсионные льготы согласуются с Medicare.

Программа обеспечения федеральных служащих медицинским страхованием (Federal Employee Health Benefits, FEHB): В отличие от большинства планов пенсионного страхования, требующих регистрации по программе Medicare, Программа обеспечения федеральных служащих медицинским страхованием (FEHB) может продолжать делать страховые выплаты в качестве первичной страховки в случае отсутствия регистрации в программе Medicare. Чтобы покрыть некоторые расходы, которые не покрывает FEHB, участники этой программы должны зарегистрироваться в Части А, но могут решить, следует ли им зарегистрироваться в Части В. Программа FEHB предлагает три варианта на выбор:

1. «FEHB без Части В». Участники могут продолжать получать страховку по программе FEHB без регистрации в Medicare, что позволит им сэкономить на ежемесячных взносах по Части В. Если по прошествии некоторого времени эти участники придут к выводу, что им требуется Часть В программы, то им будет необходимо дождаться очередного периода общей регистрации. При этом они должны будут уплатить штраф за позднюю регистрацию в виде более высокого ежемесячного взноса по Части В.
2. «FEHB с Частью В». Участники могут продолжать получать страховку по программе FEHB, но при этом также зарегистрироваться в Части В. Некоторые планы FEHB могут стать стимулом для регистрации в Medicare, например, сокращение издержек на оплату наличными и освобождение от совместных платежей, франшиз и совместного страхования в рамках FEHB. Лица, желающие принять участие в программах Medicare и FEHB одновременно, должны будут платить взносы как по FEHB, так и по Части В.
3. «Часть В без FEHB». В отличие от большинства пенсионеров, пенсионеры-госслужащие могут ПРИОСТАНОВИТЬ (без отмены) свое пенсионное страхование, чтобы зарегистрироваться в плане Medicare Advantage, который может предполагать меньший ежемесячный взнос или вообще предоставляться без необходимости платить дополнительные взносы. Лицам, которые выбирают этот вариант, необходимо зарегистрироваться в Части В, чтобы числиться в плане Medicare Advantage, но таким образом они смогут избежать более высоких взносов по FEHB. Кроме того, они могут принять решение вернуться к плану FEHB во время следующего периода открытой регистрации FEHB.

Дополнительная информация о Medicare и FEHB представлена на веб-сайте Управления кадровой службы (Office of Personnel Management, OPM): <http://www.opm.gov/insure/health/medicare/index.asp>, <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/fastfacts/fehbmedicare.pdf> и <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/medicare/75-12-final.pdf>.

MEDICARE SUPPLEMENT INSURANCE (Medigap)

Medicare Supplement Insurance (Medigap) is specifically designed to help cover the costs sharing in Original Medicare Parts A and B coverage. Regulated by federal and state laws, the policies can only be purchased from private companies. You must have Medicare Parts A and B to purchase a Medigap policy. Medigap policies sold today do not include drug coverage.

Why do I need A Medigap policy?

A Medigap policy offers reimbursement for out-of-pocket health service costs not covered by Medicare, which are the beneficiary's share of costs. For example, a Medigap policy might cover the Part A deductible, the Part B outpatient co-insurance of 20% of allowed charges, and other costs. **Note that some plans only cover a percentage of these costs, while other plans cover them in full.** Medicare Advantage plan enrollees should not enroll in a Medigap plan, as this would duplicate coverage they have through their Medicare Advantage plan.

What Medigap policies are available?

There are ten standard Medigap policies available, designated "A" through "N." Each of the policies covers the basic benefit package, plus a combination of additional benefits. Older Medigap policies from before the 1992 standardization are still in effect, but cannot be offered to new enrollees. Individuals with an older policy can switch to a new, standard policy, but would not be allowed to go back to the old policy. Effective June 1, 2010, plans E, H, I and J are no longer offered to new enrollees; individuals with these policies can maintain their existing coverage, but may wish to compare benefits with the premium cost to determine whether their plan remains cost effective.

New!

Individuals newly eligible for Medicare on or after January 1, 2020, are not be able to purchase Medigap Plan C or Plan F, including high deductible Plan F.

When can I enroll in a Medigap policy?

In New York State, you can purchase a Medigap policy at any time when you are enrolled in Medicare. You are guaranteed the opportunity to purchase a policy even if you are under age 65 and have Medicare due to disability.

When can I switch Medigap policies?

In New York State, you can switch the company from which you get the Medigap policy, as well as the type of Medigap policy, at any time. Some companies require you to remain in a certain plan for a period of time before switching to a different plan that they offer. However, you can still get the desired plan from a different company that offers that plan.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ СТРАХОВОЙ ПЛАН MEDICARE (Medigap)

Дополнительный страховой план Medicare (Medigap) создан для оплаты совместных расходов по Частям А и В программы Original Medicare. Данные полисы регулируются федеральным законодательством и законодательством штата и могут быть приобретены только у частных компаний. Для приобретения полиса Medigap вы должны иметь страховку Medicare, Части А и В. Продаваемые сегодня полисы Medigap не включают покрытие расходов на лекарства.

Зачем нужен полис Medigap?

Полис Medigap обеспечивает возмещение понесенных вами медицинских расходов, не покрываемых программой Medicare, которые являются долей затрат участника. Например, полис Medigap может покрывать франшизу Части А, совместное страхование 20 % предусмотренных расходов на амбулаторные услуги Части В и другие расходы. **Обратите внимание, что некоторые планы покрывают лишь часть данных расходов, а некоторые планы покрывают их полностью.** Участники плана Medicare Advantage не имеют права на страховку Medigap, поскольку страховое покрытие дублировало бы те же платежи, что совершает план Medicare Advantage.

Какие существуют полисы Medigap?

Существует 10 стандартных полисов Medigap, им присвоены буквы от А до N. Каждый из полисов включает в себя базовый пакет льгот, а также комбинацию дополнительных льгот. Предшествующие полисы Medigap, действовавшие до стандартизации 1992 г., все еще являются действительными, но их больше не предлагают новым клиентам. Лица со старым полисом могут перейти на новый, стандартный полис, но они не смогут затем вернуться на старый полис. Начиная с 1 июня 2010 г., планы E, H, I и J больше не предлагаются новым участникам. Участники с этими полисами могут сохранить существующую страховку. Они также могут сравнить свои льготы с размером страхового взноса, чтобы решить, является ли их план экономически выгодным.

Новая услуга!

Лица, которые впервые получили право на регистрацию в Medicare не раньше 1 января 2020 года, не смогут приобрести План С или План F от Medigap, включая План F с большой франшизой.

Когда я могу приобрести полис Medigap?

В штате Нью-Йорк вы можете приобрести полис Medigap в любое время после регистрации в программе Medicare. Вам гарантирована возможность приобрести полис даже в том случае, если вам еще не исполнилось 65 лет и вы получаете страхование Medicare по причине нетрудоспособности.

Когда я могу поменять полис Medigap?

В штате Нью-Йорк вы можете поменять компанию, в которой приобрели полис Medigap, а также сменить тип полиса Medigap в любое время. Некоторые компании требуют, чтобы вы оставались участниками плана в течение определенного периода времени, после чего вы можете перейти на другой предлагаемый ими план. Однако вы также можете стать участником того плана, который вы хотите, приобретя полис в какой-либо другой компании, предлагающей этот план.

How do I choose a Medigap policy?

Since Medigap plans are standardized, you first need to decide the level of coverage you need. Once you establish which set of benefits is right for you, you can compare the premium, service and reputation of the insurance companies. Most Medigap insurers have linked their computers with the computers at Medicare, so that your claims can be processed without additional paperwork ("electronic crossover"). Companies can bill the premium monthly, quarterly or annually; your preference may be for a particular payment schedule.

How am I protected?

All standard Medigap policies sold today are guaranteed renewable. The insurance company cannot refuse to renew the policy unless you do not pay the premiums or you made misrepresentations on the application. Federal law prohibits an insurance company or salesperson from selling you a second Medigap policy that duplicates coverage of one you already have, thus protecting you from pressure to buy more coverage than you need. You can switch Medigap policies whenever you need a different level of coverage. For example, when your health needs are greater, you can arrange to purchase a Plan G, if you find plan B is too limited. The new Medigap policy would replace the previous one. **DO NOT CANCEL THE OLD POLICY UNTIL THE NEW ONE IS IN EFFECT.**

How are premiums determined?

In New York State, you are protected by "community rating." The monthly premium set by an insurance company for one of its standard Medigap policies is required to be the same without regard to age, gender or health condition. That means that the premium for Plan N from one insurance company will be the same for a woman, aged 72 in poor health as it will be for a man, aged 81, in good health. A chart of the ten standard plans follows the description of the plans. See page 26 for a listing of insurance companies and their premiums for Medicare beneficiaries in New York City.

When will my coverage start if I have a pre-existing health condition?

The maximum period that a Medigap policy's coverage can be denied for a pre-existing health condition is the first six months of the new policy and only for those claims that are directly related to that condition. A pre-existing condition is a condition for which medical advice was given, or treatment was recommended by, or received from, a physician within six months before the effective date of coverage. You may qualify for **immediate** coverage for a pre-existing health condition (1) if you buy a policy during the open enrollment period or (2) if you were covered under a previous health plan for at least six months without an interruption of more than 63 days. If your previous health plan coverage was for less than six months, your new Medigap policy must credit you for the number of months you had coverage. Some insurers have shorter waiting periods for pre-existing conditions. A chart with the waiting periods for pre-existing conditions can be found online at www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates.

Каким образом можно выбрать полис Medigap?

Поскольку планы Medigap являются стандартизированными, вам необходимо сначала определиться с уровнем необходимого вам покрытия. Определив, льготы какого плана соответствуют вашим потребностям, вы можете сравнить размер страхового взноса, предлагаемые услуги и репутацию страховых компаний. Большинство страховых компаний, предлагающих Medigap, работают в компьютерной сети программы Medicare, поэтому ваши заявки могут быть обработаны без дополнительной бумажной работы («электронная перекрестная система»). Кроме того, компании могут выставлять счета на оплату взносов ежемесячно, ежеквартально или ежегодно; вы можете выбрать удобный для вас график оплаты.

Каким образом я буду защищен?

Все продаваемые сегодня стандартные полисы Medigap являются гарантированно продлеваемыми. Страховая компания не может отказаться от продления вашего полиса, за исключением случаев, когда вы не оплачиваете взносы или если вы указали неверные сведения в заявлении. Федеральное законодательство запрещает страховой компании или продавцу продавать вам второй полис Medigap, дублирующий страховое покрытие полиса, который вы уже имеете, тем самым защищая вас от навязывания ненужных страховок. Вы можете сменить полис Medigap, если вам потребуется другой уровень страхового покрытия. Например, если ваши медицинские потребности возрастут и план B покажется вам слишком ограниченным, вы можете приобрести План G. Новый полис Medigap заменит предшествующий полис. **НЕ АННУЛИРУЙТЕ СТАРЫЙ ПОЛИС, ПОКА НОВЫЙ НЕ ВСТУПИТ В СИЛУ.**

Каким образом рассчитываются взносы?

В штате Нью-Йорк вы защищены принципом «общая оценка страховой премии» (community rating). Сумма взноса, установленная страховой компанией для одного из стандартных полисов Medigap, должна быть одинаковой для всех участников, независимо от возраста, пола или состояния здоровья. Это означает, что взнос по Плану N от одной и той же страховой компании будет одинаковым для женщины в возрасте 72 лет со слабым здоровьем и для мужчины в возрасте 81 года с хорошим здоровьем. После описания планов приведена таблица с десятью стандартными планами. Список страховых компаний и сумм взносов для бенефициаров Medicare в Нью-Йорке представлен на стр. 26.

Когда страховка начнет действовать, если у меня уже имеется заболевание?

Максимальный период времени, когда страховое покрытие по полису Medigap может быть отклонено по причине существующего заболевания, составляет первые шесть месяцев действия нового полиса и только в отношении тех требований о страховом возмещении, которые непосредственно связаны с данной медицинской проблемой. Уже имеющееся заболевание — это заболевание, в отношении которого была получена медицинская помощь или было назначено или предоставлено лечение врачом в течение шести месяцев до даты вступления страхового покрытия в силу. Вы будете иметь право на **немедленное** покрытие расходов в отношении уже существующего заболевания в следующих случаях: (1) если вы приобретете полис во время открытой регистрации или (2) если ваши расходы оплачивались предыдущим планом медицинского страхования как минимум в течение шести месяцев с перерывом не более 63 дней. Если покрытие вашего предыдущего плана медицинского страхования длилось менее шести месяцев, ваш новый полис Medigap должен засчитать вам то количество месяцев, в течение которых у вас было страховое покрытие. Период ожидания начала действия страхового покрытия в отношении имеющегося заболевания в некоторых страховых компаниях может быть короче. Таблицу периодов ожидания в отношении уже имеющихся заболеваний можно найти на веб-сайте www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates.

What paperwork will I receive from my Medigap insurer?

A Medigap insurance company is required to send you an Explanation of Benefits to document that it paid its portion of your claims. Combined with the Medicare Summary Notice (MSN) which you receive from Medicare, you will have the total information about how your health care claim was processed.

STANDARD MEDIGAP PLANS

Below are the ten standard Medigap plans, Plans A–N, and the benefits provided by each:

PLAN A (the basic policy) consists of these **basic benefits**:

- Coverage for the Part A copayment amount (\$352 per day in 2020) for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for the Part A copayment amount (\$704 per day in 2020) for each of Medicare's 60 non-renewable lifetime hospital inpatient reserve days.
- After all Medicare hospital benefits are exhausted, coverage for 100% of the Medicare Part A eligible hospital expenses. Coverage is limited to a maximum of 365 days of additional inpatient hospital care during the policyholder's lifetime.
- Coverage for Medicare Part A hospice care cost-sharing.
- Coverage under Medicare Parts A and B for the reasonable cost of the first 3 pints of blood or equivalent quantities of packed red blood cells per calendar year unless replaced in accordance with federal regulations.
- Coverage for the coinsurance amount for Part B services (generally 20% of approved amount), after the annual deductible is met (\$198 in 2020).

PLAN B includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible (\$1,408 per benefit period in 2020).

PLAN C¹ includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for the skilled nursing facility care copayment amount (\$176 per day for days 21 through 100 per benefit period in 2020).
- Coverage of the Medicare Part B deductible (\$198 per calendar year in 2020).
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

PLAN D includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for the skilled nursing facility care daily copayment amount.
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

¹ Plans C, F and F+ are only available after January 1, 2020 to individuals who first become eligible for Medicare prior to January 1, 2020.

Какие документы я получу от страховой компании, предлагающей Medigap?

Страховая компания, предлагающая Medigap, должна прислать вам описание страховых выплат (Explanation of Benefits) в качестве подтверждения того, что она оплатила полагающуюся часть расходов согласно вашим требованиям на возмещение. Вместе со сводным отчетом Medicare (Medicare Summary Notice, MSN), который вы получите от программы Medicare, у вас будет общая информация о процессе обработки вашего требования выплаты страхового возмещения.

СТАНДАРТНЫЕ ПЛАНЫ MEDIGAP

Ниже представлено описание десяти стандартных планов Medigap, Планов A–N, и услуг, предоставляемых каждым планом.

ПЛАН A (базовый полис) включает следующие **основные страховые выплаты**:

- Покрытие суммы совместного страхования по части A (\$352 в день в 2020 г.) для дней 61–90 госпитализации в течение каждого периода страховых выплат Medicare.
- Покрытие суммы совместного страхования по части A (\$704 в день в 2020 г.) за каждый из 60 невозобновляемых резервных дней (в течение жизни) пребывания в стационаре больницы, предоставляемых Medicare.
- Покрытие 100 % больничных расходов, предусмотренных Medicare, частью A, после использования всех больничных страховых выплат Medicare. Покрытие ограничено 365 днями дополнительного стационарного больничного лечения на протяжении жизни владельца полиса.
- Покрытие расходов на услуги хосписа по программе Medicare, часть A, на основе разделения расходов.
- Покрытие по программе Medicare, часть A и B, обоснованных расходов в отношении переливания первых 1,4 л крови или эквивалентного количества эритроцитарной массы за календарный год, если в соответствии с федеральными нормами не будут внесены изменения.
- Покрытие совместного страхования по части B (как правило, 20 % от утвержденной суммы), превышающего размер ежегодной франшизы (\$198 долларов в 2020 г.).

ПЛАН B включает **основные страховые выплаты, а также**

- Оплату франшизы Medicare, часть A, за пребывание в стационаре больницы (\$1 408 за период страховых выплат в 2020 г.).

ПЛАН C¹ включает **основные страховые выплаты, а также**

- Оплату франшизы Medicare, часть A, за пребывание в стационаре больницы.
- Покрытие суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (\$176 в день за дни 21–100 за период страховых выплат в 2020 г.).
- Оплату франшизы Medicare, часть B (\$198 за календарный год в 2020 г.).
- Покрытие 80 % расходов на необходимые с медицинской точки зрения услуги экстренной медицинской помощи, оказанные в зарубежной стране, сверх суммы франшизы \$250 и максимальной суммы страховых выплат в течение жизни \$50 000.

ПЛАН D включает **основные страховые выплаты, а также**

- Оплату франшизы Medicare, часть A, за пребывание в стационаре больницы.
- Покрытие ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие 80 % расходов на необходимые с медицинской точки зрения услуги экстренной медицинской помощи, оказанные в зарубежной стране, после выплаты франшизы \$250 и максимальной суммы страховых выплат в течение жизни \$50 000.

¹ Планы C, F и F+ доступны только после 1 января 2020 года тем особам, которые впервые получили право на участие в Medicare до 1 января 2020 года.

PLAN F¹ includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for the skilled nursing facility care daily coinsurance amount.
- Coverage for the Medicare Part B deductible.
- Coverage for 100% of Medicare Part B excess charges, also known as limiting charge².
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

PLAN F+¹ (high deductible)

- Same benefits as the Standard Plan F, but you will have to pay a \$2,340 deductible in 2020 before the plan pays anything. This amount can go up every year. High deductible policies have lower premiums.

PLAN G includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for the skilled nursing facility care daily copayment amount.
- Coverage for 100% of Medicare Part B excess charges, also known as limiting charge¹.
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

New

PLAN G+ (high deductible)

- Same benefits as the Standard Plan G, but you will have to pay a \$2,340 deductible in 2020 before the plan pays anything. This amount can go up every year. High deductible policies have lower premiums. While Plan G does not cover the Part B deductible, the amount that you pay towards the deductible is credited towards the G+ deductible.

Effective June 2010, Medigap policies E, H, I and J are no longer sold to new policyholders. However, individuals who had an E, H, I or J policy prior to June 2010 can keep their policies.

² Plan pays the difference between Medicare's approved amount for Part B services and the actual charges (up to the amount of charge limitations set by either Medicare or state law).

ПЛАН F¹ включает **основные страховые выплаты, плюс**

- Оплату франшизы Medicare, часть А, за пребывание в стационаре больницы.
- Покрытие ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Оплату франшизы Medicare, часть В.
- Покрытие 100 % дополнительных расходов по Medicare, часть В, также известное как лимитированная оплата².
- Покрытие 80 % расходов на необходимые с медицинской точки зрения услуги экстренной медицинской помощи, оказанные в зарубежной стране, после выплаты франшизы \$250 и максимальной суммы страховых выплат в течение жизни \$50 000.

ПЛАН F+¹ (с высокой франшизой)

- Такие же преимущества, как и в стандартном плане F, но в 2020 году вам придется выплатить \$2 340 франшизы, прежде чем получать преимущества этого плана. Эта сумма может увеличиваться каждый год. Полисы с высоким первичным взносом имеют более низкие взносы.

ПЛАН G включает **основные страховые выплаты, а также**

- Оплату франшизы Medicare, часть А, за пребывание в стационаре больницы.
- Покрытие ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие 100 % дополнительных расходов по Medicare, часть В, также известное как лимитированная оплата¹.
- Покрытие 80 % расходов на необходимые с медицинской точки зрения услуги экстренной медицинской помощи, оказанные в зарубежной стране, после выплаты франшизы \$250 и максимальной суммы страховых выплат в течение жизни \$50 000.

Новая услуга!

ПЛАН G+ (с большой франшизой)

- Такие же преимущества, как и в стандартном плане G, но в 2020 году вам придется выплатить \$2 340 франшизы, прежде чем получать преимущества по этому плану. Эта сумма может увеличиваться каждый год. Полисы с большой франшизой предусматривают более низкие страховые взносы. Хотя План G не покрывает франшизу Части В, сумма, которую вы платите за франшизу, зачисляется на франшизу G+.

Начиная с июня 2010 г. полисы Medigap E, H, I и J не продаются новым владельцам полисов. Однако лица, которые приобрели полисы E, H, I или J до июня 2010 года, могут продолжать пользоваться ими.

² План оплачивает разницу между утвержденной Medicare суммой расходов на услуги по части В и фактическими расходами (в пределах ограничений, установленных Medicare или законодательством штата).

PLAN K³ includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for 50% of the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for 50% of Part B coinsurance after you meet the yearly deductible for Medicare Part B, but 100% coinsurance for Part B preventive services.
- Coverage for 100% of the Part A copayment amount for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for 100% of the Part A copayment amount for each of Medicare's 60 non-renewable lifetime hospital inpatient reserve days used.
- After all Medicare hospital benefits are exhausted, coverage for 100% of the Medicare Part A eligible hospital expenses. Coverage is limited to a maximum of 365 days of additional inpatient hospital care during the policyholder's lifetime.
- Coverage for 50% hospice cost-sharing.
- Coverage for 50% of Medicare-eligible expenses for the first 3 pints of blood.
- Coverage for 50% of the skilled nursing facility care daily copayment amount.
- Annual out of pocket limit of \$5,880 in 2020.

PLAN L³ includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for 75% of Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for 75% of Part B coinsurance after you meet the yearly deductible for Medicare Part B, but 100% coinsurance for Part B preventive services.
- Coverage for 100% of the Part A copayment amount for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for 100% of the Part A copayment amount for each of Medicare's 60 non-renewable lifetime hospital inpatient reserve days used.
- After all Medicare hospital benefits are exhausted, coverage for 100% of the Medicare Part A eligible hospital expenses. Coverage is limited to a maximum of 365 days of additional inpatient hospital care during the policyholder's lifetime.
- Coverage for 75% hospice cost-sharing.
- Coverage for 75% of Medicare-eligible expenses for the first 3 pints of blood.
- Coverage for 75% of the skilled nursing facility care daily coinsurance amount.
- Annual out of pocket limit of \$2,940 in 2020.

³ The basic benefits for plans K, L, M and N include similar services as plans A-G, but the cost-sharing for the basic benefits is at different levels. The annual out-of-pocket limit can increase each year for inflation.

ПЛАН К³ включает **основные страховые выплаты, а также**

- Оплату 50 % франшизы Medicare, часть А, за пребывание в стационаре больницы.
- Покрытие 50 % суммы совместного страхования по части В после оплаты ежегодной франшизы для части В, но 100 % суммы совместного страхования профилактических услуг по части В.
- Покрытие 100 % суммы совместного страхования части А за дни 61–90 госпитализации в каждый период страховых выплат Medicare.
- Покрытие 100 % суммы совместного страхования по части А за каждый из 60 использованных невозобновляемых резервных дней (на протяжении жизни) пребывания в стационаре больницы, предоставляемых Medicare.
- Покрытие 100 % больничных расходов, предусмотренных Medicare, частью А, после использования всех больничных страховых выплат Medicare. Покрытие ограничено 365 днями дополнительного стационарного больничного лечения в течение жизни владельца полиса.
- Покрытие 50 % расходов на услуги хосписа на основе разделения расходов.
- Покрытие 50 % расходов по программе Medicare за переливание первых 1,4 л крови.
- Покрытие 50 % ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Годовое ограничение выплат наличными в 2020 г. — \$5 880.

ПЛАН L³ включает **основные страховые выплаты, а также**

- Оплату 75 % франшизы Medicare, часть А, за пребывание в стационаре больницы.
- Покрытие 75 % суммы совместного страхования по части В после оплаты ежегодной франшизы для части В, но 100 % суммы совместного страхования профилактических услуг по части В.
- Покрытие 100 % суммы совместного страхования части А за дни 61–90 госпитализации в каждый период страховых выплат Medicare.
- Покрытие 100 % суммы совместного страхования части А за каждый из 60 использованных невозобновляемых резервных дней (в течение жизни) пребывания в стационаре больницы, предоставляемых Medicare.
- Покрытие 100 % больничных расходов, предусмотренных Medicare, частью А, после использования всех больничных страховых выплат Medicare. Покрытие ограничено 365 днями дополнительного стационарного больничного лечения в течение жизни владельца полиса.
- Покрытие 75 % расходов на услуги хосписа на основе разделения расходов.
- Покрытие 75 % расходов по программе Medicare за переливание первых 1,4 л крови.
- Покрытие 75 % ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Годовое ограничение выплат наличными в 2020 г. — \$2 940.

³ Основные страховые выплаты планов К, L, M и N включают такие же услуги, как и планы А–G, но разделение расходов на основные страховые выплаты отличается. Ограничение наличных выплат может повышаться каждый год вследствие инфляции.

Plan M³ includes the basic benefit, plus

- Coverage for 50% of the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for 100% of the skilled nursing facility daily copayment amount.
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

Plan N³ includes the basic benefit, plus

- Coverage for 100% of the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for 100% of the Medicare Part B co-insurance amount, except for up to \$20 co-payment for office visits and up to \$50 co-payment for emergency room visits.
- Coverage for 100% of the skilled nursing facility daily copayment amount.
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

ПЛАН М³ включает основные страховые выплаты, а также:

- Оплату 50 % франшизы Medicare, часть А, за пребывание в стационаре больницы.
- Покрытие 100 % ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие 80 % расходов на необходимые с медицинской точки зрения услуги экстренной медицинской помощи, оказанные в зарубежной стране, после выплаты франшизы \$250 и максимальной суммы страховых выплат в течение жизни \$50 000.

План N³ включает основные страховые выплаты, а также

- Покрытие 100 % франшизы Medicare, часть А, за пребывание в стационаре больницы.
- Покрытие 100 % суммы совместного страхования Medicare, часть В, за исключением доплат до \$20 за посещения кабинета врача и доплат до \$50 за посещения пункта неотложной помощи.
- Покрытие 100 % ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие 80 % расходов на необходимые с медицинской точки зрения услуги экстренной медицинской помощи, оказанные в зарубежной стране, после выплаты франшизы \$250 и максимальной суммы страховых выплат в течение жизни \$50 000.

³ The basic benefits for plans K, L, M and N include similar services as plans A-G, but the cost-sharing for the basic benefits is at different levels. The annual out-of-pocket limit can increase each year for inflation.

³ Основные страховые выплаты планов K, L, M и N включают такие же услуги, как и планы A–G, но разделение расходов на основные страховые выплаты отличается. Ограничение наличных выплат может повышаться каждый год вследствие инфляции.

BENEFITS INCLUDED IN THE TEN STANDARD MEDICARE SUPPLEMENT PLANS

Basic Benefit: Included in all plans

- **Hospitalization:** Part A copayment, coverage for 365 additional days after Medicare benefits end, and coverage for 60 lifetime reserve days copayment.
- **Medical Expenses:** Part B coinsurance (generally 20% of Medicare-approved expenses).
- **Blood:** First 3 pints of blood each year.
- **Hospice:** Part A cost sharing.

A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
Basic Benefit	Basic Benefit	Basic Benefit	Basic Benefit	Basic Benefit	Basic Benefit	Basic Benefit**	Basic Benefit**	Basic Benefit	Basic Benefit**
		Skilled Nursing Coinsurance (50%)	Skilled Nursing Coinsurance (75%)	Skilled Nursing Coinsurance	Skilled Nursing Coinsurance				
	Part A Deductible	Part A Deductible	Part A Deductible	Part A Deductible	Part A Deductible	Part A Deductible (50%)	Part A Deductible (75%)	Part A Deductible (50%)	Part A Deductible
		Part B Deductible		Part B Deductible					
				Part B Excess	Part B Excess				
		Foreign Travel Emergency	Foreign Travel Emergency	Foreign Travel Emergency	Foreign Travel Emergency			Foreign Travel Emergency	Foreign Travel Emergency
						Out of Pocket limit \$5,560	Out of Pocket limit \$2,780		

*Plan F and Plan G are also offered with a high deductible option.

**These plans cover the basic benefit but with different cost-sharing requirements.

ЛЬГОТЫ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В ДЕСЯТЬ СТАНДАРТНЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПЛАНОВ MEDICARE

Основные страховые выплаты: Включены во все планы

- **Госпитализация:** Совместное страхование по Части А, покрытие 365 дополнительных дней после окончания страховых выплат Medicare и покрытие 60 резервных дней совместного страхования на протяжении жизни.
- **Медицинские расходы:** Совместное страхование по Части В (обычно 20 % расходов, утвержденных Medicare).
- **Переливание крови:** Первые 1,4 л крови каждый год.
- **Хоспис:** Совместные расходы по Части А.

A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
Основные страховые выплаты:	Основные страховые выплаты:	Основные страховые выплаты:	Основные страховые выплаты:	Основные страховые выплаты:	Основные страховые выплаты:	Основные страховые выплаты**	Основные страховые выплаты**	Основные страховые выплаты:	Основные страховые выплаты**
		Совместное страхование квалифицированного сестринского ухода (50 %)	Совместное страхование квалифицированного сестринского ухода (75 %)	Совместное страхование квалифицированного сестринского ухода (50 %)	Совместное страхование квалифицированного сестринского ухода				
	Франшиза Части А	Франшиза Части А	Франшиза Части А	Франшиза Части А	Франшиза Части А	Франшиза Части А (50 %)	Франшиза Части А (75 %)	Франшиза Части А (50 %)	Франшиза Части А
		Франшиза Части В		Франшиза Части В					
				Дополнительные расходы Части В	Дополнительные расходы Части В				
		Экстренная ситуация в поездке за рубежом			Экстренная ситуация в поездке за рубежом	Экстренная ситуация в поездке за рубежом			
						Ограничение наличных выплат \$5 560	Ограничение наличных выплат \$2 780		

*План F и План G также доступны в варианте с большой франшизой.

**Данные планы покрывают основные страховые выплаты, но имеют различные требования к совместному покрытию затрат.

MEDICARE SUPPLEMENT INSURANCE POLICIES

Please call the individual companies directly for their most current monthly rates as they are subject to change. Updated rate charts are available at the NYS Department of Financial Services website: https://www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates.

*Globe Life Insurance (formerly First United American) premiums differ by zip code. Use above link to find rates where you live.

** Only individuals who were Medicare eligible prior to January 1, 2020 are able to purchase Medigap Plans C, F and F+.

PLAN	Aetna 800-345-6022	Bankers Conseco 800-845-5512	Empire Blue Cross Blue Shield 855-306-9355	Globe Life Insurance* 800-331-2512	GHI 800-444-2333	Humana 800-486-2620	Mutual of Omaha 800-228-9999	TransAmerica Financial 800-752-9797	United Health (AARP) Must be an AARP member to enroll (age 50+) 800-523-5800 800-523-5800
A	\$318.21	\$367.70	\$179	\$240/268	\$194.87	\$301.72	\$333.49	\$195	\$178.50
B	\$362.44	\$480.69	\$241.11	\$330/370	\$253.28	\$340.60	\$512.25	\$257	\$256.50
C**				\$397/444	\$300.87	\$412.76	\$512.82	\$304	\$320
D				\$391/438			\$503.90	\$280	
F**	\$422.90	\$648.95	\$307.40	\$374/419	\$530.29	\$421.13	\$516.15	\$306	\$308.25
F+**		\$75.69		\$69/77	\$74	\$93.09			
G	\$406.26	\$597.30	\$270.14	\$348/390	\$302	\$376.07	\$478.04	\$281	\$270
G+		\$75.69		\$69/77	\$67.69	\$92.97			
K		\$99.74		\$138/154		\$196.68		\$140	\$83.50
L		\$286.73		\$206/231		\$280.85		\$208	\$173.25
M		\$397.13					\$526.10	\$256	
N		\$390.82	\$192.22	\$259/290		\$266.84		\$241	\$200.25

ПОЛИСЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ MEDICARE

Если вы хотите узнать действующие ежемесячные тарифы, звоните непосредственно в частные компании, поскольку тарифы могут меняться. Актуальные тарифы доступны на веб-сайте Департамента финансовых услуг штата Нью-Йорк: https://www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates.

*Взносы по полисам Globe Life Insurance (ранее First United American) зависят от места проживания. По ссылке, указанной выше, вы можете ознакомиться с тарифами в зависимости от места проживания.

**Только лица, которые имели право на участие в Medicare до 1 января 2020 года, могут приобрести Планы C, F и F+ от Medigap.

ПЛАН	Aetna 800-345-6022	Bankers Conseco 800-845-5512	Empire Blue Cross Blue Shield 855-306-9355	Globe Life Insurance* 800-331-2512	GHI 800-444-2333	Humana 800-486-2620	Mutual of Omaha 800-228-9999	TransAmerica Financial 800-752-9797	United Health (AARP) Для регистрации (в возрасте 50 лет и старше) обязательно членство в AARP 800-523-5800 800-523-5800
A	\$318,21	\$367,70	\$179	\$240/268	\$194,87	\$301,72	\$333,49	\$195	\$178,50
B	\$362,44	\$480,69	\$241,11	\$330/370	\$253,28	\$340,60	\$512,25	\$257	\$256,50
C**				\$397/444	\$300,87	\$412,76	\$512,82	\$304	\$320
D				\$391/438			\$503,90	\$280	
F**	\$422,90	\$648,95	\$307,40	\$374/419	\$530,29	\$421,13	\$516,15	\$306	\$308,25
F+**		\$75,69		\$69/77	\$74	\$93,09			
G	\$406,26	\$597,30	\$270,14	\$348/390	\$302	\$376,07	\$478,04	\$281	\$270
G+		\$75,69		\$69/77	\$67,69	\$92,97			
K		\$99,74		\$138/154		\$196,68		\$140	\$83,50
L		\$286,73		\$206/231		\$280,85		\$208	\$173,25
M		\$397,13					\$526,10	\$256	
N		\$390,82	\$192,22	\$259/290		\$266,84		\$241	\$200,25

MEDICARE ADVANTAGE PLANS HMO, PPO, HMO-POS, SNP

Medicare Advantage (MA) plans provide beneficiaries with alternatives to Original Medicare. Medicare Advantage plans are offered by private companies and include Health Maintenance Organizations (HMOs), Preferred Provider Organizations (PPO), HMOs with Point-of-Service option (HMO-POS), and Special Needs Plans (SNP). The companies that offer Medicare Advantage plans contract with the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) to provide Medicare benefits to enrollees.

To be eligible to join a Medicare Advantage plan, you must have both Medicare Part A and Part B; you must live in the plan's service area; and you cannot have end stage renal disease (ESRD). Beginning in 2021, people with ESRD will also be eligible to join Medicare Advantage plans. A Medicare Advantage plan cannot turn away an applicant because of health problems (or impose a waiting period for pre-existing conditions), other than ESRD.

Joining a Medicare Advantage plan is a choice. Every Medicare Advantage plan must provide its members with all of the same medically-necessary services covered by Part A and Part B of Medicare, and typically include additional services, such as a prescription drug benefit, vision, dental and hearing services. If you wish to have Medicare **Part D prescription drug coverage** and belong to a Medicare Advantage plan, you must get the Part D drug coverage through your plan; you cannot join a separate Part D plan. All Medicare beneficiaries have the right to obtain the needed medical services, to get full information about treatment choices from their doctor, and to appeal any denial of services or reimbursement made by a Medicare Advantage plan.

If you join a Medicare Advantage plan you CANNOT purchase a Medigap policy, as that would duplicate coverage.

Each member of a Medicare Advantage plan must receive a Summary of Benefits as part of the enrollment process. Key information about additional premiums, routine procedures, access and notification requirements in an emergency, and co-payments for services must be outlined. A provider directory, a list of pharmacies in the plan, and a formulary list of covered medications are also available from the plan.

All MA plans have a network of doctors, health centers, hospitals, skilled nursing facilities and other care providers. Medicare Advantage plans' networks can be local, statewide, and even national. It is important to contact the plan to understand the scope of the provider network, especially if you travel and may require care (other than emergency care) outside your area of residence.

ПЛАНЫ MEDICARE ADVANTAGE HMO, PPO, HMO-POS, SNP

Планы Medicare Advantage (MA) предлагают участникам альтернативы «оригинальной» программе Medicare. Планы Medicare Advantage предлагаются частными компаниями и включают план организаций медицинского обслуживания (Health Maintenance Organizations, HMO), планы организаций из системы предпочтительного выбора врачей и медицинских учреждений (Preferred Provider Organizations, PPO), HMO с обслуживанием по выбору пациента (HMO-POS), а также планы для лиц с особыми потребностями (Special Needs Plans, SNP). Компании, которые предлагают планы Medicare Advantage, заключают контракты с Центрами по предоставлению услуг Medicare и Medicaid (CMS) для предоставления льгот Medicare лицам, зачисленным в программу.

Чтобы стать участником плана Medicare Advantage, вы должны иметь страховку Medicare, Часть А и Часть В, проживать в зоне обслуживания и не иметь терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD). Начиная с 2021 года, люди с ESRD также получают право на участие в планах Medicare Advantage. План Medicare Advantage обязан принять участника в связи с его проблемами со здоровьем (или предписать период ожидания для ранее существовавших болезней), за исключением ESRD.

Участие в плане Medicare Advantage является личным решением. Каждый план Medicare Advantage должен предоставлять всем своим участникам одинаковые необходимые с медицинской точки зрения услуги, покрываемые по Части А и Части В Medicare. Планы обычно включают дополнительные услуги, например, льготы на рецептурные препараты, офтальмологические, стоматологические услуги и услуги для лиц с нарушением слуха. Если вы хотите получить **покрытие рецептурных лекарственных препаратов по Части D** от Medicare и стать участником плана Medicare Advantage, вы должны получить страховое покрытие лекарственных препаратов Части D по вашему плану; вы не можете присоединиться к Части D в рамках отдельного плана. Все участники программы Medicare имеют право на получение необходимых медицинских услуг, на получение от лечащего врача полной информации о вариантах лечения и на подачу апелляции при отказе в предоставлении услуг или выплате возмещения по плану Medicare Advantage.

Если вы присоединитесь к плану Medicare Advantage, вы НЕ СМОЖЕТЕ приобрести полис Medigap, поскольку он бы дублировал покрытие.

Каждый участник плана Medicare Advantage должен получить сводный перечень страховых выплат (Summary of Benefits), что является частью процесса регистрации. Участникам должна быть предоставлена основная информация о дополнительных страховых взносах, стандартных процедурах, требованиях к доступу и порядке уведомления в случае экстренной ситуации и о доплатах за услуги. План также должен предоставить справочник поставщиков услуг, список аптек, работающих с планом, и список оплачиваемых лекарственных препаратов.

Все планы MA (Medicare Advantage) имеют сеть врачей, медицинских центров, больниц, учреждений с квалифицированным сестринским уходом и других поставщиков медицинских услуг. Сети планов Medicare Advantage могут быть местными, действовать в пределах штата или даже в пределах страны. Вы должны обратиться к сотрудникам плана, чтобы узнать, где и какие врачи принимают по выбранному вами плану, особенно если вы путешествуете и вам может потребоваться медицинская помощь, за исключением экстренной, вне района вашего проживания.

HMOs require the Medicare beneficiary to select a primary care physician (PCP) from the HMO's network of local doctors. You have a choice of physician, provided he or she has availability for new patients. Some HMOs require that the PCP provide a referral to specialists. You must receive your health care from the HMO's network of providers and hospitals. Except for emergency care, there is no coverage for services obtained out-of-network; the beneficiary will be responsible for the full costs of such services.

PPOs provide a network of health care providers and hospitals but do not restrict the enrollee from going out-of-network. The PPO sets its payment to in-network providers with a fixed co-pay from the enrollee; enrollees will pay more for services from out-of-network providers. (Out-of-network providers are subject to Medicare's limiting charge, which limits the amount they can charge a Medicare beneficiary for services.)

HMO with Point-Of-Service Option (HMO-POS) is similar to a PPO plan. It provides greater flexibility than an HMO because members may use both in-network and out-of-network providers. However, HMO-POS plans may not cover all benefits out-of-network. For example, a plan may only offer in-network inpatient hospital coverage. Contact the plan for details.

Special Needs Plans (SNP) are Medicare Advantage plans that are available only to certain groups of people with Medicare. Examples of people who might be eligible to join a Medicare Advantage SNP include: people with both Medicare and Medicaid; people with certain chronic conditions; and people living in an institution, such as a nursing home. Coverage includes services covered by Medicare Parts A and B, as well as Part D prescription drug coverage. SNPs may also provide additional services that may be needed by the specific population to which they are geared. Eligible people with Medicare can join a SNP at any time.

A list of Medicare Advantage plans can be found in the U.S. Government's publication, Medicare and You Handbook. Details of the plans are available on www.medicare.gov or by calling 1-800-MEDICARE

Enrolling in a Medicare Advantage Plan when first Medicare eligible can be done during the Initial Coverage Election Period (ICEP). Enrollment can be done online at www.medicare.gov, by calling 1-800-MEDICARE, or by contacting the plan directly.

- For most people, the ICEP is the 7-months surrounding the month in which you are first Medicare eligible. Your plan will be effective the first month of Medicare eligibility, or the month following the month of enrollment.
- Beneficiaries that delay Part B enrollment will have their ICEP extended to allow them to enroll in a MA plan.

Планы **НМО** требуют от участника Medicare выбрать основного лечащего врача (primary care physician, PCP) из местных врачей, работающих в сети НМО. Вам предлагается возможность выбора врача, при условии что он может взять новых пациентов. Некоторые планы НМО требуют, чтобы PCP предоставил направление к специалистам. Вы должны получать медицинское обслуживание в сети поставщиков медицинских услуг и больницах НМО. За исключением неотложной помощи, услуги, полученные вне сети, не оплачиваются. Участник плана несет полную ответственность за оплату подобных услуг.

Планы **РРО** оплачивают услуги врачей и медицинских учреждений, работающих в сети, но не ограничивают участника в получении услуг вне сети. РРО устанавливает сумму оплаты за медицинские услуги в сети с фиксированной доплатой со стороны участника. Участники будут выплачивать более высокую сумму за услуги, получаемые от врачей и медицинских учреждений, не работающих в сети. (Medicare налагает ограничение на стоимость услуг сторонних поставщиков, т. е. ограничивает сумму, которую они могут запросить за свои услуги у участника программы Medicare.)

План **НМО** с обслуживанием по выбору пациента (**НМО-POS**) схож с планом РРО. Он обеспечивает большую гибкость, чем план НМО, поскольку участники могут воспользоваться услугами поставщиков, работающих как в сети, так и за ее пределами. Так или иначе, планы НМО-POS не охватывают все преимущества вне сети. Например, план охватывает только внутрисетевые стационарные больницы. Свяжитесь с сотрудниками плана, чтобы получить более подробную информацию.

Планы для лиц с особыми потребностями (Special Needs Plans, SNP) — это планы Medicare Advantage, которые доступны только для определенных групп лиц, имеющих Medicare. Лица, имеющие право на участие в плане Medicare Advantage SNP: лица, имеющие одновременно страховки Medicare и Medicaid, лица с определенными хроническими заболеваниями и лица, проживающие в специальных учреждениях, например, в доме престарелых. Страховка включает услуги, покрываемые планом Medicare, Части А и Части В, а также покрытие стоимости рецептурных лекарственных препаратов по Части D. Планы SNP также могут предоставлять дополнительные услуги, необходимые для особых, предусмотренных для этого групп. Лица с Medicare, имеющие право на участие в SNP, могут зарегистрироваться в этом плане в любое время.

Список планов Medicare Advantage можно найти в руководстве «Medicare и Вы» (Medicare and You), опубликованном федеральными органами США. Подробную информацию о планах вы можете получить на веб-сайте по адресу www.medicare.gov или позвонив по номеру 1-800-MEDICARE

Регистрацию в плане Medicare Advantage при первой возможности участия в Medicare можно осуществить в течение начального периода выбора страхового покрытия (ICEP). Зарегистрироваться можно онлайн на сайте www.medicare.gov, позвонив на номер 1-800-MEDICARE или обратившись в офис плана напрямую.

- Для большинства людей ICEP длится 7 месяцев, в течение которых вы впервые имеете право на участие в программе Medicare. Ваш план начинает действовать в первый месяц получения права на Medicare или в последующий после регистрации месяц.
- Получатели с поздней регистрацией по Части В, получают продление ICEP, чтобы они могли зарегистрироваться в плане МА.

People who enroll in a MA plan when first eligible for Medicare (during their ICEP) have an **Open Enrollment Period**, allowing them three months from when they are first entitled to Medicare to switch to a different MA plan, or to return to Original Medicare (with or without a Part D plan).

In addition, the Open Enrollment period is also open to all beneficiaries in MA plans at the beginning of the year, from January 1 – March 31. They can switch to a different Medicare Advantage plan or return to original Medicare, with the change effective the first of the following month, either February 1, March 1, or April 1. To make this change, simply enroll in the plan in which you want to enroll; this enrollment will automatically disenroll you from the other Medicare Advantage plan.

SEP65 is a Special Enrollment Period available to people eligible for Medicare due to age (not disability) who enroll in an MA plan during their Initial Coverage Election Period (ICEP) surrounding the month of their 65th birthday. It allows them 12 months from the time the MA plan is effective to switch to Original Medicare (not to another MA plan).

Annual Election Period (AEP): From October 15-December 7, you can change your Medicare Advantage (MA) plan or return to Original Medicare, with the change effective January 1.

Special Enrollment Period (SEP): Individuals with Medicaid, a Medicare Savings Program or Extra Help can switch plans once a quarter during the first nine months of the year (January – March; April – June; July – September), with the change effective the first of the following month. Individuals can change to either a different Medicare Advantage plan or to Original Medicare with a Part D plan.

Tips for Switching Between Original Medicare and Medicare Advantage

- Medicare Advantage to Original Medicare: Select and enroll in a Part D plan that works with Original Medicare (this will trigger disenrollment from the MA plan). Consider supplemental coverage, such as Medigap.
- Medicare Advantage to Medicare Advantage: Enroll in the desired Medicare Advantage plan (this will trigger disenrollment from the original MA plan).
- Original Medicare to Medicare Advantage: Enroll in the desired Medicare Advantage plan (this will trigger disenrollment from your Part D plan that works with Original Medicare). You may wish cancel your supplemental coverage.

Для тех, кто регистрируется в плане МА, когда они впервые получают право на участие в Medicare (в течение их ICEP), доступен **период открытой регистрации**, который дает им три месяца с момента, когда они впервые получают право на участие в Medicare, чтобы перейти на другой план МА или вернуться в Original Medicare (с планом по Части D или без него).

Кроме того, период открытой регистрации также доступен для всех участников планов МА в начале года, с 1 января по 31 марта. Они могут переключиться на другой план Medicare Advantage или вернуться в основной план Medicare. Данное изменение плана вступает в силу 1 числа следующего месяца (1 февраля, 1 марта или 1 апреля). Чтобы внести это изменение, просто зарегистрируйтесь в желаемом плане; эта регистрация автоматически исключит вас из другого плана Medicare Advantage.

SEP65 — это особый период регистрации, доступный для лиц, имеющих право на участие в программе Medicare в связи с достижением определенного возраста (не в связи с инвалидностью), которые регистрируются в плане МА в течение начального периода выбора страхового покрытия (ICEP), действующего в течение месяца, когда им исполнилось 65 лет. Он предоставляет им 12 месяцев с момента начала действия плана МА для перехода на Original Medicare (а не на другой план МА).

Ежегодный период для выбора плана (AEP). С 15 октября по 7 декабря вы можете поменять свой план Medicare Advantage (МА) или вернуться к Original Medicare. Данное изменение плана вступает в силу с 1 января.

Специальный период регистрации (SEP). Те, кто является участником Medicaid, накопительной программы Medicare или программы Extra Help, могут менять планы раз в квартал в течение первых девяти месяцев года (январь-март; апрель-июнь; июль-сентябрь), причем изменения вступают в силу с первого числа следующего месяца. Участники могут перейти на другой план Medicare Advantage или на Original Medicare с планом Части D.

Как переключиться между Original Medicare и Medicare Advantage

- С Medicare Advantage на Original Medicare: Выберите и зарегистрируйтесь в Части D плана, который совместим с Original Medicare (это автоматически исключит вас из плана МА). Обратите внимание на дополнительное страховое покрытие, такое как Medigap.
- С Medicare Advantage на Medicare Advantage: Зарегистрируйтесь в желаемом плане Medicare Advantage (это автоматически приведет к исключению вас из первоначального плана МА).
- С Original Medicare на Medicare Advantage: Зарегистрируйтесь в желаемом плане Medicare Advantage (это автоматически приведет к исключению вас из Части D плана, который совместим с Original Medicare). Возможно, вы захотите отменить ваше дополнительное страховое покрытие.

Medicare Advantage Appeals

Decisions by your plan not to provide or pay for a service are handled by the plan's claims department. The appeals process for Medicare Advantage plan enrollees works differently depending on whether you have not yet received the service, have already received the service, or for denials for prescription drugs. Pay attention to the time limit for filing appeals.

Medicare Advantage plan enrollees who are denied coverage for a health service or item before receiving the service or item, can appeal to ask the plan to reconsider its decision. Follow the steps on the Notice of Denial of Medical Coverage to appeal the decision.

If a Medicare Advantage plan denies coverage for a health service or item that has already been received, you may choose to appeal to ask your plan to reconsider its decision. Follow the steps on the Explanation of Benefits or on the Notice of Denial of Payment.

Appeals for prescription drug coverage works the same for people in Original Medicare or a Medicare Advantage plan. See page 36 for Part D coverage appeals.

For quality of care complaints or if you feel your Medicare Part A or B services are ending too soon, such as that you are being discharged from the hospital too soon, call Livanta at 1-877-588-1123 (TTY: 1-855- 887-6668). If you request an immediate review by Livanta, you will not be financially responsible for additional hospital charges until noon of the day following your receipt of Livanta's review decision.

Обжалование программы Medicare Advantage

Решения вашего плана относительно непредоставления или неоплаты услуг рассматриваются отделом по работе с претензиями. Процесс подачи апелляций для участников плана Medicare Advantage зависит от того, получили ли вы уже эту услугу или нет, или получили ли вы отказ по рецептурным препаратам. Обратите внимание на срок подачи апелляций.

Участники плана Medicare Advantage, которым отказано в оплате медицинской услуги или предмета до получения услуги или предмета, могут обратиться к сотрудникам плана с просьбой пересмотреть свое решение. Следуйте инструкциям в уведомлении об отказе в медицинском покрытии, чтобы обжаловать это решение.

Если план Medicare Advantage отказывает в покрытии за медицинскую услугу или предмет, который уже был получен, вы можете подать апелляцию и попросить сотрудников вашего плана пересмотреть свое решение. Выполните действия, описанные в разделе «Объяснение льгот» или «Уведомление об отказе в оплате».

Обжалование страхового покрытия на рецептурные препараты действует одинаково для лиц, участвующих в плане Original Medicare или Medicare Advantage. Ознакомьтесь с обжалованием покрытия по Части D можно на стр. 36.

С жалобами на качество обслуживания или подозрениями в том, что срок обслуживания по программе Medicare, Часть А или В, заканчивается слишком рано, например, если вас выписывают из больницы слишком рано, обращайтесь в Livanta по телефону 1-877-588-1123 (для пользователей ТТУ: 1-855-887-6668). Если вы запрашиваете немедленное рассмотрение дела в Livanta, вы не будете нести финансовую ответственность за уплату дополнительных больничных расходов до полудня следующего дня после получения решения Livanta.

Frequently Asked Questions about Medicare Advantage Plans

What are my out of pocket costs in a Medicare Advantage plan?

Each Medicare Advantage plan sets its own premiums and cost sharing schedule. You may pay a monthly premium directly to the plan, which is in addition to the monthly Medicare Part B premium. All cost sharing requirements must be clearly indicated to you on your benefit card or in your summary of benefits. Call the plan if you are not sure. **There may be co-pays, co-insurance and deductibles for health services. Make sure you understand the different out-of-pocket costs for a primary care visit, a specialist visit, inpatient hospital stays, prescription drugs, and other fees you may have to pay.**

All Medicare Advantage plans are required to have annual maximum out-of-pocket costs for all Part A and Part B covered services, which limits how much you will have to pay out-of-pocket in a given calendar year. In 2020, maximum out-of-pocket costs (MOOP) cannot exceed \$6,700 in-network for HMO plans and \$10,000 combined in-network and out-of-network for PPO plans.

What about emergency services?

Emergency medical care will be covered by the Medicare Advantage plan provided that you follow its requirements for notifications and approval. You may be required to pay the provider of services first, and then file a claim with the plan for reimbursement. If the plan determines the need for care does not meet its conditions, or if the notification was faulty, it may refuse to cover the costs.

How do I complain about quality of care?

If your complaint is related to the quality of health care you receive, you should follow your plan's grievance procedures. You can also present your case to the Medicare Quality Improvement Organization (QIO), Livanta, LLC, in New York State, whose doctors and other professionals review the care provided to Medicare patients. Livanta can be reached at 1-866-815-5440.

Obtaining Services in Original Medicare vs. Medicare Advantage

In Original Medicare, the beneficiary obtains all medically-needed services from any Medicare provider anywhere in the United States. Medicare sets the fees for those services and covers 80% of most costs. The beneficiary is responsible for the balance. Medicare supplement insurance, also known as Medigap (see page 19), can cover all or most of the beneficiary's share of the costs. Medicare Advantage plans are managed care plans, and operate differently, with their own cost structure that can include premiums, deductibles, co-payments and maximum out-of-pocket costs.

Часто задаваемые вопросы о планах Medicare Advantage

Какие расходы я буду оплачивать самостоятельно при плане Medicare Advantage?

Каждый план Medicare Advantage устанавливает свои собственные страховые взносы и доплаты. Вы можете оплачивать ежемесячный взнос непосредственно в план, это будет дополнением к ежемесячному взносу Medicare по Части В. В вашей карте страховых выплат или в сводном перечне страховых выплат вам должны быть четко разъяснены все требования относительно совместного несения расходов. Если у вас возникнут вопросы, позвоните сотрудникам плана. **Для оплаты медицинских услуг от вас могут потребоваться доплаты, совместное страхование или франшиза. Узнайте о стоимости услуг первичной помощи, посещения специалиста, пребывания в стационаре, рецептурных препаратов, а также о других сборах, которые, возможно, вам будет необходимо оплатить.**

Все планы Medicare Advantage должны иметь годовое ограничение расходов за счет участника для всех покрываемых услуг Части А и Части В, что ограничит сумму ваших расходов в данном календарном году. В 2020 г. ограничение наличных расходов (maximum out-of-pocket, MOOP) установлено на уровне \$6 700 в пределах сети для планов НМО и \$10 000 для услуг, полученных в сети и вне ее для планов РПО.

Каким образом оплачиваются экстренные услуги?

Экстренное медицинское обслуживание будет оплачено планом Medicare Advantage при условии, что вы выполните его требования к процедуре уведомления и получению одобрения. Возможно, вам придется сначала самостоятельно заплатить за медицинские услуги, а затем направить заявление в план на получение возмещения. Если сотрудники плана решат, что необходимость в получении помощи не соответствует его условиям, или если процедура уведомления не была соблюдена, план может отказаться оплачивать расходы.

Каким образом можно пожаловаться на качество предоставляемых услуг?

Если ваша жалоба касается качества полученной вами медицинской помощи, вы должны выполнить требования процедуры рассмотрения жалоб вашего плана. Вы также можете направить жалобу в организацию, занимающуюся улучшением качества Medicare (Quality Improvement Organization, QIO), Livanta, LLC, в штате Нью-Йорк, врачи и другие работники которой рассматривают качество услуг, предоставленных пациентам Medicare. В Livanta можно позвонить по телефону 1-866-815-5440.

Сравнение услуг Original Medicare и Medicare Advantage

Original Medicare позволяет участнику получать все необходимые медицинские услуги любого поставщика услуг, сотрудничающего с Medicare, на всей территории Соединенных Штатов. Medicare устанавливает размер оплаты за данные услуги и покрывает 80 % большинства расходов. Оставшуюся сумму должен оплатить участник плана. План дополнительного страхования Medicare, также известный как Medigap (стр. 19), может покрывать всю долю расходов бенефициара или большую ее часть. Планы Medicare Advantage осуществляются посредством управляемого медицинского обеспечения и действуют по-разному; у них собственная структура расходов, которая может включать в себя страховые взносы, франшизы, доплаты и предел наличных расходов.

How should I decide whether to join a Medicare Advantage plan and which plan may be right for me?

Consideration should be given to the following areas before joining a plan: Your current doctors' participation in the plan; hospitals' participation in the plan; prescription drug coverage; finances; and geographical location. It is vital to review this information each year during the Annual Election Period (October 15 – December 7).

1. **Your doctors' participation in the plan:** Ask your doctors what plans they participate in and whether they are accepting new Medicare patients under that particular plan. Even if you already have an established relationship with that doctor, you need to be certain that they will accept you as a new patient under that particular plan. Confirm provider participation each year.
2. **Preferred hospital(s) participation in the plan:** Make sure that any hospitals you use, and any that you would like to have access to, participate in the plan, or would allow you to access the hospital on an out-of-network basis.
3. **Prescription drugs:** Check how the plan would cover your prescription drugs (formulary, restrictions, cost) by using the Medicare.gov Planfinder (see page 35).
4. **Finances:** Receiving care through a Medicare Advantage plan may cost you less than receiving care through Original Medicare. Medicare Advantage plans may cover services which are not covered by original Medicare, such as routine vision and dental care, as well as hearing aids. It is important to research the fee structure (premium, copays, deductible, maximum out-of-pocket costs, etc.) in a Medicare Advantage plan before enrolling.
5. **Geographical Location:** It is important to think about your travel plans when deciding whether an HMO plan is right for you. Because HMO plans have defined geographic areas that they serve, if you plan to be outside of the service area for any length of time, an HMO may not be right for you, since only emergency care is covered outside the plan's service area. The service areas of PPO and HMO-POS plans are less restrictive, but you should still be aware of the plan's service area.
6. **Star ratings:** Every plan has a star rating that reflects indicators measured by Medicare.

Will I need a Medicare supplement insurance policy?

You will not need a Medicare supplement insurance policy ("Medigap") if you join a Medicare Advantage plan, since Medigap insurance only works with Original Medicare. If you decide to join a Medicare Advantage plan, and you already have a Medigap policy, you may want to retain it for at least 30 days, until you see if the Medicare Advantage plan is satisfactory. By New York State law, you will always be able to purchase a Medigap policy if you leave a Medicare Advantage plan and return to original Medicare, but you may face a period of non-coverage for a current health condition if you have a gap in coverage. For more about Medigap, see page 19.

В каком случае я должен стать участником плана Medicare Advantage и какой план мне больше подходит?

Для принятия решения об участии в плане необходимо рассмотреть следующие вопросы: участие в данном плане врачей, к услугам которых вы прибегаете в настоящее время, участие больницы в данном плане, охват рецептурных препаратов, финансы и географическое положение. Крайне важно проверять эту информацию каждый год в течение ежегодного периода выбора плана (15 октября–7 декабря).

1. **Участие в плане врачей, к услугам которых вы прибегаете в настоящее время:** Узнайте у своих врачей, с какими планами они работают и могут ли они принять новых пациентов Medicare по данному плану. Даже если с этим врачом у вас установились хорошие взаимоотношения, вы должны удостовериться, что он примет вас в качестве нового пациента по данному плану. Подтверждайте участие провайдера каждый год.
2. **Участие предпочтительных больниц в плане:** Убедитесь, что больница, услугами которой вы пользуетесь и к которой вы хотели бы иметь доступ, участвует в данном плане и позволит вам получать доступ к обслуживанию вне сети.
3. **Рецептурные лекарственные препараты:** Проверьте, как план будет покрывать стоимость ваших рецептурных лекарственных препаратов (фармацевтический справочник, ограничения, стоимость) с помощью персонализированного поиска плана на сайте Medicare.gov (стр. 35).
4. **Финансы:** Получение медицинских услуг по плану Medicare Advantage может обойтись вам в меньшую сумму по сравнению с Original Medicare. Планы Medicare Advantage могут покрывать услуги, которые не оплачиваются страховкой Original Medicare, например, стандартные офтальмологические и стоматологические услуги, а также слуховые аппараты. Перед регистрацией важно изучить структуру страховых взносов (личные взносы, совместные выплаты, франшиза, максимальные суммы выплат наличными и т. д.) в плане Medicare Advantage.
5. **Географическое положение:** Принимая решение о соответствии плана HMO вашим потребностям, вы должны обдумать, собираетесь ли вы совершать какие-либо поездки. Поскольку планы HMO имеют четко определенные географические зоны обслуживания, то если вы планируете пребывать за пределами зоны обслуживания в течение длительного времени, план HMO может не соответствовать вашим потребностям, так как за пределами зоны обслуживания он покрывает лишь расходы на неотложную помощь. Зоны обслуживания планов PPO и HMO-POS имеют меньше ограничений, тем не менее вы должны знать зону обслуживания вашего плана.
6. **Звездная категория:** Каждый план имеет звездный рейтинг, который отражает показатели, измеряемые Medicare.

Должен ли я приобрести полис дополнительного страхования Medicare?

Вам не нужно приобретать полис дополнительного страхования Medicare (Medigap), если вы станете участником плана Medicare Advantage, поскольку страховка Medigap работает только с Original Medicare. Если вы решите зарегистрироваться в плане Medicare Advantage, а у вас уже есть полис Medigap, возможно, вы захотите сохранить его в течение не менее 30 дней, чтобы понять, соответствует ли план Medicare Advantage вашим потребностям. По законодательству штата Нью-Йорк вы всегда сможете купить полис Medigap, если выйдете из плана Medicare Advantage и вернетесь к основной (original) страховке Medicare. При этом вы должны иметь в виду, что разрыв по времени между полисами может привести к тому, что в определенный период услуги по вашему текущему заболеванию покрываться не будут. Подробнее о программе Medigap см. на стр. 19.

MEDICARE PART D – PRESCRIPTION DRUG COVERAGE

Medicare Part D is prescription drug coverage offered through private insurance companies to help cover the cost of prescription drugs.

Medicare prescription drug plans are available to all people with Medicare (Part A and/or Part B). Part D is an optional and voluntary benefit; Medicare beneficiaries are not required to join a plan, although there may be a penalty for late enrollment.

Medicare Part D is only offered through private companies who have entered into a contract with the federal government to provide Medicare Part D drug coverage to Medicare beneficiaries. The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) regulates the plans and categories of covered drugs. Each Part D plan has its own list of covered medications (formulary) and participating pharmacies, as well as its own procedures for getting a new drug covered or appealing to have a medication covered to meet your special needs.

Medicare Part D is offered in one of two ways:

1. **Stand Alone Prescription Drug Plans (PDPs):** these plans work with Original Medicare and ONLY cover prescription drugs.
2. **Medicare Advantage Prescription Drug Plans (MAPDs):** these are managed care plans, such as HMOs, PPOs, HMO-POS, or SNPs, which offer comprehensive benefits packages that cover all of the following: hospital, doctors, specialists, pharmacy and prescriptions. If you are in a Medicare Advantage plan and want to have Part D coverage, you must get Part D coverage through your Medicare Advantage plan.

Those electing to join a Part D plan will have to pay a monthly premium and pay a share of the cost of prescriptions. Drug plans vary in what prescription drugs are covered (formulary), how much you have to pay (premium, deductible, copays), and which pharmacies you can use (network). All drug plans have to provide at least a standard level of coverage, which Medicare sets. However, some plans offer enhanced benefits and may charge a higher monthly premium. When a beneficiary joins a drug plan, it is important to choose one that meets the individual's prescription drug needs.

Beneficiaries with higher incomes (above \$87,000 for an individual or \$174,000 for a couple) will pay a surcharge for Part D in addition to their plan premium. The surcharge ranges from \$12.20 to \$76.40 per month in 2020, and is paid in the same way as the Part B premium, typically as a deduction from one's Social Security check (see page 68 for rate chart).

Although Part D plans' benefit designs vary, they each include the following minimum levels of coverage in 2020:

- **Deductible** (up to \$435). This is the amount that you have to pay out-of-pocket before your plan helps pay for the cost of your drugs. Some plans have a lower deductible or no deductible.

MEDICARE, ЧАСТЬ D — СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ РЕЦЕПТУРНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

План Medicare, Часть D предлагает страховое покрытие рецептурных лекарственных препаратов через частные страховые компании.

Планы страхового покрытия рецептурных препаратов Medicare доступны любому лицу со страховкой Medicare (Часть А и/или Часть В). Часть D — это необязательное и добровольное страхование; участники Medicare не обязаны регистрироваться в этом плане, хотя на них может быть наложен штраф за регистрацию с опозданием.

В Medicare, Часть D, можно зарегистрироваться только через частные компании, которые заключили договор с федеральным правительством на предоставление страхового покрытия стоимости лекарств по Medicare, Часть D, для получателей Medicare. Центры обслуживания Medicare и Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) регламентируют планы и категории покрываемых препаратов. Каждый план Части D имеет свой собственный перечень оплачиваемых лекарственных препаратов (фармацевтический справочник) и аптек, сотрудничающих с планом, а также свои собственные процедуры оплаты новых препаратов или обжалования с целью оплаты препарата, необходимого для удовлетворения особых потребностей.

Вы можете получить страховку Medicare, Часть D, одним из следующих способов:

1. **Независимые планы обеспечения рецептурными лекарственными препаратами (Prescription Drug Plans, PDP).** Данные планы работают только с Original Medicare и покрывают ТОЛЬКО рецептурные препараты.
2. **Планы покрытия рецептурных лекарственных препаратов Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug Plans, MAPD).** Это планы, осуществляемые посредством управляемого медицинского обеспечения, такие как HMO, PPO, HMO-POS или SNP, которые предлагают комплексные пакеты страховых услуг, обеспечивающие покрытие лечения в стационаре, визиты к врачам, специалистам, а также расходы на аптеки и рецептурные препараты. Если вы являетесь участником плана Medicare Advantage и хотите приобрести страховку Части D, вы должны получить страховое покрытие по Части D через ваш план Medicare Advantage.

Лица, регистрирующиеся в Части D, должны оплачивать ежемесячные взносы и часть стоимости рецептурных препаратов. Планы обеспечения лекарственными препаратами имеют различные (утвержденные) перечни оплачиваемых лекарств, различные суммы доплат (страховой взнос, франшиза) и список (сеть) аптек, услугами которых вы можете воспользоваться. Все планы обеспечения лекарственными препаратами должны предоставлять стандартный уровень страхового покрытия, установленный Medicare. Однако некоторые планы предлагают расширенные страховые выплаты и могут требовать более высокий ежемесячный страховой взнос. Регистрируясь в плане, необходимо выбрать такой план, который будет соответствовать вашим потребностям в рецептурных лекарственных препаратах.

Участники с более высоким доходом (выше \$87 000 для одного лица и \$174 000 для семейной пары), кроме страхового взноса, предусмотренного их планом, будут оплачивать дополнительный сбор за Часть D. Дополнительный сбор в 2020 г. составляет от \$12,20 до \$76,40 в месяц, и его можно оплачивать тем же способом, что и взнос за Часть В — как правило, в виде вычета из чека социального обеспечения (см. таблицу тарифов на стр. 68). Несмотря на то, что страховые выплаты по Части D различаются, в 2020 г. они все включают следующий минимальный уровень покрытия:

- **Франшиза** (до \$435). Прежде чем план покроет ваши расходы на лекарства, эту сумму вы должны оплатить из собственных средств. Некоторые планы имеют более низкую франшизу или вообще не имеют ее.

- **Initial Coverage Level.** You pay a fixed copay of up to 25% of drug costs up to \$4,020 in total drug costs. (Total drug costs include the amount that you pay for the drug plus the amount that the plan pays for the drug.)
- **Coverage Gap.** After \$4,020 in total drug costs, you pay 25% of brand name and generic drug cost (plus a nominal pharmacy dispensing fee), until **you** have incurred \$6,350 in out-of-pocket costs. This includes the deductible (if any) plus any co-payments or coinsurance paid while reaching the coverage gap, the entire cost of brand name drugs purchased in the coverage gap, and the out-of-pocket costs for generic drugs purchased in the coverage gap.
- **Catastrophic Coverage** (after \$6,350 in out-of-pocket expenses). The beneficiary is responsible for the greater of five percent (5%) of drug costs or a copay of \$3.60 for generic medications and \$8.95 for brand-name drugs.

Enrollment in Medicare Part D

Enrollment in Medicare prescription drug coverage involves choosing a Part D Plan (PDP) that works with Original Medicare, or a Medicare Advantage plan with prescription drug coverage (MA-PD). Comparison information is available on www.medicare.gov or by calling 1-800-MEDICARE. You may also contact HIICAP for assistance.

Enrollment in Part D can occur during one's seven-month Initial Enrollment Period (IEP), (see page 5). In addition, a beneficiary may join or change plans once each year between October 15 and December 7, during the Annual Election Period (AEP).

There are also limited exceptions where a beneficiary would be granted a **Special Enrollment Period (SEP)** to enroll in a Part D plan or to switch plans outside of the AEP.

These include the following situations:

- Individuals with Medicaid, a Medicare Savings Program or Extra Help can switch plans once a quarter during the first nine months of the year (January – March; April – June; July – September), with the change effective the first of the following month.
- EPIC members can change Part D plans once in a calendar year (see page 39).
- Between January 1 – March 31, if you are in a Medicare Advantage plan with Part D, you can make a change to either a different Medicare Advantage plan, or to Original Medicare with or without Part D drug coverage.
- Change in county of residence where one has new Part D plan choices. (This SEP also includes individuals returning to the USA after living abroad and those released from prison.)
- Individuals entering, residing in, or leaving a long-term care facility, including skilled nursing facilities.
- Individuals disenrolling from employer/union-sponsored coverage, including COBRA, to enroll in a Part D plan.
- Prescription drug plan withdrawal from service area.

- **Уровень начального страхового покрытия.** Вы платите фиксированную доплату до 25 % стоимости препаратов общей стоимостью не более \$4 020. (Общая стоимость препаратов включает сумму, которую оплачиваете вы, и сумму, которую оплачивает план).
- **Пробел в охвате.** После того как общие расходы на препараты достигнут суммы \$4 020, вы будете оплачивать приблизительно 25 % стоимости патентованных и непатентованных препаратов (плюс номинальную плату, взимаемую аптекой за обслуживание), пока сумма **ваших** наличных расходов не достигнет \$6 350. Сюда входит франшиза (если таковая имеется) и все доплаты или суммы совместного страхования, оплаченные при достижении разрыва в страховом покрытии, суммарная стоимость патентованных препаратов, приобретенных во время разрыва в страховом покрытии, а также наличные расходы на непатентованные препараты, приобретенные во время разрыва в страховом покрытии.
- **Критическое страховое покрытие** (Catastrophic Coverage) (если сумма наличных расходов превысит \$6 350). Бенефициар вносит 5 % стоимости лекарственных средств или доплату в размере \$3,60 за непатентованные лекарства и \$8,95 за патентованные лекарства.

Регистрация в Medicare, Часть D

Регистрация в страховании Medicare по обеспечению рецептурными препаратами включает выбор плана Части D (PDP), который совместим с планом Original Medicare, или плана Medicare Advantage, который предусматривает обеспечение рецептурными лекарственными препаратами (MA-PD). Дополнительная информация об этих планах доступна на сайте www.medicare.gov или по телефону 1-800-MEDICARE. Вы также можете обратиться за помощью в программу HIICAP.

Зарегистрироваться в плане Части D можно в течение семимесячного периода первичной регистрации (Initial Enrollment Period, IEP) (см. стр. 5). Кроме того, один раз в год, с 15 октября по 7 декабря, участник может зарегистрироваться в новом плане или изменить план во время ежегодного периода выбора (Annual Coordinated Election Period, AEP).

Также существуют некоторые исключения, согласно которым участнику предоставляется **период специальной регистрации (Special Enrollment Period, SEP)**, чтобы зарегистрироваться в плане Части D или сменить план вне специально отведенного для этого периода времени. Возможные ситуации:

- Те, кто является участником Medicaid, накопительной программы Medicare или программы Extra Help, могут менять планы раз в квартал в течение первых девяти месяцев года (январь-март; апрель-июнь; июль-сентябрь), причем изменения вступают в силу с первого числа следующего месяца.
- Участники EPIC могут менять план Части D один раз в календарном году (см. стр. 39).
- С 1 января по 31 марта, если вы участвуете в Части D плана Medicare Advantage, вы можете внести изменения в другой план Medicare Advantage или в Original Medicare с обеспечением или без обеспечения лекарствами по Части D.
- Смена округа проживания, где у участника имеются новые варианты выбора плана Части D. (Этот период специальной регистрации также предоставляется лицам, возвращающимся в США после проживания за границей, и лицам, вышедшим из тюрьмы.)
- Лица, поступающие в учреждение долгосрочного ухода, включая учреждения квалифицированного сестринского ухода, пребывающие в таком учреждении или покидающие его.
- Лица, теряющие покрытие, спонсируемое работодателем или профсоюзом, включая COBRA, для регистрации в плане Части D.
- Выход плана обеспечения рецептурными препаратами из зоны обслуживания.

You can apply to join a Medicare Part D plan in several ways:

- Online at www.medicare.gov or the plan's website.
- Over the telephone by calling 1-800-MEDICARE or by calling the plan directly.
- In person, through a Part D plan's representative, during a scheduled home visit.

Late enrollment penalty

- Even if a person with Medicare does not currently use a lot of prescription drugs, he or she should still consider purchasing a Part D plan. If a beneficiary does not have creditable drug coverage (coverage that is at least as good as the standard Medicare prescription drug coverage), they will have to pay a late enrollment penalty if they choose to enroll later. The penalty is equivalent to one percent (1%) of the "base premium" (\$32.74 in 2020) per full month that the person with Medicare was not enrolled in a Medicare prescription drug plan when first eligible, and did not have creditable coverage. This penalty needs to be paid for as long as you have Part D coverage. If the beneficiary has had creditable coverage with a gap of no more than 63 days from when that coverage ended and the Medicare Part D coverage begins, they will not be subject to a penalty. There is no late enrollment penalty for people with full or partial Extra Help (see page 37).
- Anyone who enrolls in Part D during their Initial Enrollment Period (IEP) will not incur a late enrollment penalty. Other people with creditable coverage, such as through a former employer or union, the Veterans Administration (VA), or TRICARE for Life, will not experience a penalty for late enrollment.

Do I need a Part D plan if I have employer health coverage?

You may not need to enroll in a Part D plan if you have creditable drug coverage through a current or former employer. The current or former employer should advise you, usually through a letter, as to whether your drug coverage is "creditable" and whether or not you should enroll in a Part D plan. If you do not receive a letter, contact the employer to determine if you should enroll in a Part D plan. This is vital, since enrollment in a Part D plan may compromise all health benefits through that employer, not just prescription drug coverage.

Do I need a Part D plan if I don't take any medications?

Having Part D coverage is optional, though it is important to remember that most people can only sign up for a plan during the Annual Election Period (AEP), from October 15 - December 7 of each year. It may be advisable to explore the least expensive plan in case your drug needs change in the coming year. You may face a late enrollment penalty if you do not enroll when you are first eligible.

How do I select a Part D plan?

To select a Part D plan, it is best to use the Planfinder tool at www.medicare.gov. You can log in using your Medicare account username and password, or do a general search where you do not enter identifying information.

Вы можете подать заявление в план Medicare, Часть D, несколькими способами:

- Онлайн по ссылке www.medicare.gov или через вебсайт плана.
- По телефону, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE или непосредственно сотрудникам плана.
- Лично, через представителя плана Части D во время запланированного визита к вам домой.

Штраф за регистрацию с опозданием

- Даже если лицо со страховкой Medicare в настоящее время использует небольшое количество рецептурных препаратов, все же следует рассмотреть возможность приобретения плана Части D. Если у участника отсутствует засчитываемое страховое покрытие стоимости препаратов (это означает покрытие по крайней мере на уровне стандартного покрытия рецептурных препаратов Medicare), ему придется заплатить штраф за позднюю регистрацию, если он решит зарегистрироваться в плане позже. Сумма штрафа составляет один процент (1 %) от базового взноса (\$32,74 в 2020 г.) за полный месяц, в течение которого участник Medicare не зарегистрировался в плане страхового покрытия рецептурных препаратов Medicare и не имел засчитываемого страхового покрытия. Этот штраф должен выплачиваться за тот период, когда вы имеете страховку по Части D. Если участник имеет засчитываемое страховое покрытие с разрывом не более чем 63 дня после окончания действия страхового покрытия и начала действия Medicare, Часть D, он не подлежит штрафу. Штраф за регистрацию с опозданием не налагается на лиц, получающих полную или частичную субсидию Extra Help (см. стр. 37).
- На тех, кто зарегистрировался в плане Части D во время срока первичной регистрации (Initial Enrollment Period, IEP), штраф за регистрацию с опозданием не налагается. Другие лица с засчитываемым страховым покрытием, например, со страховкой от бывшего работодателя или профсоюза, Управления по делам ветеранов (Veterans Administration, VA) или программы TRICARE for Life, не подлежат штрафу за регистрацию с опозданием.

Нужен ли мне план Части D, если у меня есть медицинская страховка от работодателя?

Возможно, вам не потребуется регистрация в плане Части D, если у вас есть засчитываемое страховое покрытие от нынешнего или бывшего работодателя. Нынешний или бывший работодатель должен сообщить вам, обычно письмом, является ли ваше страховое покрытие лекарственных препаратов засчитываемым и должны ли вы зарегистрироваться в плане Части D. Если вы не получите такого письма, свяжитесь с работодателем, чтобы выяснить, должны ли вы зарегистрироваться в плане Части D. Это важно, поскольку регистрация в плане Части D может подвергнуть риску всё медицинское страховое обеспечение, получаемое через данного работодателя, а не только страховое покрытие рецептурных препаратов.

Нужен ли мне план Части D, если я не принимаю лекарства?

Наличие покрытия Части D является необязательным, хотя необходимо помнить, что большинство лиц могут зарегистрироваться в плане лишь в период ежегодной специальной регистрации (Annual Election Period, AEP) с 15 октября по 7 декабря каждого года. Возможно, вам стоит выбрать самый недорогой план на случай, если вам потребуется принимать препараты в следующем году. Вы можете подвергнуться штрафу при регистрации с опозданием, если вы не регистрируетесь тогда, когда вы изначально получите на это право.

Как выбрать план Части D?

Чтобы выбрать план Части D, воспользуйтесь персонализированным поиском плана по адресу www.medicare.gov. Вы можете войти в систему, используя имя пользователя и пароль своей учетной записи в Medicare, или через общий поиск, где вы не вводите идентификационную информацию.

Follow the Planfinder prompts so all of the medications you are currently taking or expect to take in the upcoming year, along with the dosages and quantities needed are correct. It is best to ask for a listing of your medications from your pharmacist before you start this process.

You will be asked to select up to three pharmacies that you would like to include in your search. After you have input all of the information, the plan finder will allow you to select which plans you would like to view— either Part D plans that work with Original Medicare, or Medicare Advantage Plans. You can use various tools to filter the search results. It is important to look at the details of each plan to understand what restrictions, if any, may apply. It is also advised to call up the plan to verify the information.

When you have selected the plan that's right for you, you can enroll online or by calling Medicare (1-800-MEDICARE) or the Part D plan. HIICAP counselors are able to assist you with using the Planfinder.

Cost utilization management tools

In an effort to control costs, Medicare prescription drug plans employ the following cost utilization management tools – Tiers, Prior Authorization, Step Therapy, and Quantity Limits.

- **Tiers:** Part D plans divide their formulary (list of covered medications) into “tiers” and encourage the use of drugs covered under a lower tier by assigning different co-payments or coinsurance for the different tiers. Generally, generic drugs fall under a lower tier and cost less than drugs covered under a higher tier, such as brand-name medications.
- **Prior Authorization:** Although a plan may cover a medication in its formulary, they may require that a doctor contact the plan to explain the medical necessity for that particular drug.
- **Step Therapy:** A Part D plan may require a beneficiary to try less expensive drugs for the same condition before they will pay for a more expensive, brand name medication. However, if a beneficiary has already tried the less expensive drugs they should speak to their doctor about requesting an exception from the plan.
- **Quantity Limits:** For safety and cost reasons, plans may limit the quantity of drugs that they cover over a certain period of time. For instance, a plan may only cover up to a 30-day supply of a drug at a time.

Part D Appeals

Part D appeals follow the same process regardless of whether you have coverage in a Stand-Alone Part D Plan (PDP) or a Medicare Advantage plan (MA). If a plan won't cover a drug you think you need, or if the plan will cover the drug, but at a higher price than you think you should pay, you can:

- Speak to your prescriber to see if there's another medication that the plan would cover.
- Ask the plan to grant an “Exception” to cover your medication, or to cover your medication at lower cost sharing.
- If you disagree with your plan's decision, you can file an appeal by following the directions on the plan's denial notice. Pay attention to the time limit for filing appeals.

Следуйте подсказкам для поиска плана, чтобы все названия лекарств, которые вы принимаете в настоящее время или которые вы будете принимать в следующем году, а также дозы и количество были введены правильно. Мы рекомендуем вам обратиться к фармацевту за списком препаратов, прежде чем вы воспользуетесь поиском.

Вам предложат выбрать до двух аптек, которые вы хотели бы включить в ваш поиск. После того как вы введете всю информацию, поиск планов предложит вам выбрать, с какими планами можно ознакомиться — планы Части D, которые совместимы с Original Medicare, или планы Medicare Advantage. Вы можете использовать различные инструменты, чтобы отфильтровать результаты поиска. Необходимо изучить подробности каждого плана, чтобы понять, какие могут применяться ограничения, если таковые имеются. Рекомендуется позвонить сотрудникам плана, чтобы проверить информацию.

Выбрав подходящий вам план, вы можете зарегистрироваться через Интернет или позвонив в компанию Medicare (1-800-MEDICARE) или сотрудникам плана Части D. Консультанты HIICAP могут объяснить вам, как пользоваться персонализированным поиском плана.

Инструменты управления расходами

С целью контроля расходов планы страхового покрытия рецептурных препаратов Medicare используют следующие инструменты управления расходами — категории (Tiers), предварительное разрешение (Prior Authorization), поэтапное лечение (Step Therapy) и количественные ограничения (Quantity Limits).

- **Категории:** Большинство планов Части D делят свой фармацевтический справочник (перечень оплачиваемых препаратов) на категории и поощряют использование покрываемых препаратов из более низкой категории, назначая различные доплаты и различное совместное страхование для различных категорий. Как правило, непатентованные препараты относятся к более низкой категории и имеют более низкую стоимость, чем покрываемые препараты из более высокой категории, например, патентованные препараты.
- **Предварительное разрешение.** Даже если планом предусмотрено страховое покрытие определенного препарата, включенного в перечень, может потребоваться, чтобы врач связался с планом и объяснил медицинскую необходимость назначения именно этого препарата.
- **Поэтапное лечение.** В плане Части D может предусматриваться, чтобы участник начал использовать менее дорогостоящие препараты для лечения заболевания, прежде чем он начнет оплачивать более дорогостоящее фирменное лекарство. Однако если участник уже принимал менее дорогой препарат, он должен поговорить со своим врачом о подаче запроса на исключение.
- **Ограничение количества.** По причинам безопасности и уменьшения расходов планы могут ограничивать количество препаратов, оплачиваемых за определенный период времени. Например, план может оплачивать лишь 30-дневный запас препарата, приобретаемый за один раз.

Апелляции по Части D

Апелляции по Части D выполняются по одинаковой процедуре, независимо от того, имеете ли вы покрытие в независимом плане Части D (PDP) или плане Medicare Advantage (MA).

Если в покрытие плана не входит препарат, который, по вашему мнению, вам нужен, или в покрытие плана входит препарат, но вы считаете, что цена на него завышена, вы можете:

- Поговорить с вашим врачом, чтобы узнать, есть ли другие лекарства, которые входят в покрытие плана.
- Попросить план предоставить «Исключение», чтобы оплатить ваш препарат или оплатить ваш препарат по более низкой стоимости при совместном несении расходов.
- Если вы не согласны с решением вашего плана, вы можете подать апелляцию, следуя указаниям в уведомлении об отказе в медицинском покрытии. Обратите внимание на срок подачи апелляций.

Extra Help with Drug Plan Costs for People with Limited Incomes

The Social Security Administration (SSA) subsidizes the cost of a Part D plan for Medicare beneficiaries with lower incomes and limited resources. The subsidy is paid directly to the Part D plan. The program is called the Low-Income Subsidy Program (LIS), also known as Extra Help. People with Medicaid and/or a Medicare Savings Program (MSP) are automatically enrolled in Full Extra Help; one can also apply directly through SSA for Extra Help. One does not need to be collecting Social Security benefits to receive Extra Help.

Full Extra Help is for beneficiaries with monthly incomes up to 135% of the Federal Poverty Level, and resource limits within the amounts stated below. Resources include an additional \$1,500 for individuals and \$3,000 for couples for funeral or burial expenses.

Benefits of Full Extra Help:

- No monthly premium for a Part D plan, as long as the plan selected is a “benchmark” plan, a Basic plan that has a monthly premium that is fully subsidized by Extra Help (monthly premium up to \$36.55 in 2020).
- No deductible.
- Reduced co-pays, depending on income - beneficiaries with incomes up to 100% of the Federal Poverty Level will have co-pays of \$1.30 for generic and \$3.90 for brand name prescriptions. All others with full Extra Help will have co-pays limited to \$3.60 for generic and \$8.95 for brand name prescriptions.

Partial Extra Help is for beneficiaries with monthly incomes up to 150% of the Federal Poverty Level and resource limits within the amounts stated below. Resources include an additional \$1,500 for individuals and \$3,000 for couples for funeral or burial expenses.

Benefits of Partial Extra Help:

- Monthly plan premium on a sliding scale based on income.
- Deductible reduced to not more than \$89.
- Reduced co-pays – pay the lower of 15% of drug costs or the plan’s cost-sharing.

Extra Help Income and Asset Limits (2020)				
	Individual		Married Couple	
	Monthly Income	Assets	Monthly Income	Assets
Full Extra Help	\$1,456	\$9,360	\$1,960	\$14,800
Partial Extra Help	\$1,615	\$14,610	\$2,175	\$29,160

Дополнительная помощь при оплате взносов плана обеспечения лекарственными препаратами для лиц с ограниченными доходами

Управление социального обеспечения (Social Security Administration, SSA) субсидирует стоимость плана Части D для малообеспеченных получателей Medicare. Субсидия напрямую идет на оплату плана Части D. Программа называется «Программа субсидий для малообеспеченных» (Low-Income Subsidy Program, LIS), известная также как Extra Help (Дополнительная помощь). Участники Medicaid и/или программы Medicare Savings Program (MSP) автоматически зачисляются в программу Полная субсидия Extra Help (Полная дополнительная помощь); можно также подать заявку на Extra Help напрямую через SSA. Для получения Extra Help не нужно собирать пособия по социальному обеспечению.

Полная субсидия Extra Help предназначена для участников с ежемесячным доходом до 135 % прожиточного минимума и ограничениями ресурсов в пределах сумм, указанных ниже. Ресурсы включают дополнительные \$1 500 для одного лица и \$3 000 для семейной пары на похоронные расходы.

Полная субсидия Extra Help:

- Никаких ежемесячных взносов по плану Части D, если выбранный план является «минимальным» планом - Базовым планом с ежемесячным страховым взносом, который полностью покрывается субсидией Extra Help (сумма ежемесячного взноса в 2020 г. составляет \$36,55).
- Без франшизы.
- Сниженный размер совместных платежей в зависимости от дохода — для получателей с доходом до 100 % федерального прожиточного минимума совместная доплата составит \$1,30 на непатентованные рецептурные препараты и \$3,90 на патентованные рецептурные препараты. Для всех остальных получателей полной субсидии Extra Help размер совместного платежа составит \$3,60 на непатентованные рецептурные препараты и \$8,95 на патентованные рецептурные препараты.

Частичная субсидия Extra Help предназначена для участников с ежемесячным доходом до 150 % прожиточного минимума и ограничениями ресурсов в пределах сумм, указанных ниже. Ресурсы включают дополнительные \$1 500 для одного лица и \$3 000 для семейной пары на похоронные расходы.

Частичная субсидия Extra Help:

- Ежемесячный страховой взнос по скользящей шкале в зависимости от дохода.
- Франшиза снижена до суммы не более \$89.
- Уменьшенный размер совместных платежей — оплачивайте либо стоимость препарата, либо полагающуюся сумму при совместном несении расходов, в зависимости от того, что из них меньше.

Ограничения по доходу и активам касательно Extra Help (2020)				
	Для лиц, не состоящих в браке		Для семейных пар	
	Месячный доход	Имущество/активы	Месячный доход	Имущество/активы
Полная субсидия Extra Help	\$1 456	\$9 360	\$1 960	\$14 800
Частичная субсидия Extra Help	\$1 615	\$14 610	\$2 175	\$29 160

HIICAP counselors can help screen for eligibility for Extra Help, as can the Social Security Administration. To apply for Extra Help, call SSA at 1-800-772-1213 (1-800-325-0778 TTY), or apply online at www.socialsecurity.gov. You may apply for Extra Help at any time of the year.

Individuals with Extra Help will not be subject to a late enrollment penalty in Part D. Additionally, those with Extra Help may change their Part D plan at additional times during the year. See page 35 for more information.

There are cases where someone is automatically eligible for Extra Help but is not enrolled in a Part D plan. The Limited Income Newly Eligible Transition (LINET) Program, administered by Humana, may be able to help. LINET can get you retroactive or temporary prescription drug coverage while you enroll in a Part D plan. You may need documentation of Best Available Evidence that you are eligible for Extra Help, such as a Medicaid award letter, a MSP award letter, or proof of SSI. LINET can be reached at 1-800-783-1307.

Консультанты программы HIICAP и сотрудники Управления социального обеспечения (Social Security Administration, SSA) могут помочь вам определить, имеете ли вы право на данную льготу. Для оформления заявки позвоните по телефону 1-800-772-1213 (для пользователей ТТУ: 1-800-325-0778) или подайте заявку онлайн на сайте www.socialsecurity.gov. Вы можете обратиться за Extra Help в любое время в течение года.

Штраф за опоздание в регистрации в Части D не распространяется на лиц, получающих субсидию Extra Help. Кроме того, пользователи Extra Help могут изменить свой план Части D в другое время в течение года. Дополнительную информацию см. на стр. 35.

Есть случаи, когда кто-то автоматически получает право на Extra Help, но не участвует в плане Части D. Воспользуйтесь Программой перехода для лиц с ограниченными доходами (LINET), которую проводит Humana. LINET может предоставить вам ретроактивное или временное покрытие для рецептурных препаратов, пока вы регистрируетесь в плане Части D. Вам может потребоваться документация с наиболее достоверной информацией того, что вы имеете право на дополнительную помощь, например, письмо о назначении пособия от Medicaid, от MSP или подтверждение SSI. В LINET можно позвонить по телефону 1-800-783-1307.

NEW YORK STATE EPIC PROGRAM (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage)

The Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage program (EPIC) is New York State's prescription drug insurance program for New York State's senior citizens. If you are 65 years old or over, live in New York State, and have an income of up to \$75,000 for singles/\$100,000 for married couples, you may be eligible for EPIC. Most pharmacies in New York State participate with the EPIC program.

You must have Part D coverage (PDP or MA-PD) to have EPIC, but if you do not yet have Part D and enroll in EPIC, you can select a Part D plan at that time. Individuals with full Medicaid are not eligible for EPIC (those with a Medicaid spenddown may still be eligible).

EPIC works as secondary coverage to Medicare Part D to lower drug costs. EPIC members should present their Part D card and their EPIC card at the pharmacy each time they fill a prescription. After meeting any Part D deductible, EPIC is secondary coverage. EPIC also covers approved Part D excluded drugs, including prescription vitamins and cough and cold medicines.

EPIC FEE AND DEDUCTIBLE PLANS

There are two plans within EPIC, the Fee Plan and the Deductible Plan. Applicants do not have a choice of which plan to join; EPIC makes this decision based on the individual's/couple's income.

EPIC's Fee Plan is for individuals with annual incomes up to \$20,000 and married couples with incomes up to \$26,000. To participate in the Fee Plan, participants pay the annual fee associated with their income, set on a sliding scale. Fees are based on the previous year's annual income and are paid quarterly. For example: a single person with an income of \$16,000 would be responsible for an annual fee of \$110. A couple with an income of \$24,000 would pay \$260 per person to participate in EPIC's Fee Plan. After paying the fee, participants pay the EPIC co-pay for their medications, based on their Part D plan's deductible and cost-sharing.

EPIC pays the Part D monthly premium for Fee Plan members, up to \$36.55 per month in 2020. In addition, EPIC members with full Extra Help (see page 37) will have their EPIC fees waived.

ПРОГРАММА СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC)

Программа страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых людей (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) — это программа страхового покрытия рецептурных лекарственных препаратов для пожилых жителей штата Нью-Йорк. Если вы старше 65 лет, проживаете в штате Нью-Йорк и ваш доход не превышает \$75 000 для одного лица и \$100 000 для семейных пар, возможно, вы имеете право на участие в программе EPIC. Большинство аптек в штате Нью-Йорк участвуют в программе EPIC.

Чтобы пользоваться преимуществами программы EPIC, у вас должно быть покрытие Части D (PDP или MA-PD). Если у вас еще нет Части D и вы не участвуете в программе EPIC, вы можете в это время выбрать план Части D. Лица, имеющие полную страховку Medicaid, не имеют права на участие в программе EPIC (однако лица с избыточным доходом, имеющие страховку Medicaid с превышением дохода (spenddown), могут иметь право на участие).

Программа EPIC работает в качестве вторичного покрытия Части D программы Medicare для снижения расходов на лекарства. Каждый раз, когда им в аптеке отпускается лекарство по рецепту, участники EPIC должны предъявлять свою карточку участника Части D, а также свою карточку EPIC. После того как выплаты достигнут размера любой франшизы по Части D, EPIC является вторичным страховым покрытием. EPIC также покрывает исключенные лекарства, одобренные по Части D, в том числе витамины, отпускаемые по рецепту, а также лекарства от кашля и простуды.

ПЛАН ПРОГРАММЫ EPIC С ЕЖЕГОДНЫМ ВЗНОСОМ И ПЛАН ПРОГРАММЫ EPIC С ФРАНШИЗОЙ

Программа EPIC имеет два плана: план с ежегодным взносом и план с франшизой. Лица, подающие заявление на участие, не могут сами выбрать план; EPIC принимает решение на основании дохода лица/семейной пары.

План с ежегодным взносом программы EPIC предназначен для лиц с годовым доходом, не превышающим \$20 000, и для семейных пар с доходом, не превышающим \$26 000. Участники плана с ежегодным взносом вносят ежегодную плату по скользящей шкале, исходя из доходов. Взносы основаны на сумме дохода за предшествующий год и выплачиваются ежеквартально. Например, лицо с доходом \$16 000 будет вносить ежегодную плату в сумме \$110. Пара с доходом \$24 000 будет выплачивать \$260 на человека, чтобы участвовать в Плане с ежегодным взносом программы EPIC. После уплаты взноса участники вносят доплату EPIC за свои лекарства на основе размера франшизы по Части D и совместного несения расходов.

В 2020 г. программа EPIC оплачивает ежемесячный взнос по Части D за участников плана в размере до \$36,55. Кроме того, участники плана EPIC, получающие Полная субсидия Extra Help (см. стр. 37), освобождаются от уплаты взноса за EPIC.

EPIC's Deductible Plan is for individuals with annual incomes between \$20,001 and \$75,000, and married couples with incomes between \$26,001 and \$100,000. To participate in the Deductible Plan, participants pay for their prescriptions until they meet their EPIC deductible amount, which is based on the previous year's income. After meeting the deductible, participants pay only the EPIC co-pay. For example, a single person with an income of \$23,000 must meet an annual deductible of \$580. For a married couple with an income of \$29,000, each person must meet an annual deductible of \$700. There is no fee to join the deductible plan.

EPIC pays the Part D monthly premium (up to \$36.55 per month in 2020) for Deductible Plan members with incomes up to \$23,000 single/\$29,000 married. Deductible Plan members with higher incomes must pay their own Part D premiums, but their EPIC deductible will be lowered by the annual cost of a basic Part D plan (\$438.60 in 2020).

After a Deductible Plan member reaches his/her deductible, all that they will need to pay is the EPIC co-payment for covered drugs, based on their Part D plan's copays. Drug costs incurred in the Part D deductible phase cannot be applied to the EPIC deductible.

TIPS

- ✓ EPIC members without Extra Help may want to look into a Part D plan without a deductible; EPIC does not cover prescription medications purchased during a Part D plan's deductible period.
- ✓ EPIC enrollment and EPIC copays are not reflected in the www.medicare.gov Planfinder tool.

How does EPIC work with Medicare Part D?

New York law requires EPIC members to also be enrolled in a Medicare Part D plan (see Medicare Part D, page 27), so if someone cannot enroll in Part D for whatever reason, they are not eligible for EPIC.

You can enroll in EPIC at any time of the year. Even if you do not have a Part D plan at the time of EPIC enrollment, you can enroll in a Part D plan afterwards.

План с франшизой программы EPIC предназначен для лиц с годовым доходом от \$20 001 до \$75 000 и для пар с доходом от \$26 001 до \$100 000. Участники Плана с франшизой оплачивают рецептурные препараты, пока сумма выплат не станет равна их франшизе EPIC, которая основана на сумме дохода за предшествующий год. После того как эта сумма станет равна размеру франшизы, участники оплачивают только сумму доплаты, предусмотренную программой EPIC. Например, участник с доходом \$23 000 должен выплатить сумму, равную ежегодной франшизе в сумме \$580. Семейная пара с доходом \$29 000 должна выплатить сумму, равную ежегодной франшизе в сумме \$700 на каждого супруга. Регистрация в плане с франшизой бесплатна.

Программа EPIC оплачивает ежемесячный взнос по Части D (до \$36,55 в месяц в 2020 г.) для участников плана с франшизой с доходом на одного человека до \$23 000 и для семейных пар до \$29 000. Для участников плана с франшизой с более высоким доходом предусмотрены свои взносы по Части D, однако сумма их франшизы по программе EPIC может быть уменьшена на сумму годовой стоимости основного плана Части D (приблизительно \$438,60 в 2020 г.).

После достижения участником плана с франшизой суммы его франшизы ему остается вносить только доплату за покрываемые лекарственные препараты по программе EPIC на основе их доплат по плану Части D. Расходы на рецептурные препараты, понесенные в плане Части D в счет оплаты франшизы, не могут быть применены к франшизе программы EPIC.

СОВЕТЫ

- ✓ Участники программы страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых людей (EPIC) без Extra Help (Дополнительной помощи), возможно, захотят рассмотреть возможность участия в Части D плана без франшизы; программа EPIC не покрывает расходы на рецептурные препараты, приобретаемые в период франшизы по плану Части D.
- ✓ Зачисление в план EPIC и доплаты по программе EPIC не отражаются в инструменте подбора планов Planfinder на веб-сайте www.medicare.gov.

Каким образом программа EPIC работает вместе с Medicare, Часть D?

Согласно законам штата Нью-Йорк участники программы EPIC должны также зарегистрироваться в плане Medicare, Часть D (см. Medicare, Часть D, стр. 27). Таким образом, лица, которые по какой-либо причине не могут зарегистрироваться в Части D, не имеют право на участие в программе EPIC.

Зарегистрироваться в программе EPIC можно в любое время в течение года. Лица, не имеющие страховки по Части D на момент регистрации в программе EPIC, могут зарегистрироваться в плане Части D позднее.

Part D coverage is primary and EPIC coverage is always secondary. The enrollee pays the EPIC co-pay based on the amount remaining after the Part D plan pays, thus reducing the enrollee's costs. For example, if you are responsible for paying a \$20 co-pay for a drug using your Part D coverage and also have EPIC, you would pay the EPIC co-pay on a \$20 drug, which is \$7. In addition, EPIC will cover you after you have met any Part D deductible, including during the initial coverage level, the coverage gap, and during catastrophic coverage, as long as the drugs are first covered by your Part D plan. EPIC will be a secondary payer for Part D plan members who use EPIC participating mail order pharmacies, even if that mail order pharmacy is outside of NY State. (EPIC will not pay the out-of-state pharmacy for a drug not covered by the Part D plan.)

EPIC is New York State's State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP). SPAP members have a Special Enrollment Period (SEP), which allows you to enroll in or switch Part D plans (either a Medicare Advantage plan with Part D coverage, or a Part D plan that works with Original Medicare) one additional time each year.

EPIC and Extra Help

EPIC requires members who appear to be income eligible for Extra Help to complete an additional form called Request for Additional Information (RAFI) so that EPIC can apply to the Social Security Administration for Extra Help on their behalf. The application for Extra Help will then be forwarded to New York State's Medicaid program to assess eligibility for a Medicare Savings Program (see page 43) to help pay for the Medicare Part B premium.

Co-payments for Medicare Part D and EPIC covered or approved Part D excluded drugs:

Prescription Cost (after submitting to Medicare Part D plan)	EPIC Co-Payment
Up to \$ 15	\$ 3
\$ 15.01 to \$ 35	\$ 7
\$ 35.01 to \$ 55	\$ 15
Over \$ 55	\$ 20

Покрытие Части D является первичным, а покрытие программы EPIC всегда является вторичным. Участники программы EPIC оплачивают доплату, исходя из суммы, оставшейся после выплат, совершенных планом Части D, тем самым расходы для участника уменьшаются. Например, если сумма доплаты за препарат составляет \$20 согласно покрытию Части D и у вас есть страховка EPIC, вы доплатите \$7 по плану EPIC за препарат, стоимость которого составляет \$20. Кроме того, план EPIC обеспечит вам страховое покрытие после того, как ваши выплаты достигнут размера франшизы по Части D, в том числе при первоначальном уровне покрытия, при разрыве в страховом покрытии и в период критического страхового покрытия - при условии, что покрытие препаратов сначала обеспечит план Части D. EPIC будет выступать в роли вторичного плательщика для участников плана Части D, пользующихся услугами некоторых аптек, участвующих в EPIC и высылающих препараты по почте, даже если эта аптека расположена за пределами штата Нью-Йорк. (EPIC не будет оплачивать расходы аптеке, расположенной за пределами штата, за препарат, не покрываемый планом Части D.)

EPIC — это государственная программа помощи в обеспечении лекарственными препаратами (SPAP) штата Нью-Йорк. Для участников программы SPAP предусмотрен специальный период регистрации (Special Enrollment Period, SEP), позволяющий зарегистрироваться или менять планы Части D (либо план Medicare Advantage с покрытием по Части D, либо план Части D с Original Medicare) еще один раз в течение года.

Программа EPIC и субсидия Extra Help

Участники программы EPIC, чей доход удовлетворяет критериям получения субсидии Extra Help, должны заполнить дополнительную форму под названием «Запрос дополнительной информации» (Request for Additional Information, RAFI), чтобы сотрудники программы EPIC могли от их имени обратиться в Управление социального обеспечения для получения субсидии Extra Help. Заявление на получение субсидии Extra Help будет передано в программу Medicaid штата Нью-Йорк с целью оценки права заявителя на участие в сберегательной программе Medicare (Medicare Savings Program) (см. стр. 43), которая помогает оплачивать взносы за Medicare, Часть B.

Размер доплаты за препараты, покрываемые программой Medicare, Часть D, и EPIC или за одобренные препараты, исключенные из покрытия по Части D:

Стоимость рецептурного препарата (после подачи заявки в план Medicare, Часть D)	EPIC Доплата
До \$ 15	\$ 3
От \$ 15,01 до \$ 35	\$ 7
От \$ 35,01 до \$ 55	\$ 15
Более \$ 55	\$ 20

EPIC and Employer/Retiree Drug Coverage

EPIC requires Part D plan enrollment; individuals with employer/retiree drug coverage are unlikely to have EPIC, since enrollment in a Part D plan would most likely compromise their employer/retiree coverage. However, sometimes the employer/retiree drug coverage is actually considered to be a Part D plan, in which case the individual could also have EPIC. **Check with the benefits manager to find out what drug coverage you have.**

Applying for EPIC

- You can call EPIC at 1-800-332-3742 (TTY: 1-800-290-9138) to request an application.
- Visit https://www.health.ny.gov/health_care/epic/ for more information on EPIC and to download and print an application. You can also submit an online request for EPIC to mail you an application.
- Fax the completed EPIC application to 518-452-3576, or mail the completed application to EPIC, P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018.

Программа EPIC и покрытие лекарственных препаратов, предоставляемое работодателем/пенсионным планом

Условием участия в программе EPIC является регистрация в плане Части D. Владельцы страховок, предусматривающих покрытие лекарственных препаратов от работодателя/пенсионного плана, не смогут иметь покрытие EPIC, поскольку регистрация в плане Части D может поставить под угрозу их страховку от работодателя/пенсионного плана. Однако бывают случаи, когда покрытие лекарственных препаратов от работодателя/пенсионного плана фактически считается планом Части D, что означает, что в данном случае владелец такой страховки также может иметь покрытие EPIC. **Узнайте у менеджера по пособиям, на какое покрытие лекарственных препаратов вы имеете право.**

Подача заявления на участие в программе EPIC

- Вы можете подать заявку, позвонив в EPIC по номеру 1-800-332-3742 (для пользователей TTY: 1-800-290-9138).
- Перейдите по ссылке https://www.health.ny.gov/health_care/epic/, чтобы получить дополнительную информацию и загрузить и распечатать заявление. Также вы можете подать в EPIC запрос через Интернет с просьбой выслать вам заявление.
- Отправьте заполненное заявление на регистрацию в плане EPIC по факсу на номер 518-452-3576 или по почте на адрес EPIC, P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018.

MEDICARE SAVINGS PROGRAMS

Medicare Savings Programs (MSP) can help eligible individuals pay for their Medicare premiums and other costs associated with Medicare. MSPs are administered by the Human Resources Administration (HRA) in New York City. One can apply for an MSP at any time of the year. MSPs are authorized for 12-months; HRA mails renewal packets annually to assess ongoing eligibility.

Below is information on the Medicare Savings Programs, followed by income limits for each of the programs, and how to apply.

- **Qualified Medicare Beneficiary Program (QMB):** This program can pay for the Medicare Part A and/or Part B premium, as well as the coinsurance and deductibles for Parts A and B. An individual can be eligible for QMB only, or for QMB as well as Medicaid. Individuals with QMB should see providers who accept both Medicare and Medicaid if they want full Medical coverage with no out-of-pocket costs.
 - NEW: QMB status is now noted on the Medicare Summary Notice, making it clear that the QMB beneficiary is not responsible for any Medicare cost-sharing.
 - SSI recipients should be auto-enrolled in QMB when they become Medicare eligible and should be enrolled in both Medicare Part A and Part B.
- **Specified Low Income Medicare Beneficiary Program (SLMB):** This program pays for the Medicare Part B premium. Individuals can be eligible for SLMB only, or for SLMB and Medicaid (with a spenddown). The applicant must have Medicare Part A in order to be eligible for SLMB.
- **Qualified Individual (QI):** This program pays for the Medicare Part B premium. Individuals cannot be eligible for both QI and Medicaid. The applicant must have Medicare Part A to be eligible for QI.

MSP Monthly Income and Resource Limits - 2019				
	Single		Married Couple	
	Income	Resources	Income	Resources
QMB: 100% FPL	\$1,061	No Limit	\$1,420	No Limit
SLMB:120% FPL	\$1,269	No Limit	\$1,711	No Limit
QI: 135% FPL	\$1,426	No Limit	\$1,923	No Limit

MSP Monthly Income and Resource Limits – 2020 estimate				
	Single		Married Couple	
	Income	Resources	Income	Resources
QMB: 100% FPL	\$1,083	No Limit	\$1,457	No Limit
SLMB:120% FPL	\$1,296	No Limit	\$1,744	No Limit
QI: 135% FPL	\$1,456	No Limit	\$1,960	No Limit

СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ MEDICARE

Сберегательные программы Medicare (MSP) предназначены для помощи участникам, соответствующим критериям, в оплате страховых взносов и других расходов, связанных с программой Medicare. В г. Нью-Йорке программами MSP руководит Управление трудовыми ресурсами (Human Resources Administration, HRA). Вы можете подать заявку на MSP в любое время в течение года. MSP действуют 12 месяцев; HRA ежегодно рассылает пакеты продления на следующий период, чтобы оценить соответствие требованиям.

Ниже представлена информация о сберегательных программах Medicare, об ограничениях по доходам по каждой программе, а также информация о том, как подать заявку на участие.

- **Программа для правомочных участников Medicare (QMB):** Данная программа может оплачивать взносы по Medicare, Часть А и/или Часть В, а также суммы совместного страхования и франшизы по Части А и Части В. Человек может иметь право на участие только в программе QMB, или как в QMB, так и в Medicaid. Если лица, зарегистрированные в программе QMB, хотят получать полное страховое покрытие Medicare без наличных расходов, они должны обращаться к врачам или в медицинские учреждения, которые работают как с программой Medicare, так и с Medicaid.
 - НОВАЯ УСЛУГА: Статус QMB теперь отмечен в Сводном отчете Medicare, в котором четко указано, что бенефициар QMB не несет ответственность за совместное несение расходов по программе Medicare.
 - Получатели SSI должны автоматически регистрироваться в QMB, когда они получают право на участие в Medicare, и должны быть зарегистрированы как в Medicare, Часть А, так и Часть В.
- **Программа для правомочных участников Medicare с низким доходом (SLMB):** В рамках данной программы оплачиваются страховые взносы по плану Medicare, Часть В. Вы можете иметь право на участие либо только в программе SLMB, либо одновременно в программах SLMB и Medicaid (с превышением дохода — spenddown) Чтобы иметь право на участие в программе SLMB, заявитель должен быть зарегистрирован в плане Medicare, Часть А.
- **Соответствующее критериям лицо (QI):** В рамках данной программы оплачиваются страховые взносы по плану Medicare, Часть В. Лицо не может одновременно участвовать в программах QI и Medicaid. Чтобы иметь право на участие в программе QI, заявитель должен быть зарегистрирован в плане Medicare, Часть А.

Ограничения на ежемесячный доход и ресурсы для участия в MSP — 2019 г.				
	Для лиц, не состоящих в браке		Для семейных пар	
	Доход	Ресурсы	Доход	Ресурсы
QMB: 100 % FPL	\$1 061	Ограничение отсутствует	\$1 420	Ограничение отсутствует
SLMB: 120 % FPL	\$1 269	Ограничение отсутствует	\$1 711	Ограничение отсутствует
QI: 135 % FPL	\$1 426	Ограничение отсутствует	\$1 923	Ограничение отсутствует

Ограничения на ежемесячный доход и ресурсы для участия в MSP — подсчет на 2020 г.				
	Для лиц, не состоящих в браке		Для семейных пар	
	Доход	Ресурсы	Доход	Ресурсы
QMB: 100 % FPL	\$1 083	Ограничение отсутствует	\$1 457	Ограничение отсутствует
SLMB: 120 % FPL	\$1 296	Ограничение отсутствует	\$1 744	Ограничение отсутствует
QI: 135 % FPL	\$1 456	Ограничение отсутствует	\$1 960	Ограничение отсутствует

Applying for a Medicare Savings Program

- One can apply through a Deputized Agent, at the local Medicaid office, or by mail.
 - A Deputized Agent will assist you with completing the application and collecting the necessary supporting documents. To make an appointment with a deputized HIICAP counselor, call Aging Connect at 212-244-6469 and ask for HIICAP. You can also reach out to the Medicare Rights Center at 1-800-333-4114.
 - Reach out to a Facilitated Enroller. Visit <https://www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf> or call 347-396-4705 to locate a center near your home where you can get assistance completing the application.
 - Mail the completed application and copies of supporting documents to: Medical Assistance Program; MSP-CREP, 5th Floor; P.O. Box 24330; Brooklyn, NY 11202-9801.

What application do I use?

- If you are applying for an MSP only (not Medicaid and an MSP), you can use the simplified Medicare Savings Application form, the DOH-4328, at <https://www.health.ny.gov/forms/doh-4328.pdf>.
- If you are applying for both an MSP and Medicaid, you must use the Medicare Savings Application and the Access NY Health Care, DOH-4220 application found at <https://www.health.ny.gov/forms/doh-4220.pdf>.

What counts as income when applying for an MSP?

- Income includes wages from an employer or self-employment. It also includes funds that are received on a monthly basis, such as Social Security, pension, Veteran's Benefits, Unemployment Insurance, etc., as well as regular distributions from an IRA, 401K, 403B, or other retirement account.
- There are certain income disregards which can reduce the amount of money that is counted when determining MSP eligibility. This can include health insurance premiums that are paid, for example: Medigap premiums, Long Term Care Insurance premiums, retiree health insurance premiums, and dental insurance.
Note: The MSP program requires that you be collecting any Social Security benefits for which you are eligible, unless delaying Social Security because you are working full time.

Medicare Savings Program advocacy tips:

- Individuals in an MSP are automatically eligible for full Extra Help to lower their Medicare Part D drug costs (see page 37).
- If you apply for Extra Help through the Social Security Administration, SSA will forward your information to New York State to be considered for MSP eligibility.
- You may qualify for a Medicare Savings Program even if still working due to earned income disregards.

Подача заявления на регистрацию в сберегательной программе Medicare

- Подать заявление на регистрацию можно через уполномоченного представителя, в местном офисе Medicaid или по почте.
 - Уполномоченный представитель поможет вам с заполнением заявления и сбором необходимых подтверждающих документов. Чтобы встретиться с уполномоченным консультантом программы HIICAP, позвоните в Aging Connect по номеру 212-244-6469 и попросите соединить вас с HIICAP. Вы также можете позвонить в Правовой центр программы Medicare (Medicare Rights Center) по телефону 1-800-333-4114.
 - Свяжитесь с учреждением, проводящим регистрацию. Перейдите по ссылке <https://www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf> или позвоните по номеру 347-396-4705, чтобы найти ближайший центр регистрации, где вы можете получить помощь в заполнении заявки.
 - Можно отправить заполненное заявление вместе с копиями подтверждающих документов по адресу: Medical Assistance Program; MSP-CREP, 5th Floor; P.O. Box 24330; Brooklyn, NY 11202-9801.

Какую форму заявления нужно использовать?

- Если вы подаете заявление только на участие в программе MSP (а не Medicaid и MSP одновременно), вы можете использовать упрощенную форму заявления на участие в сберегательной программе Medicare, DOH-4328, которую можно найти на веб-сайте <https://www.health.ny.gov/forms/doh-4328.pdf>.
- Если вы подаете заявление на участие одновременно в программах MSP и Medicaid, вы должны использовать заявление на участие в сберегательной программе Medicare и заявление на доступ к медицинскому обслуживанию в Нью-Йорке (Access NY Health Care), DOH-4220, которые доступны на веб-сайте <https://www.health.ny.gov/forms/doh-4220.pdf>.

Что считается доходом при подаче заявления на MSP?

- Доход включает в себя заработную плату от работодателя или доход от собственного бизнеса. Сюда также входят ежемесячные выплаты, такие как социальное пособие, пенсия, пособия для ветеранов, страхование по безработице и т. д., а также регулярные выплаты с индивидуального пенсионного счета, 401K, 403B или другого пенсионного счета.
- Существуют определенные неучтенные доходы, которые могут уменьшить сумму денег, учитываемую при определении права на участие в программе MSP. Сюда могут входить уплаченные страховые взносы, например: страховые взносы Medigap, страховые взносы для длительной медицинской помощи, пенсионные страховые взносы и стоматологическое страхование.
Примечание. Согласно требованиям программы MSP вы должны получать любые пособия по социальному обеспечению, на которые вы имеете право, кроме случаев, когда вам отсрочена выплата социальных пособий, потому что вы работаете полный рабочий день.

Рекомендации относительно регистрации в сберегательной программе Medicare:

- Участники MSP автоматически получают право на получение полной субсидии Extra Help, чтобы снизить стоимость рецептурных препаратов по плану Medicare, Часть D (см. стр. 37).
- Если вы подаете заявку на Extra Help через Управление социального обеспечения (SSA), вашу информацию направят в штат Нью-Йорк для определения права на участие в программе MSP.
- Вы можете принять участие в сберегательной программе Medicare (Medicare Savings Program), даже если все еще работаете из-за неучтенного трудового дохода.

MEDICARE FRAUD AND ABUSE

The federal government estimates that billions of dollars--approximately ten percent of the Medicare dollars spent--are lost through fraud, waste and abuse. Medicare beneficiaries are encouraged to be alert to, and report, any suspicious billing charges.

What is Fraud?

Fraud is the act of obtaining, or attempting to obtain, services or payments by fraudulent means—intentionally, willingly and with full knowledge of your actions. Examples of fraud are:

- Kickbacks, bribes or rebates.
- Using another person's Medicare card or number to obtain services.
- Billing for items or services not actually provided.
- Billing twice for the same service on the same date or different date.
- Billing for non-covered services, such as dental care, routine foot care, hearing services, routine eye exams, etc. and disguising them as covered services.
- Billing both Medicare and another insurer, or Medicare and the patient, in a deliberate attempt to receive payment twice.

What is Abuse?

Abuse can be incidents and practices which may not be fraudulent, but which can result in losses to the Medicare program. Examples of abuse are:

- Over-utilization of medical and health care services.
- Improper billing practices.
- Increasing charges to Medicare beneficiaries but not to other patients.
- Not adjusting accounts when errors are found.
- Routinely waiving the Medicare Part B deductible and 20% co-insurance.

Medicare Do's and Don'ts

- Never give your Medicare number to people you don't know. File a report with Medicare if you think someone has stolen your Medicare Beneficiary Identifier (MBI).
- Beware of private health plans, doctors and suppliers who use unsolicited telephone calls and door-to-door selling as a way to sell you goods and services.
- Be suspicious of people who call and identify themselves as being from Medicare. Medicare does not call beneficiaries and does not make house calls.
- Be alert to companies that offer free giveaways in exchange for your Medicare number.
- Watch for home health care providers that offer non-medical transportation services or housekeeping as Medicare-approved services.
- Be suspicious of people who claim to know ways to get Medicare to pay for a service that is not covered.
- Keep a record of your doctor visits and the processing of your bills by comparing the Medicare Summary Notice (MSN) and other coverage to the actual care.

МОШЕННИЧЕСТВО И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ В ПРОГРАММЕ MEDICARE

По оценкам федерального правительства миллиарды долларов, а это приблизительно десять процентов денежных средств программы Medicare, пропадают в результате мошенничества, растрат и злоупотреблений. Мы призываем участников программы Medicare быть бдительными и сообщать о любых подозрительных счетах.

Что является мошенничеством?

Мошенничество — это акт получения или попытка получения услуг или платежей обманными действиями: намеренно, добровольно и заведомо продуманным способом. Примерами мошенничества являются:

- Откаты, взятки или возвраты платежей.
- Использование карты или номера в программе Medicare другого лица с целью получения услуг.
- Выставление счета за товары или услуги, которые не были предоставлены.
- Повторное выставление счета за одну и ту же услугу в тот же или другой день.
- Выставление счета за непокрываемые услуги, такие как стоматологическая помощь, плановый уход за стопами, услуги, связанные со слухом, стандартные офтальмологические обследования и прочее, а также представление данных услуг как покрываемых.
- Выставление счета одновременно Medicare и другой страховой компании, или одновременно Medicare и пациенту, с намерением получить двойную оплату.

Что является злоупотреблением?

Злоупотреблением могут быть случаи или практика, которые не являются мошенничеством, но могут нанести ущерб программе Medicare. Примерами злоупотреблений являются:

- Нерациональное использование медицинских услуг.
- Некорректное выставление счетов.
- Увеличение стоимости услуг для участников программы Medicare по сравнению с другими пациентами.
- Отказ в исправлении счетов при обнаружении ошибок.
- Отказ от франшизы части В программы Medicare на постоянной основе и 20 % для совместного страхования.

Рекомендации Medicare

- Никогда не сообщайте свой номер Medicare незнакомым людям. Подайте отчет в Medicare, если вы считаете, что кто-то украл ваш идентификатор получателя Medicare (MBI).
- Остерегайтесь частных планов медицинского обслуживания, врачей и поставщиков, которые звонят по собственной инициативе и предлагают товары и услуги с доставкой на дом.
- Не доверяйте людям, которые звонят вам и представляются сотрудниками программы Medicare. Сотрудники Medicare не звонят участникам программы и не ходят по домам.
- Будьте бдительны в отношении компаний, которые предлагают вам бесплатные товары и услуги за передачу вашего номера Medicare.
- Остерегайтесь поставщиков услуг по уходу на дому, предлагающих немедицинские услуги по транспортировке или услуги по выполнению работ по дому в качестве услуг, утвержденных в рамках программы Medicare.
- Не доверяйте людям, заявляющим, что знают, как оплатить услуги, не покрываемые в рамках программы Medicare.
- Ведите учет посещений врача и обработки ваших счетов, сравнивая сводный отчет Medicare (Medicare Summary Notice, MSN) и другую информацию по страховому покрытию с действительно предоставленными услугами.

Be alert to:

- Duplicate payments for the same service.
- Services that you do not recall receiving.
- Services billed that are different from the services received.
- Medicare payment for a service for which you already paid the provider.

How to report Medicare fraud

If you believe health care fraud or abuse has been committed, call 1-800-333-4374. Detail as much of the following information as possible:

- Provider or company name and any identifying number next to his or her name.
- Your name, address and telephone number.
- Date of service.
- Type of service or item claimed.
- Amount approved and paid by Medicare.
- Date of the Medicare Summary Notice (MSN).
- A brief statement outlining the problem. Try to be as specific as possible.

When Medicare beneficiaries assist the Medicare program in finding fraudulent or abusive practices, you are saving Medicare —and yourself—money.

**To report Medicare Fraud and Abuse,
Call SMP (Senior Medicare Patrol) at 1-800-333-4374.**

**To report Fraud & Abuse with Medicare Part D plans,
Call Medic at 1-877-7SafeRx.**

**Fraud and Abuse Are Everyone’s Problems and
Everyone Can Help!**

IDENTITY THEFT

The Federal Trade Commission offers information about how to protect your identity. Please contact the FTC for information or to make a complaint by calling 1-877-438-4338 or visiting www.consumer.gov/section/scams-and-identity-theft.

Please protect your Medicare number and Social Security number, as well as your date of birth, and any other personal information such as banking or credit card information. Be scrupulous and ask questions of those requesting this information from you and do not hesitate to inquire the legitimacy of their need for this information. Be an informed and proactive consumer.

Будьте бдительны в отношении:

- Повторной оплаты одной и той же услуги.
- Услуг, о получении которых вы не помните.
- Оплаченных услуг, которые отличаются от полученных вами.
- Оплаты по программе Medicare услуги, за которую вы уже заплатили медицинскому работнику.

Как сообщить о случае мошенничества в программе Medicare

Если вы считаете, что имел место случай мошенничества или злоупотребления в отношении медицинских услуг, позвоните по телефону 1-800-333-4374. Предоставьте как можно более подробную информацию:

- Фамилию, имя поставщика услуг или наименование компании, укажите идентификационный номер рядом с фамилией или названием.
- Ваши имя и фамилию, адрес и номер телефона.
- Дату оказания услуги.
- Вид заявленной услуги или товара.
- Сумму, утвержденную и оплаченную по программе Medicare.
- Дату получения сводного отчета Medicare (MSN).
- Краткое изложение проблемы. Попытайтесь максимально четко изложить суть данной проблемы.

Когда участники программы Medicare помогают офису Medicare выявить факты мошенничества или злоупотреблений, они сохраняют не только деньги Medicare, но и свои деньги.

Чтобы сообщить о фактах мошенничества и злоупотребления в отношении программы Medicare, позвоните в главное управление Medicare по борьбе с нарушениями (Senior Medicare Patrol, SMP) по телефону 1-800-333-4374.

Чтобы сообщить о фактах мошенничества и злоупотребления в отношении планов Medicare, часть D, позвоните в службу Medic по телефону 1-877-7SafeRx.

Мошенничество и злоупотребление — это всеобщие проблемы, и каждый может помочь решить их!

КРАЖА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Федеральная комиссия по торговле (Federal Trade Commission, FTC) предоставляет информацию о том, как защитить ваши персональные данные. Для получения информации или подачи жалобы позвоните в FTC по телефону 1-877-438-4338 или посетите веб-сайт: www.consumer.gov/section/scams-and-identity-theft.

Принимайте меры по защите информации о вашем номере участника программы Medicare, номере социального обеспечения, дате вашего рождения и любой другой персональной информации, например о банковском счете или кредитных картах. Будьте внимательны и задавайте вопросы лицам, пытающимся получить от вас данную информацию, не стесняйтесь спросить о законности получения данной информации. Будьте информированным и активным потребителем.

MEDICAID ELIGIBILITY FOR 65+, BLIND OR DISABLED Non-MAGI Medicaid

Medicaid is a joint federal, state and city government health insurance program for low-income individuals. Medicaid is a “means tested” program requiring applicants to prove financial need in order to be eligible. Once an individual is determined to be Medicaid eligible, a permanent plastic Medicaid card is issued and is valid as long as he or she remains eligible. In addition to financial guidelines, Medicaid requires that you be a U.S. citizen or qualified alien. In order to apply for Medicaid in NYC you must reside in NYC.

MEDICAID COVERED SERVICES

- Emergency & Hospital Services
- Preventive Services
- Personal Care Services
- Case Management Services
- Approved Prescription Medication
- Physical Therapy
- Speech and Hearing Rehabilitation
- Tuberculosis (TB) Related Services
- Mental Health Services
- Private Duty Nursing
- Hearing aids
- Diagnostic Services
- Occupational Services
- Clinic Services
- Screening Services
- Rehabilitative Services
- Hospice Care
- Eyeglasses & Optometry Services
- Dental Services and Dentures
- Prosthetic Devices
- Transportation
- Home Health Care

Where and how you apply for Medicaid depends on your “category”: those 65+, blind or disabled apply through the NYC Human Resources Administration; those under 65 and not blind or disabled apply through the NY State of Health. This section discusses how individuals 65+, blind or disabled apply for Medicaid. See page 55 for information on Medicaid for those who are under 65 and not blind or disabled.

Individuals 65+, blind or disabled, can qualify for Medicaid in different ways, depending on what services they are requesting.

- **Community Medicaid** refers to Medicaid that people use when they are living in their home and using Medicaid for health insurance coverage.
- **Institutional Medicaid** refers to Medicaid providing the full range of health coverage AND paying for care in a nursing home on a full-time basis (this is different from care in a skilled nursing facility, which is temporary and covered by Medicare Part A).

ПРАВА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ MEDICAID ДЛЯ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ, СЛЕПЫХ И ИНВАЛИДОВ Не MAGI Medicaid

Medicaid — это программа страхования для лиц с низким доходом, совместно финансируемая федеральным правительством, правительствами города и штата. Программа Medicaid проводит «проверку материального положения» заявителей. Для получения права на участие в программе заявителю необходимо подтверждение статуса нуждающегося в финансовой помощи. При получении права на участие в программе заявителю выдается постоянная пластиковая карта Medicaid, которая действует на протяжении всего времени участия в программе. Помимо финансовых рекомендаций для участия в программе Medicaid, заявитель должны иметь гражданство США или соответствовать определенным требованиям для иностранных лиц. Чтобы подать заявку на участие в программе Medicaid в г. Нью-Йорке, вы должны проживать в г. Нью-Йорке.

Услуги, покрываемые программой Medicaid

- Услуги неотложной и больничной помощи
- Профилактические услуги
- Услуги по личному уходу
- Услуги по ведению клиентов
- Утвержденные рецептурные препараты
- Физиотерапия
- Слуховая и речевая реабилитация
- Услуги, связанные с туберкулезом
- Психиатрические услуги
- Услуги персональной медсестры
- Слуховые аппараты
- Диагностические услуги
- Трудотерапия
- Клинические услуги
- Услуги обследования
- Реабилитационные услуги
- Услуги хосписа
- Очки и услуги оптометриста
- Стоматологические услуги и зубные протезы
- Протезные устройства
- Услуги транспортировки
- Медицинская помощь на дому

Где и как необходимо подавать заявку на участие в программе Medicaid, зависит «категории», к которой вы относитесь: лица старше 65 лет, слепые и инвалиды обращаются в Городское управление по кадрам Нью-Йорка; лица моложе 65 лет, не слепые и не инвалиды — в Управление здравоохранения штата Нью-Йорк. В этом разделе описано, каким образом лица старше 65 лет, слепые или инвалиды должны обращаться за обслуживанием по программе Medicaid. На стр. 55 представлена информация о Medicaid для тех, кто моложе 65 лет и не является слепым или инвалидом.

Лица старше 65 лет, слепые и инвалиды могут претендовать на участие в программе Medicaid по-разному, в зависимости от того, какие услуги они запрашивают.

- Программа **Community Medicaid** (помощь на дому) это программа Medicaid, которой пользуются люди, которые имеют где жить и используют Medicaid для медицинского страхования.
- Программа **Institutional Medicaid** предполагает обслуживание по программе Medicaid с полным спектром медицинских услуг И оплатой ухода на дому за престарелыми на постоянной основе (она отличается от ухода в медицинском учреждении, которое является временным и покрывается по программе Medicare, часть A).

COMMUNITY MEDICAID has a **maximum monthly countable income** of \$875 for single individuals/\$1,284 for married couples, and an **asset** limit of \$15,750 (plus \$1,500 in a burial fund) for single individuals/ \$23,100 (plus \$3,000 in burial funds) for married couples in 2020.

Medicaid counts **income** from all sources, including wages, and Social Security and pension payments. There are certain allowable **income deductions**, so even if your income is over these amounts, you are encouraged to apply. Additionally, if your income is over these amounts, you may be eligible to participate in Medicaid's **Excess Income Program, also known as Medicaid Spenddown**. With the Spenddown Program, you spend down your "excess amount," the amount by which you are over Medicaid's income limit, on health expenses and then you have full Medicaid coverage for the remainder of the month.

Assets include cash, bank accounts, IRAs and stocks. Certain assets are not counted toward these limits, including your primary home, your automobile and personal belongings. Community Medicaid applicants must document assets in the month of application; there is no lookback period for transfer of assets for Community Medicaid.

For a complete listing of how Medicaid counts income and assets, visit the Medicaid Reference Guide at www.health.ny.gov/health_care/medicaid/reference/mrg/. If your income and/or assets are over Medicaid's allowed amounts, you may want to consider applying for a Medicare Savings Program to help pay the Medicare premiums and other costs associated with Medicare (see page 43).

The Medicaid Application: Applicants complete the Access NY Health Care application, form DOH 4220, as well as Supplement A. You can access the applications and instructions, in both English and Spanish, at www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#trusts.

Where do I submit the application?

You have a choice of where and how to submit your Medicaid application:

- Contact a facilitated enroller near you for assistance. HIICAP counselors can direct you to an agency in your borough or you can visit www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf for a listing of enrollers.
- Go to your local Medicaid office—you can get help with completing the application in person at the office or drop off a completed application. See page 67 for a list of Medicaid offices, call 311 and ask for the Human Resources Administration, or visit www1.nyc.gov/site/hra/locations/medicaid-locations.page.
- Submit an application by mail. Mail the completed application along with supporting documents to:

В 2020 году **максимальный ежемесячный учтенный доход по COMMUNITY MEDICAID** составляет \$875 для одиноких лиц и \$1 284 для супружеских пар, предел **стоимости имущества** — \$15 750 (плюс \$1 500 в фонд средств на похороны) для одиноких лиц и \$23 100 (плюс \$3 000 в фонд средств на похороны) для супружеских пар.

В программе Medicaid учитывается **доход** из всех источников, включая заработную плату, пособия по социальному обеспечению и пенсионные выплаты. Предусмотрены определенные допустимые **вычеты из дохода**, поэтому даже если размер вашего дохода превышает данные суммы, рекомендуется подать заявку. Кроме того, если ваш доход превышает эти суммы, вы можете иметь право участвовать в **Программе Medicaid для лиц с избыточным доходом, также известную как Medicaid Spenddown**. По программе Spenddown вы тратите «излишки», т. е. сумму, на которую вы превышаете лимит дохода по Medicaid, на медицинские расходы, а затем получаете полное покрытие Medicaid на оставшуюся часть месяца.

Имущество включает в себя наличные средства, банковские счета, индивидуальные пенсионные счета (Individual Retirement Account, IRA) и ценные бумаги. Некоторые виды имущества, такие как дом/квартира, являющиеся вашим основным местом жительства, автомобиль и личные вещи, не учитываются в данных ограничениях. Кандидаты на участие в программе Community Medicaid должны документально подтвердить наличие имущества в месяце подачи заявки. Движение средств за предыдущие периоды не рассматривается в Community Medicaid.

Полный список критериев, используемых в программе Medicaid при расчете доходов и стоимости имущества, можно найти в справочном руководстве Medicaid на сайте www.health.ny.gov/health_care/medicaid/reference/mrg/. Если размер вашего дохода и имущества превышает суммы, допустимые в рамках программы Medicaid, вы можете рассмотреть возможность участия в сберегательной программе Medicare и получить помощь в оплате страховых взносов или других расходов, связанных с программой Medicare (см. стр. 43).

Заявка на участие в программе Medicaid: Желаящие принять участие в программе должны заполнить бланк заявки (Access NY Health Care), форма DOH 4220, а также Приложение А. Бланки и инструкции доступны на английском и испанском языках на сайте www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#trusts.

Где можно подать заявление на участие в Medicaid?

Вы можете выбрать, где и каким способом подать заявление на участие в программе Medicaid:

- Обратитесь за помощью в ближайшее учреждение, проводящее регистрацию. Консультанты HIICAP могут направить вас в агентство в вашем районе. Список регистрирующих учреждений также можно найти по ссылке www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf.
- Вы можете зайти в местное отделение программы Medicaid и получить помощь в заполнении заявления или отдать заполненное заявление. Список отделений программы Medicaid приведен на стр. 67; кроме того, вы можете обратиться в Управление трудовыми ресурсами по телефону 311 или посетить веб-сайт по адресу www1.nyc.gov/site/hra/locations/medicaid-locations.page.
- Можно отправить заявление по почте. Можно отправить заполненное заявление вместе с подтверждающими документами в Отдел определения первоначального правомочия по адресу:

Initial Eligibility Unit
HRA/Medicaid Assistance Program
P.O. Box 2798
New York, NY 10117-2273

Recertification: Medicaid is authorized for a period of 12-months. In about the 9th month of coverage, HRA mails a recertification packet in the mail that must be completed in order for ongoing eligibility to be determined.

Eliminating the "Spenddown" for Medicaid Applicants

Disabled individuals of any age with community Medicaid services including home care, adult day care and prescription drug costs can utilize all of their income to pay for living expenses by participating in a **supplemental needs trust**. Setting up a supplemental needs trust eliminates the need for individuals to contribute their "surplus" or "spenddown" moneys to Medicaid. The pooled-income trust fund, managed by a nonprofit agency, receives the individual's monthly surplus income and redistributes it on behalf of that individual as directed by the individual or their legal representative. Please speak to an eldercare lawyer or a knowledgeable geriatric care manager for further information regarding estate planning and the supplemental needs trust.

For more information, contact the Evelyn Frank Legal Resources Program at NY Legal Assistance Group at 212-613-7310 or email EFLRP@NYLAG.org.

How does Medicaid work with Medicare?

It is possible to have both Medicare and Medicaid. People with both Medicare and Medicaid are known as "dual eligibles." Medicare is primary coverage and Medicaid secondary. In addition to paying for Medicare's cost-sharing requirements, such as the Part A deductible and Part B deductible and 20% co-insurance, Medicaid in New York also offers benefits, such as home health care, and dental and vision services, which are not covered under the Medicare program.

Like all Medicare beneficiaries, dual eligibles can choose how they receive their Medicare and Medicaid benefits. It is important to confirm coverage with any providers. Here are the different ways that dual eligibles can access their Medicare and Medicaid benefits:

- Original Medicare (red, white, and blue card) + fee for service Medicaid (NYS Benefits Card) + Medicare Part D Plan.
- Special Needs Plan specifically designed for dual eligibles - these are HMOs that provide all Medicare A + B + D benefits, as well as the full range of Medicaid covered services.
- Medicare Advantage Plan with Part D + fee-for-service Medicaid (NYS Benefits Card).

Initial Eligibility Unit
HRA/Medicaid Assistance Program
P.O. Box 2798
New York, NY 10117-2273

Повторное подтверждение права участия в программе: Право участия в программе Medicaid продлевается каждые 12 месяцев. Примерно на 9-й месяц участия в программе HRA отправит по почте пакет документов, которые необходимо заполнить, чтобы определить текущую правомочность.

Снижение «Spenddown» для участников Medicaid

Нетрудоспособные лица любого возраста, которым предоставляются услуги по программе Medicaid, включая уход на дому или в дневных медицинских центрах для пожилых людей, а также покрытие расходов на рецептурные лекарства, могут полностью использовать свой доход для оплаты затрат на проживание, принимая участие в **фонде для специальных нужд (supplemental needs trust)**. Участие в фонде для специальных нужд сокращает необходимость физических лиц вкладывать свои «избыточные» средства (surplus или spenddown) в Medicaid. Доверительный фонд объединенных доходов под руководством некоммерческой организации получает избыточный ежемесячный доход лиц и перераспределяет их от имени данного лица в соответствии с его указаниями или указаниями законного представителя. Проконсультируйтесь с юристом отдела по делам пожилых людей или осведомленным менеджером по геронтологическому уходу для получения дополнительной информации в отношении планирования наследственного имущества и доверительного фонда особых потребностей.

За дополнительной информацией вы можете обратиться в Программу юридической помощи Evelyn Frank в NY Legal Assistance Group по телефону 212-613-7310 или отправить электронное письмо по адресу EFLRP@NYLAG.org.

Как программа Medicaid взаимодействует с программой Medicare?

Можно иметь обе страховки: Medicare и Medicaid. Лица с двумя страховками (Medicare и Medicaid) называются «лицами с двойными правами». Страховка Medicare является основной, а Medicaid — вторичной. В дополнение к оплате требований программы Medicare по совместному несению расходов, таких как франшиза Части А и франшиза Части В, а также 20-процентного совместного страхования, программа Medicaid в Нью-Йорке также предлагает ряд преимуществ, таких как медицинское обслуживание на дому, а также услуги в области стоматологии и офтальмологии, которые не входят в покрытие программы Medicare.

Как и все бенефициары программы Medicare, лица с двойными правами могут выбирать, как они будут получать свои льготы по программам Medicare и Medicaid. Важно подтвердить покрытие услуг, предоставляемых любыми поставщиками. Вот какими способами лица с двойными правами могут получать свои льготы Medicare и Medicaid:

- Оригинальная страховка Medicare (красная, белая и синяя карта) + плата за услугу Medicaid (карточка льгот NYS) + план Medicare, Часть D.
- План удовлетворения специальных потребностей, специально предназначенный для лиц с двойными правами — это планы НМО, которые предоставляют все преимущества Medicare A+B+D, а также полный спектр услуг, покрываемых Medicaid.
- План Medicare Advantage (с Частью D) + плата за обслуживание Medicaid (карта NYS Benefits Card).

How does Medicaid interact with Medicare Part D?

Dual eligibles are automatically enrolled in full Extra Help (see page 37) and will be automatically enrolled in a Part D plan if they do not sign up for one on their own. As long as a dual eligible is enrolled in a Part D plan that is classified as a "benchmark" plan, he/she will pay no premium for Part D coverage. Dual eligibles with incomes under 100% of the Federal Poverty Level (FPL) will have co-pays of \$1.30 for generic/\$3.90 for brand name prescriptions in 2020. Those with incomes over 100% FPL will have co-pays of \$3.60 for generic/\$8.95 for brand name prescriptions.

Certain drugs, by law, are not covered by Part D, such as over-the-counter medications and vitamins. These will continue to be covered by Medicaid with a prescription.

Mandatory Medicaid Managed Long Term Care:

Applying for Medicaid for personal care services, home care services, or private duty nursing

Dual eligibles in need of Medicaid-covered personal care, home care, or private duty nursing services must first apply for Medicaid and receive Medicaid approval (with or without a Spenddown), and then follow the following steps:

1. Call New York Medicaid Choice at 855-222-8350 to request a CFEEC appointment. CFEEC, the Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, evaluates the need for home care services for people newly in need of long term care services. CFEEC only determines WHETHER one needs home care. CFEEC does NOT determine the type of home care or the number of hours of care. If CFEEC determines that the client needs long term care services, defined as 120+ days of home care within a year, the client must enroll in a managed long-term care plan for at least their home care services.
2. If you are approved for Medicaid covered long term care, you will be required to enroll in a Medicaid Managed Long Term Care plan. You will receive a packet in the mail from New York Medicaid Choice, telling you about your choices and how to enroll. You will have 60 days to enroll in a plan. If you don't select a plan for yourself, you will be automatically enrolled in a Managed Long Term Care plan (see first bullet below).

Since it is the managed long-term care plans that determine the type of care and the number of hours of care that they would provide, the client may want to meet with more than one plan to compare the type of care, and how many hours of care, the different plans would approve.

Каким образом программа Medicaid взаимодействует с планом Medicare, Часть D?

Лица с двойными правами автоматически регистрируются в полной программе субсидирования Extra Help (см. стр. 37) и будут автоматически зачислены в план Части D, если они самостоятельно не оформили этот полис. Пока человек с двойными правами участвует в плане Части D, который классифицируется как «контрольный» план, он не будет платить взносы за покрытие по Части D. Лица с двойными правами, имеющие доход ниже 100 % федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL), в 2020 году должны будут доплачивать \$1,30 за непатентованный рецептурный препарат и \$3,90 за патентованный рецептурный препарат. Лица с доходом, превышающим 100 % федерального прожиточного минимума, должны будут доплачивать \$3,60 за непатентованный рецептурный препарат и \$8,95 за патентованный рецептурный препарат.

Согласно законодательству, Часть D покрывает стоимость не всех лекарственных препаратов. Например, стоимость безрецептурных препаратов и витаминов не покрывается. Эту стоимость, при наличии рецепта, по-прежнему будет оплачивать Medicaid.

Программа обязательного страхования организованного долгосрочного ухода Medicaid:

Подача заявки на участие в программе Medicaid для получения индивидуальных услуг, услуг по уходу на дому или услуг персональной дежурной медсестры

Лица с двойными правами, нуждающиеся в индивидуальном обслуживании, оплачиваемом по программе Medicaid, на дому или в учреждениях с участием личного обслуживающего персонала, сначала должны подать заявку в Medicaid и получить одобрение (с превышением сумм выплат или без него), а затем выполнить описанные ниже действия:

1. Позвоните в службу New York Medicaid Choice по телефону 855-222-8350, чтобы назначить встречу с представителем центра CFEEC. Центр CFEEC (Центр бесконфликтной оценки и регистрации) оценивает потребность в услугах по уходу на дому для людей, нуждающихся в услугах долгосрочного ухода. Центр CFEEC определяет, ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ли существует потребность в уходе на дому. Центр CFEEC НЕ определяет тип ухода на дому и необходимое количество часов ухода. Если Центр CFEEC определит, что клиенту необходима услуга долгосрочного ухода в течение более 120 дней в год, клиент должен будет зарегистрироваться в организованном плане долгосрочного ухода, по крайней мере, на услуги ухода на дому.
2. Если вам подтвердят ваше право на долгосрочное медицинское обслуживание, покрываемое Medicaid, вам необходимо будет зарегистрироваться в плане организованного долгосрочного ухода Medicaid. Вам будет выслан информационный пакет от организации New York Medicaid Choice, в котором рассказывается обо всех доступных вариантах и порядке регистрации. После получения пакета вы должны зарегистрироваться в плане в течение 60 дней. Если к тому времени вы не определитесь с выбором, вы автоматически будете зачислены в один из планов организованного долговременного ухода (см. первый пункт в списке ниже).

Поскольку именно организованные планы долгосрочного ухода определяют тип ухода и количество часов ухода, которые они будут обеспечивать, клиент может захотеть ознакомиться с более чем одним планом, чтобы сравнить типы ухода и количество часов ухода, предусмотренные различными планами.

There are **three types** of managed long-term care plans from which to choose:

- **Managed Long Term Care (MLTC):** MLTC plans provide long term care services, as well as a few other services, such as home modifications, non-emergency medical transportation, podiatry, audiology, dental and optometry. This is the most flexible of the managed long-term care plan options, as you can maintain your current Medicare and Medicaid provider arrangements. MLTC enrollees will continue to use their current plan (i.e. your Medicare card, your Medicaid card, or your Medicare Advantage card) for all other Medicare and Medicaid services. Individuals who do not enroll in a managed long-term care plan on their own will be automatically enrolled into an MLTC plan.
- **Medicaid Advantage Plus (MAPlus):** MAPlus plans provide ALL Medicaid AND Medicare services, including long-term care services, from the same plan and must use in-network providers.
- **Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE):** PACE plans provide all Medicaid and Medicare services, including long-term care services. Members receive services from the same plan and must use in-network providers. The PACE plans differ from MAPlus plans in that enrollees must be at least 55 years old to join PACE and PACE plans provide service through a particular site, such as a medical clinic or a hospital.

For further information on the types of managed long-term care plans, visit:

- MLTC, MAP+ and PACE:
https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/docs/mltc_guide_e.pdf
- Plan Directory:
https://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/mltc/mltcplans.htm

For Medicaid applicants with an **immediate need for home care services**, there is a procedure in place to obtain Medicaid approval within 7 days, and home care approval within 12 days. In addition to submitting the DOH-4220 application, Supplement A and supporting documentation, they must also submit an M11-Q form, signed by a doctor, stating their specific health care needs, as well as an attestation of immediate need for such care. If approved for immediate-need home care, the applicant will receive services paid directly by the NYC Medicaid program, and need not go through the CFEEC or enrollment in a managed care plan. However, after receiving these services for a few months, the individual will be required to switch to managed care to continue receiving them. Here is a link to the HRA Medicaid Alert describing the procedure: www.wnylc.com/health/afile/203/614/.

How will managed long term care work with a Medicaid Spenddown?

Many people have Medicaid with a spenddown to help them pay for Medicaid-covered home care services. These individuals pay their Medicaid spenddown to the health plan. If a member does not pay the spenddown, the plan can disenroll the member.

Существует **три типа** планов организованного долгосрочного ухода на выбор:

- **Организованный долгосрочный уход (MLTC).** Планы MLTC предоставляют услуги долгосрочного ухода, а также другие услуги, такие как помощь в обустройстве дома, транспортировка в неэкстренных случаях, подиатрические, аудиологические, стоматологические и оптометрические услуги. Это самый гибкий из вариантов организованного долгосрочного ухода, так как вы можете продолжать пользоваться своими текущими услугами Medicare и Medicaid. Клиенты программы MLTC будут продолжать использовать свой текущий план (например, карту Medicare, Medicaid или Medicare Advantage) для всех других услуг Medicare и Medicaid. Лица, которые самостоятельно не подписываются на план организованного долгосрочного ухода, автоматически будут включены в план MLTC.
- **Medicaid Advantage Plus (MAPlus).** По планам MAPlus предоставляются ВСЕ услуги Medicaid И Medicare, в том числе услуги долгосрочного ухода, от того же самого плана, и участники должны пользоваться поставщиками, которые входят в сеть.
- **Программы комплексного ухода за пожилыми людьми (PACE).** По планам PACE предоставляются все услуги Medicaid И Medicare, в том числе услуги долгосрочного ухода. Участники получают все услуги от одного плана, и они должны пользоваться услугами только тех поставщиков услуг, которые входят в сеть плана. Планы PACE отличаются от планов MAPlus тем, что для получения права на участие в плане PACE вам должно быть не менее 55 лет, и тем, что планы PACE предоставляют услуги в определенном месте, например в поликлинике или больнице.

Дополнительную информацию о типах планов организованного долгосрочного ухода вы можете получить по ссылкам:

- MLTC, MAP+ и PACE:
https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/docs/mltc_guide_e.pdf
- Каталог планов:
https://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/mltc/mltcplans.htm

Для участников Medicaid с **неотложной потребностью в услугах по уходу на дому** существует процедура, позволяющая получить одобрение Medicaid в течение 7 дней и утвердить программу ухода на дому в течение 12 дней. Помимо подачи заявки DOH-4220, Приложения А и подтверждающей документации, также необходимо представить форму M11-Q, подписанную врачом, с указанием конкретных потребностей в медицинской помощи, а также подтверждение неотложной необходимости такого ухода. Если такой уход на дому будет одобрен, заявителю будут оказаны услуги, оплачиваемые непосредственно программой NYC Medicaid, а также ему будет необходимо пройти проверку в Центре CFEEC или зарегистрироваться в плане организованного ухода. Тем не менее, после получения этих услуг в течение нескольких месяцев клиент должен будет перейти на организованный уход, чтобы продолжать их получать. Процедура уведомления Medicaid HRA доступна по ссылке: www.wnylc.com/health/afile/203/614/.

Каким образом планы организованного долгосрочного ухода работают для участников, имеющих страховку Medicaid с превышением дохода?

Многие люди имеют страховку Medicaid с превышением дохода, которая помогает им оплачивать услуги ухода на дому, покрываемые программой Medicaid. Эти лица оплачивают плану медицинского страхования стоимость услуг в размере своего Medicaid «spenddown». В случае неуплаты участником сумм «spenddown» он может быть исключен из плана.

How do I select a plan?

1. Decide what type of plan would best suit your needs (MLTC, MAPlus, or PACE).
2. Ask your providers (home care agency, medical providers, etc.) what plans they participate in so that you can pick a plan that will allow you to continue seeing your providers. If you wish to enroll in a MAPlus or PACE plan, you also need to get your Part D drug coverage through that plan; the Planfinder at www.medicare.gov has the prescription drug information for these plans.
3. To enroll in the plan, call NY Medicaid Choice at 1-888-401-6582.

How will the plan determine how many hours of home care I will receive?

If you are in the process of selecting a plan, you can ask the plan to do an assessment so that you can have a written plan for the number of hours of home care you will receive if you enroll in that plan.

What if I want to switch managed long term care plans?

You can switch plans at any time, however this rule is expected to change. The new rule would bar people from changing plans for 9-months after the first 90-days in the plan. New York Medicaid Choice (Maximus) handles enrollment for Medicaid managed long-term care and can be reached at 1-888-401-6582.

How can I get help with managed long term care plans?

The Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) is New York State's ombudsman program for people receiving long-term care services through Medicaid managed care, including MLTC, MAPlus, PACE, and mainstream Medicaid (with long-term care services). ICAN can be reached at 1-844-614-8800.

MEDICAID FOR INSTITUTIONAL CARE: Income and asset guidelines are stringent for institutional Medicaid. Generally speaking, for nursing home residents, most of one's income will go toward the cost of the nursing home, except for a small monthly "personal care" allowance, unless they are expected to return home. Rules are more flexible if there is a spouse still living in the home.

The nursing facility should help prepare and submit the application for Institutional Medicaid. In addition to the regular Community Medicaid application, one must provide asset documentation for the past 5 years. This 5-year "look-back period" allows Medicaid to identify uncompensated transfers made for purposes of becoming eligible for Medicaid.

Как выбрать план?

1. Прежде всего, решите для себя, план какого типа наилучшим образом удовлетворит ваши потребности (MLTC, MAPlus или PACE).
2. Поинтересуйтесь у поставщиков услуг, к которым вы обращаетесь (агентство по уходу на дому, медицинские работники и т. д.), в каких планах они участвуют, чтобы вы могли выбрать тот план, который позволит вам продолжать пользоваться их услугами. Если вы хотите зарегистрироваться в плане MAPlus или PACE, вы также должны получать в этом плане страховое покрытие препаратов по Части D. Система поиска планов на веб-сайте www.medicare.gov содержит информацию о страховом покрытии рецептурных препаратов в этих планах.
3. Чтобы зарегистрироваться в плане, позвоните в NY Medicaid Choice по телефону 1-888-401-6582.

Как будет определяться положенное мне количество часов ухода на дому?

Если вы находитесь в процессе выбора плана, вы можете попросить предоставить вам в письменном виде информацию о количестве часов ухода на дому, получаемого в случае регистрации в этом плане.

Что если мне захочется поменять план организованного долгосрочного ухода?

Вы можете поменять планы в любое время, однако это правило может вскоре измениться. Новое правило будет запрещать людям менять планы в течение 9 месяцев после первых 90 дней в плане. Организация New York Medicaid Choice (Maximus) занимается регистрацией в планах организованного долгосрочного ухода Medicaid (тел.: 1-888-401-6582).

Как получить помощь с регистрацией в планах организованного долгосрочного ухода?

Независимая сеть защиты прав потребителей (ICAN) - это программа омбудсмана штата Нью-Йорк для людей, получающих услуги долгосрочного ухода через организованное медицинское обслуживание Medicaid, включая MLTC, MAPlus, PACE и основной Medicaid (с услугами долгосрочного ухода). С ICAN можно связаться по телефону 1-844-614-8800.

MEDICAID ДЛЯ СТАЦИОНАРНОГО УХОДА: Соответствие требованиям в отношении дохода и имущества для стационарного ухода Medicaid является обязательным. В целом, у проживающих в доме-интернате для престарелых и инвалидов большая часть доходов будет направлена на оплату услуг этого учреждения, за исключением небольшого ежемесячного пособия на личные нужды, если не предполагается их возвращение домой. Правила являются более гибкими, если имеется супруг, все еще проживающий дома.

Такое учреждение должно помочь подготовить и подать заявку на участие в программе Institutional Medicaid. В дополнение к обычной заявке Community Medicaid необходимо предоставить документацию по активам за последние 5 лет. Этот 5-летний отчет позволяет программе Medicaid выявить некомпенсированные денежные перечисления, выполненные для получения права на участие в программе Medicaid.

Medicaid will impose a "transfer penalty" if any such transfers are found within the 5-year look-back period. The transfer penalty means that Medicaid will not pay for the nursing home stay for a period of time proportional to the amount of money transferred. In NYC in 2019, the total amount of money transferred will be divided by \$12,419 to determine the number of months of the penalty period. For example, if an applicant was found to have transferred \$124,190 to family members in the 5 years before the month of application, the penalty period would be 10 months long. That individual would have to find a way to private-pay for the nursing home stay for 10 months before Medicaid coverage would begin. There are certain exceptions to the transfer penalty; applicants should consult a lawyer for advice on these matters.

Community spouse protection: When one spouse enters a long-term care facility, the spouse remaining at home is protected from financial impoverishment due to covering the costs of care. Federal and New York State law mandate that the community spouse be allowed to retain the couple's home, car, personal belongings and a sum of money from their joint assets. In 2020 under Medicaid, the community spouse may retain a minimum of \$74,820 and a maximum of \$128,640 in assets and \$3,216 per month in income. However, when both spouses are in a home care situation, the Community Spouse Protection does not apply.

By law, states are required to impose estate recovery, which is a claim against the estate of the deceased person, including their home, for what Medicaid paid for the person's at-home or nursing home care. The claim process cannot begin until after the death of the surviving spouse or surviving minor child.

Medicaid наложит «штраф за денежные перечисления», если за последние 5 лет таковые будут обнаружены. Штраф за денежные перечисления означает, что Medicaid не будет платить за пребывание в доме-интернате для престарелых и инвалидов в течение периода времени, пропорционального сумме перечисленных денежных средств. В г. Нью-Йорке в 2019 году для определения количества месяцев штрафного срока общая сумма перечисленных денег будет делиться на \$12 419. Например, если претендент, как было установлено, перечислил \$124 190 членам семьи в течение 5 лет до месяца подачи заявки, штрафной срок составит 10 месяцев. Такое лицо должно будет найти способ самостоятельной оплаты пребывания в доме-интернате для престарелых и инвалидов в течение 10 месяцев, прежде чем вступит в силу страховка Medicaid. Существуют определенные исключения в отношении штрафа за денежные перечисления; заявитель должен проконсультироваться по этому вопросу с юристом.

Программа защиты супруга(-и), проживающего(-ей) вместе с заявителем: Когда супруг или супруга поступает в учреждение для получения долгосрочного ухода, обеспечивается защита супруга (супруги), оставшегося (оставшейся) дома, от обнищания в результате оплаты расходов по уходу. Федеральное законодательство и законодательство штата Нью-Йорк требуют, чтобы супруг (супруга), проживающий(-ая) дома, мог(ла) сохранить за собой дом, автомобиль, личные вещи и некоторую сумму денег из общих активов. В 2020 г. по программе Medicaid супруг (супруга) может сохранить активы на сумму от \$74 820 до \$128 640 и доход в размере \$3 216 в месяц. Однако, когда за обоими супругами осуществляется уход на дому, защита лица, чей (чья) супруг (супруга) проживает в учреждении ухода, не предусмотрена.

В соответствии с законодательством штаты должны взыскивать возмещение за счет наследственного имущества; иск подается в отношении имущества покойного, включая дом, на сумму, которая потрачена Medicaid на оплату ухода за лицом на дому или в доме-интернате для престарелых и инвалидов. Процедура подачи и рассмотрения иска проводится только после смерти оставшегося супруга или несовершеннолетнего ребенка.

NY STATE OF HEALTH/HEALTH INSURANCE EXCHANGE

- **Medicaid for individuals under 65, not blind or disabled**
 - **Essential Plan**
- **Qualified Health Plan**

The Health Insurance Exchange is an organized marketplace for purchasing health insurance. In New York State, the Exchange is known as New York State of Health: The Official Health Plan Marketplace. There are many health insurance options available through the Marketplace in New York City. Marketplace plans offer comprehensive health coverage, and have a cost sharing structure that can include premiums, deductibles, copayments, and maximum out-of-pocket costs. All plans that offer coverage through the Marketplace are HMOs, the most restrictive form of managed care. In New York City, you must select a plan that serves your borough of residence.

Under the Federal Affordable Care Act, you cannot be denied health insurance on the basis of a pre-existing condition, those with such conditions cannot be charged more for health insurance, and there cannot be waiting periods to receive care for pre-existing conditions. These rules apply to plans purchased either through the Marketplace or outside the Marketplace.

NY State of Health evaluates eligibility for the following types of health insurance:

- **Medicaid:** Income up to 138% FPL for those under 65, not blind or disabled. Can apply year-round. There is no resource limit.
- An **Essential Plan:** Income from 138-200% FPL for those under 65. Can apply year-round. There is no resource limit.
- A **“Qualified Health Plan” (QHP)**, with or without a federal subsidy; there is no resource limit. Can apply only during the annual open enrollment period, unless you have a qualifying event.

How to apply for coverage through the Marketplace:

- Online at www.nystateofhealth.ny.gov.
- Receive free application assistance through a Navigator. Visit <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> for a listing of navigators in New York.
- Call the New York State of Health Customer Service Center at 1-855-355-5777.

NEW YORK STATE OF HEALTH/БИРЖА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- **Программа медицинского страхования Medicaid для лиц моложе 65 лет, которые не являются слепыми или инвалидами**
 - **Основной план**
- **План медицинского обеспечения, отвечающий требованиям для списания его оплаты с налогооблагаемой базы**

Биржа медицинского страхования — это организованный рынок медицинского страхования. В штате Нью-Йорк биржа называется New York State of Health: The Official Health Plan Marketplace. Программа Marketplace г. Нью-Йорка предлагает множество вариантов медицинского страхования. Планы программы Marketplace предлагают комплексное медицинское страхование и имеют структуру совместного несения расходов, которая может включать взносы, франшизы, доплаты и лимитированные выплаты за счет участника. Все планы, предлагающие покрытие по программе Marketplace, — это планы НМО, наиболее ограниченная форма управляемого медицинского обеспечения. Жители Нью-Йорка должны выбрать план, обслуживающий их район проживания.

Согласно Федеральному закону о доступном здравоохранении, вам не может быть отказано в получении медицинской страховки по причине существовавшего ранее заболевания, с вас запрещено требовать сумму свыше установленной за получение медицинской страховки, а также ставить вас в очередь на получение услуг для лечения существовавшего ранее заболевания. Данное правило распространяется на планы, купленные как на Marketplace, так и не на Marketplace.

NY State of Health оценивает право на перечисленные ниже виды медицинского страхования.

- **Medicaid:** Доход до 138 % федерального прожиточного минимума для лиц моложе 65 лет, не слепых или не инвалидов. Подача заявки возможна круглый год. Ограничения по ресурсам отсутствуют.
- **Основной план (Essential):** Доход в размере 138–200 % федерального прожиточного минимума для лиц моложе 65 лет. Подача заявки возможна круглый год. Ограничения по ресурсам отсутствуют.
- **План медицинского обеспечения, отвечающий требованиям для списания его оплаты с налогооблагаемой базы (QHP)** с федеральной субсидией или без нее; ограничения по ресурсам отсутствуют. Может применяться только в течение ежегодного регистрационного периода, если нет уважительной причины для внеочередной регистрации.

Как подать заявку на страховку через Marketplace:

- Онлайн на сайте www.nystateofhealth.ny.gov.
- Воспользоваться бесплатной помощью координатора. Список координаторов в Нью-Йорке см. на странице <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations>.
- Позвонить в Центр обслуживания клиентов штата Нью-Йорк по телефону 1-855-355-5777.

NY State of Health will first evaluate you for **Medicaid** eligibility. If not eligible for Medicaid, you will be evaluated for an **Essential Plan**. If not eligible for an Essential Plan, you will be evaluated for a **Qualified Health Plan (QHP)**. Some people qualify for a federal subsidy to purchase a QHP. If you are not eligible for a subsidy, you can pay the full price for the plan. You must be a citizen or a legal permanent resident residing in New York to purchase a plan through the New York Marketplace.

How does other insurance interact with Marketplace plans?

- If you have Medicaid, you do not need to purchase other health insurance.
- If you have Medicare, you do not need to purchase health insurance through the Marketplace. People with Medicare generally CANNOT enroll in a Marketplace plan. Medicare beneficiaries cannot get a federal subsidy to purchase a plan.
- If you are receiving Social Security Disability Insurance (SSDI) and are in the 24-month waiting period for Medicare coverage to begin, you may want to look into a Marketplace plan. When you become Medicare eligible, you can drop your Marketplace plan. You will need to decide how to get your Medicare benefits – either Original Medicare or a Medicare Advantage plan.

MEDICAID FOR PEOPLE UNDER 65, NOT BLIND OR DISABLED

Pregnant women, children up to age 18, parents/caretaker relatives, and childless adults ages 19-64 are evaluated for Medicaid eligibility under MAGI (Modified Adjusted Gross Income) budgeting. Those with incomes up to 138% FPL, estimated at \$1,467 monthly for individuals/\$1,982 for couples in 2020, may qualify for Medicaid. Children up to age 19 can qualify for Medicaid at higher income levels. There is no resource limit. Individuals will receive their Medicaid benefits through a managed care plan (HMO), which should be selected at the time of application. Medicaid recertification happens annually. You must respond to mailings in order to be evaluated for ongoing Medicaid benefits.

Individuals who are determined disabled, including those receiving Social Security Disability Insurance but not yet in receipt of Medicare, as well as individuals age 65 and over who are parents/caretaker relatives (even if receiving Medicare), may qualify for Medicaid at these MAGI levels.

Предварительно NY State of Health определяет право на участие в программе **Medicaid**. Если прав на получение обслуживания по программе Medicaid нет, будет проведена оценка на соответствие **Основному плану** (Essential Plan). Если прав на получение обслуживания по Основному плану нет, будет проведена оценка на соответствие **плану медицинского обеспечения, отвечающему требованиям для списания его оплаты из налогооблагаемой базы (QHP)**. Некоторые лица имеют право на получение федеральной субсидии на оплату плана QHP. Если у вас нет прав на получение субсидии, вы можете заплатить полную стоимость плана. Чтобы выбрать план программы Marketplace г. Нью-Йорка, вы должны быть гражданином или лицом, законно проживающим в Нью-Йорке.

Как другие страховки взаимодействуют с планами Marketplace?

- Если у вас есть страховка Medicaid, вам не нужно приобретать другую медицинскую страховку.
- Если у вас есть страховка Medicare, вам не нужно приобретать медицинскую страховку программы Marketplace. Участники Medicare, как правило, НЕ МОГУТ зарегистрироваться в плане Marketplace. Участники Medicare не могут получать федеральную субсидию на приобретение плана.
- Если вы получаете социальное пособие по нетрудоспособности, то в течение 24-месячного срока ожидания начала действия страховки Medicare вам рекомендуется рассмотреть возможность приобретения плана программы Marketplace. Когда вы получите право на участие в Medicare, вы можете отказаться от своего плана Marketplace. Вам нужно будет решить, как получать льготы по Medicare — либо по плану Original Medicare, либо по плану Medicare Advantage.

ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ MEDICAID ДЛЯ ЛИЦ МОЛОЖЕ 65 ЛЕТ, НЕ СЛЕПЫХ И НЕ ИНВАЛИДОВ

Право на участие в программе Medicaid беременных женщин, детей в возрасте до 18 лет, родителей/родственников-опекунов, а также бездетных взрослых в возрасте 19–64 лет оценивается в соответствии с MAGI (Модифицированный скорректированный валовой доход). Лица с доходом менее 138 % федерального прожиточного минимума (в 2020 году — \$1 467 в месяц на одного человека и \$1 982 на семейную пару) могут претендовать на страховку Medicaid. Дети в возрасте до 19 лет могут иметь право на Medicaid при более высоком уровне дохода. Ограничения по ресурсам отсутствуют. Они будут получать льготы Medicaid по плану организованного медицинского обслуживания (HMO), выбранному во время подачи заявки. Повторное подтверждение права участия в программе Medicaid проводится ежегодно. Чтобы не было перерыва в получении услуг по программе Medicaid, необходимо ответить на почтовые отправления программы.

Лица с инвалидностью, в том числе те, кто получает социальное пособие по нетрудоспособности, но еще не получает Medicare, а также родители/родственники-опекуны в возрасте 65 лет и старше (даже если они получают Medicare) могут претендовать на получение Medicaid при таком модифицированном скорректированном валовом доходе.

What happens to my Medicaid through the Marketplace when I become Medicare eligible due to turning 65 or due to disability?

Individuals with Medicaid through the Marketplace cannot maintain Marketplace coverage when they turn 65 or get Medicare due to disability, though the transition process differs depending on whether you get Medicare due to age or disability. **Exception: Parents/Caretaker relatives of minor children are allowed to maintain Medicaid through the NY State of Health and also have Medicare.** All individuals who transition from Marketplace Medicaid to Medicare will automatically receive Extra Help for Part D (see page 37).

- **Medicare eligible at 65:** As one approaches 65, one's Medicaid case is transferred to the NYC Human Resources Administration (HRA). HRA will mail forms to be completed to assess whether the individual can remain on Medicaid at the lower, non-MAGI levels. Clients should respond to any HRA mailings if they wish to be assessed for ongoing Medicaid eligibility. HRA will give the individual approximately four months of Medicaid eligibility while the assessment takes place. During this time, clients can use their NYS Benefits Card and access fee-for-service Medicaid from any provider who accepts Medicaid.

Those collecting Social Security benefits will automatically be enrolled in Medicare at age 65. For those not collecting Social Security benefits at 65, it is recommended that they apply for Medicare during their 7-month Initial Enrollment Period (see page 5), since applying for Medicare is a condition of having Medicaid if over 65.

If ongoing Medicaid eligibility is denied, one may want to consider joining a Medicare Advantage plan or purchasing a Medigap policy if in Original Medicare. Individuals will have full Extra Help (see page 37) for the remainder of the calendar year, and NY State of Health will refund the Part B premiums for the period the individual continues to have Medicaid coverage.

If Medicaid eligibility is approved, the individual has a choice of how to receive their Medicare and Medicaid benefits (see page 50 for information on how Medicare and Medicaid work together).

- **Medicare eligible due to disability:** After receiving 24 months of Social Security Disability Insurance (SSDI) payments, individuals become Medicare eligible and are automatically sent a Medicare card. The individual will maintain Medicaid coverage through the end of their 12-month Medicaid authorization period; they will still have Medicaid through the Marketplace, but will use their Medicaid card to access health services, not their HMO plan card. Medicare is their primary health insurer, and Medicaid is their secondary insurance. As their 12-month authorization period comes to an end, the Medicaid case gets transferred from NY State of Health to HRA. HRA will mail forms to evaluate for ongoing Medicaid eligibility. It is advised that the client enroll in a Part D plan that best covers his/her medications; if the client does not select a plan, he/she will automatically be enrolled in a plan.

Что произойдет с моей страховкой Medicaid, оформленной через Marketplace, когда я получу право на страховку Medicare по возрасту (65 лет) или инвалидности?

Пользователи Medicaid, которые приобрели страховку через Marketplace, не смогут пользоваться этой страховкой после того, как им исполнится 65 лет или же они станут пользователями Medicare по причине инвалидности. Процесс перехода будет различаться в зависимости от того, участвуете ли вы в Medicare по причине возраста или инвалидности. **Исключение: Родители/родственники-опекуны несовершеннолетних детей могут пользоваться страховкой Medicaid через NY State of Health, а также страховкой Medicare.** Все лица, которые переходят с Marketplace Medicaid на Medicare, автоматически получают Extra Help для Части D (см. стр. 37).

- **Лица, получающие право на страховку Medicare в возрасте 65 лет:** Когда участнику Medicaid исполняется 65 лет, его переводят в NYC Human Resources Administration (HRA, Управление кадрами). HRA отправляет участнику по почте формы для оценки того, может ли он продолжать участие в программе Medicaid на других, более низких уровнях (не MAGI). Если вы хотите пройти оценку на соответствие требованиям программы Medicaid, то вам необходимо отвечать на все письменные запросы HRA. На время оценки HRA предоставляет лицу приблизительно четырехмесячный льготный период по программе Medicaid. В течение этого времени клиенты могут использовать свою Карту льгот NYS (NYS Benefits Card) и получать доступ к услугам Medicaid от любого поставщика, который работает с Medicaid.

Те, кто пользуется пособием по социальному обеспечению, будут автоматически зарегистрированы в Medicare в возрасте 65 лет. Тем, кто не получает пособия по социальному обеспечению в возрасте 65 лет, рекомендуется подать заявку на Medicare в течение 7-месячного начального периода регистрации (см. стр. 5), поскольку участие в Medicare является условием для получения Medicaid после наступления 65 лет.

Если в праве на участие в Medicaid отказано, можно рассмотреть возможность присоединения к плану Medicare Advantage или приобретения полиса Medigap, если речь идет о программе Original Medicare. Лица будут получать полную дополнительную помощь (Extra Help) (см. стр. 37) в течение оставшейся части календарного года, а NY State of Health будет возмещать расходы на взносы по Части B в течение всего срока пользования страховкой Medicaid.

Если право на получение Medicaid подтверждено, у участника есть выбор, как получить свои льготы Medicare и Medicaid (информация о том, как совмещаются Medicare и Medicaid, приведена на стр. 50).

- **Лица, имеющие право на страховку Medicare по инвалидности:** После того, как в течение 24 месяцев человек получал страховые платежи по нетрудоспособности (SSDI), он получит право на страховку Medicare, и ему автоматически будет выслана карта Medicare. Человек сохранит покрытие Medicaid до конца 12-месячного периода, в течение которого у него действует Medicaid. У него все еще будет Medicaid через Marketplace, но для доступа к услугам здравоохранения ему нужно будет использовать карту Medicaid, а не карту плана HMO. Medicare является основным страховщиком, а программа Medicaid — вторичной страховкой. По истечении 12-месячного периода действия дело Medicaid передается из NY State of Health в HRA. HRA отправит по почте формы для определения права на участие в программе Medicaid. Рекомендуется оформить план Части D, который наилучшим образом покрывает стоимость лекарственных препаратов. Если клиент не выбирает план самостоятельно, он ему назначается автоматически.

THE ESSENTIAL PLAN

The **Essential Plan** is for people under age 65 with monthly incomes between 138-200% FPL, estimated at \$1,467-\$2,127 for individuals/\$1,982-\$2,873 for a household of two in 2020. Those in the Essential Plan can select a Basic Health Program in which to enroll, and will pay either \$0 or \$20 in monthly premiums. Essential Plan coverage includes inpatient and outpatient care, physician services, diagnostic services and prescription drugs among others. Preventive care such as routine office visits and recommended screenings are free.

Enrollment in the Essential Plan takes place year round.

- Those with incomes 138-150% FPL (monthly incomes estimated at \$1,467-\$1,595 for individuals/\$1,982-\$2,155 for a household of two in 2020) pay \$0 premium, \$0 deductible, and minimal copays for services, with an annual maximum out-of-pocket cost of \$200.
- Those with incomes 150-200% FPL (monthly incomes estimated at \$1,595-\$2,126 for individuals/\$2,155-\$2,873 for a household of two in 2020) pay \$20/month for coverage, \$0 deductible, and low copays, with an annual maximum out-of-pocket cost of \$2,000.

Essential Plan Enrollees who become Medicare eligible are no longer eligible for the Essential Plan. They will receive a notice from NY State of Health stating that their enrollment is ending. These individuals should enroll in Medicare A, B and D during their 7-month Initial Enrollment Period (see page 5) and may want to consider supplemental insurance coverage.

QUALIFIED HEALTH PLANS

Qualified Health Plans are available for anyone to purchase; those with annual incomes less than 400% of the Federal Poverty Level (estimated at \$51,040 for individuals and \$104,800 for a family of four in 2020), may be eligible for a Federal subsidy in the form of a tax credit to help pay for the cost of a plan.

Plans are divided into **four “metal” tiers** – bronze, silver, gold, and platinum. The metal tiers have different cost-sharing (deductibles, co-pays) requirements; Bronze plans have lower monthly premiums and higher cost-sharing requirements; Platinum plans have higher monthly premiums and lower cost-sharing requirements.

When can I enroll in a Qualified Health Plan?

Open enrollment for the Marketplace takes place annually, usually from November 1 through January 31. After January 31, you will need to wait for the next annual open enrollment period to enroll. There are certain exceptions that allow you to enroll mid-year, including losing current health insurance coverage.

ОСНОВНОЙ ПЛАН (ESSENTIAL)

Основной план предназначен для лиц моложе 65 лет с ежемесячным доходом в размере 138–200 % федерального прожиточного минимума, что в 2020 г. составляет \$1 467–\$2 127 в месяц на одно лицо/\$1 982–\$2 873 в месяц на семью из двух человек. Лица, пользующиеся основным планом, могут выбрать базовую программу здравоохранения, в которой необходимо зарегистрироваться, а ежемесячные страховые взносы составят от \$0 до \$20. В покрытие основного плана входит стационарная и амбулаторная помощь, услуги врача, диагностические услуги и рецептурные лекарственные препараты. Профилактический уход, такой как регулярные посещения врача и рекомендуемые осмотры, является бесплатным.

Регистрация в основном плане осуществляется круглый год.

- Для лиц с доходом 138–150 % федерального прожиточного минимума (\$1 467–\$1 595 в месяц на одного человека, \$1 982–\$2 155 в месяц на двоих в 2020 г.) установлена сумма взносов в размере \$0, франшиза — \$0, а минимальная сумма доплат за услуги с максимальными личными расходами не более \$200 в год.
- Для лиц с доходом 150–200 % федерального прожиточного минимума (\$1 595–\$2 126 в месяц на одного человека, \$2 155–\$2 873 в месяц на двоих в 2020 г.) установлена сумма взносов в размере \$20 в месяц, франшиза — \$0, а минимальная сумма доплат при максимальных личных расходах - не более \$2 000 в год.

Клиенты основного плана, получившие право на участие в программе Medicare, больше не могут претендовать на основной план. Они получают уведомление от NY State of Health о том, что срок их участия в программе заканчивается. Такие лица должны записаться в программу Medicare по Части А, В и D в течение 7-месячного периода первоначальной регистрации (см. стр. 5) и, возможно, пожелают рассмотреть вопрос о дополнительном страховом покрытии.

ПЛАНЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, ОТВЕЧАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯМ ДЛЯ СПИСАНИЯ ИХ ОПЛАТЫ ИЗ НАЛОГООБЛАГАЕМОЙ БАЗЫ (QUALIFIED HEALTH PLANS)

Планы QHP доступны для всех. Если ваш ежегодный доход составляет менее 400 % федерального прожиточного минимума (\$51 040 на одного человека и \$104 800 на семью из четырех человек в 2020 г.), вы можете претендовать на получение федеральной субсидии в форме налоговой льготы на оплату стоимости плана страхования.

Планы делятся на **четыре «металлических» уровня** — бронзовый, серебряный, золотой и платиновый. От уровня плана зависят требования к совместному несению расходов (франшизы, доплаты). В бронзовых планах ниже ежемесячные взносы, но выше требования к совместному несению расходов, а в платиновых планах выше ежемесячные взносы, но ниже требования к совместному несению расходов.

Когда я могу записаться в Qualified Health Plan?

Открытая регистрация по программе Marketplace проводится с 1 ноября по 31 января. Если вы не регистрируетесь до 31 января, вам придется подождать до начала следующего ежегодного периода свободной регистрации. В некоторых случаях, включая потерю текущего медицинского страхового покрытия, возможна регистрация в середине года.

There are several ways to learn more about Marketplace plans:

- Reach out to a “Navigator.” Navigators are organizations in your community that can help you select and enroll in a plan. To find a navigator near you, go to <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> or call the Community Health Advocates at 1-888-614-5400.
- Contact New York State of Health, operated by Maximus, at 1-855-355-5777, Monday-Friday, 8 am–5 pm.
- Visit nystateofhealth.ny.gov.

People with a QHP (Marketplace plan) who become eligible for Medicare are generally advised to enroll in Medicare when first eligible and drop their QHP by notifying their plan at least 14 days before they want their coverage to end (timed to the start of their Medicare benefits). This is because:

- One cannot continue to get any premium subsidy or cost sharing reduction (to help pay for the QHP premium) after becoming Medicare eligible.
- Having a QHP does not extend their time to enroll in Medicare. Late enrollment could mean a gap in coverage and a late enrollment penalty.

Beneficiaries are responsible for enrolling in Medicare A, B and D during their Initial Enrollment Period (see page 5 for more information) and for dropping QHP coverage.

People who may want to carefully consider QHP versus Medicare are those who:

- Do not qualify for Premium Free Part A. They may get a premium subsidy or cost sharing reduction for QHP coverage, but only if they don't enroll in Part A or B. Should they wish to enroll in Medicare at a later time, they would have a delay, as well as a late enrollment penalty, for both Medicare A and B.
- Are under age 65 and have End Stage Renal Disease.

Есть несколько способов получить дополнительную информацию о планах программы Marketplace:

- Обратиться к координатору. Координаторы — это местные организации, которые могут помочь вам с выбором плана и регистрацией в нем. Ближайшего координатора вы можете найти по ссылке <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> или позвонив в Community Health Advocates по телефону 1-888-614-5400.
- Позвонить в организацию New York State of Health под управлением Maximus по тел. 1-855-355-5777 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
- Посетить веб-сайт nystateofhealth.ny.gov.

Лицам, участвующим в QHP (план программы Marketplace), которые получают право на участие в программе Medicare, обычно рекомендуется зарегистрироваться для участия в плане Medicare тогда, когда они впервые станут соответствовать критериям участия и прекратят участие в QHP, направив соответствующее уведомление не менее чем за 14 дней до наступления желаемой даты окончания действия страхового покрытия (рассчитанного по времени от даты начала получения льгот по плану Medicare). Это обусловлено следующим:

- Никто не сможет продолжать получать субсидии на оплату страховых взносов или скидку на совместное несение расходов (для оплаты страхового взноса по программе QHP) после того, как они получают право на участие в плане Medicare.
- Право на участие в QHP не является основанием для продления срока регистрации для участия в плане Medicare. Регистрация с опозданием может привести к прерыванию страхового покрытия и наложению штрафа за регистрацию с опозданием.

Получатели страхового обеспечения должны зарегистрироваться для участия в плане Medicare A, B и D в течение периода первичной регистрации (дополнительная информация приведена на стр. 5) и перестать получать страховое покрытие по программе QHP.

К лицам, которые, возможно, захотят внимательно сравнить программы QHP и Medicare, относятся те, кто:

- не отвечают требованиям для участия в Части А плана без страхового взноса. Они могут получить субсидию на оплату страхового взноса или скидку на совместное несение расходов для страхового покрытия по программе QHP, но только если они не будут регистрироваться в Части А или В. Если они захотят зарегистрироваться в плане Medicare позже, им придется подождать, а также оплатить штраф за регистрацию с опозданием для участия в плане Medicare А и В;
- моложе 65 лет, а также лица с терминальной стадией почечной недостаточности.

VETERANS' BENEFITS AND TRICARE FOR LIFE

To receive health care at facilities operated by the Department of Veterans Affairs (VA), veterans must be enrolled with the VA. Veterans can apply for coverage at any time. The number of Veterans who can be enrolled in health care program is determined by the amount of money Congress gives the VA each year. Since funds are limited, VA set up Priority Group (1-8), based on service history and financial information, to make sure certain groups of Veterans are able to be enrolled before others.

Enrolled Veterans do not need to submit their income information. However, certain Veterans will be asked to complete a financial assessment to determine their eligibility for free medical care, medications and/or travel benefits.

Effective 2015, VA eliminated the use of net worth as a determining factor for both health care programs and copayment responsibilities. VA now only considers a Veteran's gross household income and deductible expenses from the previous year. Elimination of the consideration of net worth for VA health care enrollment means that certain lower-income, non-service-connected Veterans will have less out-of-pocket costs. To learn more about VA national income thresholds and to calculate your specific geographic-based means test (GMT), visit www.va.gov/healthbenefits/apps/explorer/AnnualIncomeLimits/HealthBenefits.

Veterans not eligible for free care are responsible for a co-payment.

Types of Copayments:

1. **Medication:** Copayments are broken down into three tiers with different cost-sharing: Tier 1, preferred generics - \$5; Tier 2, non-preferred generics - \$8; and Tier 3, brand name medications - \$11. All charges are for up to a 30-day supply of maintenance medications provided on an outpatient basis for non-service-connected conditions for Veterans in Priority Group 2 through 8, with an annual copayment cap of \$700, unless otherwise exempted.
2. **Outpatient:** Copayments for primary care visits are \$15 and \$50 for specialty care visits.
3. **Inpatient:** In addition to a standard copay charge for each 90 days of care within 365 day period regardless of the level of service, a per diem (daily) charge will be assessed for each day of hospitalization
4. **Long Term Care:** VA charges for Long Term Care Services vary by type of service provided and the individual veterans' ability to pay. They are based on three levels of care. Inpatient (Nursing Home, Respite, and Geriatric Evaluation); Outpatient (Adult Day Health Care, Respite, Geriatric Evaluation); and Domiciliary.

ПОСОБИЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ И ПРОГРАММА TRICARE FOR LIFE

Для получения медицинского обслуживания в учреждениях, управляемых Департаментом по делам ветеранов (Veterans Affairs, VA), ветераны должны быть зарегистрированы Департаментом. Ветераны могут подавать заявление на получение страхового покрытия в любое время. Число ветеранов, которые могут быть зарегистрированы в программе здравоохранения, определяют по количеству денег, которые Конгресс ежегодно выделяет VA. Поскольку финансирование ограничено, VA определяет уровень приоритета (1–8) на основе данных о службе и финансовой информации, чтобы определенные группы ветеранов имели возможность зарегистрироваться раньше остальных.

Зарегистрированным ветеранам нет необходимости подавать информацию о доходах. Тем не менее, отдельных ветеранов попросят заполнить форму финансовой оценки, чтобы определить, соответствуют ли они критериям участия в программах бесплатной медицинской помощи, льгот на лекарственные препараты и/или проезд.

По состоянию на 2015 г. VA прекратило использование чистой стоимости активов как фактора, определяющего ответственность за программы здравоохранения и доплаты. VA теперь учитывает только общий семейный доход и стоимость франшизы за предыдущий год. Исключение учета чистой стоимости активов при регистрации в программе здравоохранения VA означает, что отдельные ветераны с низким доходом, не имеющие связанных с прохождением военной службы заболеваний или инвалидности, будут нести меньше наличных расходов. Получить более подробную информацию о предельных суммах дохода VA и пройти оценку материального положения, основанную на географическом расположении (geographic-based means test, GMT), можно на веб-сайте www.va.gov/healthbenefits/apps/explorer/AnnualIncomeLimits/HealthBenefits.

Ветераны, не имеющие права на бесплатное медицинское обслуживание, вносят доплату.

Типы доплат:

1. **Лекарственные препараты:** Доплаты разделены на три уровня с разным совместным несением расходов: уровень 1, предпочтительные непатентованные препараты — \$5; уровень 2, не являющиеся предпочтительными непатентованные препараты — \$8; уровень 3, патентованные препараты — \$11. Все начисления рассчитаны на запас препаратов на 30 дней, при условии, что лечение проходит амбулаторно и состояние не связано с прохождением военной службы, для ветеранов с уровнем приоритета от 2 до 8, с ежегодным фиксированным пределом доплат в размере \$700, если не принято в учет иное.
2. **Амбулаторное лечение:** Доплата составляет \$15 за первичную медицинскую помощь и \$50 за специализированную медицинскую помощь.
3. **Стационарное лечение:** В дополнение к стандартной сумме доплаты на каждые 90 дней лечения в течение 365-дневного периода независимо от уровня предоставляемых услуг будет произведена оценка ежедневной суммы за каждый день госпитализации
4. **Долгосрочный уход:** Платы, взимаемые в VA за долгосрочный уход, зависят от типа предоставляемых услуг и индивидуальной платежеспособности ветерана. Они основаны на трех уровнях лечения. Стационарное лечение (оценка услуг домов-интернатов для престарелых и инвалидов, услуг «выходного дня» и геронтологического ухода), амбулаторное лечение (оценка услуг дневного стационара для взрослых, услуг «выходного дня» и геронтологического ухода) и оказание медицинской помощи в домашних условиях.

VA cannot bill Medicare, so veterans with Medicare-only who are responsible for the co-pay for medical care will receive the appropriate charge for services. However, if there is a supplemental policy, the VA will bill the carrier first.

In some circumstances, the VA may pre-authorize services in a non-VA hospital or other care setting. Veterans may need to pay a VA copayment for non-service-connected care. If not all services are authorized to be covered by the VA, then Medicare may pay for other services you may need during your stay.

VA Dental Insurance Program (VADIP)

VA currently provides comprehensive dental benefits to certain eligible veterans. However, there are many veterans who have not been able to access VA dental services due to lack of eligibility. The VA has partnered with two dental insurers, whereby veterans enrolled in the VA health care program and CHAMPVA program beneficiaries can purchase dental insurance. The dental plans have monthly premiums and copayments. For more information, go to www.va.gov/healthbenefits/vadip/ or call Delta Dental at 1-855-370-3303 or MetLife at 1-888-310-1681.

How do VA benefits interact with Medicare Part A and Part B?

Medicare Part A and Part B work independent from the VA health system. For this reason, those eligible for Medicare may want to enroll to have use hospitals and providers outside of the VA health care system. If you don't enroll in Medicare when first eligible, and you are not eligible for a Special Enrollment Period, you may be responsible for a Part B late enrollment penalty.

How Does VA Drug Coverage Interact with Medicare Part D?

VA coverage for prescription drugs is considered creditable, meaning it is as good as, or better than, Medicare Part D. It is possible to have both a Part D plan as well as VA drug coverage. If one chooses to forego Part D and then later wishes to enroll in Part D, there will be no penalty for late enrollment. However, one will need to wait until the annual open enrollment period (October 15 – December 7) to enroll in a plan, with coverage starting on January 1, unless the individual qualifies for a special enrollment period.

VA не может выставлять счета Medicare, поэтому ветераны, имеющие покрытие только по программе Medicare и вносящие доплату за медицинские услуги, получают соответствующий счет за предоставленные услуги. Однако при наличии дополнительного полиса VA сначала выставит счет страховой компании.

В некоторых случаях VA может предварительно авторизовать услуги в больнице, которая не относится к VA, или в другом учреждении по уходу. Ветеранам может потребоваться внести доплату в VA за уход, не покрываемый обслуживанием. Если не все услуги разрешено внести в покрытие VA, Medicare может оплатить другие услуги, которые могут вам понадобиться во время вашего лечения.

Программа стоматологического страхования VA (VA Dental Insurance Program, VADIP)

В настоящее время VA предлагает комплексные льготы на стоматологические услуги для некоторых ветеранов, соответствующих определенным требованиям. Однако многие ветераны не могут получить стоматологические услуги из-за несоответствия требованиям. VA совместно с двумя компаниями по стоматологическому страхованию предлагают план, согласно которому ветераны, участвующие в программе здравоохранения VA и получающие льготы по программе CHAMPVA, смогут приобрести стоматологическую страховку. Стоматологические страховые планы предусматривают ежемесячные взносы и доплаты. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт www.va.gov/healthbenefits/vadip/ или позвоните в Delta Dental по тел. 1-855-370-3303 или в MetLife по тел. 1-888-310-1681.

Как льготы VA взаимодействуют с Medicare, Часть А и Часть В?

Medicare, Часть А и Часть В, работают независимо от системы медицинского обслуживания VA. Поэтому лица, которые имеют право на участие в Medicare, возможно, захотят зарегистрироваться в Medicare, чтобы пользоваться услугами больниц и поставщиков медицинских услуг, которые не входят в систему медицинского обслуживания VA. Если вы не регистрируетесь в Medicare при наличии первичного права и у вас не будет права на специальный период регистрации, вам могут начислить штраф за регистрацию с опозданием в Части В.

Каким образом взаимодействует страховое покрытие лекарственных препаратов VA и план Medicare, Часть D?

Страховое покрытие рецептурных препаратов VA считается засчитываемым. Это означает, что данная программа не хуже (или даже лучше), чем план Medicare, Часть D. Можно пользоваться обеими программами — планом Части D и покрытием лекарственных препаратов VA. Если вы сначала отказались от регистрации в плане Части D, а потом решили зарегистрироваться, штраф за регистрацию с опозданием не взимается. Тем не менее, если у лица нет прав на особый период регистрации, то для регистрации в плане, который начинает действовать 1 января, необходимо подождать ежегодного периода открытой регистрации (15 октября–7 декабря).

TRICARE Health Benefits provides coverage to active duty service members and their families, families of service members who died while on active duty, former spouses, and retirees and their families, whether or not the veteran is disabled, and National Guards/Reservist members. Military retirees (and their spouses) having served at least 20 years who are 65 years or older and are currently enrolled in Medicare Parts A and B are eligible for TRICARE for Life (TFL). TFL is a premium-free managed health care plan that acts as a supplement to Medicare and includes the TRICARE Express Script Pharmacy program. TRICARE Express Scripts does not cover beneficiaries with a primary commercial pharmacy insurance or Medicare Part D coverage. TFL can be used at the VA but since the VA cannot bill Medicare, the patient is responsible for paying Medicare's portion of the bill. For more information on TRICARE for Life call 1-866-773-0404 or visit www.tricare.mil. An additional benefit of TRICARE is their dental benefit. TRICARE dental benefits consist of: TRICARE Active Duty Dental Program (ADDP) for Active Duty Service Members who are referred by a military dental clinic (MDC) or who lives more than 50 miles from a MDC, the TRICARE Dental Program (TDP) for ADSM's families, National Guard/Reservist and their family members and the TRICARE Retiree Dental Program (TRDP) is for retired SM's and families.

Civilian Health and Medical Program (CHAMPVA) is a health insurance program for dependents of 100% permanently and totally disabled veterans with a service-connected disability. CHAMPVA has an annual deductible of \$50 per person or \$100 per family per calendar year. In addition, there is a 25% co-insurance. CHAMPVA does not maintain a provider listing. Most Medicare and TRICARE providers will also accept CHAMPVA (but be sure to ask the provider). If eligible for TRICARE, one cannot be enrolled in CHAMPVA. For more information on CHAMPVA, you can call the VA at 1-800-733-8387 or visit www.va.gov

For more information on health VA benefits, call 1-877-222-8387 (open 7am to 7pm Central Time) or visit www.va.gov.

Программа медицинского страхования TRICARE обеспечивает страховое покрытие военнослужащих срочной службы и их семей, семей военнослужащих, погибших во время прохождения срочной службы, бывших супругов, а также военнослужащих в отставке и их семей, независимо от того, является ветеран нетрудоспособным или нет, и членов Национальной гвардии/резервистов. Право на участие в программе TRICARE for Life (TFL) имеют военнослужащие в отставке (и их супруги), прослужившие не менее 20 лет, старше 65 лет и зарегистрированные в настоящее время в планах Medicare, Части А и В. TFL — это план медицинского обслуживания без оплаты страховых взносов, который является дополнением к программе Medicare и включает в себя программу обеспечения пожилых людей лекарственными препаратами TRICARE Express Script Pharmacy. TRICARE Express не охватывает бенефициаров по основному коммерческому страхованию на приобретение лекарственных препаратов и страхованию по программе Medicare, часть D. TFL может использоваться в VA, но поскольку VA не может выставить счета Medicare, пациент несет ответственность за оплату части счета, которую должна оплачивать Medicare. Чтобы получить дополнительную информацию о программе TRICARE for Life, позвоните по телефону 1-866-773-0404 или посетите веб-сайт по адресу www.tricare.mil. Дополнительным преимуществом TRICARE является покрытие стоматологической помощи. Покрытие стоматологической помощи по полису TRICARE включает: программу TRICARE Active Duty Dental Program (ADDP) для военнослужащих регулярных войск, которые направляются в военную стоматологическую клинику (MDC) или проживают дальше 50 миль от MDC; программу стоматологического ухода TRICARE (TDP) для семей военнослужащих регулярных войск, Национальной гвардии, резервистов и членов их семей, а также программу стоматологического обслуживания TRICARE Retiree Dental Program (TRDP) для военнослужащих в отставке и членов их семей.

Программа медицинского обслуживания гражданских лиц **Civilian Health and Medical Program (CHAMPVA)** — это программа медицинского страхования для иждивенцев ветеранов со 100%-й постоянной и полной нетрудоспособностью, связанной с прохождением военной службы. В рамках программы CHAMPVA ежегодная франшиза составляет \$50 на человека и \$100 на семью в календарный год. Кроме того, предусмотрено совместное страхование с оплатой 25 % общей суммы. У программы CHAMPVA нет своих списков поставщиков медицинских услуг. Большинство из тех, кто принимает страховку Medicare и TRICARE, также принимают пациентов программы CHAMPVA (не забудьте уточнить у своего врача). Если вы имеете право на участие в программе TRICARE, вы не сможете зарегистрироваться в программе CHAMPVA. Для получения дополнительной информации о программе CHAMPVA вы можете позвонить в VA по телефону 1-800-733-8387 или посетить веб-сайт www.va.gov.

Для получения дополнительной информации о льготах VA позвоните по телефону 1-877-222-8387 (часы работы: с 7:00 до 19:00 по центральному времени) или посетите веб-сайт www.va.gov.

OTHER HEALTH COVERAGE OPTIONS FOR NEW YORKERS

COBRA

Federal law requires employers with 20 or more employees to offer COBRA as “continuation coverage” of employer-based health care coverage after you leave your job. In New York State, most people can get COBRA coverage for up to 36 months. COBRA can bridge the gap until you go on Medicare or take a new job that offers health insurance. You can qualify for coverage if you retire, leave your job, get laid off, have your work hours cut, or as a result of the death or divorce from your actively working spouse. Election of continued coverage must take place within 60 days of the notification of COBRA rights. Premiums for COBRA are 102% of what the employer and employee together pay for the plan. Your spouse and dependents are also entitled to benefit from your COBRA coverage.

If you are on COBRA before you become Medicare eligible, COBRA generally stops when Medicare starts. If you are already eligible for Medicare and still working, you may elect COBRA when you stop working. If you have both Medicare and COBRA, Medicare is primary and COBRA is secondary. COBRA coverage does not allow someone to delay enrollment in Part B without penalty.

HHC Options

HHC Options is a program through the NYC Health + Hospitals that allows low and moderate income individuals and families to access health care through HHC’s network of hospitals and health facilities on a sliding fee scale. There is no charge to participate in HHC Options; you only pay when you access care. HHC does not look at immigration status when determining eligibility. For more information, visit <http://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/hhc-options> or call 1-844-NYC-4NYC.

Federally Qualified Health Centers

Federally Qualified Health Centers (FQHC) are comprehensive health centers that can provide primary care (both well and sick visits), mental health and substance abuse treatment, dental care and prescription drugs to people of all ages. While FQHCs accept health insurance, they also see patients with no insurance on a sliding-fee scale, whereby patients pay according to their income. For Medicare beneficiaries, FQHCs can waive the annual Part B deductible and the 20% co-insurance if eligible. To locate a FQHC, visit <https://findahealthcenter.hrsa.gov/>.

ДРУГИЕ ВАРИАНТЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ НЬЮ-ЙОРКА

COBRA

Согласно требованиям федерального законодательства, работодатели, имеющие 20 и более сотрудников, должны предлагать им страховку COBRA в качестве «продления страхового покрытия медицинских услуг» от работодателя после увольнения с работы. В штате Нью-Йорк можно получить покрытие COBRA на срок до 36 месяцев. Программа COBRA обеспечивает вас страховым покрытием, пока вы не зарегистрируетесь в программе Medicare или не найдете новую работу, которая предлагает медицинскую страховку. Вы будете иметь право на страховое покрытие, если выйдете на пенсию, уйдете с работы, попадете под сокращение, вам сократят часы работы, а также в случае смерти работающего(-ей) супруга(-и) или развода с ним (с ней). Продление страхового покрытия должно произойти в течение 60 дней с момента уведомления о правах в рамках программы COBRA. Ежемесячные страховые взносы в рамках программы COBRA составляют 102 % от суммы, которую работодатель и работник вместе платят за план. Ваш супруг (супруга) и иждивенцы также имеют право на получение льгот по программе COBRA.

Если вы были зарегистрированы в программе COBRA до того, как получили право регистрации в программе Medicare, ваше участие в программе COBRA прекратится, когда начнется участие в программе Medicare. Если вы уже имеете право на участие в Medicare и продолжаете работать, вы можете выбрать COBRA после того, как прекратите работать. Если у вас есть одновременно страховка Medicare и COBRA, то Medicare считается первичной страховкой, а COBRA - вторичной. Покрытие COBRA не позволяет отсрочить регистрацию в Части В без штрафа.

Программа HHC Options

Программа HHC Options — это программа, которую предоставляет Корпорация здравоохранения и больниц города Нью-Йорк, и которая дает доступ лицам и семьям со средним и низким доходом к услугам здравоохранения посредством сети больниц и учреждений здравоохранения HHC. Данная программа имеет скользящую шкалу взносов. За участие в программе HHC Options плата не взимается. Вы платите только когда обращаетесь за помощью. Иммиграционный статус при определении права на вступление в программу HHC не имеет значения. Чтобы получить более подробную информацию, посетите веб-сайт <http://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/hhc-options> или позвоните по номеру 1-844-NYC-4NYC.

Медицинские центры, имеющие право на субсидию из федерального бюджета (Federally Qualified Health Centers, FQHC)

Медицинские центры, имеющие право на субсидию из федерального бюджета (FQHC) — это медицинские центры, предлагающие широкий спектр услуг: первичная медицинская помощь (профилактические осмотры и посещения врача по болезни), психиатрическая помощь и лечение наркотической зависимости, стоматологические услуги и назначение лекарственных препаратов для лиц всех возрастов. Хотя центры FQHC принимают страховки, они также обслуживают пациентов, не имеющих страхового покрытия, по скользящей шкале платы за услуги, то есть пациенты платят исходя из уровня их дохода. Для участников программы Medicare центры FQHC могут отменить ежегодную франшизу по Части В и 20 % суммы совместного страхования при условии соответствия требованиям. Чтобы найти центры FQHC, посетите веб-сайт <http://findahealthcenter.hrsa.gov/>.

Health Insurance & Self Employment

Some professions offer group rate insurance. Please inquire with your former employer and/or any professional associate memberships to which you belong. Here are a few resources to explore whether or not group plans may be available to you.

Small Business Service Bureau	Small business employee	1-800-343-0939 www.sbsb.com
Graphic Artists Guild	Graphic Artists	1-212-791-3400 graphicartistsguild.org
National Writers Union	Writers	1-212-254-0279 www.nwu.org
Screen Actors Guild	Performers	1-212-944-1030 www.sagaftra.org
Freelancer's Union	Financial Services Nonprofits Technology Media & Advertising Arts, Culture or Entertainment Domestic Child Care Giver Traditional or Alternative Health Care Provider Skilled Computer User	www.freelancersunion.org

Медицинское страхование и предпринимательская деятельность

Работникам ряда профессий предлагается групповая страховка. Пожалуйста, обратитесь к вашему работодателю и/или в профессиональные организации, членом которых вы являетесь. Ниже приведены ресурсы, к которым можно обратиться, чтобы определить, доступны ли вам групповые планы.

Бюро обслуживания малых предприятий	Работник малого предприятия	1-800-343-0939 www.sbsb.com
Гильдия графиков-дизайнеров	Графики-дизайнеры	1-212-791-3400 graphicartistsguild.org
Национальный союз писателей	Писатели	1-212-254-0279 www.nwu.org
Гильдия киноактеров	Актеры	1-212-944-1030 www.sagaftra.org
Союз фрилансеров	Финансовые услуги Некоммерческие организации Информационные технологии, СМИ и реклама, культура и развлечения Специалист по уходу за детьми на дому Специалист в области традиционной и альтернативной медицины Квалифицированный пользователь ПК	www.freelancersunion.org

ADVANCE DIRECTIVES

Your Right to Make Health Care Decisions Under the Law

You have the right to make your own health care decisions, including the right to decide what medical care or treatment to accept, reject or discontinue. If you do not want to receive certain types of treatments, you should make these wishes known to your doctor, hospital or other health care providers. You have the right to be told the full nature of your illness, including proposed treatments, any alternative treatments, and the risks of these procedures.

You need to speak with your spouse, family members, close friends and your doctor to help you decide whether you want an advance directive. Discuss with them, in advance, what your personal directions for your care would be.

An advance directive is a document that states your choices about medical treatment. In New York, there are three kinds of advance directives:

1. A Health Care Proxy allows you to appoint another person to make medical decisions for you should you become unable to make those decisions yourself. The “agent” you select needs to be clear about your wishes for treatment, be available if sudden choices need to be discussed, and agree to accept the responsibility if the situation arises. Typically, your doctor or hospital staff cannot be your “agent.”
2. A Living Will allows you to explain your health care wishes and can be used to specify wishes regarding life-sustaining treatments or procedures administered to you if you are in a terminal condition or a permanent unconscious state. The document must be signed, dated and witnessed (but not by your doctor or a close relative).
3. A Do Not Resuscitate (DNR) Order allows you to specify that you do not want CPR should your heart or breathing stop.

Advance directives should be available in an emergency. Do not put them in a safe deposit box. Give a copy to each of your doctors and to the family member who might be your “agent.” A copy is as good as an original. These forms are available at hospitals, doctor’s offices and from state offices at www.ag.ny.gov. The forms are free and do not require a lawyer to complete.

Under the Family Health Care Decisions Act, family members or a close friend can act as surrogate to make health care decisions, including withholding or withdrawal of life sustaining treatments on behalf of patients who have lost their ability to make such decisions and have not prepared advance directives regarding their wishes. Even with this new law, New Yorkers are encouraged to prepare a health care proxy which allows the person you appoint, called your “health care agent” to make health care decisions for an individual who loses the capacity to express those choices. Your agent must be aware of your wishes about nourishment and water through feeding tubes and IV lines.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РАСПОРЯЖЕНИЯ НА СЛУЧАЙ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ

Ваше право принимать решения в отношении медицинского обслуживания в соответствии с законом

Вы имеете право принимать решения в отношении своего медицинского обслуживания, включая право решать, какой медицинский уход или лечение принять, отклонить или прекратить. Если вы не хотите получать определенные виды лечения, вы должны сообщить о данном пожелании врачу, персоналу больницы или другого медицинского учреждения. У вас есть право получить полную информацию о природе вашего заболевания, включая предложенные варианты лечения, альтернативные методы лечения и риски данных процедур.

Вам нужно поговорить с супругом (супругой), членами семьи, близкими друзьями и вашим врачом, чтобы определиться, хотите ли вы составить предварительные распоряжения на случай недееспособности. Обсудите с ними заранее ваши предпочтения в отношении ухода за вами.

Предварительные распоряжения на случай недееспособности — это документ, в котором указан ваш выбор в отношении медицинского лечения. В Нью-Йорке существуют три вида предварительных распоряжений:

1. Доверенность на принятие медицинских решений (Health Care Proxy) позволяет вам назначить другое лицо для принятия решений за вас, в случае если вы не сможете принимать эти решения самостоятельно. Выбранный вами «посредник» должен четко знать ваши пожелания в отношении лечения, быть доступным при возникновении необходимости обсудить варианты выбора и быть согласным при необходимости взять на себя ответственность. Ваш врач и персонал больницы, как правило, не могут быть вашими «посредниками».
2. Завещание о жизни (Living Will) содержит ваши пожелания в отношении оказания медицинской помощи и предпочтения в отношении лечения или процедур для поддержания жизни, которые вам могут назначить при наступлении терминального или постоянного бессознательного состояния. Документ должен быть подписан, на нем должна стоять дата и подпись свидетеля (врач или близкий родственник не могут быть свидетелями).
3. Отказ от реанимации (Do Not Resuscitate Order, DNR) указывает на то, что вы отказываетесь от реанимации в случае остановки сердца или дыхания.

Предварительные распоряжения должны храниться в доступном месте на случай чрезвычайной ситуации. Не помещайте их в банковский сейф. Выдайте копию всем вашим врачам и члену семьи, который может быть вашим «посредником». Копия и оригинал имеют одинаковую силу. Бланки данных документов можно получить в больницах, в кабинете врача или на веб-сайте генерального прокурора штата по адресу www.ag.ny.gov. Бланки выдаются бесплатно, для их заполнения не требуется присутствие юриста.

В соответствии с новым законом о принятии семейных медицинских решений (Family Health Care Decisions Act) члены семьи или близкий друг могут принимать решения, в том числе касающиеся приостановки или прекращения процедур по поддержанию жизни, от лица пациента, который не имеет возможности принимать такие решения или не оформил предварительные распоряжения. Однако, несмотря на наличие данного закона, мы рекомендуем жителям Нью-Йорка оформить доверенность на принятие медицинских решений, позволяющую назначенному лицу (так называемому «медицинскому посреднику») принимать решения за другое лицо, утратившее способность делать выбор. Посредник должен знать о ваших пожеланиях в отношении питания и поступления воды через питательные трубки и внутривенные капельницы.

MEDICARE 2020

Part A: Hospital Insurance

Deductible	\$1,408 per benefit period
Co-Payment	\$352 per day for days 61-90 of each benefit period
	\$704 per day for each "lifetime reserve day"
Skilled Nursing Facility Co-Pay	\$176 per day for days 21-100 of each benefit period

Part B: Medical Insurance

Monthly Premium	Most Medicare beneficiaries pay the standard premium of \$144.60, except for: <ul style="list-style-type: none"> Those whose Social Security Cost of Living Adjustment (COLA) didn't increase enough to raise their Part B premiums to the \$144.60 level. Higher income (over \$87,000 single/\$174,000 married) beneficiaries will pay higher amounts.
Annual Deductible	\$198
Co-Insurance	20% for most services

Some people 65 or older do not meet the SSA requirements for **premium-free Hospital Insurance (Part A)**. If you are in this category, you can get Part A by paying a monthly premium. This is called "premium hospital insurance." In 2020, if you have less than 30 quarters of Social Security coverage, your Part A premium is \$458 a month. If you have 30 to 39 quarters of Social Security coverage, your Part A premium is \$252 per month.

Medicare Savings Program (2020 estimate)

	Monthly	
	Individual	Couple
QMB - Qualified Medicare Beneficiary NY State pays premiums, deductibles and co-insurance for those who are automatically eligible for Part A.	\$1,083	\$1,457
SLMB - Specified Low-Income Medicare Beneficiary Levels State pays Medicare Part B premium only.	\$1,296	\$1,744
QI - Qualifying Individuals State pays Medicare Part B premium only.	\$1,456	\$1,960

*You can also apply for QMB if you earn less than the above ranges but are not interested in applying for Medicaid.

MEDICARE 2020

Часть А. Больничное страхование

Франшиза	\$1 408 за период страховых выплат
Доплата	\$352 в день за дни 61–90 каждого периода предоставления льгот
	\$704 в день за каждый резервный день (в течение жизни)
Доплата за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода	\$176 в день за дни 21–100 каждого периода предоставления льгот

Часть В: Медицинское страхование

Ежемесячный взнос	Большинство получателей Medicare выплачивают стандартную премию в размере \$144,60, за исключением: <ul style="list-style-type: none"> Лиц, чья поправка на рост прожиточного минимума (COLA) в системе социального обеспечения не увеличилась настолько, чтобы взнос по Части В возрос до \$144,60. Участники с более высоким уровнем дохода (свыше \$87 000 для одиноких/\$174 000 для супружеских пар) будут оплачивать более высокий взнос.
Ежегодная франшиза	\$198
Совместное страхование	20 % за большинство услуг

Некоторые категории лиц в возрасте 65 лет и старше не соответствуют требованиям Управления социального обеспечения для получения **больничного страхования (Часть А) без уплаты страховых взносов**. Если вы входите в данную категорию, вы можете получить страхование по плану Части А, оплачивая ежемесячный страховой взнос. Данная схема называется «больничным страхованием с оплатой взноса». В 2020 г. при наличии у вас менее 30 кварталов трудового стажа, в течение которых вы были застрахованы по месту работы, сумма страхового взноса в рамках плана Части А составит \$458 в месяц. При наличии у вас 30–39 кварталов трудового стажа, в течение которых вы были застрахованы по месту работы, сумма страхового взноса по Части А составит \$252 в месяц.

Программа льгот Medicare (подсчет на 2020 г.)

	Ограничение по ежемесячному доходу	
	Для лиц, не состоящих в браке	Для семейных пар
Программа QMB (программа для правомочных участников Medicare) Штат Нью-Йорк оплачивает страховые взносы, первичные взносы и суммы совместного страхования для лиц, которые автоматически получают право на участие в плане Части А.	\$1 083	\$1 457
Программа SLMB (программа для правомочных участников Medicare с низким доходом) Штат оплачивает только страховой взнос по Medicare, Часть В.	\$1 296	\$1 744
Программа QI (программа для правомочных лиц) Штат оплачивает только страховой взнос по Medicare, Часть В.	\$1 456	\$1 960

*Вы также можете подать заявление на участие в программе QMB, если ваша заработная плата ниже указанных норм и вы не хотите подавать заявление на участие в программе Medicaid.

MEDICAID 2020

Standard Medicaid

Maximum Income and Asset Levels* for those who are blind, disabled or age 65 and over:

	<u>Monthly Income</u>	<u>Assets</u>
Individual	\$875	\$15,750
Couple	\$1,284	\$23,100

*The first \$20 of income is exempt. Above figures are prior to the \$20 disregard. You are permitted a burial fund allowance of \$1,500 per person.

Nursing Home-Based Medicaid

INCOME: When a nursing home resident qualifies for Medicaid support, all income goes to the nursing home except for \$50 monthly allowance for the resident's personal needs.

ASSETS: All personal assets must be used up first to meet costs (excluding: primary residence, automobile and personal possessions).

MARRIED COUPLES: When one spouse in a married couple qualifies for Medicaid support in a nursing home, the community spouse (the one remaining at home) is entitled to retain some income and resources belonging to the couple while Medicaid pays towards the residential spousal care.

The community spouse is allowed to retain the following:

Resources: \$74,820 minimum; \$128,640 maximum **Income:** \$3,216 monthly

For more information on Medicaid, call HRA's Medicaid Helpline at 1-888-692-6116.

MEDICAID в 2020 г.

Стандартная программа Medicaid

Максимальные уровни дохода и активов* для незрячих, инвалидов и лиц старше 65 лет:

	<u>Месячный доход</u>	<u>Активы</u>
Для лиц, не состоящих в браке	\$875	\$15 750
Для семейных пар	\$1 284	\$23 100

*Первые \$20 дохода не учитываются. Суммы представлены без вычета \$20. Вам разрешается иметь резерв на ритуальные услуги в размере \$1 500 на человека.

Программа Medicaid для пациентов домов престарелых

ДОХОД. Если лицо, содержащееся в доме престарелых, имеет право на получение поддержки в рамках программы Medicaid, весь доход переходит дому престарелых за исключением \$50 ежемесячно на личные нужды данного лица.

АКТИВЫ. Все личные активы должны быть использованы в первую очередь для оплаты расходов (за исключением: дома/квартиры, являющихся основным местом проживания, автомобиля и личных вещей).

ДЛЯ СЕМЕЙНЫХ ПАР. Если один из супругов имеет право на страховое покрытие ухода в доме престарелых программы Medicaid, супруг (супруга) лица, проживающего в доме престарелых (оставшийся дома), имеет право на сохранение некоторой части дохода и ресурсов, принадлежащих паре, в то время как программа Medicaid оплачивает уход супруга (супруги) в доме престарелых.

Супруг (супруга) лица, проживающего в доме престарелых, имеет право сохранить следующие ресурсы:

Ресурсы. минимум \$74 820; максимум \$128 640 **Доход:** \$3 216 ежемесячно

Для получения дополнительной информации по программе Medicaid позвоните в справочную службу Medicaid Управления трудовыми ресурсами HRA по телефону 1-888-692-6116.

Medicaid Offices in New York City

Medicaid applicants can call the Medicaid Helpline at 1-888-692-6116 to find the nearest Medicaid office, office hours and directions. New York City residents can apply at any office in the five boroughs. Office hours are Monday-Friday, from 9 am – 5 pm.

Citywide Medicaid Office:

- Central Medicaid Office, 785 Atlantic Avenue, Brooklyn, NY 11238 1-929-221-3502

Manhattan

- Metropolitan Hospital: 1901 First Avenue, 1st Floor, Room 1D-27 (97th Street & 2nd Ave. entrance). (212) 423-7006
- Chinatown Medicaid Office: 115 Chrystie Street, 5 floor. (212) 334-6114
- Manhattanville Medicaid Office: 520-530 West 135th Street, 1st floor. (212) 939-0207/0208

Bronx

- North Central Bronx Hospital: 3424 Kossuth Avenue, 1st Floor, Room 1A 05. (718) 920-1070
- Morrisania Diagnostic & Treatment Center: 1225 Gerard Avenue, Basement. (718) 960-2799
- Rider Medicaid Office: 305 Rider Avenue, 4th Floor. (718) 585-7872

Brooklyn

- Coney Island Medicaid Office: 3050 West 21st Street, 3rd Floor. (929) 221-3790
- East New York Medicaid Office: 404 Pine Street, 2nd floor. 718-221-8204
- Kings County Hospital: 441 Clarkson Avenue, "T" Building, Nurses Residence, 1st Floor. (718) 221-2300/2391
- Brooklyn South Medicaid Office (Central Medicaid Office): 785 Atlantic Avenue, 1st Floor. (929) 221-3502

Queens

- Queens Community Medicaid Office: 32-20 Northern Blvd., 3rd Floor. (718) 784-6729
- Jamaica Community Medicaid Office: 165-08 88th Avenue, 8th Floor. (718) 252-3193

Staten Island

- Staten Island Medicaid Office: 215 Bay Street. (929) 221-8823/8824

Отделения программы Medicaid в г. Нью-Йорк

Чтобы узнать адрес ближайшего отделения программы Medicaid, его часы работы и схему проезда, лица, подающие заявления, могут звонить в справочную службу Medicaid по телефону 1-888-692-6116. Жители города Нью-Йорка могут обратиться в отделение в любом из пяти районов. Часы работы: с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00.

Городское отделение Medicaid:

- Центральное отделение Medicaid, 785 Atlantic Avenue, Brooklyn, NY 11238 1-929-221-3502

Манхэттен

- Больница Metropolitan: 1901 First Avenue, 1-й этаж, кабинет 1D-27 (вход на пересечении 97th Street и 2nd Ave). (212) 423-7006
- Отделение Medicaid в Чайна-таун: 115 Chrystie Street, 5-й этаж. (212) 334-6114
- Отделение Medicaid в Манхэттенвилл: 520-530 West 135th Street, 1-й этаж. (212) 939-0207/0208

Бронкс

- Больница North Central Bronx: 3424 Kossuth Avenue, 1-й этаж, кабинет 1A 05. (718) 920-1070
- Лечебно-диагностический центр Morrisania: 1225 Gerard Avenue, цокольный этаж. (718) 960-2799
- Отделение Medicaid в Райдер: 305 Rider Avenue, 4-й этаж. (718) 585-7872

Бруклин

- Отделение Medicaid на Кони-Айленде: 30-50 West 21st Street, 3-й этаж. (929) 221-3790
- Отделение Medicaid в Восточном Нью-Йорке: 404 Pine Street, 2-й этаж. 718-221-8204
- Больница округа Кингс: 441 Clarkson Avenue, корпус Т, здание медсестер, 1-й этаж. (718) 221-2300/2391
- Отделение Medicaid в Южном Бруклине (центральный офис Medicaid): 785 Atlantic Avenue, 1-й этаж. (929) 221-3502

Квинс

- Отделение Medicaid в Квинс: 32-20 Northern Blvd., 3-й этаж. (718) 784-6729
- Отделение Medicaid в Ямайке: 165-08 88th Avenue, 8-й этаж. (718) 252-3193

Стейтен Айленд

- Отделение Medicaid на Стейтен Айленд: 215 Bay Street. (929) 221-8823/8824

Medicare Part B and Part D Income-Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA) for Higher Income Medicare Beneficiaries in 2020

2018 Modified Adjusted Gross Income (MAGI)	Part B Monthly Premium	Part D (Prescription Drug) Monthly Premium
Individuals with a MAGI of \$87,000 or less / Married couples with a MAGI of \$174,000 or less	2020 Standard Premium = \$144.60	Your Plan Premium
Individuals with a MAGI \$87,000-\$109,000/ Married couples with a MAGI \$174,000-\$218,000	\$202.40	Your Plan Premium + \$12.20
Individuals with a MAGI \$109,000-\$136,000/ Married couples with a MAGI \$218,000-\$272,000	\$289.20	Your Plan Premium + \$31.50
Individuals with a MAGI \$136,000-\$163,000/ Married couples with a MAGI \$272,000-\$326,000	\$376.00	Your Plan Premium + \$50.70
Individuals with a MAGI \$163,000-\$500,000/ Married couples with a MAGI \$326,000-\$750,00	\$462.70	Your Plan Premium + \$70.00
Individuals with a MAGI greater than \$500,000 / Married couples with a MAGI greater than \$750,000	\$491.60	Your Plan Premium \$76.40
Married filing separately with a MAGI less than \$87,000	\$144.60	Your plan premium
Married filing separately with a MAGI \$87,000-\$413,000	\$462.70	Your Plan Premium + \$70.00
Married filing separately with a MAGI \$413,000 and greater	\$491.60	Your Plan Premium \$76.40

- The Part B Premium, as well as IRMAA for Part B and Part D are deducted from one's Social Security benefit (or billed, if not collecting Social Security benefits).
- The Part D surcharge is deducted from one's Social Security check (or billed, if not collecting Social Security benefits), even if one pays the premium directly to the plan.

Ежемесячная корректировка суммы Medicare, Часть В и Часть D, в зависимости от дохода (IRMAA) для участников Medicare с более высоким доходом в 2020 г.

Модифицированный скорректированный валовой доход (MAGI) на 2018 г.	Ежемесячный взнос по плану Части В	Часть D (рецептурные препараты) Ежемесячный взнос
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI в размере \$87 000 или меньше / Семейные пары, имеющие MAGI в размере \$174 000 или меньше	Стандарт на 2020 г. Страховой взнос = \$144,60	Страховой взнос в рамках вашего плана
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI в размере \$87 000-\$109 000/ Семейные пары, имеющие MAGI в размере \$174 000-\$218 000	\$02,40	Страховой взнос в рамках вашего плана + \$12,20
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI в размере \$109 000-\$136 000/ Семейные пары, имеющие MAGI в размере \$218 000-\$272 000	\$289,20	Страховой взнос в рамках вашего плана + \$31,50
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI в размере \$136 000-\$163 000/ Семейные пары, имеющие MAGI в размере \$272 000-\$326 000	\$376,00	Страховой взнос в рамках вашего плана + \$50,70
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI в размере \$163 000-\$500 000/ Семейные пары, имеющие MAGI в размере \$326 000-\$750 000	\$462,70	Страховой взнос в рамках вашего плана + \$70,00
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI больше \$500 000 / Семейные пары, имеющие MAGI больше \$750 000	\$491,60	Страховой взнос в рамках вашего плана \$76,40
Семейные пары, подающие заявки по отдельности и имеющие MAGI меньше \$87 000	\$144,60	Страховой взнос в рамках вашего плана
Семейные пары, подающие заявки по отдельности и имеющие MAGI от \$87 000 до \$413 000	\$462,70	Страховой взнос в рамках вашего плана + \$70,00
Семейные пары, подающие заявки по отдельности и имеющие MAGI \$413 000 и больше	\$491,60	Страховой взнос в рамках вашего плана \$76,40

- Взносы по Части В, а также IRMAA по Части В и Части D, вычитаются из пособия по социальному обеспечению (или взимаются, если пособия по социальному обеспечению не выплачиваются).
- Доплата по Части D вычитается из пособия по социальному обеспечению (или взимается, если пособие по социальному обеспечению не выплачивается), даже если кто-то платит страховой взнос непосредственно плану.

Helpful Health Insurance Definitions

Brand Name Drug	A drug that has a trade name and is protected by a patent. It can be produced and sold only by the company holding the patent.
Co-insurance	An amount that you must pay for medical care. It is a percentage of the total cost of care.
Co-payment	A fixed dollar amount that you pay for a medical service.
Creditable Coverage	Prescription drug coverage that is as good as, or better than, a basic Medicare Part D drug plan.
Deductible	An amount that you must pay each year before an insurance policy starts paying.
Dual eligible	Someone with both Medicare and Medicaid.
Federal Poverty Level (FPL)	A measure of income issued every year by the federal government. The amounts are used to determine eligibility for certain programs and benefits.
Formulary	A list of drugs covered by a prescription drug plan.
Generic Drug	A drug that has the same active ingredient formula as a brand name drug. Generic drugs usually cost less than brand name drugs.
Income-Related Monthly Adjustment Amounts (IRMAA)	People with higher incomes are required to pay higher premiums for Medicare Part B and Part D.
Pre-existing Condition	A health problem that existed before the date your insurance coverage became effective.
Premium	The amount that you pay for having an insurance policy. You pay the premium regardless of whether you use any health services.
Prior Authorization	Approval which must be obtained beforehand in order for an insurance company to cover a medication or service.
Quantity Limits	When Part D drug plans limit the amount of a prescription medication that they will cover in a certain period of time due to safety and/or cost reasons.
Step Therapy	A restriction used by a Part D drug plan, requiring you to first try one drug before covering another drug for that condition.

Определения терминов сферы медицинского страхования

Патентованное лекарство	Препарат, который имеет торговое название и защищен патентом. Он может быть изготовлен и продаваться только компанией, имеющей патент.
Совместное страхование	Сумма, которую вы должны заплатить за медицинское обслуживание. Это процент от общей стоимости медицинского обслуживания.
Доплата	Фиксированная сумма в долларах США, которую вы платите за медицинское обслуживание.
Засчитываемое страховое покрытие	Покрытие рецептурных препаратов, которое так же хорошо или лучше, чем основной план покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare, Часть D.
Франшиза	Сумма, которую вы должны выплачивать каждый год до того, как начнется покрытие по страховому полису.
Лицо с двойными правами	Лицо с двумя страховками: Medicare и Medicaid.
Федеральный прожиточный минимум (FPL)	Сумма дохода, ежегодно устанавливаемая федеральным правительством. Эта сумма используется для установления прав на определенные программы и льготы.
Рецептурный справочник	Список лекарственных препаратов, на которые распространяется страховой план отпускаемых по рецепту лекарств.
Непатентованное лекарство	Препарат, который имеет такое же действующее вещество, что и патентованный лекарственный препарат. Непатентованные лекарства обычно стоят дешевле патентованных.
Ежемесячная корректировка суммы в зависимости от доходов (IRMAA)	Лица с более высокими доходами должны платить более высокие взносы в Medicare, Часть B и Часть D.
Существующее ранее заболевание	Проблема со здоровьем, которая существовала до даты вступления в силу страхового покрытия.
Страховой взнос	Сумма, подлежащая уплате за страховой полис. Страховой взнос подлежит уплате независимо от того, пользуетесь ли вы какими-либо медицинскими услугами или нет.
Предварительное разрешение	Разрешение, которое должно быть получено заранее, чтобы страховая компания могла покрыть затраты на лекарства или услуги.
Ограничение количества	Ограничение количества или стоимости лекарств, отпускаемых по рецепту, за определенный период времени, по соображениям стоимости и/или безопасности, предусмотренное в планах покрытия затрат на лекарства по Части D.
Поэтапное лечение	Ограничение, предусмотренное планом покрытия затрат на лекарства по Части D, требующее сначала попробовать один препарат, прежде чем приобретать другой препарат для продолжения лечения данного заболевания.

Resources for Assistance Paying for Prescription Medications
(Each program can have their own eligibility requirements. Please call or check the website for additional qualifying information and how to apply.)

ADAP (AIDS Drug Assistance Program) - Provides free medications for the treatment of HIV/AIDS and opportunistic infections. ADAP can help people with partial insurance, including Medicare Part D, and those who have a Medicaid spenddown requirement. Call (800) 542-2437 or visit www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/eligibility.htm for more information.

Benefits Check Up – Helps people locate benefits and services available to them. www.benefitscheckup.org

BigAppleRx Prescription Drug Discount Card – This is a free NYC-sponsored discount card. Anyone can get the card, regardless of age, income, citizenship and health insurance status. The discount can be applied to both brand and generic medications. IDNYC cards can offer the same discount as the BigAppleRx card. Visit www.BigAppleRx.com or call 1-888-454-5602 for more information.

CancerCare Co-Payment Assistance Foundation – Helps eligible individuals with co-payment assistance for chemotherapy and targeted treatment drugs. www.cancercarecopay.org or 1-866-552-6729.

Good Days (formerly Chronic Disease Fund) – Helps people with certain chronic diseases to pay their insurance copays. For more information, and a list of qualifying diseases and medications, visit www.mygooddays.org or call 1-877-968-7233.

GoodRx – GoodRx allows you to compare the cost of drugs at different pharmacies. It also allows you to print coupons. Visit GoodRx.com for more information.

HealthWell Foundation - Provides financial assistance to eligible individuals to cover coinsurance, copayments, health care premiums and deductibles for certain medications and therapies. Healthwellfoundation.org or 1-800-675-8416.

Leukemia and Lymphoma Society Co-Pay Assistance Program – Helps pay for insurance premiums (both private and Medicare-related premiums) and co-pays. <https://www.lls.org/support/information-specialists> or 1-800-955-4572.

Medicine Assistance Tool - Helps people access free or low-cost prescription medications. Also provides links for programs that assist with paying co-payments. www.medicineassistancetool.org.

Ресурсы для получения помощи в оплате рецептурных препаратов
(В каждой программе могут быть свои собственные критерии участия в программе. Позвоните или посетите веб-сайт для получения дополнительной информации о критериях участия и процедуре подачи заявки на участие.)

ADAP (программа медикаментозной помощи больным СПИДом) — предоставляет бесплатные лекарственные препараты для лечения ВИЧ/СПИДа и инфекций, спровоцированных ослаблением иммунитета. ADAP может помочь людям с частичной страховкой, включая программу Medicare, Часть D, и тем, чей доход превышает требования программы Medicaid. Для получения дополнительной информации позвоните по телефону (800) 542-2437 или посетите сайт www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/eligibility.htm.

Поиск льгот — помощь в поиске доступных льгот и услуг.

Дисконтная карта для рецептурных препаратов BigAppleRx —бесплатная дисконтная карта для приобретения рецептурных препаратов, спонсируемая городом Нью-Йорк. Получить карту могут все желающие, независимо от возраста, дохода, гражданства и статуса медицинского страхования. Скидка может распространяться как на патентованные, так и на непатентованные лекарства. Карты IDNYC могут давать такую же скидку, как и карта BigAppleRx. Посетите веб-сайт www.BigAppleRx.com или позвоните по телефону 1-888-454-5602 для получения дополнительной информации.

Фонд помощи в доплате для лиц с онкологическими заболеваниями CancerCare (CancerCare Co-Payment Assistance Foundation) — оказание помощи лицам, удовлетворяющим критериям участия, в виде доплаты за химиотерапию и специальные препараты для лечения: www.cancercarecopay.org или 1-866-552-6729.

Good Days (ранее Chronic Disease Fund — Фонд помощи при хронических заболеваниях) — помощь людям с определенными хроническими заболеваниями в виде оплаты страховых доплат. Для получения дополнительной информации, а также ознакомления с перечнем заболеваний и лекарств, соответствующих критериям участия, посетите веб-сайт www.mygooddays.org или позвоните по телефону 1-877-968-7233.

GoodRx —GoodRx позволяет сравнивать стоимость лекарств в разных аптеках. Также позволяет печатать купоны. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт GoodRx.com.

HealthWell Foundation — предоставление финансовой помощи лицам, удовлетворяющим критериям участия, в виде оплаты совместного страхования, доплат, страховых взносов на медицинское обслуживание и франшиз на определенные лекарства и виды лечения: Healthwellfoundation.org или 1-800-675-8416.

Leukemia and Lymphoma Society Co-Pay Assistance Program — помощь в оплате страховых взносов для больных лейкемией и лимфомой (как по личному страхованию, так и по плану Medicare) и доплат: <https://www.lls.org/support/information-specialists> или 1-800-955-4572.

Программа по обеспечению льготными лекарствами (Medicine Assistance Tool) — помощь в получении доступа к бесплатным рецептурным препаратам или препаратам по сниженным ценам. Этот ресурс также предоставляет информацию о программах по оказанию помощи в доплате: www.medicineassistancetool.org.

National Association of Boards of Pharmacies (NABP) – Allows you to search for internet pharmacies that are certified as safe distributors. www.nabp.net

National Marrow Patient Assistance Program and Financial Assistance Fund – May assist eligible individuals with the cost of bone marrow or cord blood transplant if insurance does not cover the full cost. www.bethematch.org or 1-888-999-6743.

National Organization for Rare Disorders (NORD) – Helps uninsured or underinsured individuals with certain health conditions to access needed medications. www.rarediseases.org or 1-800-999-6673

NeedyMeds.org – Provides information on medications and patient programs explaining how to apply to each one. www.needymeds.org or 1-800-503-6897.

Patient Advocate Foundation Co-Pay Relief Program – Helps eligible individuals with certain diagnoses to pay copayments for prescription medications. www.copays.org or 1-866-512-3861.

Patient Services Incorporated (PSI) – May be able to assist people with certain chronic conditions by offering assistance with paying health insurance premiums and copayments/co-insurance, as well as costs related to travel. www.patientservicesinc.org or 1-800-366-7741.

RX Hope – Apply for discounted and free medications directly through this website. www.rxhope.com

Other Internet Resources

Department of Labor - Information on COBRA, Black Lung, etc. – www.DOL.gov

Dental Plan Comparison – www.dentalplans.com

Health and Human Services Administration – www.hhs.gov

HealthFinder.gov – Access information specific to different health conditions

Families USA – Information on health care policy – www.familiesusa.org

Kaiser Family Foundation - Information on health care policy – www.kff.org

Национальная ассоциация аптечных управлений (National Association of Boards of Pharmacies, NABP) — поиск интернет-аптек, имеющих сертификат безопасного дистрибьютора: www.nabp.net

National Marrow Patient Assistance Program and Financial Assistance Fund — возможное оказание помощи лицам, удовлетворяющим критериям участия, на покрытие стоимости трансплантации костного мозга или пуповинной крови, если страховка не покрывает расходы полностью: www.bethematch.org или 1-888-999-6743.

Национальная организация редких расстройств (National Organization for Rare Disorders, NORD) — помощь незастрахованным лицам или лицам с недостаточной суммой страхового покрытия с определенными медицинскими заболеваниями в получении доступа к необходимым лекарственным препаратам: www.rarediseases.org или 1-800-999-6673.

NeedyMeds.org — предоставление сведений о лекарственных препаратах и программах для пациентов с объяснением процедуры подачи заявлений для участия в них: www.needymeds.com или 1-800-503-6897.

Patient Advocate Foundation Co-Pay Relief Program — помощь лицам, имеющим определенные диагнозы и удовлетворяющим критериям участия, в оплате доплат на рецептурные лекарственные средства: www.copays.org или 1-866-512-3861.

Patient Services Incorporated (PSI) — возможная помощь людям с определенными хроническими заболеваниями путем оплаты страховых взносов на медицинское обслуживание и доплат/совместного страхования, а также расходов на проезд: www.patientservicesinc.org или 1-800-366-7741.

RX Hope — сайт, где можно подать заявление на получение бесплатных лекарственных препаратов или препаратов по сниженным ценам: www.rxhope.com

Другие интернет-ресурсы

Департамент труда (Department of Labor) — информация о программе COBRA, программа для больных антракозом и т. д. — www.DOL.gov

Сравнение стоматологических планов — www.dentalplans.com

Управление здравоохранения и социального обеспечения (Health and Human Services Administration) — www.hhs.gov

HealthFinder.gov — сведения о доступности услуг при различных заболеваниях

Families USA (Семьи США) — информация о политике в области здравоохранения — www.familiesusa.org

Фонд Kaiser Family — информация о политике в области здравоохранения - www.kff.org

RESOURCES

HIICAP Helpline – Call NYC Department for the Aging’s Aging Connect and ask for HIICAP www1.nyc.gov/site/dfta/services/health-insurance-assistance.page	1-212-244-6469
Aging Connect – for services offered by the NYC Department for the Aging..... www.nyc.gov/aging	1-212-244-6469
Access-A-Ride..... http://web.mta.info/nyct/paratran/guide.htm	1-877-337-2017
Advocacy, Counseling and Entitlement Services Project (ACES).....	1-212-614-5552
Attorney General Bureau of Consumer Fraud and Protection..... www.ag.ny.gov	1-800-771-7755
BigAppleRx Discount Card..... www.BigAppleRx.com	1-888-454-5602 TTY:1-800-662-1220
Center for the Independence of the Disabled in New York..... www.cidny.org	1-212-674-2300 or 1-646-442-1520
Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)..... www.cms.gov	1-800-MEDICARE
Columbia University College Of Dental Medicine's Teaching Clinic..... www.dental.columbia.edu/teaching-clinics	1-212-305-6100
Community Health Advocates..... www.communityhealthadvocates.org	1-888-614-5400
Eldercare Locator..... www.eldercare.gov	1-800-677-1116
Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)..... www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm	1-800-332-3742
HEAR NOW (provides hearing aids to people with limited resources).... https://www.starkeyhearingfoundation.org/	1-800-328-8602
Health Information Tool for Empowerment (resource directory of free and low cost health and social services)..... www.HiteSite.org	1-866-370-4483
Health and Hospitals Corporation (HHC Options)..... http://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/hhc-options/	1-844-NYC-4NYC
HRA Info Line – for all HRA programs, including Food Stamps, Public Assistance and Medicaid.....	1-718-557-1399
HRA Medicaid Helpline.....	1-888-692-6116
Hospice Foundation of America..... www.hospicefoundation.org	1-800-854-3402
ICAN - Independent Consumer Advocacy Network – Medicaid managed long term care ombudsman.....	1-844-614-8800
LawHelp.org (to search for legal services, including pro bono)	
Legal Services NYC..... www.legalservicesnyc.org	1-917-661-4500
Limited Income Newly Eligible Transition (LINET) Program (administered by Humana).....	1-800-783-1307

РЕСУРСЫ

Горячая линия HIICAP — Позвоните в «Aging Connect» Департамента по делам пожилых людей г. Нью-Йорка и спросите о программе HIICAP www1.nyc.gov/site/dfta/services/health-insurance-assistance.page	1-212-244-6469
Aging Connect — услуги, предлагаемые Департаментом по делам пожилых людей г. Нью-Йорка www.nyc.gov/aging	1-212-244-6469
Access-A-Ride..... http://web.mta.info/nyct/paratran/guide.htm	1-877-337-2017
Проект по предоставлению услуг в сфере защиты прав, консультирования и социальной помощи (Advocacy, Counseling and Entitlement Services Project, ACES)	1-212-614-5552
Комитет при генеральной прокуратуре по борьбе с мошенничеством и защите потребителей (Attorney General Bureau of Consumer Fraud and Protection)	1-800-771-7755
Дисконтная карта BigAppleRx www.BigAppleRx.com	1-888-454-5602 Линия TTY:1-800-662-1220
Центр независимости инвалидов Нью-Йорка (Center for the Independence of the Disabled in New York)	1-212-674-2300 или 1-646-442-1520
Центры обслуживания Medicare и Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)..... www.cms.gov	1-800-MEDICARE
Учебная клиника Колледжа стоматологической медицины Колумбийского университета..... www.dental.columbia.edu/teaching-clinics	1-212-305-6100
Программа защиты интересов населения в области здравоохранения (Community Health Advocates)	1-888-614-5400
Служба поиска медицинских услуг для пожилых людей (Eldercare Locator)	1-800-677-1116
Программа страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых людей (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC)	1-800-332-3742
«УСЛЫШЬТЕ СЕЙЧАС» (HEAR NOW) (предоставление слуховых аппаратов людям с ограниченными ресурсами)	1-800-328-8602
Health Information Tool for Empowerment (справочник бесплатных и недорогостоящих медико-социальных услуг)	1-866-370-4483
Корпорация здравоохранения и медицинских учреждений (Health and Hospitals Corporation, HHC Options)	1-844-NYC-4NYC
Информационная линия Управления трудовыми ресурсами (HRA) — для всех программ HRA, включая продовольственные талоны, социальную помощь и Medicaid	1-718-557-1399
Справочная служба программы Medicaid HRA.....	1-888-692-6116
Фонд хосписов Америки (Hospice Foundation of America)	1-800-854-3402
ICAN - Independent Consumer Advocacy Network (Независимая сеть по защите потребителей) – Medicaid	1-844-614-8800
Программа омбудсмана по управляемому долгосрочному медицинскому обеспечению LawHelp.org (поиск юридических услуг, в т. ч. благотворительных)	
Юридические услуги г. Нью-Йорка..... www.legalservicesnyc.org	1-917-661-4500
Программа перехода для лиц с ограниченными доходами (LINET) под руководством Humana	1-800-783-1307

Livanta, LLC - Quality Improvement Organization to appeal hospital discharge and make quality of care complaints).....	1-866-815-5440
Medicaid facilitated enrollers for Aged, Blind and Disabled (can also help with Medicare Savings Program Applications).....	1-347-396-4705
Medicaid Fraud Control Unit (NY Attorney General).....	1-800-771-7755
Medicare Fraud Hotline (Office of the Inspector General, DHHS).....	1-800-447-8477
Medicare Hotline.....	1-800-MEDICARE
Medicare Rights Center.....	1-800-333-4114
www.medicarerights.org	
National Council on Aging: www.ncoa.org	
National Health Information Center: www.health.gov/nhic	
New York Connects (long term care services and support; they will make home visits).....	1-800-342-9871
Bronx (Neighborhood SHOPP): 1-347-862-5200	
Brooklyn (JASA): 1-718-671-6200	
Manhattan (NY Foundation for Senior Citizens): 1-212-962-2720	
Queens (Selfhelp Community Services): 1-718-559-4400	
Staten Island (CASC):1-718-489-3954	
New York Legal Assistance Group's (NYLAG) Evelyn Frank Legal Resources Program.....	1-212-613-7310
EFLRP@NYLAG.org.	
New York State of Health (Marketplace Plan contact).....	1-855-355-5777
https://nystateofhealth.ny.gov	
NYC Department of Health.....	311
www.nyc.gov/health	
NYS Long Term Care Ombudsman Program.....	1-855-582-6769
https://ltombudsman.ny.gov/	
NYS Department of Health-Medicaid and Marketplace HMO complaints	1-800-206-8125
NYS Department of Financial Services.....	1-800-342-3736
www.dfs.ny.gov	
NYS Medicaid Helpline.....	1-800-541-2831
NYS Office for the Aging Senior Citizen Helpline.....	1-800-342-9871
www.aging.ny.gov	
NYS Office of Crime Victim Services.....	1-800-247-8035
https://ovs.ny.gov/help-crime-victims	
NYS Department of Health Office of Professional Medical Conduct (physician quality control complaints).....	1-800-663-6114
NYU Dental Clinic.....	1-212-998-9800
www.nyu.edu/dental	
Railroad Retirement Board.....	1-877-772-5772
www.rrb.gov	
SMP (formerly Senior Medicare Patrol) to report Medicare fraud/abuse in NYS.....	1-800-333-4374
Social Security Administration.....	1-800-772-1213
www.socialsecurity.gov	
United States Department of Veterans Affairs.....	TTY 1-800-325-0778
www.va.gov	

Livanta, LLC — организация, занимающаяся улучшением качества обслуживания, если необходимо обжаловать вопрос по выписке из больницы и подать иск касательно качества обслуживания.....	1-866-815-5440
Лица, включенные при содействии Medicaid в программу страхования для пожилых, слепых и инвалидов (также возможна помощь с программой льгот Medicare Savings Program)	1-347-396-4705
Отдел по борьбе с мошенничеством в Medicaid (Генеральный прокурор Нью-Йорка) --	1-800-771-7755
Горячая линия программы Medicare по вопросам мошенничества (Управление Генерального инспектора, DHHS)	1-800-447-8477
Горячая линия программы Medicare.....	1-800-MEDICARE
Правовой центр программы Medicare (Medicare Rights Center)	1-800-333-4114
www.medicarerights.org	
Национальный совет по делам пожилых людей (National Council on Aging) www.ncoa.org	
Национальный медико-информационный центр (National Health Information Center): www.health.gov/nhic	
New York Connects (долгосрочный уход и поддержка по месту жительства; они будут обеспечивать посещение врача на дому)	1-800-342-9871
Бронкс (SHOPP микрорайона): 1-347-862-5200	
Бруклин (JASA): 1-718-671-6200	
Манхэттен (фонд Нью-Йорка для пожилых граждан): 1-212-962-2720	
Квинс (службы общества самопомощи): 1-718-559-4400	
Стейтен Айленд (CASC): 1-718-489-3954	
Программа юридической помощи Evelyn Frank в New York Legal Assistance Group's (NYLAG, Группа правовой помощи в Нью-Йорке)	1-212-613-7310
EFLRP@NYLAG.org.	
New York State of Health (контактные данные по вопросам участия в плане, приобретенном через Marketplace)	1-855-355-5777
https://nystateofhealth.ny.gov	
Департамент здравоохранения города Нью-Йорк (NYC Department of Health)	311
www.nyc.gov/health	
Программа омбудсмена по долгосрочному уходу в штате Нью-Йорк (NYS Long Term Care Ombudsman Program)	1-855-582-6769
https://ltombudsman.ny.gov/	
Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк — жалобы на Medicaid и Marketplace HMO	1-800-206-8125
Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк (NYS Department of Financial Services)	1-800-342-3736
www.dfs.ny.gov	
Справочная служба программы Medicaid штата Нью-Йорк	1-800-541-2831
Справочная служба управления по делам пожилых жителей штата Нью-Йорк (NYS Office for the Aging Senior Citizen)	1-800-342-9871
www.aging.ny.gov	
Управление по делам потерпевших от преступлений в штате Нью-Йорк	1-800-247-8035
https://ovs.ny.gov/help-crime-victims	
Служба профессиональной медицинской этики (NYS Office of Professional Medical Conduct) от Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (жалобы в отношении качества терапевтических услуг)	1-800-663-6114
Стоматологическая клиника Нью-Йоркского университета (NYU Dental Clinic)	1-212-998-9800
www.nyu.edu/dental	
Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (Railroad Retirement Board)	1-877-772-5772
www.rrb.gov	
SMP (Ранее называвшийся Senior Medicare Patrol) - чтобы сообщить о фактах мошенничества или злоупотребления в программе Medicare в штате Нью-Йорк ----	1-800-333-4374
Управление социального обеспечения (Social Security Administration)	1-800-772-1213
www.socialsecurity.gov	
Управление по делам ветеранов США (United States Department of Veterans Affairs) ...	1-800-827-1000
www.va.gov	

NOTES

ПРИМЕЧАНИЯ