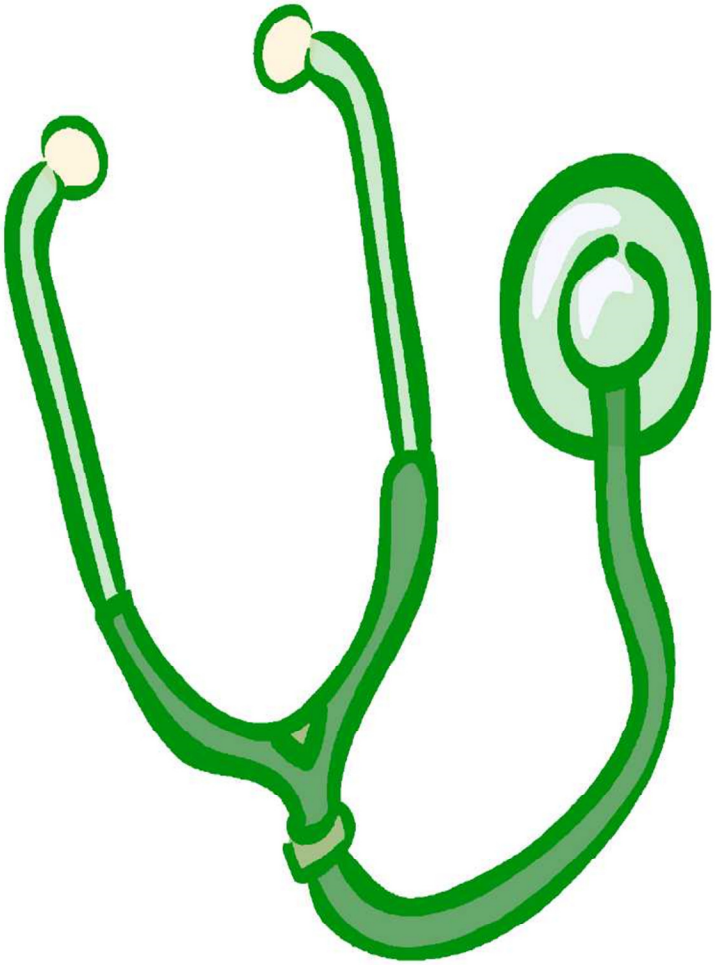
A Complete Guide to Health Care Coverage for Older New Yorkers 2016



Полное руководство по медицинскому страхованию для пожилых жителей г. Нью-Йорка 2016

HIICAP
NYC DEPARTMENT FOR THE AGING
Health Insurance Information
Counseling & Assistance Program

Bill de Blasio

Mayor

City of New York

Donna M. Corrado, PhD

Commissioner

NYC Department for the Aging

Билл де Блазио

Мэр

города Нью-Йорка

Донна М. Коррадо, д-р философии

Уполномоченный представитель

Департамента г. Нью-Йорка по делам пожилых людей

HIICAP
NYC DEPARTMENT FOR THE AGING
Health Insurance Information
Counseling & 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, Medicaid, and Long-Term Care Insurance. The information detailed here is current for the year 2016. 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 311 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 necessarily constitute endorsement of these programs on the part of the New York City Department for the Aging.

Dial 311 for information regarding this and other City services.

www.nyc.gov/aging
www.aging.ny.gov/healthbenefits

HIICAP
NYC DEPARTMENT FOR THE AGING
Health Insurance Information
Counseling & 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, для того 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, страховке Medicaid и страховании на случай необходимости долгосрочной медицинской помощи. Представленная здесь информация действительна в течение 2016 г. 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. Позвоните по телефону 311 и поговорите с одним из квалифицированных консультантов отдела 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.

Звоните по телефону 311, чтобы получить информацию о программах и других услугах, доступных в г. Нью-Йорке.

www.nyc.gov/aging
www.aging.ny.gov/healthbenefits

TABLE OF CONTENTS

Topic	Page
Medicare----------	3
Part A----------	4
Part B----------	7
Preventive Services----------	11
Medicare as Secondary Payer (for people with other health insurance)----------	13
Medicare Supplement Insurance (Medigap)----------	15
Medicare Advantage Plans (HMO, PPO, SNP)----------	23
Medicare Part D-Prescription Drug Coverage----------	28
Extra Help Paying for Part D----------	33
Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)----	34
BigAppleRx Prescription Drug Discount Card----------	37
Medicare Savings Programs----------	38
Medicare Fraud and Abuse----------	40
Medicaid----------	42
Medicaid Expansion/Affordable Care Act----------	42
Mandatory Medicaid Managed Long Term Care-------	44
Veteran's Benefits and TRICARE for Life----------	47
Other Health Coverage Options for New Yorkers--------	49
COBRA----------	49
NY State of Health/Health Insurance Marketplace--	49
HHC Options----------	51
Patient Rights and Appeals----------	53
Advance Directives----------	54
Long Term Care Planning----------	55
Long Term Care Insurance----------	59
Eligibility Charts----------	63
Resources----------	66
Medicaid Offices in NYC----------	71

СОДЕРЖАНИЕ

Тема	Стр.
Программа медицинского страхования Medicare----------	3
Часть A----------	4
Часть B----------	7
Профилактические услуги----------	11
Medicare как вторичный плательщик (для людей с другой медицинской страховкой)----------	13
Дополнительный страховой план Medicare (Medigap)----------	15
Планы Medicare Advantage (HMO, PPO, SNP)----------	23
Medicare, часть D – страховое покрытие рецептурных лекарственных препаратов----------	28
Оплата части D с помощью субсидии Extra Help----------	33
Программа страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых людей (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC)----------	34
Дисконтная карта на покупку рецептурных лекарственных препаратов BigAppleRx ----------	37
Сберегательные программы Medicare----------	38
Мошенничество и злоупотребления в программе Medicare----------	40
Программа медицинского страхования малоимущих лиц Medicaid----------	42
Расширение программы Medicaid/Закон о доступном здравоохранении------	42
Программа обязательного страхования организованного долгосрочного ухода Medicaid----------	44
Пособия для ветеранов и программа TRICARE for Life----------	47
Другие варианты медицинского страхования для жителей Нью-Йорка-------	49
COBRA----------	49
Биржа NY State of Health/рынок медицинского страхования----------	49
Программа HHC Options----------	51
Права пациентов и подача апелляции----------	53
Распоряжения на случай недееспособности----------	54
Планирование долгосрочного ухода----------	55
Страхование на случай необходимости долгосрочной медицинской помощи----------	59
Критерии участия в программах----------	63
Ресурсы----------	66
Отделения программы Medicaid в г. Нью-Йорке----------	71

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. It has four components:

- Hospital Insurance (Part A).
- Medical Insurance (Part B).
- Medicare Advantage plans (Part C - HMOs, PPOs, Special Needs Plans, Medical Savings Accounts, and Private Fee for Service Plans). Medicare Advantage plans provide hospital and medical coverage. If someone joins a Medicare Advantage plan, they will have coverage through that private plan, not through "original Medicare."
- Prescription Drug Coverage (Part D). Medicare Advantage enrollees who want drug coverage must get that coverage through their plan. Enrollees in "original Medicare" who want drug coverage sign up for a stand-alone Part D plan.

Who is Eligible for Medicare?

You are eligible for Medicare if you are 65 years old or older, and a citizen or permanent resident of the United States for at least five consecutive years. People under age 65 may qualify for coverage after receiving Social Security Disability Insurance (SSDI) for 24 months; people with Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) qualify the first month they receive SSDI. People 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. If you or your spouse (including same-sex spouse) are insured through Social Security (by having earned 40 quarters of coverage), you are eligible for premium-free Part A. Without 40 quarters of coverage, one may still get Medicare by paying a premium for Part A. 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.

How Do I Enroll in Medicare?

Automatic Enrollment: If you are already getting 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. If you receive Social Security Disability benefits, you will automatically get a Medicare card in the mail after you have received Social Security Disability benefits for 24 consecutive months.

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. Она состоит из четырех компонентов:

- Больничное страхование (часть A).
- Медицинское страхование (часть B).
- Планы Medicare Advantage (часть C — HMO, PPO, планы для лиц с особыми потребностями, медицинские сберегательные счета и индивидуальные планы с оплатой услуг по мере необходимости). Планы Medicare Advantage обеспечивают страхование больничных расходов и медицинское страхование. Участвуя в плане Medicare Advantage, вы получаете страховку через этот индивидуальный план, а не через базисную программу Medicare.
- Страховое покрытие рецептурных лекарственных препаратов (часть D). Участники плана Medicare Advantage, желающие иметь страховое покрытие лекарственных препаратов, должны приобрести данную страховку через свой план. Участники базисного плана Medicare, желающие иметь страховое покрытие лекарственных препаратов, должны зарегистрироваться в независимом плане части D.

Кто имеет право на участие в Medicare?

Вы имеете право на участие в программе Medicare, если вам исполнилось 65 лет и если вы являетесь гражданином или постоянным жителем США в течение не менее 5 лет подряд. Лица, не достигшие 65 лет, имеют право на участие в программе после получения социального пособия по нетрудоспособности (Social Security Disability Insurance, SSDI) в течение 24 месяцев; лица с боковым амиотрофическим склерозом (Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS) имеют право на участие в первый месяц после получения пособия SSDI. Лица с терминальной стадией почечной недостаточности 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 трудовой стаж работника, если он (она) получает постоянный диализ для лечения хронической почечной недостаточности или если ему (ей) была пересажена почка, даже если другие члены семьи не получают Medicare. Если вы или ваш супруг (супруга) (в том числе одного пола) имеете социальную страховку (работали и платили в фонд социального обеспечения в течение 40 кварталов), вы имеете право на участие в части A без уплаты взносов. Если ваш официальный трудовой стаж менее 40 кварталов, вы все равно можете получать Medicare при условии оплаты взносов за часть A. Если у вас есть вопросы о ваших правах на участие в программе Medicare или вы хотите подать заявление на участие в программе Medicare, позвоните в Управление социального обеспечения (Social Security Administration) по телефону 1-800-772-1213 (линия TTY: 1-800-325-0778). Дополнительную информацию о подаче заявления на участие в Medicare можно получить на веб-сайте www.socialsecurity.gov.

Каким образом можно зарегистрироваться в программе Medicare?

Автоматическое зачисление. Если к тому моменту, когда вам исполнится 65 лет, вы уже будете получать пособия по программе социального обеспечения (Social Security) или пенсионного обеспечения для работников железнодорожного транспорта (Railroad Retirement), вам не нужно будет подавать заявление на участие в Medicare. Вы автоматически будете зачислены в часть A и часть B, вам будет по почте выслана карта участника программы Medicare приблизительно за 3 месяца до того, как вам исполнится 65 лет. Если вы получаете социальное пособие по нетрудоспособности, вам по почте будет выслана карта участника программы Medicare после того, как вы будете получать социальное пособие по нетрудоспособности в течение 24 месяцев подряд.

Applying for Medicare Part A: Those eligible for premium-free Part A can enroll in Medicare Part A at any time, and coverage can be retroactive up to six months. Those who need to pay a premium for Part A (don't have 40 quarters of coverage through Social Security) can only enroll January 1-March 31, with coverage effective July 1.

Applying for Medicare Part B: If you are not receiving Social Security or Railroad Retirement benefits when you turn 65, you have a seven-month Initial Enrollment Period (IEP) in which to enroll in Medicare. You can enroll by contacting the Social Security Administration (SSA) three months before you turn 65, as well as the month in which you turn 65 and the three months that follow. 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.

If you do not enroll during this seven-month period, you will have to wait to enroll during the next general enrollment period which is January 1 to March 31 of each year, but Part B coverage will not start until July. If you do not enroll during the initial enrollment period and do not have other coverage through an active employer of you or your spouse, you will face a higher premium as a penalty for late enrollment. The penalty for late enrollment is 10% for every 12 months of non-enrollment in Part B.

Actively Employed and Medicare Eligible: If you or your spouse are actively employed and have health insurance through the employer, you may not need to enroll in Medicare Part B when you first become eligible; contact the employer as to whether you are required to enroll in Part B. You may wish to enroll in Part A regardless because there is no premium for this coverage. Refer to the section on Medicare as Secondary Payer (see page 13) for more information.

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.

Подача заявления на участие в Medicare, часть А. Лица, имеющие право на участие в части А без уплаты взносов, могут быть зачислены в Medicare, часть А, в любой момент, при этом страховое покрытие может распространяться на период до 6 месяцев до регистрации. Лица, которым необходимо платить взносы за часть А (с официальным трудовым стажем менее 40 кварталов), могут регистрироваться в программе только в период с 1 января по 31 марта, причем покрытие для них начинает действовать с 1 июля.

Подача заявления на участие в Medicare, часть В. Если к тому моменту, когда вам исполнится 65 лет, вы не будете получать пособие по программе социального обеспечения или пенсионного обеспечения для работников железнодорожного транспорта, срок первичной регистрации (Initial Enrollment Period, IEP), в течение которого вы можете подать заявление на участие в Medicare, составит 7 месяцев. Вы можете подать заявление, обратившись в Управление социального обеспечения (Social Security Administration, SSA) за три месяца до того, как вам исполнится 65 лет, в течение месяца, когда вам исполнится 65, и в течение 3 последующих месяцев. 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.

Если вы не зарегистрируетесь в программе в течение данного семимесячного периода, вам придется дождаться следующего общего периода зачисления, который начинается 1 января и заканчивается 31 марта каждого года, при этом страховое покрытие по части В начнет действовать не ранее июля. Если вы не зарегистрируетесь в программе в течение срока первичной регистрации и у вас или вашего супруга (супруги) не будет страховки по месту работы, вам придется заплатить более высокий взнос в качестве штрафа за регистрацию с опозданием. Размер штрафа за регистрацию с опозданием составляет 10 % за каждые 12 месяцев задержки регистрации в части В.

Работающие лица и лица, имеющие право на участие в Medicare. Если вы или ваш супруг (супруга) работаете и имеете страховку по месту работы, вам не обязательно регистрироваться в программе Medicare, часть В, когда вы впервые получите право на участие; уточните у работодателя, должны ли вы зарегистрироваться в части В. Независимо от этого вы можете зарегистрироваться в части А, поскольку данная страховка не включает ежемесячной оплаты. Для получения дополнительной информации см. раздел «Medicare – вторичный плательщик» (стр. 13).

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 and 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 after day 90 of each 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 more 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. 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.

Most people are eligible for premium-free Part A because they or their spouse have at least 40 quarters of coverage with Social Security. Those who do not have 40 quarters of coverage with Social Security can pay a monthly premium for Part A coverage. In 2016, if you have less than 30 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be $411 a month**.** If you have 30 to 39 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be $226 per month. For low-income beneficiaries who qualify for the QMB Medicare Savings Program (see page 38), QMB may also be able to pay the Part A premium for those who do not qualify for premium-free Part A.

Part A Cost Sharing in 2016:
- Deductible: $1,288 per benefit period
- Days 61-90 of an inpatient stay: $322 per day
- Lifetime Reserve Days: $644 per day

Skilled Nursing Facility Care: If after being discharged after a three-day minimum stay as an inpatient in a hospital (not counting the day of discharge), you need to go to a skilled nursing facility, Medicare will help pay for your care for up to 100 days in a benefit period. (Days under "observation" status in a hospital are covered under Medicare Part B, and are not counted towards the three-day qualifying minimum stay for SNF coverage.) Medicare Part A pays the full cost of covered services for the first 20 days. All covered services for the next 80 days are paid for by Medicare except for a daily co- payment amount of $161 in 2016. 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.**

Стационарное больничное лечение. 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 при очередном получении стационарного больничного лечения. Получатели страховых выплат по программе Medicare имеют 60 резервных дней (на протяжении жизни) после окончания 90-го дня любого 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 A Medicare помогает оплатить пребывание в палате на двоих, питание, получение регулярных медсестринских услуг, услуги реабилитации, лекарственные препараты, изделия медицинского назначения, лабораторные анализы и рентген. 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.

Большинство людей имеют право на участие в части A без уплаты взносов, поскольку они или их супруги имеют как минимум 40 кварталов официального трудового стажа. Лица с официальным трудовым стажем менее 40 кварталов могут оплачивать ежемесячный взнос за покрытие части A. В 2016 г. при наличии у вас менее 30 кварталов официального трудового стажа сумма страхового взноса в рамках плана части A составит $411 в месяц. При наличии у вас 30–39 кварталов официального трудового стажа сумма страхового взноса в рамках плана части A составит $226 в месяц. Для лиц с низким доходом, отвечающих критериям участия в сберегательной программе Medicare QMB (см. стр. 38), программа QMB может также оплачивать взносы за участие в части A, если эти лица не имеют права на участие в части A без уплаты взносов.

Затраты пациента по части A в 2016 г.:
- Франшиза: $1 288 за период страховых выплат.
- Дни 61–90 стационарного лечения: $322 в день.
- Количество резервных дней на проятжении жизни: $644 в день.

Обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Если после окончания трехдневного минимального срока пребывания в больнице (не считая дня выписки) вас направят в учреждение квалифицированного сестринского ухода, программа Medicare поможет оплатить до 100 дней обслуживания за период страховых выплат. (Срок пребывания «под наблюдением» оплачивается по программе Medicare, часть B, и не учитывается при оплате трехдневного минимального срока пребывания в учреждении квалифицированного сестринского ухода). Medicare, часть A, оплачивает полную стоимость покрываемых услуг в течение первых 20 дней. Medicare оплачивает все покрываемые услуги в течение следующих 80 дней, за исключением суммы ежедневных доплат, составляющую в 2016 г. $161. Если в период страховых выплат вам потребуется получение ухода в течение более чем 100 дней, вам придется оплатить все расходы самостоятельно начиная со 101-го дня. **Примечание. Обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода не является долгосрочным уходом.**

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 home health agency. A prior stay in the hospital is not required to qualify for home health care, and you do not have to pay a deductible for home health services. Medicare Part A pays the entire bill for covered services for as long as they are medically reasonable and necessary. 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 care, you may also qualify for other services, such as a home health aide and medical social workers.

Information on Mandatory Medicaid Managed Long Term Care (MLTC) for dual eligibles (have both Medicare and Medicaid) can be found on page 44.

Hospice Care: Medicare beneficiaries who are terminally ill you can elect to receive hospice care rather than regular Medicare benefits. Hospice care emphasizes providing comfort and relief from pain. The care can be at home or as an inpatient, and includes many services usually not covered by Medicare, such as homemaker services, counseling, and certain prescription drugs.

Обслуживание 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 по оказанию медицинской помощи на дому. Для получения права на обслуживание на дому не требуется пребывание в больнице, и вам не придется оплачивать франшизу за предоставление медицинских услуг на дому. Часть А Medicare оплачивает весь счет за покрываемые услуги, если они являются целесообразными и необходимыми с медицинской точки зрения. Услуги должны предоставляться на временной основе или в течение неполного рабочего дня, но не полный рабочий день. Оплата предоставляется за квалифицированный уход, включая квалифицированный медсестринский уход, услуги физиотерапии, трудотерапии и логопедии. Если вы получаете квалифицированный уход, вы, возможно, имеете право на получение других услуг, например услуг помощника по медицинскому обслуживанию на дому и услуг медицинских социальных работников.

Информация об обязательной программе организованного долгосрочного ухода (Managed Long Term Care, MLTC) Medicaid для лиц, имеющих право на участие одновременно в Medicare и Medicaid, представлена на стр. 44.

Услуги хосписа. Участники Medicare с неизлечимым заболеванием могут выбрать получение ухода в хосписе вместо стандартного страхового обеспечения Medicare. Услуги хосписа направлены на предоставление комфорта и облегчение боли. Уход может предоставляться на дому или в стационаре, он включает множество услуг, обычно не покрываемых Medicare, например помощь по хозяйству, консультации и некоторые рецептурные препараты.

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 also helps pay for:

- Outpatient hospital services
- Outpatient mental health care
- Blood, after the first 3 pints
- Ambulance transportation
- Physical, speech & occupational therapy
- Preventive & Screening tests
- Flu, pneumonia & hepatitis B vaccines
- Injectibles
- Artificial prostheses
- X-rays & lab tests
- Durable medical equipment
- Medical supplies

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.

In 2016 the monthly premium is $121.80. However, because there is no Social Security Cost of Living Adjustment (COLA) for 2016, most Medicare beneficiaries will be "held harmless" from a premium increase and will continue to pay the 2015 premium of $104.90. Individuals and couples with annual incomes over $85,000 and $170,000, respectively, will be responsible for higher premiums. See page 63 for more information.

The following beneficiaries will be responsible for the 2016 monthly premium of $121.80:

- Those who first enroll in Part B in 2016; and
- Those who are not yet collecting Social Security benefits, even though they may have had Part B in 2015.

You are responsible for paying the annual Part B deductible. After meeting the deductible, Medicare pays for 80% of Medicare-approved charges. You are responsible for paying the other 20%, referred to as the Medicare coinsurance.

Medicare covers physical and speech therapy services up to $1,960 per year and occupational services up to $1,960 per year in 2016. The cap includes all therapy done in the office, home (if not receiving Medicare-covered home health care services), and care in the outpatient department of a hospital. There are certain exceptions which allow the cap to be extended, such as for more complicated medical conditions. You can check with your physical therapist to see if you qualify for an exception.

Страховые выплаты программы Medicare, часть B

Программа Medicare, часть B, оплачивает различные медицинские услуги и товары медицинского назначения, но — что самое важное — она оплачивает 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 B также помогает оплачивать:

- амбулаторные услуги;
- амбулаторное психиатрическое лечение;
- переливание крови после первых 1,4 литра;
- транспортировку на машине скорой помощи;
- физиотерапию, логопедию и трудотерапию;
- профилактические и скрининговые обследования;
- вакцинацию против гриппа, пневмонии и гепатита B;
- инъекционные лекарственные средства;
- искусственные протезы;
- рентгенографические и лабораторные исследования;
- медицинское оборудование длительного использования;
- медицинские расходные материалы.

Участники планов Medicare Advantage получают страховые выплаты по части B через свой план, они не могут подавать счета в Medicare.

Какие расходы вы несете по части B?

Получатели пособий в соответствии с частью B плана Medicare должны оплачивать ежемесячный страховой взнос, ежегодную франшизу, а также долю совместного страхования за большинство услуг.

В 2016 году ежемесячный страховой взнос составляет 121,80 долл. США. Однако, поскольку индексация пособий социального обеспечения в связи с повышением прожиточного минимума (COLA) за 2016 год отсутствует, большинство получателей пособий Medicare будет «освобождено от ответственности» в связи с увеличением страхового взноса и будет продолжать платить страховой взнос по ставке за 2015 год в размере 104,90 долл. США. Лица, не состоящие в браке, и семейные пары с ежегодным доходом более 85 000 долл. США и 170 000 долл. США, соответственно, должны будут платить более высокие страховые взносы. Дополнительную информацию см. на стр. 63.

Следующие получатели пособий должны будут платить ежемесячный страховой взнос, установленный для оплаты в 2016 году, в размере 121,80 долл. США:

- лица, которые впервые зарегистрировались для участия в плане части B в 2016 году;
- лица, которые еще не получают пособие по социальному обеспечению, несмотря на то, что они участвовали в плане части B в 2015 году.

По части B вы должны оплачивать ежегодную франшизу. После получения франшизы Medicare оплачивает 80 % утвержденных расходов. Вы должны оплачивать оставшиеся 20 %, которые называются совместным страхованием Medicare.

В 2016 г. Medicare оплачивает услуги физиотерапии и логопедии на сумму до $1 960 в год и услуги трудотерапии на сумму до $1 960 в год. Страховое покрытие включает все терапевтические услуги, полученные в кабинете врача, на дому (в случае отсутствия страховки Medicare, покрывающей медицинское обслуживание на дому), а также в амбулаторном отделении больницы. В определенных случаях, например при наличии особо серьезных медицинских состояний, действуют исключения, позволяющие продлить страховое покрытие. Узнайте у своего терапевта, можете ли вы претендовать на такое исключение.

Medicare Supplement (Medigap) Insurance 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 15 for information on Medigap policies.

How Much Can Providers Charge for Services?

There are different relationships that doctors and medical providers can choose to have with the Medicare program. What category the provider is in 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. Below are descriptions of each of these scenarios.

- 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%). 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.

- They can be "**Non-Participating**" providers. Non-participating providers still have a relationship with the Medicare program; how this category differs from "Participating" providers is 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 the amount Medicare approves for a particular service and will not charge you more than the 20% co-insurance (for most services).
  - 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 Limiting Charge that applies for office visits and home visits is 15%. For most other services provided by physicians in New York State, the Limiting Charge is 5%.

TIP: To locate providers in the Medicare program, visit www.medicare.gov or call 1-800-MEDICARE.

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. 15.

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. Ниже представлены описания каждой из этих категорий.

- **«Участвующие»** поставщики услуг всегда принимают полную оплату услуг от Medicare (Medicare оплачивает 80 %, а участник программы — 20 %). 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.

- Поставщики услуг могут быть **«не участвующими»**. Не участвующие поставщики услуг тоже имеют отношения с программой 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. 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, не превысит 20 % суммы совместного страхования (для большинства услуг).
  - Если ваш врач **не примет переуступку прав**, расходы будут отнесены к «лимитированной оплате», которая является дополнительной оплатой сверх суммы, утвержденной Medicare. Размер лимитированной оплаты, который применяется к визитам в кабинет врача и визитам медицинских специалистов на дом, составляет 15 %. Для большинства услуг, предоставляемых в штате Нью-Йорк, размер лимитированной оплаты составляет 5 %.

СОВЕТ. Чтобы найти поставщиков услуг, связанных с программой Medicare, посетите веб-сайт www.medicare.gov или позвоните по телефону 1-800-MEDICARE.

- Providers can "**Opt Out**" of the Medicare program. Medicare providers have the right to officially "opt out" of Medicare for a two-year period and enter into a private written contract with any Medicare patient who seeks their treatment. The doctor 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 patient. A Medicare supplement policy or "Medigap" will not pay any of these costs either. The Medicare beneficiary is still covered by Medicare for services by other providers. "Opting Out" is different from providers who do not accept Medicare Assignment where the set fees and reimbursements are still controlled by Medicare.

Advance Beneficiary Notice of Non-Coverage

Sometimes Medicare may not cover a service because it is not considered to be "medically necessary." In these cases, the health care provider must provide, in writing, the "Advance Beneficiary Notice of Non-coverage (ABN)" indicating the service that they believe Medicare will not pay for. The form must contain 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. Providers must use an ABN for physical, speech and occupational therapy services. Without a signed ABN, the beneficiary is not responsible for charges in excess of the cap for these services (see following page for a sample ABN).

Medicare Summary Notice

For assigned claims, 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. For unassigned claims, a MSN will be mailed as the claims are processed, along with a check to the beneficiary, if the beneficiary has pre-paid for the service. Beneficiaries will be able to utilize the MSN for reimbursement from a Medigap policy. The MSN also contains information on how you can appeal Medicare claim denials. Beneficiaries can also access their MSNs electronically at 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.

- Поставщики услуг могут **«отказаться»** от сотрудничества с программой Medicare. Поставщики услуг, участвующие в программе Medicare, имеют право официально прервать сотрудничество с программой Medicare на два года и заключить письменный договор с любым участником программы Medicare, обратившимся к ним за лечением. Врач устанавливает тариф за каждую конкретную услугу, а пациент соглашается оплачивать расходы, понимая, что Medicare не будет оплачивать услуги этого врача или возмещать расходы пациенту. Полис дополнительного страхования Medicare — Medigap — также не будет оплачивать эти расходы. При этом программа Medicare будет продолжать оплачивать участнику Medicare услуги, предоставляемые другими поставщиками услуг. Оплата врачей, отказавшихся от участия в Medicare, отличается от оплаты врачей, не принимающих переуступку прав на страховые льготы Medicare, когда Medicare продолжает контролировать установленные тарифы и возмещение сумм.

Предварительное извещение участника программы об отсутствии страхового покрытия

В некоторых случаях программа Medicare может не покрывать ту или иную услугу, если она не считается необходимой с медицинской точки зрения. В таких случаях врачи, принимающие страховку, должны направить предварительное письменное извещение участнику программы об отсутствии страхового покрытия (Advance Beneficiary Notice of Non-coverage, ABN) с указанием услуги, которая, как они полагают, не будет оплачена программой Medicare. Форма должна содержать информацию о данной услуге; дату предоставления услуги; конкретную причину, по которой услуга может не быть оплачена Medicare; 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, не покрываемые программой Medicare (например, слуховые аппараты), оплачивать которые в любом случае должен участник программы. Поставщики услуг должны использовать ABN для физиотерапии, логопедии и трудотерапии. Без подписания ABN участник программы не несет ответственности за расходы, превышающие лимит для данных услуг (см. образец ABN на следующей странице).

Сводный отчет Medicare

Для требований о страховом возмещении с «переуступкой прав на страховые льготы»: один раз в квартал каждому участнику программы Medicare, в отношении которого врач предъявил требование о страховом возмещении по части A и/или части B, по почте будет отправлен сводный отчет Medicare (MSN). Для требований о страховом возмещении без «переуступки прав на страховые льготы»: отчет MSN будет отправлен по почте после рассмотрения требования, также участнику программы будет отправлен чек, если он уже оплатил данную услугу. Участники программы смогут использовать отчет MSN для получения возмещения по полису Medigap. Отчет MSN также содержит информацию о том, как вы можете опротестовать отказ Medicare в страховой выплате. Участники программы также могут получить свой отчет MSN в электронном виде на веб-сайте www.medicare.gov. Для получения отчета MSN на испанском языке, звоните по номеру 1-800-MEDICARE.

См. образец MSN для частей A и B Medicare, а также пояснения к нему по ссылкам www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeA.pdf и www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeB.pdf.

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.

Form CMS-R-131 (03/11) Form Approved OMB No. 0938-056

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, укащанную в графе **D.** _____ выше.

Примечание.Если вы выберите вариант 1 или 2, мы поможем вам воспользоваться другой имеющийся 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 я**не** 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.

Форма CMS-R-131 (03/11) Форма утверждена, номер OMB 0938-056

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 to help you stay healthy:

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.
Behavioral Therapy for Cardiovascular Disease (CVD)	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.
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.
Cardiovascular Screening	Medicare covers cardiovascular screenings that check cholesterol and other blood fat (lipid) levels once every 5 years.
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.
Diabetes Services	Diabetes screenings for those at higher risk covered at 100%. Coverage for glucose monitors, lancets, test strips and diabetes self-management training for both insulin and non-insulin dependent of those diagnosed with diabetes. You pay 20% of the Medicare-approved amount after the Part B deductible.
Glaucoma Screening	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 C Screening	Medicare covers one Hepatitis C screening test for people born between 1945-1965, and a yearly repeat screening for certain people at high risk.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УСЛУГИ MEDICARE

Программа Medicare обеспечивает 100%-е покрытие практически всех профилактических услуг, на которые не распространяется требование уплаты франшизы по части B и/или доли совместного страхования в размере 20 %. Стремясь помочь вам сохранить здоровье, Medicare обеспечивает покрытие следующих профилактических услуг:

Скрининг и психологическое консультирование по вопросам злоупотребления алкоголем	Medicare оплачивает ежегодный скрининг злоупотребления алкоголем. Для лиц, продемонстрировавших положительные результаты скрининга, Medicare также оплачивает не более четырех коротких очных сеансов поведенческого психологического консультирования ежегодно.
Поведенческая терапия при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ)	Medicare оплачивает одно очное посещение с целью снижения риска ССЗ ежегодно. В ходе посещения рекомендуется прием аспирина, проводится скрининг высокого артериального давления, а также поведенческое консультирование с целью поощрения здорового питания.
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 получающие медикаментозное лечение остеопороза, а также лица с патологией позвоночника.
Диагностика сердечно-сосудистой системы	Medicare оплачивает диагностику сердечно-сосудистой системы, включая проверку уровня холестерина и уровня других жиров (липидов) в крови один раз в 5 лет.
Обследование на колоректальный рак	Анализ кала на скрытую кровь: оплачивается один раз в 12 месяцев. Гибкая сигмоидоскопия: оплачивается один раз в 48 месяцев. Колоноскопия: оплачивается один раз в 24 месяца, если вы находитесь в группе риска развития колоректального рака. 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. Обследование Cologuard™: страхованием предусмотрено прохождение обследования один раз в 3 года лицами, являющимися участниками плана страхования Medicare в возрасте от 50 до 85 лет; не имеющие признаков и симптомов заболеваний толстой кишки; и со средним риском развития рака толстой кишки.
Скрининг депрессии	Medicare оплачивает скрининги депрессии, выполняемые вашим терапевтом, один раз в 12 месяцев.
Диабетическое обслуживание	Диагностика диабета для лиц из группы риска оплачивается на 100 %. Оплачиваются глюкометры, ланцеты, тест-полоски и обучение навыкам самостоятельного контроля диабета для инсулинозависимых и инсулиннезависимых лиц, которым поставлен диагноз диабет. Вы оплачиваете 20 % от суммы, утвержденной Medicare, после выплаты франшизы по части B.
Диагностика глаукомы	Для лиц в группе высокого риска в отношении глаукомы, включая лиц с диабетом или семейным анамнезом глаукомы, услуга оплачивается один раз в 12 месяцев. Вы оплачиваете 20 % от суммы, утвержденной Medicare, после выплаты франшизы по части B.
Обследование на выявление гепатита C	План Medicare покрывает расходы на одно обследование на выявление гепатита C для людей, родившихся в период с 1945 по 1965 год, и одно ежегодное обследование для определенной категории людей, относящихся к

HIV Screening Test	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.
Mammogram Screening	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.
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.
Pap Test 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.
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 Tests	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 High-Intensity Behavioral Counseling (HIBC) to prevent STIs	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 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	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.

Анализ на ВИЧ-инфекцию	Оплачивается один раз в 12 месяцев для любого участника программы, которому требуется проведение 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.
Маммограммы	Оплачивается проведение одной исходной маммограммы в возрасте от 35 до 39 лет. Всем женщинам, имеющим страховку Medicare, в возрасте от 40 лет, оплачивается проведение маммограммы один раз в 12 месяцев. Диагностическая маммограмма оплачивается в любое время при наличии симптомов рака молочной железы. К диагностической маммограмме применяется франшиза и совместное страхование 20 % по части B.
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.
Мазок Папаниколау и гинекологический осмотр	Мазок Папаниколау, гинекологический осмотр и обследование молочных желез покрываются 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.
Медицинский осмотр	Исходный профилактический медицинский осмотр оплачивается в течение первых 12 месяцев участия в программе Medicare, часть B. Кроме того, для всех участников программы Medicare, часть B, оплачивается ежегодный профилактический осмотр, но не в течение 12 месяцев после исходного осмотра.
Диагностика рака простаты	Цифровое 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 B. Анализ крови на простатический специфический антиген (ПСА): оплачивается один раз в 12 месяцев для мужчин в возрасте 50 лет и старше.
Скрининг на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), и высокоинтенсивное поведенческое консультирование по профилактике ИППП	Medicaare оплачивает скрининг на хламидиоз, гонорею, сифилис и гепатит B, 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 терапевта, предоставленного Medicare в рамках первичного медицинского обслуживания.
Консультации по вопросам табачной зависимости	Консультации для лиц, желающих бросить курить. Medicare оплачивает 8 очных визитов в течение 12 месяцев для табакозависимых участников программы.
Вакцинация/прививки	Грипп: оплачивается один раз в период эпидемии гриппа. Воспаление легких. Прививка обычно делается один раз в жизни. Вторая прививка покрывается страхованием через 12 месяцев после того, как была сделана первая прививка. Гепатит B: 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 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.

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.

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, получат 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 (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.

Страхование ответственности и Medicare. При возникновении несчастных случаев и травм расходы на медицинскую помощь могут покрываться другими видами страховок, например полисом страхования профессиональной ответственности, автотранспортного средства, недвижимого имущества или от вреда, наступающего без вины страхователя. 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 предоставленным им счетам, но позже запросит компенсировать свои расходы из сумм, полученных своими клиентами по упомянутым выше другим страховкам.

Working After Age 65-Employer Group Health Plans (EGHP) and Medicare: When a Medicare beneficiary over age 65 continues to work, their employer or their spouse's employer must provide the same coverage for all employees and families, regardless of age. 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 open to those who are working who have employer coverage. Look on the Medicare website at www.medicare.gov or call 1-800-MEDICARE for more information. 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.

When the employee chooses to retire, he needs to consider enrolling in Medicare Part B, since Medicare Part B will be his primary insurance upon retirement. There is a monthly premium for Part B. Enrollment in Medicare Part B should be done within 8 months of the end of active employment, not at the end of health care coverage, in order to avoid a possible gap in coverage and a late enrollment penalty.

Retiree Health Coverage: In cases where someone has both Medicare and retiree health insurance, Medicare is primary and the retiree coverage is secondary.

Disability and Medicare: If a person becomes disabled and is unable to work, an EGHP generally covers the costs. If the company employs 100 or more individuals, the EGHP is primary and Medicare is secondary. If there are fewer than 100 employees, Medicare is primary and the EGHP is secondary. Disability, as determined by Social Security, will entitle an individual to Medicare coverage after the 24th month of disability payments without regard to age.

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 employer group health plan, it 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. Pre-existing conditions can be paid by Medicare if Worker's Compensation does not cover these conditions.

Federal Black Lung Program and Medicare: The Federal Black Lung Program provides services related to lung disease and other conditions caused by coal mining. Medicare will also cover services unrelated to black lung for these same individuals.

Работающие лица старше 65 лет – планы страхования через работодателя (Employer Group Health Plan, EGHP) и Medicare. Если владелец страховки Medicare, которому более 65 лет, продолжает работать, его работодатель или работодатель его (ее) супруга (супруги) должен предоставить одинаковое страховое покрытие всем сотрудникам и их семьям независимо от возраста. Если в компании, в которой работает участник Medicare или его/ее супруг/супруга, зарегистрировано 20 и более сотрудников, план страхования через работодателя является первичным, а Medicare вторичным. Если в компании работает менее 20 сотрудников, тогда Medicare является первичным, а план страхования через работодателя вторичным. Medicare, часть B, всегда открыта для работающих лиц, имеющих страховку через работодателя. Дополнительную информацию можно узнать на веб-сайте Medicare по адресу www.medicare.gov или по телефону 1-800-MEDICARE. Некоторые работодатели требуют, чтобы лица, имеющие право на Medicare, зарегистрировались в Medicare, части A и/или B. Рекомендуется обсудить этот вопрос с работодателем.

Если сотрудник решит выйти на пенсию, ему необходимо рассмотреть возможность регистрации в Medicare, части B, поскольку Medicare, часть B, будет первичной страховкой после выхода на пенсию. Страховка по части B подразумевает ежемесячные взносы. Необходимо зарегистрироваться в Medicare, части B, в течение 8 месяцев после окончания полной занятости, а не после окончания действия медицинской страховки, чтобы избежать возможного периода без страхового покрытия и штрафа за регистрацию с опозданием.

Медицинская страховка для пенсионеров. При наличии Medicare и страховки для пенсионеров Medicare считается первичной страховкой, а страховка для пенсионеров – вторичной.

Нетрудоспособность и Medicare. В случае наступления нетрудоспособности, когда сотрудник не может работать, обычно расходы покрывает план страхования через работодателя. Если в компании работает 100 и более сотрудников, план страхования через работодателя является первичным, а Medicare – вторичным. Если в компании работает менее 100 сотрудников, Medicare является первичным страхованием, а план страхования через работодателя – вторичным. Статус нетрудоспособности, присвоенный органами социального обеспечения, дает право на получение страховки Medicare через 24 месяца после начала получения пособия по нетрудоспособности независимо от возраста.

Терминальная стадия почечной недостаточности. Некоторые лица имеют право на получение страховки Medicare, часть B, поскольку у них терминальная стадия почечной недостаточности, и они получают диализ или им была пересажена почка. Если у них имеется план группового медицинского страхования через работодателя, он является первичным в течение первых 30 месяцев после регистрации в Medicare. Через 30 месяцев Medicare становится первичным страхованием.

Страхование от несчастного случая на рабочем месте и Medicare. Страховка от несчастного случая на рабочем месте обычно является первичной в случае травмы, полученной на рабочем месте, она покрывает только медицинские расходы, имеющие отношение к травме. Расходы по существующим заболеваниям могут быть оплачены Medicare, если страховка от несчастного случая на рабочем месте их не покрывает.

Федеральная программа для людей с заболеванием легких, связанным с работой в угольной промышленности, и Medicare. Федеральная программа для легочных больных обеспечивает предоставление услуг, связанных с заболеванием легких и другими заболеваниями, вызванными работой в угольной промышленности. Medicare покрывает для этих лиц расходы на услуги, не связанные с антракозом.

MEDICARE SUPPLEMENT INSURANCE (Medigap)

What Is A Medigap Policy?
Medicare Supplement Insurance (Medigap) is specifically designed to fill the gaps in Medicare 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.

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 in the United States, designated "A" through "N." Each of the policies covers the basic benefit package (which cannot be changed by adding or subtracting the provisions), 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. Some of the older policies may provide better coverage, especially for extended skilled nursing care. Effective June 1, 2010, plans E, H, I and J are no longer offered to new enrollees. Individuals with Medigap plans E, H, I and J can maintain their existing coverage, but may wish to compare benefits with the premium cost to determine whether their plan remains cost effective.

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)

Что представляет собой страховой полис Medigap?
Дополнительный страховой план Medicare (Medigap) создан для восполнения пробелов в страховом покрытии программы 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 A и B.

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 A, совместное страхование 20 % предусмотренных расходов на амбулаторные услуги части B 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 участие в плане Medigap, поскольку страховое покрытие дублирует оплату, производимую планом Medicare Advantage.

Какие существуют полисы Medigap?
В США существует десять стандартных полисов Medigap, обозначаемых буквами от A до N. Каждый из полисов имеет базовый страховой пакет (который нельзя изменить путем добавления или вычитания положений), а также комбинацию дополнительных страховых услуг. 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. Некоторые из старых полисов предлагают более выгодное страховое покрытие, особенно в отношении длительного квалифицированного сестринского ухода. С 1 июня 2010 г. планы E, H, I и J больше не предлагаются новым участникам. Участники с планами Medigap E, H, I и J могут сохранить существующую страховку, они также могут сравнить страховые выплаты со взносами, чтобы определить, является ли их план экономически выгодным.

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 вашего участия в определенном плане в течение некоторого периода времени, после чего вы можете перейти на другой предлагаемый ими план. Однако вы также можете стать участником плана, предлагаемого другой компанией.

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 plan's 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"). In addition, 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. When your health needs are greater, you can arrange to purchase a Plan F, for example, 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 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 C 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. The insurance companies and their premiums for NYC Medicare beneficiaries can be found on page 22.

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 health problem. 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 after turning 65 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 less than six months, your new Medigap policy must credit you for the number of months you had coverage. Some insurers have shorter or no waiting periods for pre-existing conditions. A chart with the waiting periods for pre-existing conditions can be found online at http://dfs.ny.gov/consumer/caremain.htm#sub_gen.

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 взносы, 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. Если ваши медицинские потребности возрастут, вы можете приобрести план F, например если вы решите, что план B имеет значительные ограничения. 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 C 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. Информацию о страховых компаниях и их взносах для участников программы NYC Medicare см. на стр. 22.

Когда начнется действие страхового покрытия, 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: (1) если вы приобретете полис во время периода свободной регистрации, после того как вам исполнится 65 лет; или (2) если ваши расходы оплачивались предыдущим планом медицинского страхования в течение не менее 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 течении которых у вас было страховое покрытие. Период ожидания начала действия страхового покрытия в отношении имеющегося заболевания в некоторых страховых компаниях может быть короче или вообще отсутствовать. Таблицу периодов ожидания в отношении уже имеющихся заболеваний можно найти на веб-сайте http://dfs.ny.gov/consumer/caremain.htm#sub_gen.

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 for your health benefits. 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.

How Can I Get Help In Choosing A Medigap Policy?
Trained HIICAP counselors have current information on Medigap policies. They will not make the choice for you, but they will give you the specific information you need to make your decision.

How Does Medicare Part D Interact with Medigap Policies?
No new Medigap policies offer drug coverage. There is no interaction between newer Medigap policies and Part D.

STANDARD MEDIGAP PLANS

Below are the ten standard 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 ($322 per day in 2016) for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for the Part A copayment amount ($644 per day in 2016) 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 ($166 in 2016).

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

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible ($1,288 per benefit period in 2016).

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

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for the skilled nursing facility care copayment amount ($161 per day for days 21 through 100 per benefit period in 2016).
- Coverage of the Medicare Part B deductible ($166 per calendar year in 2016).
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a $250 deductible and $50,000 lifetime maximum benefit.

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 свою часть требований выплаты страхового возмещения медицинских расходов. 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.

Как обратиться за помощью при выборе полиса Medigap?
Квалифицированные консультанты HIICAP располагают текущей информацией о полисах Medigap. Они не будут принимать решения за вас, они предоставят вам конкретную информацию, которая потребуется вам для принятия решения.

Каким образом Medicare, часть D, сочетается с полисами Medigap?
Новые полисы Medigap не оплачивают расходы на лекарственные препараты. Новые полисы Medigap не связаны с частью D.

СТАНДАРТНЫЕ ПЛАНЫ MEDIGAP

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

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

- Покрытие суммы совместного страхования по части A ($322 в день в 2016 г.) для дней 61–90 госпитализации в течение каждого периода страховых выплат Medicare.
- Покрытие суммы совместного страхования по части A ($644 в день в 2016 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 ($166 долларов в 2016 г.).

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

- Оплату франшизы Medicare, часть A, за пребывание в стационаре больницы ($1 288 за период страховых выплат в 2016 г.).

ПЛАН C 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 ($161 в день за дни 21–100 за период страховых выплат в 2016 г.).
- Оплату франшизы Medicare, часть B ($166 за календарный год в 2016 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.

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.

PLAN F[1] includes:

- 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[2].
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a $250 deductible and $50,000 lifetime maximum benefit.

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[2].
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a $250 deductible and $50,000 lifetime maximum benefit.

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 policy.

[1] Plan F also has a "high deductible option." If you choose the "high deductible option," you will first have to pay a $2,180 deductible in 2016 before the plan pays anything. This amount can go up every year. High deductible policies have lower premiums.

[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 D 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 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] включает:

- 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[2].
- 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 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[2].
- 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.

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 г., могут продолжать пользоваться ими.

[1] В плане F также есть «условие высокого первичного взноса». Если вы выберете план с высоким первичным взносом («high deductible option»), до того как план начнет оплачивать услуги, вы должны будете заплатить первичный взнос в размере $2 140 в 2014 г. Эта сумма может увеличиваться каждый год. Полисы с высоким первичным взносом имеют более низкие взносы.

[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 K[3] 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 $4,960 in 2016.

PLAN L[3] 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 $2,480 in 2016.

Plan M[3] 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.

[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 K[3][3] 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. Максимальный срок покрытия составляет
- 365 дней дополнительного стационарного больничного ухода на протяжении жизни держателя 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 2016 г. — $4 960.

ПЛАН L[3] 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 2016 г. — $2 480.

ПЛАН M[3] 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.

[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.

Plan N[3] 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.

Medicare SELECT: In addition to the standard Medigap policies A-N, Medicare SELECT is a type of Medigap policy that can cost less than standard Medigap plans. However, you can only go to certain hospitals and in some cases, certain doctors for your care. Visit http://www.dfs.ny.gov/consumer/caremain.htm#insurer for information on Medicare SELECT plans available in New York State.

Always consider inquiring about a particular membership or group insurance rate from a current or previous employer that might be less expensive than purchasing an individual plan on your own.

See pages 21 and 22 for more information on Medigap policies.

[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 N[3] включает **основные страховые выплаты, а также**

- Покрытие 100 % франшизы Medicare, часть A, за пребывание в стационаре больницы.
- Покрытие 100 % суммы совместного страхования Medicare, часть B, 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.

Medicare SELECT. В дополнение к стандартным полисам Medigap A–N существует Medicare SELECT. Это разновидность полиса Medigap, стоимость которого меньше стандартных планов Medigap. Однако вы можете посещать только определенные больницы и, в некоторых случаях, определенных врачей для получения медицинской помощи. Посетите веб-сайт http://www.dfs.ny.gov/consumer/caremain.htm#insurer для получения дополнительной информации о планах Medicare SELECT, доступных в штате Нью-Йорк.

Не забудьте поинтересоваться тарифами членского или группового страхования у текущего или предыдущего работодателя, поскольку такой вариант может быть менее дорогостоящим, чем приобретение индивидуального плана.

Дополнительную информацию о полисах Medigap см. в таблицах на стр. 21 и 22.

[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	Skilled Nursing Coinsurance	Skilled Nursing Coinsurance	Skilled Nursing Coinsurance	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 $4,960	Out of Pocket limit $2,480		

*Plan F is 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 A, 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 B (обычно 20 % расходов, утвержденных Medicare).
- **Переливание крови.** Первые 1,4 л крови каждый год.
- **Услуги хосписа.** Разделение расходов по части A.

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	Совместное страхование квалифицированного сестринского ухода	Совместное страхование квалифицированного сестринского ухода	Совместное страхование квалифицированного сестринского ухода	Совместное страхование квалифицированного сестринского ухода (50 %)	Совместное страхование квалифицированного сестринского ухода (75 %)	Совместное страхование квалифицированного сестринского ухода	Совместное страхование квалифицированного сестринского ухода
	Франшиза части A	Франшиза части A	Франшиза части A	Франшиза части A	Франшиза части A	Франшиза части A (50 %)	Франшиза части A (75 %)	Франшиза части A (50 %)	Франшиза части A
		Франшиза части B		Франшиза части B					
				Дополнительные расходы части B	Дополнительные расходы части B				
		Экстренная ситуация в поездке за рубеж	Экстренная ситуация в поездке за рубеж	Экстренная ситуация в поездке за рубеж	Экстренная ситуация в поездке за рубеж			Экстренная ситуация в поездке за рубеж	Экстренная ситуация в поездке за рубеж
						Ограничение наличных выплат $4 960	Ограничение наличных выплат $2 480		

*План F также доступен в варианте с высокой франшизой.

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

MEDICARE SUPPLEMENT INSURANCE POLICIES

Prepared by the NYC Department for the Aging's Health Insurance Information Counseling Assistance Program (HIICAP) 1-212-602-4180. 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 NY State Department of Insurance website at http://www.dfs.ny.gov/consumer/medplan/medsup16.pdf.

*First United American premiums differ by zip code. Go to: https://myportal.dfs.ny.gov/web/guest-applications/medicare-monthly-premiums for the rate in your zip code.

**Empire Blue Cross Blue Shield and Sterling Life no longer sell Medigap policies to new subscribers. They will continue to renew Medigap policies for current policyholders indefinitely, so long as they continue to pay their premiums.

PLAN	Aetna 800-345-6022	American Progressive 800-332-3377	Bankers Conseco 800-845-5512	First United American* 800-331-2512	GHI 800-444-2333	Health Now New York 888-989-9905	Humana 800-486-2620	Mutual of Omaha 800-228-9999	United Health (AARP) 800-523-5800
A	$318.21	$231.09	$335.51	$201/221	$169.45	$263.59	$268.44	$233.99	$156.50
B	$362.44	$322.51	$399.06	$276/303	$226.14	$328.18	$303.02	$359.10	$222.50
C		$400.57		$333/366	$273.50	$393.64	$363.68	$432.48	$260.00
D		$398.11		$328/361				$378.61	
F	$422.90	$417.43	$567.72	$314/346	$276.24	$395.38	$371.06	$445.70	$261.00
F+			$83.99	$62/68		$167.35	$115.86		
G		$388.83	$454.51	$292/322				$359.22	
K			$116.48	$123/136			$175.07		$82.75
L			$238.11	$173/191			$249.91		$152.25
M			$329.71					$368.79	
N		$247.01	$264.81	$218/239			$230.84		$178.75

ПОЛИСЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ MEDICARE

Подготовлено 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 (New York City Department for the Aging) 1-212-602-4180. Если вы хотите узнать действующие ежемесячные тарифы, звоните непосредственно в частные компании, поскольку тарифы могут меняться. Актуальные таблицы с тарифами можно найти на веб-сайте Департамента страхования штата Нью-Йорк по адресу http://www.dfs.ny.gov/consumer/medplan/medsup16.pdf.

*Страховые премии First United American отличаются в зависимости от почтового индекса. Чтобы узнать ставку страхового взноса, соответствующую вашему почтовому индексу, пройдите по ссылке https://myportal.dfs.ny.gov/web/guest-applications/medicare-monthly-premiums.

** Empire Blue Cross Blue Shield и Sterling Life больше не продают полисы Medigap новым участникам. Они будут продлевать полисы Medigap текущим держателям до тех пор пока те будут платить взносы.

ПЛАН	Aetna 800-345-6022	American Progressive 800-332-3377	Bankers Conseco 800-845-5512	First United American* 800-331-2512	GHI 800-444-2333	Health Now New York 888-989-9905	Humana 800-486-2620	Mutual of Omaha 800-228-9999	United Health (AARP) 800-523-5800
A	$318.21	$231.09	$335.51	$201/221	$169.45	$263.59	$268.44	$233.99	$156.50
B	$362.44	$322.51	$399.06	$276/303	$226.14	$328.18	$303.02	$359.10	$222.50
C		$400.57		$333/366	$273.50	$393.64	$363.68	$432.48	$260.00
D		$398.11		$328/361				$378.61	
F	$422.90	$417.43	$567.72	$314/346	$276.24	$395.38	$371.06	$445.70	$261.00
F+			$83.99	$62/68		$167.35	$115.86		
G		$388.83	$454.51	$292/322				$359.22	
K			$116.48	$123/136			$175.07		$82.75
L			$238.11	$173/191			$249.91		$152.25
M			$329.71					$368.79	
N		$247.01	$264.81	$218/239			$230.84		$178.75

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

Medicare Advantage plans provide beneficiaries in New York City with alternatives to "original fee-for-service" Medicare. Medicare Advantage plans include Health Maintenance Organizations (HMOs), Preferred Provider Organizations (PPOs, HMOs with Point-of-Service option (HMO-POS), Special Needs Plans (SNPs), Medicare Medical Savings Account (MSA) plans and Medicare Private Fee-For-Service (PFFS) plans. HMOs, PPOs, HMO-POS, SNP and PFFS plans involve a network of doctors, health centers, hospitals, skilled nursing facilities and other care providers for the enrolled member to use for their medical needs.

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.

If you wish to have prescription drug coverage and belong to an HMO, PPO, HMO-POS or SNP, you must get the Part D drug coverage through your plan. If you belong to a PFFS plan that does not offer drug coverage, you can sign up for a separate Part D plan. Every Medicare Advantage plan must provide its members with all of the same medically-necessary services that "original" Medicare covers, and may include additional services, such as a prescription drug benefit, vision, dental and hearing services. 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.

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.

Obtaining Services in Original Fee-for-Service Medicare, and Medicare Advantage

Original Fee-For-Service Medicare entitles the beneficiary to obtain 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 15), can cover all or most of the senior's share of the costs.

ПЛАНЫ MEDICARE ADVANTAGE – HMO, PPO, HMO-POS, SNP, MSA, PFFS

Планы Medicare Advantage предлагают участникам, проживающим в городе Нью-Йорке, альтернативы обычной системе оплаты услуг по мере необходимости Medicare. К планам Medicare Advantage относятся планы организаций медицинского обслуживания (Health Maintenance Organizations, HMO), планы организаций из системы предпочтительного выбора врачей и медицинских учреждений (Preferred Provider Organization, PPO), планы HMO с обслуживанием по выбору пациента (Point-of-Service, POS), планы для лиц с особыми потребностями (Special Needs Plan, SNP), планы медицинского сберегательного счета Medicare (Medical Savings Account, MSA) и частные планы с оплатой услуг по мере необходимости (Private Fee-For-Service, PFFS). Планы HMO, PPO, HMO-POS, SNP и PFFS работают с сетью врачей, медицинских центров, больниц, учреждений квалифицированного сестринского ухода и других организаций, услугами которых участник может воспользоваться для удовлетворения своих медицинских потребностей.

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 выбранный вами план, особенно если вы путешествуете и вам может потребоваться медицинская помощь, за исключением экстренной, вне района вашего проживания.

Если вы хотите получить покрытие рецептурных лекарственных препаратов и стать участником планов HMO, PPO, HMO-POS или SNP, вы должны получить страховое покрытие лекарственных препаратов части D через ваш план. Если вы являетесь участником плана PFFS, который не предлагает покрытия лекарственных препаратов, вы можете зарегистрироваться в отдельном плане части D. Каждый план Medicare Advantage должен предоставлять всем своим участникам одинаковые необходимые с медицинской точки зрения услуги, покрываемые обычной страховкой Medicare. Планы могут включать дополнительные услуги, например льготы в отношении рецептурных лекарственных препаратов, офтальмологические, стоматологические и аудиологические услуги. Все участники программы Medicare должны иметь право на получение необходимых медицинских услуг, на получение от своего врача полной информации о вариантах лечения и на подачу апелляции при отказе в предоставлении услуг или выплате возмещения по плану Medicare Advantage.

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 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.

Получение услуг в базисном плане Medicare по обычной системе оплаты за услуги по мере необходимости и планах Medicare Advantage

Базисный план Medicare с системой оплаты за услуги по мере необходимости позволяет участникам получать все необходимые с медицинской точки зрения услуги у любого поставщика услуг, сотрудничающего с Medicare, на всей территории Соединенных Штатов. Medicare устанавливает размер оплаты за данные услуги и покрывает 80 % общей части расходов. Участник плана должен оплатить оставшуюся сумму. План дополнительного страхования Medicare, также известный как Medigap (см. стр. 15) может покрывать всю или большую часть доли расходов пожилого участника.

HMOs require the Medicare beneficiary to select a primary care physician (PCP) from the HMO's network of local doctors. Some HMOs require that the PCP provide a referral to specialists, though most do not require such referrals for in-network providers. Since the HMO receives a subsidy from the federal government, costs to the beneficiary may be lower than in fee-for-service Medicare. An HMO may offer additional benefits to those offered in fee-for-service Medicare, such as hearing aids, vision and dental care. 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 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.) Additional health benefits may be included in a PPO's plan, such as hearing aids, vision and dental care.

HMO with Point-Of-Service Option **(HMO-POS)** is very similar to a PPO plan. It provides greater flexibility than an HMO because members may use both in-network and out-of-network providers.

Special Needs Plans (SNP) are Medicare Advantage plans (HMOs or PPOs) that are available only to certain groups of people with Medicare. Examples of people who might be eligible to join a Medicare SNP include: people with both Medicare and Medicaid; people with certain chronic conditions; and people living in an institution, such as a nursing home. SNP coverage includes services covered by Medicare Parts A and B, as well as prescription drug coverage. They 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.

Планы HMO требуют от участника Medicare выбрать основного лечащего врача (primary care physician, PCP) из местных врачей, работающих в сети HMO. Некоторые планы HMO требуют, чтобы PCP предоставляли направление к специалистам, хотя во многих планах подобные направления к врачам, работающим в сети, не требуются. Поскольку HMO получает субсидию от федерального правительства, расходы участника по этому плану могут быть ниже, чем по плану Medicare, предусматривающему оплату услуг по мере необходимости. Кроме страховых выплат, предлагаемых планом Medicare, предусматривающим оплату услуг по мере необходимости, HMO может предложить дополнительное обеспечение, например слуховые аппараты, офтальмологические и стоматологические услуги. За исключением неотложной помощи, услуги, полученные вне сети, не оплачиваются. Участник плана несет полную ответственность за оплату подобных услуг.

Планы PPO предоставляют услуги поставщиков медицинских услуг, работающих в сети, но не ограничивают участника в получении услуг вне сети. PPO устанавливает сумму оплаты за медицинские услуги в сети с фиксированной доплатой со стороны участника. Участники будут оплачивать 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 PPO также может включать дополнительное обеспечение, например слуховые аппараты, офтальмологические и стоматологические услуги.

План HMO с обслуживанием по выбору пациента **(HMO-POS)** очень похож на план PPO. Он обеспечивает большую гибкость, чем план HMO, поскольку участники могут воспользоваться услугами поставщиков, работающих как в сети, так и за ее пределами.

Планы для лиц с особыми потребностями (Special Needs Plan, SNP) — это планы Medicare Advantage (HMO или PPO), которые доступны только для определенных групп лиц, имеющих Medicare. Лица, имеющие право на участие в плане Medicare SNP: лица, имеющие одновременно страховки Medicare и Medicaid; лица с определенными хроническими заболеваниями и лица, проживающие в специальных учреждениях, например в доме престарелых. Страховка SNP включает услуги, покрываемые планом Medicare, части A и B, а также покрытие рецептурных лекарственных препаратов. Эти планы также могут предоставлять дополнительные услуги, необходимые для особых групп, зависимых от этих услуг. 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) — публикации правительства США. Подробную информацию о планах вы можете получить на веб-сайте по адресу www.medicare.gov или по телефону 1-800-MEDICARE.

Frequently Asked Questions about Medicare Advantage Plans

Who is Eligible to Enroll in a Medicare Advantage Plan?
In order to be eligible to enroll in 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 permanent kidney failure. A Medicare Advantage plan cannot turn away an applicant because of health problems.

How is a Medicare Advantage Plan Paid?
When you choose to join a Medicare Advantage plan, the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) pays the company a set amount each month to cover the medical services the average beneficiary is expected to need.

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 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.**

All Medicare Advantage Plans must have maximum out-of-pocket costs per year 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 2016, 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.

How Does a Medicare HMO Work?
In an HMO, you select a Primary Care Physician (PCP) who is responsible for managing your medical care, admitting you to a hospital, ordering diagnostic tests and treatments, providing referrals to specialists, and writing your prescriptions. You have a choice of physician, provided he or she is available for patients who are new to Medicare. You must receive your health care from the HMO's providers; neither the HMO nor Medicare will pay for services from providers who are not part of the HMO's health care network, except in emergency situations.

How Does a Medicare PPO work?
A PPO is a network of doctors, hospitals and other providers. The enrollee can get services from within the network or go out of network. If you stay within the PPO's network, you will pay a co-payment (a set amount for certain services) that is probably less than the cost-sharing in "original" Medicare. If you go outside of the PPO's network with a referral to another provider or select another doctor or specialist, you will have to meet the plan's deductible and pay a higher fee for these services. The PPO will pay a set amount of the fee and you will pay the balance.

Часто задаваемые вопросы о планах Medicare Advantage

Кто имеет право на участие в плане Medicare Advantage?
Чтобы стать участником плана Medicare Advantage, вы должны иметь страховку Medicare, часть А и часть В; проживать в зоне обслуживания и не иметь хронической почечной недостаточности. План Medicare Advantage обязан принять участника в связи с его проблемами со здоровьем.

Каким образом оплачивается план Medicare Advantage?
Если вы хотите стать участником плана Medicare Advantage, центры услуг Medicare и Medicaid (Center for Medicare and Medicaid Services, CMS) будут оплачивать компании ежемесячную фиксированную сумму на покрытие медицинских услуг, которые, как ожидается, могут потребоваться участнику.

Какие расходы я буду оплачивать самостоятельно в плане Medicare Advantage?
Каждый план Medicare Advantage устанавливает свои собственные взносы и доплаты. Вы можете оплачивать ежемесячный взнос непосредственно плану, это будет дополнением к взносу по части В. В вашей карте страховых выплат или в сводном перечне страховых выплат вам должны быть четко разъяснены все требования относительно разделения расходов. Если у вас возникнут вопросы, позвоните сотрудникам плана. **Для оплаты медицинских услуг от вас могут потребоваться доплаты, совместное страхование или франшиза.**

Все планы Medicare Advantage должны установить ограничение наличных расходов для всех покрываемых услуг части А и части В, что ограничит сумму ваших наличных расходов в данном календарном году. В 2016 г. ограничение наличных расходов (maximum out of pocket, MOOP) установлено на уровне $6 700 в пределах сети для планов HMO и $10 000 для услуг, полученных в сети и вне ее для планов PPO.

Каким образом работает план Medicare HMO?
В HMO вы выбираете основного лечащего врача (Primary Care Physician, PCP), который руководит вашим лечением, поступлением в больницу, направлением на диагностические анализы и на проведение лечения, выдачей направлений к специалистам и выписыванием рецептов. Вы можете выбрать врача при условии, что этот специалист может принимать новых участников программы Medicare. Вы должны получать услуги медицинской помощи внутри сети HMO. Ни HMO, ни Medicare не оплачивают услуги врачей или медицинских учреждений, не работающих в медицинской сети плана HMO, за исключением экстренных ситуаций.

Каким образом работает план Medicare PPO?
План PPO предлагает услуги сети врачей, больниц и других медицинских учреждений. Участник может получать услуги как в сети, так и за ее пределами. Если вы получаете медицинское обслуживание в сети PPO, вы будете доплачивать (фиксированная сумма на некоторые услуги), вероятно, меньше, чем разделение расходов в базовой страховке Medicare. Если вы будете получать услуги за пределами сети PPO, например при направлении к другому врачу или выборе другого терапевта или специалиста, вы должны будете заплатить франшизу плану и заплатить дороже за данные услуги. PPO оплатит установленную сумму, а вы оплатите остаток.

How do Medicare Advantage Plans work with Medicare Part D (drug coverage)?
If you are in a Medicare Advantage Plan and want to have prescription drug coverage, you must get that coverage through your plan; you cannot join a separate Part D (stand-alone) plan.

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 Can I Appeal a Decision By My Health Plan?
Decisions by your plan not to provide or pay for a service are handled by their claims department. If you are refused Medicare-covered services or denied payment for Medicare-covered supplies or treatments, you must be given a notice which will include your right to appeal.

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.

How Should I Decide Whether to Join a Medicare Advantage Plan?
Consideration should be given to the following three areas before joining a plan:
1) Your current doctors' participation in the plan; 2) finances and 3) geographical location.

1. **Your current 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.
2. **Finances:** Receiving care through a Medicare Advantage plan may cost you less than receiving care through original Medicare only. Medicare Advantage plans also 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 in a Medicare Advantage plan before enrolling. Also, it is vital to make sure that you review this information each year.

Каким образом планы Medicare Advantage работают с Medicare, часть D (оплата лекарственных препаратов)?
Если вы участник плана Medicare Advantage и хотите получать оплату за рецептурные лекарственные препараты, вы должны приобрести данную страховку через свой план; вы не можете стать участником отдельного (независимого) плана части D.

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 самому 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 я могу опротестовать решение медицинского плана?
Решения вашего плана относительно непредоставления или неоплаты услуг рассматриваются отделом апелляций. Если вам отказано в оплате услуг, покрываемых Medicare, или в оплате за покрываемые Medicare товары медицинского назначения или виды лечения, вы должны получить уведомление, в котором будут описаны ваши права на подачу апелляции.

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 предоставить жалобу в организацию, занимающуюся улучшением качества Medicare (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.

В каком случае я должен стать участником плана Medicare Advantage?
Для принятия решения об участии в плане необходимо рассмотреть три следующих вопроса:
1) участие ваших текущих врачей в плане; 2) финансовый вопрос; 3) географическое расположение.

1. **Участие ваших текущих врачей в плане:**Узнайте, в каких планах участвуют ваши врачи и принимают ли они новых пациентов 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.
2. **Финансовый вопрос.** Получение медицинских услуг по плану Medicare Advantage может обойтись вам дешевле, чем наличие только базовой страховки Medicare. Планы Medicare Advantage также могут покрывать услуги, которые не оплачиваются базовой Medicare, например стандартные офтальмологические и стоматологические услуги, а также слуховые аппараты. Перед зачислением в план необходимо ознакомиться со структурой сборов в Medicare Advantage. Также крайне важно пересматривать данную информацию каждый год.

3. **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.

What If I Want to Leave My Medicare Advantage Plan?
From October 15-December 7, you can change your Medicare Advantage (MA) plan choice or return to Original Medicare, with the change effective January 1. Between January 1 and February 14, people in Medicare Advantage plans have one additional opportunity to switch to Original Medicare, with the change effective the first of the following month, either February 1 or March 1. Individuals with Medicaid, a Medicare Savings Program or Extra Help can switch plans at any time, with the change effective the first of the following month.

If you want to leave one Medicare Advantage plan and enroll in another Medicare Advantage plan, contact the plan in which you wish to enroll (or 1-800-MEDICARE); you do not need to submit a written request.

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, as Medigap coverage would duplicate your benefits. 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. For more about Medigap, see page 15.

3. **Географическое расположение.** 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, если вы планируете пребывать за пределами области обслуживания в течение длительного времени, план HMO может не соответствовать вашим потребностям, поскольку он покрывает лишь расходы на неотложную помочь за пределами зоны обслуживания. Зоны обслуживания планов PPO и HMO-POS имеют меньше ограничений, тем не менее вы должны знать зону обслуживания вашего плана.

Что делать, если я захочу выйти из плана Medicare Advantage?
С 15 октября по 7 декабря вы можете поменять свой план Medicare Advantage (MA) или вернуться к базовой страховке Medicare. Данное изменение плана вступает в силу с 1 января. В период с 1 января по 14 февраля у лиц, состоящих в одном из планов Medicare Advantage, будет дополнительная возможность перейти на базисный план Medicare. Данное изменение плана вступает в силу с 1 числа следующего месяца, либо 1 февраля, либо 1 марта. Лица со страховками Medicaid, Medicare Savings Program или Extra Help могут изменить план в любое время, данное изменение плана вступает в силу с 1 числа следующего месяца.

Если вы хотите выйти из одного плана Medicare Advantage и стать участником другого плана Medicare Advantage, свяжитесь с планом, в котором вы хотите зарегистрироваться (или позвоните по телефону 1-800-MEDICARE); нет необходимости подавать письменное заявление.

Должен ли я приобрести полис дополнительного страхования Medicare?
Вы не должны приобретать полис дополнительного страхования Medicare (Medigap), если вы станете участником плана Medicare Advantage, поскольку Medigap будет дублировать ваши страховые выплаты. 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. Согласно законодательству штата Нью-Йорк вы всегда сможете купить полис Medigap, если вы выйдете из плана Medicare Advantage и вернетесь к базовой страховке Medicare, но у вас может возникнуть период, в котором услуги по вашему текущему заболеванию покрываться не будут. Дополнительную информацию о Medigap см. на стр. 15.

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). A result of the Medicare Modernization Act of 2003, Medicare Part D adds prescription drug coverage benefits to Medicare's existing health benefits of Part A (hospitalization), Part B (outpatient services), and Medicare Advantage Plans. 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 unlike Parts A or B, as it is not standardized nationally but instead is offered through private-sector companies. Each private company designs its own plan for Medicare consumers. These plans have all entered into a contract with the federal government to provide Medicare Part D drug coverage through the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) which regulates the plans and categories of covered drugs. When you sign up for a Part D plan, you are applying directly to a private company who negotiates the costs of your drugs with pharmacies, and 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 own special needs.

Medicare Part D is offered in one of two ways:

1. 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.
2. Stand Alone Prescription Drug Plans (PDPs): these plans ONLY cover prescription drugs.

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, how much you have to pay, and which pharmacies you can use. All drugs 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.

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 A и/или часть B). После принятия закона о модернизации программы Medicare (Medicare Modernization Act) в 2003 г. в план Medicare, часть D, было добавлено страховое обеспечение рецептурными лекарственными препаратами к существующим медицинским страховым выплатам части A Medicare (госпитализация), части B (амбулаторные услуги) и планов Medicare Advantage. 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.

План Medicare, часть D, отличается от плана части A или B, поскольку он не стандартизован в пределах страны, его услуги предлагаются через частные компании. Каждая частная компания составляет свой собственный план для владельцев Medicare. Все эти планы на договорной основе предоставляют страховое обеспечение лекарственных препаратов в рамках Medicare, части D, через центры услуг Medicare и Medicaid (Center for Medicare and Medicaid Services, CMS), которые регулируют планы и категории оплачиваемых препаратов. При регистрации в плане части D вы подаете заявление непосредственно в частную компанию, которая договаривается о стоимости ваших лекарств с аптеками и имеет свой собственный перечень оплачиваемых лекарственных препаратов (фармацевтический справочник) и аптек, работающих в плане, 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. Планы покрытия рецептурных лекарственных препаратов Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug Plans, MAPD). Это планы организованного медицинского обслуживания, такие как HMO, PPO, HMO-POS или SNP, которые предлагают комплексные пакеты страховых услуг, обеспечивающие покрытие больничного лечения, визитов 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.
2. Независимые планы обеспечения рецептурными лекарственными препаратами (Prescription Drug Plan, PDP). Данные планы покрывают ТОЛЬКО рецептурные препараты.

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

Beneficiaries with higher incomes (above $85,000 for an individual or $170,000 for a couple) will pay a surcharge for Part D in addition to their plan premium. The surcharge ranges from $12.70 to $72.90 per month in 2016, and may be paid in the same way as the Part B premium, typically as a deduction from one's Social Security check (see page 65 for rate chart).

Although Part D plans' benefit designs vary, they each include the following minimum levels of coverage in 2016:

- **Deductible** (up to $360). Some plans have a lower deductible or no deductible.
- **Initial Coverage Level**. You pay 25% of drug costs up to $3,310 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** (also known as the "donut hole"). After $3,310 in total drug costs, you pay 45% of brand name drug costs and 58% of generic drug cost (plus a nominal pharmacy dispensing fee), until **you** have incurred $4,850 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 $4,850 in out-of-pocket expenses). The beneficiary is responsible for the greater of five percent (5%) of drug costs or a $2.95 co-payment for generic medications and $7.40 for brand-name drugs.

The coverage gap is being gradually reduced beginning in 2011. In 2016, there is a 55% discount on brand name and a 42% discount on generic drugs purchased during the gap, and ending in 2020, with a flat 25% co-payment for both brand and generic drugs until catastrophic coverage is reached.

Enrollment in Medicare Part D

Enrollment in Medicare Prescription Drug Coverage involves choosing a Medicare Prescription Drug Plan (PDP) or a Medicare Advantage prescription drug plan (MA-PD) offering drug coverage. 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 pages 3-4). In addition, a beneficiary may join or change plans once each year between October 15 and December 7, during the Annual Coordinated Election Period (AEP). There are also limited exceptions where a beneficiary would be granted a Special Enrollment Period (SEP) to enroll in a Medicare Prescription Drug Plan or to switch plans outside of the AEP. These include the following situations:

Участники с высоким доходом (выше $85 000 для одного лица и $170 000 для семейной пары), кроме взноса, предусмотренного их планом, будут оплачивать дополнительный сбор за часть D. Дополнительный сбор составляет от $12,70 до $72,90 в месяц в 2016 г., и его можно оплачивать тем же способом, что и взнос за часть B, — как правило, в виде вычета из чека социального обеспечения (таблицу тарифов см. на стр. 65).

Несмотря на то что страховые выплаты части D варьируются, они все включают следующий минимальный уровень покрытия в 2016 г.:

- **Франшиза** (до $360). Некоторые планы имеют более низкую франшизу или вообще не имеют ее.
- **Уровень начального страхового покрытия**. Вы оплачиваете 25 % стоимости препаратов общей стоимостью не более $3 310. (Общая стоимость препаратов включает сумму, которую оплачиваете вы, и сумму, которую оплачивает план).
- **Разрыв в страховом покрытии** («donut hole»). После того как общие расходы на препараты достигнут суммы $3 310, вы будете оплачивать приблизительно 45 % за патентованные препараты и 58 % за непатентованные препараты (плюс номинальный аптечный сбор за распространение лекарств по рецептам), пока сумма **ваших** наличных расходов не достигнет $4 850. Сюда относится 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)** (свыше суммы наличных расходов $4 850). Участник плана должен оплачивать большую из сумм: либо 5 % (пять процентов) стоимости препаратов, либо доплату в размере $2,95 за непатентованные препараты и $7,40 за патентованные препараты.

Разрыв в страховом покрытии постепенно сокращается начиная с 2011 г. В 2016 г. предоставляется 55%-я скидка на фирменные препараты и 42%-я скидка на нефирменные препараты, приобретаемые во время разрыва. Разрыв исчезнет в 2020 г., когда будет обеспечена единая доплата в размере 25 % за патентованные и непатентованные препараты, пока не будет достигнут уровень критического страхового покрытия.

Регистрация в Medicare, часть D

Регистрация в плане страхового покрытия рецептурных лекарственных препаратов Medicare подразумевает выбор плана обеспечения рецептурными препаратами Medicare (PDP) или плана обеспечения рецептурными препаратами Medicare Advantage (MA-PD), которые предлагают такое покрытие. 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 план части D можно в течение семимесячного периода первичной регистрации (Initial Enrollment Period, IEP) (см. стр. 3–4). Кроме того, один раз в год с 15 октября по 7 декабря участник может зарегистрироваться в новом плане или изменить план, во время ежегодного координируемого 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 обеспечения рецептурными препаратами Medicare или сменить план вне специально отведенного для этого периода времени. Возможные ситуации:

- Dual eligible beneficiaries (those with **both** Medicare **and** full Medicaid), individuals in a Medicare Savings Program (QMB, SLMB, or QI), and those with Extra Help, can switch plans as often as every month, to be effective the first of the following month.
- EPIC members can change Part D plans once in a calendar year.
- People who are enrolled in a Part D plan with a 3-star or lower rating for 3 consecutive years can make a one-time change to a plan with 3 or more stars.
- 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.

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

- Electronically on the internet, either through www.medicare.gov or the plan's website. HIICAP can assist you with online enrollment.
- 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 or at a sales/marketing event.

Late Enrollment Penalty

Even if a person with Medicare does not currently use a lot of prescription drugs, he or she should still consider joining a Part D plan. If a beneficiary does not have creditable coverage (coverage for prescription drugs that is at least as good as the standard Medicare Prescription Drug Coverage), they will have to pay a penalty if they choose to enroll later. Anyone who enrolls in Part D during the Part D 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. The penalty is equivalent to one percent (1%) of the "base premium" ($34.10 in 2016 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.

- Участники с двойным правом на участие (лица **с** Medicare **и** полной Medicaid), участники программы Medicare Savings Program (QMB, SLMB или QI) и лица, получающие субсидии, могут менять план один раз в месяц, причем действие нового плана начинается с первого числа последующего месяца.
- Участники EPIC могут менять план части D один раз в календарном году.
- Участники плана части D с рейтингом 3 звезды или ниже в течение 3 лет подряд могут один раз перейти в план с рейтингом 3 звезды или выше.
- 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.

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

- В электронном виде через Интернет, на веб-сайте www.medicare.gov или на веб-сайте плана. Сотрудники программы HIICAP помогут вам зарегистрироваться в плане через Интернет.
- По телефону, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE или непосредственно в план.
- Лично, через представителя плана части D во время визита к вам домой или на мероприятии по продаже/рекламе.

Штраф за регистрацию с опозданием

Даже если лицо со страховкой Medicare в настоящее время использует небольшое количество рецептурных препаратов, все же следует рассмотреть возможность регистрации в плане части D. Если у участника отсутствует засчитываемое страховое покрытие (покрытие рецептурных препаратов на уровне стандартного покрытия рецептурных препаратов Medicare), ему придется заплатить штраф, если он решит зарегистрироваться в плане позже. На лиц, зарегистрировавшихся в плане части D во время периода 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. Сумма штрафа составляет 1 % (один процент) от базового взноса ($34,10 в 2016 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 быть выплачен после приобретения страховки части D. Если участник имеет засчитываемое страховое покрытие с разрывом не более чем 63 дня после окончания действия страхового покрытия и начала действия Medicare, части D, он не подлежит штрафу. Штрафом за регистрацию с опозданием не облагаются лица, получающие полную или частичную субсидию Extra Help.

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:** Most 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.

How Do I Select a Part D Plan?

To select a Part D plan for your specific needs, it is best to use the personalized plan finder tool at www.medicare.gov. You can either do a "Personalized Search," whereby you input your personal Medicare information, or a "General Search," for which you don't need any of your personal Medicare information.

You will input the names of the medications you are currently taking or expect to take in the upcoming year, along with the dosages and quantities needed for a 30-day supply. 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 two pharmacies that you would like to include in your search. After you have input all of the information, the plan finder will provide a listing of the Part D plans, sorted from least expensive to most expensive. It is important to look at the details of each plan to understand what cost utilization management tools, 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. If you would like help using the plan finder, please contact a HIICAP counselor by calling 311 and asking for HIICAP.

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 принадлежат 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 этого препарата.
- **Поэтапное лечение.** План части D может предусматривать, чтобы участник начал использовать менее дорогостоящие препараты для лечения заболевания, прежде чем он начнет оплачивать более дорогостоящее патентованное лекарство. Однако если участник уже принимал менее дорогой препарат, он должен поговорить со своим врачом о подаче запроса на исключение.
- **Количественные ограничения.** 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.

Как выбрать план части D?

Чтобы выбрать план части D, соответствующий вашим потребностям, воспользуйтесь персонализированным поиском плана по адресу www.medicare.gov. Вы можете воспользоваться персонализированным поиском, введя вашу личную информацию о страховке Medicare, или общим поиском, для которого не нужно вводить личную информацию о Medicare.

Вы должны будете ввести названия лекарств, которые вы принимаете в настоящее время или которые вы будете принимать в следующем году, а также дозы и количество, необходимое на срок 30 дней. Мы рекомендуем вам обратиться к фармацевту за списком ваших 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, поисковая программа предоставит вам список планов части D в порядке возрастания цен, от наименее дорогих до наиболее дорогих. Необходимо изучить подробности каждого плана, чтобы понять, какие инструменты управления расходами, если таковые имеются, могут быть применимы. Рекомендуется позвонить сотрудникам плана, чтобы проверить информацию.

Выбрав походящий вам план, вы можете зарегистрироваться через Интернет или позвонив в компанию Medicare (1-800-MEDICARE) или в план части D. Если вам необходима помощь в использовании поисковика планов, свяжитесь с консультантом программы HIICAP по телефону 311.

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 a Part D prescription drug insurance plan 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. Also remember that you may face a late enrollment penalty if you do not enroll when you are first eligible.

Нужен ли мне план части D, если у меня есть медицинская страховка через работодателя?
Возможно, вам не потребуется регистрация в плане части D, если у вас есть засчитываемое страховое покрытие через нынешнего или бывшего работодателя. Нынешний или бывший работодатель должен сообщить вам, обычно в письме, является ли ваше страховое покрытие лекарственных препаратов засчитываемым и должны ли вы зарегистрироваться в плане части D. Если вы не получите 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 **все** 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 страхового плана оплаты рецептурных лекарственных препаратов 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. Также не забудьте, что вы можете подвергнуться штрафу при регистрации с опозданием, если вы не зарегистрируетесь тогда, когда вы изначально получите на это право.

Extra Help with Drug Plan Costs for People with Limited Incomes

The Social Security Administration (SSA), through which people sign up for Medicare Parts A and B, 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.

Individuals with monthly incomes up to 135% of the Federal Poverty Level, $1,337 ($1,802 for couples), and resources up to $8,780 ($13,930 for couples) in 2016 may qualify for **full Extra Help**. Those qualifying for full Extra Help will not have a monthly premium for their Part D plan, as long as the plan selected is considered a "benchmark" plan. A benchmark plan is a Part D plan that has been designated by Medicare to meet certain coverage requirements and has a monthly premium that is fully subsidized by Extra Help (monthly premium up to $39.73 in 2016). In 2016, there is a "de minimis" amount of $2, meaning that if the plan's premium is up to $2 over the benchmark amount, the beneficiary may not be responsible to pay that amount, so long as the plan agrees to forego payment of the additional premium. Individuals with full Extra Help will not be subject to the plan's deductible. Full Extra Help beneficiaries with incomes up to 100% of the Federal Poverty Level QMB will have co-pays of $1.20 for generic prescriptions and $3.60 for brand name prescriptions. All others with full Extra Help will have co-pays limited to $2.95 for generic prescriptions and $7.40 for brand name prescriptions.

Individuals with monthly incomes up to 150% of the Federal Poverty Level, $1,485 ($2,003 for couples), and resources up to $13,640 ($27,250 for couples) in 2016 may qualify for **partial Extra Help**. Those with partial Extra Help will pay a monthly premium on a sliding scale based on their income. In addition, they will be responsible for a deductible of up to $74 and reduced co-pays of 15% of drug costs until they reach catastrophic levels, after which they pay the standard co-pay amounts.

HIICAP counselors can help screen for eligibility for Extra Help, as can the Social Security Administration. Call 311 to find help near you, 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 through SSA at any time and if you qualify, you will receive a Special Enrollment Period for selecting a Medicare Part D drug plan. Individuals with Extra Help will not be subject to a penalty for late enrollment in Part D.

There are cases where someone is eligible for Extra Help but not enrolled in a Part D plan – perhaps with Medicaid, SSI, or a Medicare Savings Program. The Limited Income Newly Eligible Transition (LINET) Program 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.

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

Управление социального обеспечения (Social Security Administration, SSA), в котором проходит регистрация в планы Medicare, части A и B, 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), или Extra Help.

Лица с ежемесячным доходом до 135 % федерального уровня бедности, $1 337 ($1 802 для семейных пар) и ресурсами до $8 780 ($13 930 для семейных пар) в 2016 г. имеют право на получение **полной субсидии Extra Help**. Лица, имеющие право на получение полной субсидии, не будут оплачивать ежемесячный взнос за план части D, пока этот план будет являться базовым (benchmark). Базовый план — это план части D, предложенный Medicare для удовлетворения некоторых страховых требований, он имеет ежемесячный взнос, который полностью покрывается субсидией Extra Help (сумма ежемесячного взноса в 2016 г. составляет $39,73). В 2016 г. сумма «de minimis» составила 2 доллара. Это означает, что, если страховой взнос плана превышает базовую сумму не более чем на 2 доллара, получатель может не платить эту сумму, если план откажется от получения дополнительного страхового взноса. Лица, получающие полную субсидию Extra Help, освобождаются от уплаты франшизы. Размер совместного платежа для получателей полной субсидии Extra Help с доходом до 100 % федерального уровня бедности составит 1,20 доллара за рецептурные препараты-дженерики и 3,60 долларов за патентованные рецептурные препараты. Для всех остальных получателей полной субсидии Extra Help размер совместного платежа составит 2,95 долларов за рецептурные препараты-дженерики и 7,40 долларов за патентованные рецептурные препараты.

Лица с ежемесячным доходом до 150 % федерального уровня бедности, $1 485 ($2 003 для семейных пар) и ресурсами до $13 640 ($27 250 для семейных пар) в 2016 г. имеют право на получение **частичной субсидии Extra Help**. Лица, получающие частичную субсидию, будут оплачивать ежемесячный взнос по скользящей шкале, исходя из их дохода. Кроме того, они должны будут оплачивать франшизу в сумме до $74 и сниженные доплаты в размере 15 % от стоимости препаратов, пока они не достигнут уровня критического страхового покрытия, после чего они будут оплачивать стандартную сумму доплат.

Консультанты программы HIICAP и сотрудники Управления социального обеспечения (Social Security Administration, SSA) могут помочь вам определить, имеете ли вы право на данную льготу. Звоните по тел. 311, чтобы найти ближайшего консультанта. Также вы можете позвонить в SSA по тел. 1-800-772-1213 (линия TTY 1-800-325-0778) или подать заявку онлайн на сайте www.socialsecurity.gov. Вы можете подать заявку на получение субсидии Extra Help в SSA в любое время и получить специальный период регистрации за то, что выбрали план лекарственного обеспечения Medicare, часть D. Штраф за регистрацию в части D с опозданием не распространяется на лиц, получающих субсидию.

Возможны случаи, когда лицо имеет право на дополнительную помощь, но не является зарегистрированным участником плана согласно Части D, например, в рамках Medicaid, SSI или программы Medicare Savings. Воспользуйтесь Программой перехода для лиц с ограниченными доходами (LINET). В рамках LINET вы можете получить покрытие ранее приобретенных медикаментов или медикаментов, приобретенных по временному рецепту, пока вы проходите регистрацию в качестве участника плана Части D. Вам может понадобиться оптимально доступное документальное подтверждение вашего права на дополнительную помощь, например письмо об участии в программе медицинского страхования, письмо об участии в сберегательной программе MSP или подтверждение получения пособия по 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. EPIC enrollees may purchase prescriptions at 4,500 participating pharmacies across New York State by showing their EPIC card.

EPIC covers Medicare Part D and EPIC covered drugs after any Part D deductible (if the member has one) is met. EPIC also covers approved Part D excluded drugs for members enrolled in Part D drug plans. Members pay a reduced price for prescriptions depending on the cost of the medication. For example: for a prescription costing between $15 and $35, they pay $7. The highest co-pay is $20, regardless of the regular price of the prescription.

EPIC is used to supplement Medicare Part D coverage to further reduce prescription drug expenses. You must be enrolled in a Medicare Part D drug plan to receive EPIC benefits. Individuals with full Medicaid are not eligible for EPIC; however, those with a Medicaid spenddown may still be eligible.

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. After paying the fee, participants pay the EPIC co-pay for their medications. 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.

EPIC pays the Part D monthly premium for Fee Plan members, up to $39.73 per month in 2016. In addition, EPIC members with full Extra Help (see page 33) 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. Участники программы EPIC могут приобретать рецептурные препараты в 4 500 аптеках, участвующих в программе и расположенных в штате Нью-Йорк, предъявив свою карту EPIC.

Программа EPIC покрывает стоимость лекарственных препаратов, оплата которых предусмотрена планами Medicare, часть D, и программой EPIC, после уплаты участником франшизу по части D (при необходимости уплаты такого взноса участником). Программа EPIC также покрывает утвержденные исключенные из перечня планов части D лекарственные препараты для участников, зачисленных в планы обеспечения лекарственными препаратами части D. Участники приобретают рецептурные препараты по сниженной цене с учетом их стоимости. Например, если препарат стоит в пределах $15–$35, участник заплатит $7. Наибольшая доплата составляет $20, независимо от стоимости рецептурного препарата.

Программа EPIC используется в качестве дополнительного страхового покрытия к планам Medicare, часть D, для дальнейшего снижения расходов на рецептурные препараты. Чтобы получать льготы по программе EPIC, вы должны быть зарегистрированы в плане обеспечения лекарственными препаратами Medicare, часть 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.

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 исходя из доходов. После оплаты взноса участники оплачивают только сумму доплаты по программе EPIC за лекарственные препараты. Взносы основаны на сумме дохода за предшествующий год, они выплачиваются ежеквартально. Например, лицо с доходом $16 000 будет вносить ежегодную плату в сумме $110. Пара с доходом $24 000 будет выплачивать сумму $260 на человека, чтобы участвовать в Плане с ежегодным взносом программы EPIC.

В 2016 г. программа EPIC оплачивает ежемесячный взнос по части D за участников плана с ежегодным взносом в размере до $39,73. Кроме того, участники плана с ежегодным взносом программы EPIC, получающие полную субсидию Extra Help (см. стр. 33), освобождаются от уплаты взноса.

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 $39.73 per month in 2016) 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 (approximately $476.76 in 2016).

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

TIP 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 plan's deductible period.

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 28), 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.

Part D coverage is primary and EPIC coverage is 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 Plan 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 "donut hole" (the Part D coverage gap), and during catastrophic coverage, as long as the drugs are first covered by your Part D plan. Approved Part D excluded drugs can be covered by EPIC first for those enrolled in Part D drug plans. 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.)

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 будет равна их франшизе EPIC, которая основана на сумме дохода за предшествующий год. После выплаты франшизы участники оплачивают только сумму доплаты, предусмотренную программой EPIC. Например, участник с доходом $23 000 должен оплатить ежегодную франшизу в сумме $580. Семейная пара с доходом $29 000 должна оплатить ежегодную франшизу в сумме $700 на каждого супруга. Регистрация в плане с франшизой бесплатна.

Программа EPIC оплачивает ежемесячный взнос по части D (до $39,73 в месяц в 2016 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 годовых расходов в основном плане части D (приблизительно $476,76 в 2016 г.).

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

СОВЕТ Участники программы страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых людей (EPIC), возможно, захотят без дополнительной помощи рассмотреть возможность участия в части D плана без франшизы; программа EPIC не покрывает расходы на рецептурные препараты, приобретаемые в период франшизы по плану.

Каким образом программа EPIC работает вместе с Medicare, часть D?
Согласно законодательству штата Нью-Йорк участники программы EPIC должны также зарегистрироваться в плане Medicare, часть D (см. Medicare, часть D, стр. 28). Таким образом, лица, не зачисленные в план части D по какой-либо причине, 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 быть зачислены в план части D позднее.

Покрытие плана D является первичным, а покрытие программы EPIC является вторичным. Участники программы EPIC оплачивают доплату, исходя из суммы, оставшейся после выплат по плану части D, тем самым расходы для участника уменьшаются. Например, если сумма доплаты за препарат составляет $20 по плану D и у вас есть страховка EPIC, вы оплатите доплату $7 по плану EPIC за препарат, стоимость которого составляет $20. Кроме того, план EPIC обеспечит вам страховое покрытие после выплаты вами франшизы по плану части D, в том числе при первоначальном уровне покрытия, разрыве в страховом покрытии по плану части D («donut hole») и уровне критического страхового покрытия, при условии что план части D обеспечивает покрытие препаратов в первую очередь. План EPIC может обеспечить покрытие утвержденных исключенных из перечня плана части D препаратов в первую очередь для участников, зарегистрированных в плане части D. EPIC будет выступать в роли вторичного плательщика для участников плана части D, пользующихся услугами некоторых аптек, 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 is New York State's "SPAP" (State Pharmaceutical Assistance Program). 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 stand-alone Part D plan) one additional time each year.

EPIC and Extra Help

EPIC members who appear to be income eligible for Extra Help for paying for Medicare Part D costs (see page 33) are required to complete an additional form called Request for Additional Information (RFAI) so that EPIC can apply to the Social Security Administration for Extra Help on their behalf. The application for Extra Help will also be submitted to New York State's Medicaid program to assess eligibility for a Medicare Savings Program (see page 38) 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

EPIC and Employer/Retiree Drug Coverage

EPIC requires Part D plan enrollment; individuals with employer/retiree drug coverage are likely to not also 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 type of 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 www.health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm 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.

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

Программа EPIC и субсидия Extra Help

Участники программы EPIC, чей доход удовлетворяет критериям получения субсидии Extra Help для оплаты расходов по Medicare, часть D (см. стр. 33), должны заполнить дополнительную форму под названием «Запрос дополнительной информации» (Request for Additional Information, RFAI), 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 также подано в программу Medicaid штата Нью-Йорк с целью оценки права заявителя на участие в сберегательной программе Medicare (см. стр. 38), которая помогает оплачивать взносы за Medicare, часть B.

Размер доплаты за препараты, покрыва\емые программой Medicare, часть D и EPIC или за 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

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 разновидностью плана части D, а это означает, что в данном случае владелец такой страховки также может иметь покрытие EPIC. **Узнайте у менеджера по выплатам, какое покрытие лекарственных препаратов они предоставляют.**

Подача заявления на участие в программе EPIC

- Подать запрос на получение заявления можно по телефону программы EPIC 1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138).
- Перейдите по ссылке www.health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm, чтобы 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.

NEW YORK CITY SPONSORED PRESCRIPTION DRUG PROGRAMS

BigAppleRx

BigAppleRx is a free New York City sponsored prescription drug discount card. The Big Apple Rx card is free and available to everyone living in, working in or visiting the City, regardless of age, income, citizenship or health insurance status. No personal information or enrollment is required to use the card. The card is accepted at more than 2,000 pharmacies, including chain and independent stores throughout the five boroughs. Only one card is needed per family and there is no limit as to how many times the card can be used.

The card is not insurance. When the card is presented at a participating pharmacy, a discount is taken off the regular price of the prescription. Consumers can save up to 15% on brand name drugs and 53% on generics. Discounts also apply to over-the-counter medications such as smoking cessation aids and diabetic supplies with a doctor's prescription. Cardholders can also purchase prescription through a mail order service and at participating pharmacies nationwide.

The card cannot be used in combination with any other discount card or with insurance. However, it can be used to get medications that the user's insurance does not pay for, or to purchase items that would be less expensive using the card than using the consumer's prescription drug insurance plan. Those with Medicare Part D can use the card to save on prescriptions if/when they have to pay the full cost of their medications.

Receipts from using the Card might count toward meeting an insurance plan's deductible. Consumers should first check with their insurer to find out whether their plan would accept such receipts.

By visiting www.BigAppleRx.com or calling 311 or 1-800-697-6974, you can:

- Get more information on the BigAppleRx card.
- Get a card.
- Find a participating local pharmacy.
- Find out how much a prescription would cost using the card.

ПРОГРАММЫ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ РЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕПАРАТОВ, СПОНСИРУЕМЫЕ г. НЬЮ-ЙОРКОМ

BigAppleRx

BigAppleRx является бесплатной дисконтной картой для приобретения рецептурных препаратов, спонсируемой городом Нью-Йорком. Карта BigAppleRx является бесплатной, ее может получить любой человек, проживающий или работающий в г. Нью-Йорке или посещающий город, независимо от возраста, уровня дохода, гражданства или наличия страхования здоровья. Для пользования картой не требуется предоставлять личную информацию или регистрироваться в страховом плане. Карту принимают более 2 000 аптек, включая сетевые и самостоятельные магазины на территории пяти районов города. На семью требуется только одна карта, и ее можно использовать неограниченное количество раз.

Карта не является страховкой. При предъявлении карты в аптеке, участвующей в программе, предоставляется скидка со стандартной цены рецептурного препарата. Потребители могут сэкономить до 15 % при покупке фирменных препаратов и 53 % при покупке нефирменных препаратов. Скидки также распространяются на безрецептурные препараты, такие как средства для борьбы с курением или товары для диабетиков, при наличии рецепта врача. Владельцы карт также могут заказывать рецептурные лекарственные препараты по почте, а также приобретать их в участвующих в программе аптеках по всей стране.

Карту нельзя использовать в сочетании с какой-либо другой дисконтной картой или страховкой. Однако ее можно использовать для покупки тех препаратов, которые не покрываются страховкой ее владельца, либо для покупки товаров, которые обойдутся дешевле при покупке по карте, чем при использовании потребительского страхового плана покрытия рецептурных лекарственных препаратов. Участники программы Medicare, часть D, могут использовать карту для получения скидки на рецептурные препараты, если/когда им требуется оплатить полную стоимость препарата.

Кассовые чеки, полученные при использовании карты, могут быть засчитаны в счет оплаты франшизы страхового плана. Потребителям следует сначала узнать у своей страховой компании, принимает ли их план такие чеки.

Посетив веб-сайт www.BigAppleRx.com или позвонив по тел. 311 или 1-800-697-6974, вы сможете:

- Получить более подробную информацию о карте BigAppleRx.
- Получить карту.
- Найти местную аптеку, участвующую в программе.
- Узнать стоимость рецептурного препарата при использовании карты.

MEDICARE SAVINGS PROGRAMS

Medicare Savings Programs (MSP) can help eligible clients pay for their Medicare premiums and other costs associated with Medicare. MSPs are administered by the Human Resources Administration (HRA) in New York City.

Below is information on the Medicare Savings Programs, followed by income and resource 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.
- **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-1 and Medicaid. The applicant must have Medicare Part A to be eligible for QI-1.
- **Qualified Working and Disabled Individual (QWDI):** This program pays for the Medicare Part A premium only, not Part B. The applicant must be a disabled worker under age 65 who lost Part A benefits because of return to work.
-

2016 MSP Monthly Income and Resource Limits (after any deductions/exclusions)				
	Single		**Married Couple**	
	Income	Resources	Income	Resources
QMB: 100% FPL	$990	No Limit	$1,335	No Limit
SLMB:120% FPL	$1,188	No Limit	$1,602	No Limit
QI: 135% FPL	$1,337	No Limit	$1,802	No Limit

СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ MEDICARE

Сберегательные программы Medicare (MSP) предназначены для помощи клиентам, 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).

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

- **Программа для правомочных получателей страхового обеспечения Medicare (Qualified Medicare Beneficiary Program, QMB).** Данная программа может оплачивать взносы по Medicare, части A и/или части B, а также суммы совместного страхования и франшизы по части A и части B. 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.
- **Программа для получателей страхового обеспечения Medicare с низким доходом (Specified Low Income Medicare Beneficiary Program, SLMB).** В рамках данной программы оплачиваются страховые взносы по плану Medicare, часть B. 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 A.
- **Программа для правомочных лиц (Qualified Individual, QI).** В рамках данной программы оплачиваются страховые взносы по плану Medicare, часть B. Лицо не может одновременно участвовать в программах QI-1 и Medicaid. Чтобы иметь право на участие в программе QI-1, заявитель должен быть зарегистрирован в плане Medicare, часть A.
- **Программа для правомочных работающих лиц с нетрудоспособностью (Qualified Working and Disabled Individual, QWDI).** В рамках данной программы оплачиваются только страховые взносы по плану Medicare, часть A. Страховые взносы по части B не оплачиваются. Заявитель должен быть нетрудоспособным работником младше 65 лет, потерявшим право на страховые выплаты по плану части A в связи с возвращением на работу.

Ограничения на ежемесячный доход и ресурсы для участия в MSP в 2016 г. (после вычетов/исключений)				
	Для лиц, не состоящих в		**Для семейных пар**	
	Доход	Ресурсы	Доход	Ресурсы
QMB: 100 %федерального уровня бедности (Federal Poverty Level, FPL)	$990	Ограничение отсутствует	$1 335	Ограничение отсутствует
SLMB: 120 % FPL	$1 188	Ограничение отсутствует	$1 602	Ограничение отсутствует
QI: 135 % FPL	$1 337	Ограничение отсутствует	$1 802	Ограничение отсутствует

Applying for a Medicare Savings Program

- MSP applicants can apply through a Deputized representative, at the local Medicaid office, or by mail.
- A Deputized Representative will assist you with completing the application and collecting the necessary supporting documents. To make an appointment with a deputized HIICAP counselor, call 311 and ask for HIICAP. You can also reach out to the Medicare Rights Center at 1-800-333-4114.
- Go to a local Medicaid office to submit your application. See page 71 for a list of local Medicaid offices.
- Mail your 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 www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/program/update/savingsprogram/msapp.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-4220all.pdf.

Medicare Savings Program Advocacy Tips:

- Individuals in an MSP are automatically eligible for full Extra Help for paying for Medicare Part D prescription drug coverage (see page 33).
- If you apply for Extra Help at a Social Security Administration you can be considered as applying for QMB, SLMB or QI-1. SSA will forward your information to New York State to be considered for MSP eligibility.
- You do not need to go to a Medicaid office to apply for an MSP.
- If you are working, you may still qualify for a Medicare Savings Program.

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.
- 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: premiums for a Medicare Advantage Plan, 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.

Подача заявлений на регистрацию в сберегательной программе Medicare

- Подать заявление на регистрацию в программе MSP можно через уполномоченного представителя, в местном отделении программы Medicaid или по почте.
- Уполномоченный представитель поможет вам с заполнением заявления и сбором необходимых подтверждающих документов. Чтобы встретиться с уполномоченным консультантом программы HIICAP, позвоните 311 и попросите соединить вас с HIICAP. Вы также можете позвонить в Правовой центр программы Medicare (Medicare Rights Center) по телефону 800-333-4114.
- Подать заявление можно непосредственно в местном отделении программы Medicaid. Список местных отделений программы Medicaid приведен на стр. 71.
- Вышлите заполненное заявление и копии сопроводительных документов по адресу: Medical Assistance Program; MSP-CREP, 5th Floor; P.O. Box 24330; Brooklyn, NY 11202-9801.

Какое заявление нужно использовать?

- Если вы подаете заявление только на участие в программе MSP (не Medicaid и MSP), вы можете использовать упрощенную форму заявления на участие в сберегательной программе Medicare, DOH-4328, которую можно найти на веб-сайте www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/program/update/savingsprogram/msapp.pdf.
- Если вы подаете заявление на участие одновременно в программе 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, которое можно найти на веб-сайте https://www.health.ny.gov/forms/doh-4220all.pdf.

Рекомендации относительно регистрации в сберегательной программе Medicare:

- Участники MSP автоматически получают право на получение полной субсидии Extra Help для оплаты страхового покрытия рецептурных препаратов по плану Medicare, части D (см. стр. 33).
- Если вы подаете заявление на получение субсидии Extra Help в Управление социального обеспечения, это может квалифицироваться как подача заявления на участие в программах QMB, SLMB или QI-1. Управление социального обеспечения направит вашу информацию в штат Нью-Йорк для определения права на участие в программе MSP.
- Чтобы подать заявление на участие в MSP, ходить в отделение Medicaid не нужно.
- Если вы работаете, вы все равно можете получить право на участие в сберегательной программе Medicare.

Что считается доходами при подаче заявления на участие в программе MSP?

- Под доходами имеется виду заработная плата, получаемая от работодателя, или доход от самостоятельной предпринимательской деятельности. Доходы также включают в себя средства, получаемые ежемесячно, например, пособие по социальному обеспечению, пенсии, пособия для ветеранов, страховые выплаты по безработице и т. п.
- Есть суммы, которые исключаются из расчета при проверке дохода, влияющего на на сумму помощи, при ее назначении по программе MSP. Сюда могут входить выплаченные премии медицинского страхования, например: премии в рамках участия в программе Medicare Advantage Plan, премии в рамках пользования системой медицинского страхования для долгосрочного ухода Long Term Care, страховые премии медицинского страхования пенсионеров и программы стоматологического страхования.
  Примечание. Согласно программе MSP вы получаете все пособия по социальному обеспечению (Social Security), на которые вы имеете право.

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 other patients. Not adjusting accounts when errors are found.
- Routinely waiving the 20% co-insurance and deductibles.

Medicare Do's and Don'ts

- Never give your Medicare number to people you don't know.
- 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.
- Систематический отказ от 20%-го совместного страхования и франшизы.

Рекомендации Medicare

- Никогда не сообщайте ваш номер Medicare незнакомым людям.
- 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 1-877-678-4697. 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 Medicare 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 1-877-678-4697.

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 1-877-678-4697. 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 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 1-877-678-4697.

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

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 their financial need in order to be eligible. Once determined Medicaid eligible, a permanent plastic Medicaid card is issued and is valid as long as he or she remains eligible. The enrollee uses it like a credit card for health care services at any medical facility that accepts Medicaid. Medicaid requires that you be a U.S. citizen or qualified alien. In order to apply for Medicaid in New York City, you must reside in New York City; you can apply in any borough.

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

Medicaid Expansion for certain groups under the Affordable Care Act - MAGI
Under the Affordable Care Act, New York State chose to expand Medicaid coverage to cover people with incomes at higher levels than previously allowed. This includes pregnant women, children up to age 18, parents/caretaker relatives, and childless adults ages 19-64. This group is subject to MAGI (Modified Adjusted Gross Income) budgeting. Beginning January 1, 2014, pregnant women and children can qualify for Medicaid with higher incomes; parents/caretaker relatives and childless adults will be able to have incomes up to 138% FPL ($1,366 monthly for an individual/$1,842 couple in 2016). There is no asset limit for this group. Individuals will receive their Medicaid benefits through a managed care plan, which should be selected at the time of application.

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 parent/caretaker relatives** (even if receiving Medicare), may qualify for Medicaid at these higher MAGI levels.

MEDICAID

Medicaid — это программа страхования для лиц с низким доходом, совместно финансируемая федеральным правительством, правительствами города и штата. Medicaid является программой для прошедших «проверку материального положения» и для получения права на участие в программе требует от заявителей подтверждения статуса нуждающегося в финансовой помощи. Когда лицо получает право на участие в программе, ему выдается постоянная пластиковая карта Medicaid, которая действует на протяжении всего времени участия в программе. Участник программы использует ее как кредитную карту для оплаты медицинских услуг в любом медицинском учреждении, принимающем карты Medicaid. Для участия в Medicaid вы должны быть гражданином США или соответствовать требованиям к иностранцам. Чтобы подать заявление на участие в программе Medicaid в г. Нью-Йорке, вы должны проживать в г. Нью-Йорке; подать заявление можно в любом районе.

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

Расширение программы Medicaid для определенных групп по Закону о доступном здравоохранении (Affordable Care Act) – MAGI
В соответствии с Законом о доступном здравоохранении (Affordable Care Act) штат Нью-Йорк принял решение расширить покрытие программы Medicaid, чтобы оно включало лиц с уровнем дохода, превышающем ранее допустимый. Это относится к беременным женщинам, детям до 18 лет, родителям/родственникам, осуществляющим уход, и бездетным лицам в возрасте от 19 до 64 лет. Эта группа подпадает под бюджетное финансирование для лиц с определенным уровнем модифицированного скорректированного валового дохода (Modified Adjusted Gross Income). С 1 января 2014 г. беременные женщины, дети до 18 лет, родители/родственники, осуществляющие уход, и бездетные лица с доходом до 138 % федерального уровня бедности ($1 366 в месяц для одного лица/$1 842 для семейных пар в 2016 г.) могут претендовать на получение Medicaid. Для этой группы нет ограничения по активам. Лица будут получать льготы Medicaid по плану организованного медицинского обслуживания, выбранному во время подачи заявления.

Лица с **инвалидностью**, в том числе те, кто получает социальное пособие по нетрудоспособности, но еще не получает Medicare, а также**родители/родственники, осуществляющие уход, в возрасте от 65 лет** (даже если они получают Medicare) могут претендовать на получение Medicaid, при условии что их модифицированный скорректированный валовый доход не превышает вышеуказанного.

Individuals subject to MAGI budgeting can **apply** online at www.nystateofhealth.ny.gov. They can receive assistance from Navigators for the application process. For a listing of Navigators, visit www.healthbenefitexchange.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations. You can also call the New York State Customer Service Center toll free at 1-855-355-5777.

Medicaid Eligibility for all other groups – Non-MAGI
The following are the income and asset criteria for all others who are age 65+, blind, or disabled.

The Affordable Care Act does not change the income and asset levels under which most people age 65+, blind, or disabled qualify for Medicaid. This group is known as non-MAGI. To qualify for Medicaid in 2016 single individuals can have a **maximum monthly income** of $825 and assets of $14,850 (plus $1,500 burial fund). Married Couples can have a maximum monthly income of $1,209 and assets of $21,750 (plus $3,000 burial fund).

There are certain **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, whereby, each month, you spend down the amount by which you are over Medicaid's allowed amount, in order to have Medicaid coverage. Moreover, if your income is over Medicaid's allowed amounts, you may be eligible for a Medicare Savings Program to help pay the Medicare premiums and other costs associated with Medicare (see page 38 for more information).

Assets include cash, bank accounts, IRAs and stocks. Certain assets are not counted towards these limits, including your primary home, your automobile and personal belongings.

Non-MAGI individuals cannot use the online Exchange; they must complete and submit 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 https://www.health.ny.gov/forms/doh-4220all.pdf.

Where do I submit the application?
You have a choice of where and how to submit your Medicaid application:

- Go to your local Medicaid office–you can get help to complete the application in person at the office, or drop off a completed application. See page 71 for a list of Medicaid offices, or call the Human Resources Administration at 1-718-557-1399, or 311.
- Submit an application by mail. Mail the completed application along with supporting documents to:
  Initial Eligibility Unit
  HRA/Medicaid Assistance Program
  P.O. Box 2798
  New York, NY 10117-2273

Лица, подпадающие под бюджетное финансирование для лиц с определенным уровнем модифицированного скорректированного валового дохода, могут **подать заявление** онлайн на сайте www.nystateofhealth.ny.gov. Координаторы могут помочь им с подачей заявления. Список координаторов можно найти на по адресу www.healthbenefitexchange.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations. Вы также можете позвонить в Центр обслуживания потребителей штата Нью-Йорк по бесплатному телефону 1-855-355-5777.

Условия для участия в программе Medicaid для всех остальных групп – Non-MAGI
Ниже изложены ограничения по доходу и активам для всех остальных лиц в возрасте от 65 лет, незрячих и инвалидов.

Закон о доступном здравоохранении не меняет ограничений по доходу и активам для большинства участников программы Medicaid в возрасте от 65 лет, слепых и инвалидов. Эта группа называется non-MAGI. Чтобы претендовать на участие в программе Medicaid в 2016 г., неженатые (незамужние) лица должны иметь **ежемесячный доход не выше** $825 и активы стоимостью не выше $14 850 (плюс фонд средств на похороны в размере $1 500). Максимальный ежемесячный доход семейной пары должен составлять $1 209, а размер активов – $21 750 (плюс фонд средств на похороны в размере $3 000).

Предусмотрены определенные **вычеты из дохода**, поэтому если даже размер вашего дохода превышает данные суммы, рекомендуется подать заявление. Кроме того, если размер вашего дохода выше указанных сумм, возможно, вы имеете право на участие в программе для лиц с превышением дохода Medicaid (Excess Income Program), в соответствии с которой каждый месяц вы тратите сумму, на которую ваш доход превышает допустимое ограничение, чтобы иметь страховое покрытие по программе Medicaid. Более того, если размер вашего дохода выше допустимых сумм в рамках программы Medicaid, вы можете иметь право на участие в сберегательной программе Medicare и получить помощь в оплате страховых взносов или других расходов, связанных с программой Medicare (дополнительную информацию см. на стр. 38).

Активы включают в себя наличные средства, банковские счета, индивидуальные пенсионные счета (Individual Retirement Account, IRA) и ценные бумаги. Некоторые виды активов не учитываются в данных ограничениях, включая дом/квартиру, являющуюся вашим основным местом жительства, автомобиль и личные вещи.

Лица из группы Non-MAGI не могут подать заявление онлайн; они должны заполнить и подать заявление Access NY Health Care, форму DOH 4220, а также Приложение A. Заявления и инструкции на английском и испанском языках можно найти на веб-сайте https://www.health.ny.gov/forms/doh-4220all.pdf.

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

- 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. 71; кроме того, за информацией вы можете обратиться в Управление трудовыми ресурсами по телефону 1-718-557-1399 или 311.
- Можно отправить заявление по электронной 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

How Does Medicaid Interact with Medicare Part D?

Most people with Medicaid and Medicare (known as "dual eligibles") are required to join a Part D plan and will automatically be enrolled in a benchmark plan if they do not sign up for a plan on their own. Dual eligibles can change plans as often as every month, with the new coverage effective the first of the following month. (Note: Individuals with Medicaid only do not enroll in a Medicare Part D plan.)

Dual eligibles are automatically enrolled in full Extra Help (see page 33 for more information) and will pay a reduced amount for the prescription medications. Dual eligibles with incomes under 100% of the Federal Poverty Level (FPL) will have co-pays of $1.20 for generic prescriptions/$3.60 for brand name prescriptions. Those with incomes over 100% FPL will have co-pays of $2.95 for generic prescriptions /$7.40 for brand name prescriptions. Duals will no longer pay co-pays once the total cost of covered drugs reaches the catastrophic level of $6,680 in 2016.

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.

MANDATORY MEDICAID MANAGED LONG TERM CARE

New York State requires certain dual-eligibles (enrolled in both Medicare and Medicaid) who are certified for 120+ days of community-based long-term care services through Medicaid to be enrolled in managed care plans to receive their Medicaid home care benefits.

If you are required to enroll in a Managed Long Term Care plan, you will receive a packet in the mail from New York Medicaid Choice, telling you about your choices. 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 plan.

There are three **types** of plans from which to choose:

1. **Managed Long Term Care Plans (MLTC):** MLTC plans provide only long term care services that you now get through Medicaid, as well as a few other services, such as home modifications, non-emergency medical transportation, podiatry, audiology, dental and optometry. You will continue to use your current plan (i.e. your Medicare card, your Medicaid card, or your Medicare Advantage card) for all other Medicare and Medicaid services. If someone does not enroll in a managed long-term care plan on their own, they will be automatically enrolled into an MLTC plan.
2. **Medicaid Advantage Plus (MAPlus):** MAPlus plans provide ALL Medicaid AND Medicare services, including long-term care services. Members receive all Medicaid and Medicare-covered services from the same plan and must use in-network providers.

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

Большинство людей, являющихся участниками программ Medicaid и Medicare (известных как «лица с двойным правом»), должны стать участниками плана части D и будут автоматически зачислены в базовый план, если не зарегистрируются в одном из планов самостоятельно. Лица с двойным правом могут менять планы каждый месяц, причем новый план будет вступать в силу с первого числа следующего месяца. (Примечание. Лица, зарегистрированные только в программе Medicaid, не регистрируются в плане Medicare, часть D.)

Лица с двойным правом автоматически регистрируются для получения полной субсидии Extra Help (см. дополнительную информацию на стр. 33) и будут платить меньше за рецептурные лекарственные препараты. Лица с двойным правом, имеющие доход менее 100 % федерального уровня бедности (Federal Poverty Level, FPL), должны будут доплачивать $1,20 за рецептурный препарат-дженерик и $3,60 за патентованный рецептурный препарат. Лица с доходом свыше 100 % федерального уровня бедности (Federal Poverty Level, FPL), должны будут доплачивать $2,95 за рецептурный препарат-дженерик и $7,40 за патентованный рецептурный препарат. Лица с двойным правом не будут более оплачивать часть стоимости лекарственных препаратов, если общая сумма затрат на лекарственные препараты достигнет уровня критического страхового покрытия – $6 680 в 2016 г.

Согласно законодательству, часть D не покрывает некоторые лекарственные препараты, например безрецептурные препараты и витамины. Их по-прежнему будет оплачивать Medicaid.

Программа обязательного страхования организованного долгосрочного ухода Medicaid

С недавнего времени штат Нью-Йорк требует, чтобы определенные лица с двойным правом (зарегистрированные одновременно в Medicare и Medicaid), которым по программе Medicaid полагаются от 120 дней долгосрочного ухода по месту жительства, регистрировались в планах организованного медицинского обслуживания для получения услуг ухода на дому, покрываемых программой Medicaid.

Лицам, которые обязаны зарегистрироваться в плане организованного долгосрочного ухода, по почте будет выслан информационный пакет от организации New York Medicaid Choice, в котором рассказывается о ваших вариантах выбора. Вы должны будете зарегистрироваться в плане в течение 60 дней после получения пакета. Если к тому времени вы не определитесь с выбором, вы автоматически будете зачислены в один из планов.

Вы должны выбрать один план из трех **видов**:

1. **Планы организованного долгосрочного ухода (Managed Long Term Care Plans, MLTC).** Планы MLTC предоставляют только услуги долгосрочного ухода, которые вы в настоящий момент получаете от Medicaid, а также некоторые другие услуги, такие как помощь в обустройстве дома, транспортировка в неэкстренных случаях, подиатрические, аудиологические, стоматологические и оптометрические услуги. Вы продолжите пользоваться льготами вашего текущего плана (т. е. картой Medicare, картой Medicaid или картой Medicare Advantage) для получения всех остальных услуг Medicare и Medicaid. Если вы не зарегистрируетесь в плане организованного долгосрочного ухода самостоятельно, вы автоматически будете зачислены в план MLTC.
2. **Medicaid Advantage Plus (MAPlus).** Планы MAPlus предоставляют ВСЕ услуги Medicaid И Medicare, в том числе услуги долгосрочного ухода. Участники получают все услуги, покрываемые Medicaid и Medicare, в одном плане и должны пользоваться услугами только тех поставщиков услуг, которые входят в сеть плана.

3. **Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACEs):** PACE plans provide ALL Medicaid AND Medicare services, including long-term care services. Members receive all Medicaid and Medicare-covered services from the same plan and must use in-network providers. The PACE plans differ from MAPlus plans in that you 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.

How will Managed Care work for clients with a Medicaid Spenddown?
Many people have Medicaid with a spenddown to help them pay for Medicaid- covered home care services. These individuals will now pay their Medicaid spenddown to the health plan. If a member does not pay the spenddown, the plan can disenroll the member.

How Do I Select a plan?
1. First, 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 would allow you to continue to see your providers. For people who wish to enroll in a MAPlus or PACE plan, you also need to get your Part D prescription drug coverage through that plan; the planfinder, at www.medicare.gov, should have the prescription drug information for these plans online.
3. To enroll in the plan, call NY Medicaid Choice at 1-888-401-6582. NY Medicaid Choice should also be able to help you select a plan.

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 that you would receive if you enroll in that plan.

What if I want to switch managed long term care plans?
You can switch plans whenever you want. Just call the plan you want to join. The change must be requested by the 19th of the month for the new plan to be effective the first of the following month. New York Medicaid Choice (Maximus) is handling enrollment for Medicaid Managed Long Term Care. They can be reached at 1-800-505-5678 or 1-888-401-6582.

Fully Integrated Duals Advantage (FIDA)
Dual eligible beneficiaries in partially capitated Managed Long Term Care plans (MLTC) and fully capitated Medicare Advantage Plus (MAPlus) plans were sent letters in late 2014 informing them of the FIDA program. FIDA is a new type of managed care plan that provides all Medicare and Medicaid covered services, including home care services and Medicare Part D drug coverage, in a single plan.

3. **Программы комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE).** Планы PACE предоставляют ВСЕ услуги, покрываемые Medicaid И Medicare, включая услуги долгосрочного ухода. Участники получают все услуги, покрываемые Medicaid и Medicare, в одном плане и 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.

Каким образом планы организованного медицинского обслуживания работают для участников, имеющих страховку Medicaid с превышением дохода («spenddown»)?
Многие люди имеют страховку Medicaid с превышением дохода, которая помогает им оплачивать услуги ухода на дому, покрываемые программой Medicaid. Эти лица теперь будут платить за услуги по Medicaid «spenddown» плану медицинского обслуживания. В случае неуплаты участником сумм «spenddown» он может быть исключен из плана.

Как выбрать план?
1. Прежде всего, решите для себя, план какого типа наилучшим образом удовлетворит ваши потребности (MLTC, MAPlus или PACE).
2. Узнайте у поставщиков услуг (агентство по уходу на дому, поставщики медицинских услуг и т. д.), в каких планах они участвуют, чтобы вы могли выбрать тот план, который позволит вам не менять своих врачей. Если вы хотите зарегистрироваться в плане MAPlus или PACE, вы также должны получать в этом плане страховое покрытие рецептурных препаратов по части D. Система поиска планов на веб-сайте www.medicare.gov должна содержать 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. Организация NY Medicaid Choice должна также помочь вам с выбором плана.

Как будет определяться положенное мне количество часов ухода на дому?
Если вы находитесь в процессе выбора плана, вы можете попросить планы предоставить вам информацию в письменном виде о том, сколько часов ухода на дому вы получите, зарегистрировавшись в том или ином плане.

Что если мне захочется поменять план организованного долгосрочного ухода?
Вы можете сменить план в любой момент. Просто позвоните в план, в котором вы хотите зарегистрироваться. Запрос на смену плана необходимо подать до 19 числа месяца, чтобы покрытие в новом плане начало действовать с первого числа следующего месяца. Организация New York Medicaid Choice (Maximus) занимается регистрацией в планах организованного долгосрочного ухода Medicaid. Туда можно позвонить по телефону 1-800-505-5678 или 1-888-401-6582.

Полностью интегрированные льготы участников двух планов (FIDA)
Лицам, одновременно имеющим право на частичное пользование Планом организованного долгосрочного ухода (MLTC) и полное пользование Планом Medicare Advantage Plus (MAPlus), в конце 2014 г. были направлены письма, информирующие их о программе FIDA. FIDA — это новый план организованного медицинского обслуживания, который в рамках единого плана предоставляет все услуги, покрываемые Medicare и Medicaid, в том числе услуги ухода на дому и обеспечение медикаментами в рамках программы Medicare, часть D.

Enrollment in FIDA is optional, though it is important to make an informed decision within the time limit noted in the letters.

- You can select a FIDA plan and enroll in the plan by calling NY Medicaid Choice at 1-855-600-FIDA.
- You can opt out of FIDA and stay with your current plan for long term health care by calling NY Medicaid Choice 1-855-600-FIDA.

If you do not respond within the time limit stated in the letters sent, you may be "passively enrolled" into a FIDA plan that is offered by the same company as your current managed long term care plan. Note that you can disenroll from FIDA at any time, though you will need to select a Part D plan in order to maintain drug coverage.

FIDA enrollees will have no copays or deductibles, including for prescription drugs, though prescription drugs need to be on the plan's formulary. In addition, they will not have to pay the Part B premium, regardless of whether they are enrolled in a Medicare Savings Program (see page 38). If you have Medicaid with a spenddown, you WILL have to pay the spenddown amount to the FIDA plan.

FIDA enrollees can switch FIDA plans at any time. Or they can disenroll from FIDA and go back to Original Medicare or Medicare Advantage at any time. If they disenroll from FIDA, they would need to enroll in a MLTC plan, as well as a Part D plan.

For more information on FIDA, call New York Medicaid Choice at 1-855-600-FIDA.

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 (Medicaid Advantage), PACE, mainstream Medicaid (with long term care services) and FIDA. ICAN can be reached at 1-844-614-8800.

Регистрация в FIDA является необязательной, однако принятие осознанного решения в сроки, указанные в письмах, является важным.

- Вы можете выбрать план FIDA и зарегистрироваться в качестве его участника, позвонив в офис Medicaid Choice, Нью-Йорк, по номеру 1-855-600-FIDA.
- Вы можете отказаться от участия в FIDA и продолжить пользоваться своим текущим планом долгосрочного медицинского обслуживания, позвонив в офис Medicaid Choice, Нью-Йорк, по номеру 1-855-600-FIDA.

Если вы не дадите ответ в сроки, указанные в разосланных письмах, вас могут «по умолчанию» зарегистрировать в качестве участника плана FIDA, предоставляемого той же компанией, которая обслуживает ваш текущий план долгосрочного медицинского обслуживания. Просим учесть, что вы сможете прекратить ваше участие в плане FIDA в любой момент, но при этом вам придется выбрать план предусмотренный частью D для сохранения обеспечения медикаментами.

К участникам плана FIDA не применяются взаимные платежи и вычеты, в том числе и за лекарства, отпускаемые по рецепту, но при этом такие лекарства должны числиться в фармацевтическом перечне плана. Кроме того, участники плана FIDA освобождаются от уплаты страховых премий, предусмотренных частью B, независимо от факта их участия в программе Medicare Savings (см. стр. 38). Если вы являетесь участником Medicaid как лицо, имеющее уровень доходов выше предельного, вам НЕОБХОДИМО будет выплатить сумму, дающую вам право на пользование планом FIDA.

Участники плана FIDA могут в любой момент осуществлять переход с одного плана FIDA на другой. Или же они могут в любой момент отказаться от участия в плане FIDA и вернуться к первоначальному плану Medicare или Medicare Advantage. В случае выхода из плана FIDA, таким лицам необходимо будет зарегистрироваться в плане MLTC, а также в плане, предусмотренном частью D.

За дополнительной информацией о плане FIDA обращайтесь в офис Medicaid Choice штата Нью-Йорк по телефону 1-855-600-FIDA.

К кому мне обратиться за помощью по поводу Плана организованного долгосрочного ухода?

Независимая сеть защиты прав потребителей (ICAN) является программой омбудсмена штата Нью-Йорк для лиц, получающих услуги организованного долгосрочного ухода по плану Medicaid, в том числе MLTC, MAPlus (Medicaid Advantage), PACE, стандартного плана Medicaid (предусматривающего услуги по долгосрочному уходу) и FIDA. В ICAN можно позвонить по телефону 1-844-614-8800.

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. Veterans are placed into a Priority Group (1-9) based on service history and financial information. Veterans who cannot afford to pay the cost of their care must provide the VA with financial information on their annual income and resources. Most non-service connected veterans and non-compensable 0% service-connected veterans are required to complete an annual means test or to agree to pay VA the applicable copayment. The means test is based on their family's income and net worth. The 2015 income and asset net worth threshold is $80,000. If you are single and your income and net worth is $12,868 or less, then you receive free VA prescriptions. If you are single and your income is $31,978 or less and do not have a service connected illness, then you receive free VA Health care. To learn more about VA national income thresholds and calculate your specific geographic-based means test (GMT), go to their website at http://www.va.gov/healthbenefits/cost/income_thresholds.asp.

Veterans not eligible for free care are responsible for a co-payment. There are four basic types of copayments for veterans not eligible for free care:

1. **Medication**: Prescription copayment charges were established by Congress. Depending on one's Priority Group, the charge is $8 or $9 for each 30 day or less supply of medications provided on an outpatient basis for non service-connected conditions.
2. **Outpatient**: Copayments for primary care visits are $15 and $50 for specialty care visits.
3. **Inpatient:** Congress determined the appropriate inpatient copayment should be the current inpatient Medicare Deductible Rate for the first 90 days that you remain in the hospital plus a $10 per diem charge. This is the full rate; many veterans qualify for a reduced rate for inpatient care.
4. **Long Term Care**: VA charges for Long Term Care Services vary by type of service provided and the individual veterans' ability to pay.

The 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.

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. Ветеранам присваивается уровень приоритета (1–9) на основе данных о службе и финансовой информации. Ветераны, которые не могу оплатить расходы по медицинскому обслуживанию, должны предоставить VA финансовую информацию о своем годовом доходе и ресурсах. Большинство ветеранов, имеющих заболевание или инвалидность, не связанные с прохождением военной службы, и ветеранов, имеющих заболевание или инвалидность, связанные с прохождением военной службы, с индексом нетрудоспособности 0 %, по которым не выплачиваются денежные компенсации, должны ежегодно проходить проверку материального положения или дать согласие на внесение соответствующей доплаты VA. Данная проверка материального положения основана на семейном доходе и чистой стоимости активов. Предельная сумма доходов и чистых активов в 2015 г. составляет $80 000. Если вы не состоите в браке и сумма вашего дохода и чистых активов составляет $12 868 или менее, вы будете бесплатно получать рецептурные препараты от VA. Если вы не состоите в браке, ваш доход составляет $31 978 или менее и у вас нет заболеваний, связанных с прохождением военной службы, вы будете получать бесплатное медицинское обслуживание от VA. 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 http://www.va.gov/healthbenefits/cost/income_thresholds.asp

Ветераны, не имеющие права на бесплатное медицинское обслуживание, вносят доплату. Есть четыре основных вида доплат для ветеранов, не имеющих права на бесплатное медицинское обслуживание:

1. **Лекарственные препараты** — суммы доплат на рецептурные препараты были установлены Конгрессом. В зависимости от уровня приоритета данная сумма составляет $8 или $9 на запас препаратов на каждые 30 дней, при условии что лечение проходит амбулаторно и состояние не связано с прохождением военной службы.
2. **Амбулаторное лечение** — доплата составляет $15 за первичную медицинскую помощь и $50 за специализированную медицинскую помощь.
3. **Стационарное лечение** — Конгресс определил, что соответствующая доплата за стационарное лечение складывается из суммы текущего размера франшмзы по программе Medicare (Medicare Deductible Rate) за первые 90 дней пребывания в больнице и дополнительной ежедневной оплаты в размере $10. Это полный тариф; многие ветераны могут претендовать на стационарное лечение по сниженному тарифу.
4. **Долгосрочный уход** — плата, взимаемая VA за долгосрочный уход, зависит от типа предоставляемых услуг и индивидуальной платежеспособности ветерана.

VA не может выставлять счета Medicare, поэтому ветераны, имеющие покрытие только по программе Medicare и вносящие доплату за медицинские услуги, получат счет за предоставленные услуги. При наличии дополнительного полиса VA выставит первичный счет другой страховой компании.

TRICARE Health Benefits provides coverage to the families of active duty service members, families of service members who died while on active duty, and retirees and their families, whether or not the veteran is disabled. TRICARE benefits consist of: TRICARE Prime, TRICARE Extra and TRICARE Standard. The programs differ on the use of a provider networks and cost sharing obligations. Most specialty services require prior authorization or referral.

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 Senior Pharmacy** program. 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.

Civilian Health and Medical Program (CHAMPVA) is a health insurance program for dependents of 100% permanently and totally disabled veterans. CHAMPVA has an annual deductible or $50 per person or $100 per family per calendar year. In addition, there is a 25% co-insurance. CHAMPAVA does not maintain a provider listing. Most Medicare and TRICARE providers will also accept CHAMPVA (but be sure you 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.

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.

VA Dental Insurance Program (VADIP)
The 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 is starting a pilot project, partnering 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.

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 семей военнослужащих срочной службы, семей военнослужащих, погибших во время прохождения срочной службы, а также военнослужащих в отставке и их семей, независимо от того, является ветеран нетрудоспособным или нет. Программа TRICARE делится на несколько частей: TRICARE Prime, TRICARE Extra и TRICARE Standard. Данные программы используют различные сети врачей и медицинских учреждений и требуют различных доплат. Для покрытия большинства услуг специалистов требуется предварительное разрешение или направление.

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 A и B.** TFL — это план медицинского обслуживания без оплаты страховых взносов, который является дополнительным к программе Medicare и включает в себя программу обеспечения пожилых людей лекарственными препаратами **TRICARE Senior Pharmacy**. TFL может использоваться в VA, но поскольку VA не может выставлять счета Medicare, пациент несет ответственность за оплату части счета, которую должна оплачивать Medicare. Для получения дополнительной информации о программе TRICARE for Life позвоните по телефону 1-866-773-0404 или посетите веб-сайт по адресу www.tricare.mil.

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. 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. Программа CHAMPVA не имеет своих списков врачей или медицинских учреждений. 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. Чтобы получить дополнительную информацию о программе CHAMPVA, позвоните в VA по телефону 1-800-733-8387 или посетите веб-сайт www.va.gov.

Каким образом взаимодействует страховое покрытие лекарственных препаратов VA и план Medicare, часть D?
Страховое покрытие рецептурных препаратов VA считается заслуживающим доверия. 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 пропустили регистрацию в плане части D, а потом решили зарегистрироваться, штраф за регистрацию с опозданием не взимается.

Программа стоматологического страхования VA (VA Dental Insurance Program, VADIP)
VA предлагает комплексные льготы на стоматологические услуги для некоторых ветеранов, соответствующих требованиям. Однако многие ветераны не могут получить стоматологические услуги из-за несоответствия требованиям. VA совместно с двумя компаниями по стоматологическому страхованию запускает пилотный проект, 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-сайтwww.va.gov/healthbenefits/vadip/ или позвоните в Delta Dental по тел. 1-855-370-3303 или в MetLife по тел. 1-888-310-1681.

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 a health care plan. 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, but should enroll in Part B within 8 months following the month you start COBRA coverage in order to avoid Medicare's late enrollment penalty. If you have both Medicare and COBRA, Medicare is primary and COBRA secondary.

New!

New York State of Health/Health Insurance Exchange

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. Through the Marketplace, eligible New Yorkers can select a "Qualified Health Plan" (QHP) as a way of getting health insurance. Eligible individuals with lower incomes may qualify for federal subsidies to purchase insurance through the Marketplace.

In New York City, you must select a plan that serves your borough. Anyone who is a citizen or a legal permanent resident residing in New York can purchase a plan through the New York Marketplace. 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 (though you may want to explore supplemental coverage to help pay for what Medicare does not cover).

ДРУГИЕ ВАРИАНТЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ НЬЮ-ЙОРКА

COBRA

Согласно требованиям федерального закона 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 план медицинского страхования. Вы будете иметь право на страховое покрытие, если вы выйдете на пенсию, уйдете с работы, попадете под сокращение, вам сократят часы работы, а также в случае смерти или развода с работающим (ей) супругом (ой). 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 % суммы, которую работодатель и работник платят плану. 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 имеете право на участие в программе Medicare и продолжаете работать, вы можете выбрать программу COBRA, когда вы закончите работать, но должны зарегистрироваться в плане части B в течение 8 месяцев с начала действия страхового покрытия в рамках программы COBRA, чтобы избежать штрафа за регистрацию с опозданием в программе Medicare. Если у вас есть страховка Medicare и COBRA, то Medicare считается первичной страховкой, а COBRA вторичной.

Новая

New York State of Health/Биржа медицинского страхования

Биржа медицинского страхования — это организованный рынок медицинского страхования. В штате Нью-Йорк биржа называется New York State of Health: The Official Health Plan Marketplace. На рынке соответствующие требованиям жители Нью-Йорка могут выбрать утвержденный план медицинского обслуживания (QHP), который обеспечивает медицинское страхование. Малообеспеченные лица, соответствующие требованиям, могут претендовать на получение федеральной субсидии на покупку страховки на рынке.

Жители Нью-Йорка обязаны выбрать план, обслуживающий их район. Любые граждане или лица, законно проживающие в Нью-Йорке, могут выбрать план на рынке Нью-Йорка. Если у вас есть Medicaid, вам не нужно покупать другую медицинскую страховку. Если у вас есть Medicare, вам не нужно покупать медицинскую страховку на рынке. Участники Medicare, как правило, НЕ МОГУТ зарегистрироваться в плане на рынке. Получатели Medicare не могут получать федеральную субсидию на покупку плана. Если вы получаете социальное пособие по нетрудоспособности, то в течение 24-месячного срока ожидания начала действия страховки Medicare вам рекомендуется рассмотреть возможность покупки плана на рынке. Когда вы начнете получать страховку Medicare, вы сможете отказаться от участия в рыночном плане (хотя рекомендуется рассмотреть возможность покупки дополнительного страхового покрытия для оплаты услуг, не покрываемых Medicare.

You do not need to enroll in other health insurance if you have comprehensive health insurance coverage through TRICARE, the Veterans Health Program, a plan offered by an employer, insurance that you have bought on your own that is at least at the Bronze level (as determined by the Marketplace-see below), or a grandfathered health plan that was in existence before the health reform law was enacted. If you are unsure whether your coverage is sufficient, it is best to reach out to your plan to verify.

Under the Federal Affordable Care Act, you cannot be denied health insurance on the basis of a pre-existing condition, you 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 through the Marketplace and outside the Marketplace.

There are many health insurance options available through the Marketplace in New York City. All plans offer comprehensive health coverage, with limits to cost sharing (copayments, annual deductibles and out-of-pocket limits). If your income is less than 400% of the federal poverty level ($47,520 for individuals and $97,200 for a family of four in 2016), you may be eligible for Medicaid or 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, and Platinum plans having higher monthly premiums and lower cost-sharing requirements.

Open enrollment for the Marketplace will take place from November 1, 2015 – January 31, 2016. People enrolled by December 15, 2015 will have coverage effective January 1, 2016. If you enroll by January 15, 2016, you will have coverage effective February 1, 2016. If you enroll January 16-January 31, coverage will be effective March 1, 2016. If you do not enroll by January 31, 2016, you will need to wait for the next annual open enrollment period to enroll. There are certain exceptions which would allow you to enroll mid-year, including losing current health insurance coverage.

There are several ways to learn more about Marketplace plans:

- Reach out to a "Navigator." Navigators are organizations in your community who can help you with selecting a plan and enrolling in a plan. To find a navigator near you, go to www.healthbenefitexchange.ny.gov/IPANavigatorMap 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 www.healthbenefitexchange.ny.gov.

Вам не нужна другая медицинская страховка, если у вас есть комплексная страховка по программе TRICARE, программе по охране здоровья ветеранов, Veterans Health Program, план, предлагаемый работодателем, страховка уровня не ниже бронзового, приобретенная самостоятельно (уровень определяется рынком; см. критерии ниже) или план медицинского страхования, действовавший до вступления реформы здравоохранения в силу. Если вы не уверены, что вашего страхового покрытия достаточно, обратитесь за помощью в ваш план.

Согласно Федеральному закону о доступном здравоохранении вам не может быть отказано в получении медицинской страховки на основании текущего состояния здоровья, с вас не имеют права требовать свыше установленной суммы за получение медицинской страховки и вас не могут ставить в очередь на получение услуг для лечения текущего заболевания. Данное правило распространяется на планы, купленные как на рынке, так и вне рынка.

На рынке города Нью-Йорка есть множество вариантов медицинского страхования. Все планы включают комплексное медицинское покрытие с ограничениями на распределение затрат (доплаты, ежегодные франшизы и наличные платежи). Если ваш доход составляет меньше 400 % федерального уровня бедности ($47 520 на одно лицо и $97 200 на семью из четырех человек в 2016 г.) вы можете претендовать на получение Medicaid или федеральной субсидии в форме налоговой льготы на оплату стоимости плана.

Планы делятся на **четыре уровня** — бронзовый, серебряный, золотой и платиновый. От уровня плана зависят требования к распределению затрат (франшизы, доплаты). В бронзовых планах ниже ежемесячные взносы и выше требования к распределению затрат, а в платиновых планах выше ежемесячные взносы и ниже требования к распределению затрат.

Открытая регистрация на рынке будет проходить с 1 ноября 2015 г. по 31 января 2016 г. Страховое покрытие для лиц, зарегистрировавшихся до 15 декабря 2015 г., вступит в силу 1 января 2016 г. Если вы зарегистрируетесь до 15 января 2016 г., ваше страховое покрытие вступит в силу с 1 февраля 2016 г. Если вы зарегистрируетесь в период с 16 по 31 января, ваше страховое покрытие вступит в силу с 1 марта 2016 г. Если вы не зарегистрируетесь до 31 января 2016 г., чтобы зарегистрироваться, вам придется подождать до начала следующего ежегодного периода свободной регистрации. В некоторых случаях, включая потерю текущего медицинского страхового покрытия, возможна регистрация в середине года.

Есть несколько способов получить дополнительную информацию о рыночных планах:

- Обратиться к координатору. Координаторы — это местные организации, которые могут помочь вам с выбором плана и регистрацией в нем. Чтобы найти координатора поблизости, посетите веб-страницу www.healthbenefitexchange.ny.gov/IPANavigatorMap или позвоните в Community Health Advocates по тел. 1-888-614-5400.
- Позвоните 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.
- Посетите веб-сайт www.healthbenefitexchange.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 with 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 one's time to enroll in Medicare. Late enrollment could mean a gap in coverage and a late enrollment penalty.

The beneficiary is responsible for enrolling in Medicare A, B and D during their Initial Enrollment Period (see pages 3-4 for more information) and 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, 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.

HHC Options

HHC Options is a program through the NYC Health and Hospitals Corporation 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.nychhc.org/hhc/html/patients/ForPatients-Paying-Options.shtml or call 311 and ask for HHC.

Лицам, участвующим в QHP (рыночный план), которые получают право на участие в Medicare, обычно рекомендуется зарегистрироваться для участия в плане Medicare тогда, когда они впервые станут удовлетворять 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:

- никакие лица не могут продолжать получать субсидии на оплату страховых взносов или скидку на распределение затрат (для оплаты страхового взноса по программе QHP) после того, как они получат 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. 3-4) и перестать получать страховое покрытие по программе QHP.

К лицам, которые, возможно, захотят тщательно сравнить участие в программе QHP и участие в плане Medicare, относятся лица:

- которые не удовлетворяют требованиям для участия в части A плана без страхового взноса. Они могут получить субсидию на оплату страхового взноса или скидку на распределение затрат для страхового покрытия по программе QHP, но только если они не будут регистрироваться в части A или B. Если они захотят зарегистрироваться в плане Medicare позже, им придется подождать, а также оплатить штраф за регистрацию с опозданием для участия в плане Medicare A и B;
- которым менее 65 лет и у которых наблюдается терминальная стадия почечной недостаточности.

Программа HHC Options

Программа HHC Options — это программа, которую предоставляет Корпорация здравоохранения и больниц города Нью-Йорк (NYC Health and Hospitals Corporation) 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 за обслуживание. Иммиграционный статус при определении права на вступление в программу HHC не учитывается. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт http://www.nychhc.org/hhc/html/patients/ForPatients-Paying-Options.shtml или позвоните по телефону 311 и спросите о программе HHC.

Federally Qualified Health Centers

Federally Qualified Health Centers 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 www.hrsa.gov and enter your location at "Get Health Care" and then "Find a Health Center."

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 www.gag.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	1-800-856-9981 www.freelancersunion.org

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

Медицинские центры, имеющие право на субсидию из федерального бюджета, — 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 B и 20%-ю сумму совместного страхования при условии соответствия требованиям. Чтобы узнать, где находятся медицинские центры, имеющие право на субсидию из федерального бюджета (FQHC), зайдите на веб-сайт www.hrsa.gov и введите ваше местоположение в поле Get Health Care (Получить медицинское обслуживание), а затем в поле Find a Health Center (Найти медицинский центр).

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 www.gag.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 Технологии СМИ и реклама, культура и развлечения Специалист по уходу за детьми на дому Специалист в области традиционной и альтернативной медицины Квалифицированный пользователь ПК	1-800-856-9981 www.freelancersunion.org

PATIENT RIGHTS AND APPEALS FOR MEDICARE BENEFICIARIES

All Medicare beneficiaries are protected by the same rights, whether you are in the original Medicare plan or a Medicare Advantage Plan.

As a Medicare beneficiary, you have the right to:

- Receive all the care necessary for your condition.
- Be fully informed about your medical condition, including treatment options. Learn about coverage and possible costs.
- Receive a written discharge plan from the hospital. Any decision made by the hospital or your HMO or PPO to discharge you must be based solely on your medical need and not on any method of payment.
- Appeal written notices denying coverage for services from hospitals, managed care plans (HMOs) or Medicare carriers.
- Ask for all notices in writing. DO NOT DISREGARD THEM. Any notice must describe how to appeal decisions.
- Under the new "Right to Know Law" in New York State, (the Palliative Care Information Act), every terminally ill New Yorker under a doctor's or surgeon's care will be offered full information about hospice care, palliative care for pain reduction and all other appropriate end-of-life options. You also have the right to refuse or withdraw life-sustaining treatment, to have pain medication and to learn more about treatment options.

To appeal a quality of care issue or question a hospital discharge, call Livanta, LLC at 866-815-5440, where trained staff will review your case before noon of the day after the beneficiary receives the notice. If you request 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.

Medicare Advantage enrollees may use the plan's appeals process to appeal an inpatient stay denial or they can contact Livanta by noon of the day after the receipt of the NODMAR (Notice of Discharge and Medicare Appeal Rights). Other denied services may be appealed directly to the plan.

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ И ПОДАЧА АПЕЛЛЯЦИИ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ ПРОГРАММЫ MEDICARE

Все участники программы Medicare защищены одинаковыми правами независимо от того, являются ли они участниками базисного плана Medicare или планов Medicare Advantage.

Участники программы Medicare имеют право:

- Получать все необходимое медицинское обслуживание, которое требуется для лечения вашего заболевания.
- Получать информацию в отношении состояния вашего здоровья в полном объеме, включая информацию о вариантах лечения. Получать информацию о страховом покрытии и возможных затратах.
- Получать в письменном виде план выписки из больницы. Все решения, которые принимает больница, или ваша организация медицинского обслуживания (HMO), или организация из системы предпочтительного выбора врачей или медицинских учреждений (PPO) о вашей выписке из больницы, должны быть основаны исключительно на ваших медицинских потребностях, а не на условиях оплаты.
- Обжаловать письменные уведомления об отказе в страховом покрытии услуг, предоставленных в больнице, в рамках планов организованного медицинского обслуживания (в организациях HMO) или в рамках программы Medicare.
- Получать все уведомления в письменном виде. НЕ ПРЕНЕБРЕГАЙТЕ ДАННЫМИ УВЕДОМЛЕНИЯМИ. Во всех уведомлениях должна содержаться информация о том, как обжаловать решения.
- В соответствии с новым законом штата Нью-Йорк «Право знать» (Right to Know Law) (закон о доступе к информации о паллиативном уходе) всем безнадежно больным жителям штата Нью-Йорк, которым предоставляется уход врача или хирурга, будет предложена исчерпывающая информация об уходе в хосписе, паллиативном лечении с целью облегчения боли и других возможных вариантах ухода. У вас также есть право отказаться или прервать искусственное поддержание жизни, получить обезболивающие препараты и дополнительную информацию о вариантах лечения.

Для того чтобы подать жалобу в отношении качества предоставляемого обслуживания или сообщить о сомнениях в отношении срока выписки из больницы, позвоните в Livanta, LLC по телефону 866-815-5440, где квалифицированные специалисты рассмотрят ваше дело до полудня следующего дня после получения заявителем уведомления. 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.

Участники плана Medicare Advantage могут использовать процедуру подачи апелляции, предусмотренную планом, для обжалования отказа в стационарном лечении либо они могут связаться с Livanta до полудня следующего дня после получения уведомления о выписке из больницы и правах на обжалование в рамках программы Medicare (Notice of Discharge and Medicare Appeal Rights, NODMAR). Обжаловать отказ в других услугах можно непосредственно в организации, предоставляющей страховое покрытие.

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 new 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.

LONG TERM CARE PLANNING

Now that seniors are living longer, many have concerns about how they will manage health care needs and finances as they become less mobile. Long-term care—in one's home, in alternative housing or in a nursing facility—should involve planning. An understanding of the options and the kinds of care, and the financing of such care, will help give seniors greater control over these important issues in their later years. The following is an overview, topic by topic, of the long-term care planning and insurance areas of interest and concern.

What is Long-Term Care?
Long-term care is the kind of daily assistance that an older adult may need when dealing with a prolonged physical illness, a disability, or a cognitive impairment (such as Alzheimer's disease) that can leave a person unable to completely care for himself. Long-term care includes care in a nursing facility, as well as help at home with activities of daily living. Long-term care is generally divided into four categories:

1. **Skilled Nursing Care:** Daily nursing and rehabilitative care that can be performed only by, or under the supervision of, skilled medical personnel. The care must be ordered by a doctor.
2. **Intermediate Care:** Occasional nursing and rehabilitative care, which must be based on a doctor's orders, and can only be performed by, or under the supervision of, skilled medical personnel.
3. **Home Health Care:** Usually received at home as part-time skilled nursing care: speech therapy; physical or occupational therapy; part-time services from home health aides or help from homemakers or chore-workers.
4. **Custodial Care:** Care to help individuals meet personal needs such as walking, bathing, dressing, eating or taking medicine. It can usually be provided by someone without professional medical skills or training.

What are the Costs of Long-Term Care?
Arrangements for a home health aide on a private pay basis depend on the hours, level of services and skills required. If the health care provider comes from a certified home health agency where costs are paid through Medicare or Medicaid, the fees are set by the agency and government standards. Private care is $20+ per hour for custodial services. Skilled care from therapists or visiting nurses, for example could cost $100-150 per visit.

Nursing home costs in the New York City area average $125,000-$180,000 per year. An older adult requiring a nursing home placement must cover these costs either by paying from personal income and assets, having long-term care insurance or having Medicaid coverage.

ПЛАНИРОВАНИЕ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

Поскольку продолжительность жизни пожилых людей увеличилась, очень многих заботит то, каким образом будет предоставляться им медицинский уход и как будет выглядеть финансовая сторона вопроса, когда они станут менее подвижными. Долгосрочный уход — на дому, в альтернативном месте проживания или в доме престарелых — требует планирования. Понимание вариантов и видов ухода, а также вопросов финансирования данных услуг поможет пожилым людям успешно контролировать ситуацию в поздние годы своей жизни. Ниже представлен обзор интересующих вопросов в области планирования долгосрочного ухода и страхования.

Что такое долгосрочный уход?
Долгосрочный уход представляет собой ежедневную помощь, требуемую пожилому человеку с продолжительным заболеванием, нетрудоспособностью или когнитивным нарушением (например, болезнью Альцгеймера), которые могут привести к неспособности к самообслуживанию в полной мере. Долгосрочный уход включает уход в доме престарелых, а также предоставление помощи на дому в осуществлении повседневной деятельности. Как правило, долгосрочный уход подразделяют на четыре категории:

1. **Квалифицированный сестринский уход:** ежедневный медицинский уход и реабилитационные услуги, предоставляемые исключительно квалифицированным медицинским персоналом или под его руководством. Данный вид ухода предоставляется по предписанию врача.
2. **Медицинский уход среднего уровня:** периодический медицинский уход и реабилитационные услуги, назначенные врачом и предоставляемые исключительно квалифицированным медицинским персоналом или под его руководством.
3. **Уход на дому**: как правило, квалифицированный сестринский уход, предоставляемый на дому в течение неполного рабочего дня — логопедическая помощь, физиотерапия или трудотерапия, услуги, предоставляемые в течение неполного рабочего дня лицами, выполняющими простейшие медицинские процедуры на дому, или помощь при выполнении работ по дому специальным персоналом.
4. **Патронаж**: уход, предоставляемый лицам с целью удовлетворения их личных потребностей, например потребностей в передвижении, личной гигиене, одевании, питании или приеме препаратов. Как правило, человек не должен обладать медицинской квалификацией и не должен проходить обучение, чтобы предоставлять данные услуги.

Какова стоимость долгосрочного ухода?
Стоимость услуг частного помощника, предоставляющего уход на дому, зависит от часов работы, уровня предоставляемых услуг и требуемой квалификации. Если специалист по медицинскому уходу работает в сертифицированной организации, предоставляющей услуги на дому, где все затраты покрываются программами Medicare или Medicaid, размер оплаты устанавливается данной организацией на базе государственных стандартов. Стоимость услуг по предоставлению частного повседневного ухода составляет от $20 в час. Предоставление квалифицированного ухода терапевтами или приходящими медсестрами, например, может обойтись в $100–$150 за посещение.

Средняя стоимость содержания в доме престарелых в Нью-Йорке составляет в среднем $125 000–$180 000 в год. Пожилые люди, которым требуется содержание в доме престарелых, должны покрывать данные затраты из собственного дохода и активов в рамках плана страхования, покрывающего долгосрочный уход, или в рамках программы Medicare.

Who Pays for Long-Term Care?

Medicare

Medicare's coverage for long-term care is strictly limited by "medically necessary," prescribed circumstances.

Care in the Home is covered by Medicare when:

1. The care needed is intermittent skilled nursing care - physical therapy, occupational therapy, speech therapy, monitoring of condition, changing bandages, giving injections, and checking on equipment. "Intermittent" is defined as less than seven days per week, not to exceed 28 hours in any week. Medicare can approve more hours of care per week, but for a shorter period of time. Typically, Medicare approves on average of 8-12 hours of care per week.
2. The beneficiary is unable to leave his home except with the assistance of another person or a wheelchair, for example.
3. The doctor determines that the beneficiary needs home health care and prescribes a home health plan of treatment.
4. The services are provided by a Certified Home Health Agency (CHHA) participating in Medicare.

Care in a Skilled Nursing Facility is covered by Medicare when:

1. The beneficiary is admitted within thirty days after a minimum 3-day hospital stay.
2. The doctor documents that the patient requires a skilled level of care; custodial care can also be involved.
3. The care is provided in a Medicare-certified skilled nursing facility.
4. The Medicare coverage is for 100 days in a benefit period, with cost-sharing between Medicare and the beneficiary from days 21-100.

Medicare Supplement Insurance ("Medigap")

Since 2010, no new Medigap policies cover an at-home recovery benefit. However, for individuals with older Medigap plans, (D, G, I and J,) their policies may offer coverage, that provides an at-home recovery benefit which pays up to $40 per visit, up to $1,600 per year, for personal care services when Medicare covers skilled home health care after an illness or injury. Personal care includes help with activities of daily living, which includes bathing, dressing, eating, toileting and transferring. In order for the Medigap plan to cover any home health care, the beneficiary must first qualify for skilled home health care under Medicare.

Кто оплачивает долгосрочный уход?

Программа медицинского страхования Medicare

Страховое покрытие долгосрочного ухода в рамках программы Medicare распространяется только на необходимый с медицинской точки зрения уход, предписанный врачом.

Уход на дому покрывается программой Medicare в следующих случаях:

1. Лицо нуждается в периодическом квалифицированном сестринском уходе — физиотерапия, трудотерапия, логопедия, мониторинг состояния, перевязки, инъекции и контроль оборудования. «Периодические» означает менее семи дней в неделю и не более 28 часов в неделю. Medicare может увеличить количество часов ухода в неделю, но при условии сокращения периода предоставления услуг. Как правило, Medicare предоставляет от 8 до 12 часов ухода в неделю.
2. Лицо, которому предоставляется уход, не способен покидать свой дом, за исключением случаев использования инвалидного кресла или посторонней помощи.
3. Врач определяет, что лицу требуется уход на дому, и назначает план лечения на дому.
4. Услуги предоставляются сертифицированной организацией по уходу на дому (Certified Home Health Agency, CHHA), участвующей в программе Medicare.

Уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода покрывается программой Medicare, когда:

1. Участник программы поступает в учреждение в течение 30 дней после как минимум трех дней лечения в стационаре больницы.
2. Врач указывает в документах, что пациенту требуется квалифицированный уход. Сюда может входить также патронажный уход.
3. Уход предоставляется в учреждении квалифицированного сестринского ухода, сертифицированном Medicare.
4. Покрытие в рамках программы Medicare распространяется на 100 дней в период страховых выплат, причем в период с 21-го по 100-й день услуги оплачиваются совместно программой Medicare и пациентом.

Дополнительный страховой план Medicare (Medigap)

Начиная с 2010 г. новые полисы Medigap больше не будут покрывать услуги восстановительного ухода на дому. Однако старые полисы Medigap (D, G, I и J) могут предусматривать страховое покрытие восстановительного периода на дому и оплачивать услуги персонального ухода в размере до $40 за посещение врача, в общей сумме до $1 600 в год, в то время как программа Medicare покрывает предоставление квалифицированного домашнего ухода после заболевания или травмы. Персональный уход включает в себя помощь в повседневной деятельности, например при приеме ванны, одевании, питании, посещении туалета и перемещении. Для получения страхового покрытия медицинского ухода на дому планом Medigap лицо, которому предоставляются услуги, сначала должно получить право на квалифицированныймедицинский уход на дому по программе Medicare.

Medicaid

Medicaid is the joint federal/state/city funded program that covers all of the health care and long term care needs of persons with low income and limited assets. To qualify for Medicaid as a senior residing at home in the community, the individual must apply and document financial eligibility, along with other criteria. The home health care benefit under Medicaid is available after the treating doctor prescribes the need for skilled and personal care services which can be provided in the individual's home.
In order for Medicaid to cover the cost of a nursing home stay, the individual must meet the applicable income and resource requirements. Individuals must contribute most of their income to the cost of care, retaining only a modest allowance for personal needs.

Medicaid transfer of asset restrictions: Faced with the prospect of the high costs of long-term care in a nursing home and home care, individuals with accumulated assets sometimes consider a transfer of these assets to family members in order to qualify for Medicaid coverage. A caution: **to be a legitimate transfer**, the senior cannot dictate the family member's use of the funds and the senior, in turn, cannot receive any amount "paid back" from that transfer.

New York State law imposes the following requirements and sanctions if a person transfers assets to become Medicaid-eligible for the purposes of receiving institutional services (note that there is no transfer of asset penalty to receive community Medicaid):

- Transfers to a trust made less than 60 months before you apply for Medicaid will result in a penalty waiting period.
- Medicaid will look at assets transferred 60 months prior to the month of application. If assets were transferred during the applicable lookback period, the applicant will be subject to a penalty period, starting on the date the transfer was made. Medicaid coverage will be refused for the number of months the assets would have paid for care in a nursing home.

Planning Option Eliminates "Surplus Income" 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**. It is no longer necessary 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.

Программа медицинского страхования малоимущих лиц Medicaid

Medicaid — программа, финансируемая совместно государством, штатом и городом, в рамках которой покрываются все виды медицинского ухода и долгосрочного ухода, предоставляемого лицам с низким доходом и ограниченными активами. Для получения права на участие в программе Medicaid в качестве пожилого лица, проживающего дома, данное лицо должно подать заявление и подтвердить право на участие документами о материальном положении, а также предоставить подтверждение соответствия другим критериям. Покрытие расходов по уходу на дому в рамках программы Medicaid предоставляется по предписанию лечащего врача о необходимости квалифицированных услуг и персонального ухода, которые могут предоставляться пациенту дома. Для получения страхового покрытия Medicaid затрат на содержание в доме престарелых лицо должно удовлетворять соответствующим требованиям в отношении дохода и ресурсов. Лица должны передать большую часть своего дохода для оплаты услуг по уходу, оставив на личные нужды лишь небольшую часть.

Ограничения программы Medicaid на передачу активов. Столкнувшись с высокой стоимостью долгосрочного ухода в доме престарелых и ухода на дому, лица, имеющие накопленные активы иногда передают данные активы членам семьи, чтобы получить право на покрытие услуг в рамках программы Medicaid. Предупреждение: **для того чтобы передача активов была законной**, пожилое лицо не может указывать членам семьи, каким образом распоряжаться средствами, и, в свою очередь, не может претендовать на возврат средств.

Законодательство штата Нью-Йорк устанавливает следующие требования и налагает следующие санкции при передачи активов с целью получения права на уход в учреждениях, покрываемый программой Medicaid (обратите внимание, что штрафные санкции за передачу активов с целью получения страхового покрытия по программе Community Medicaid не предусмотрены):

- Передача активов в доверительный фонд, осуществленная менее чем за 60 месяцев до подачи заявления на участие в программе Medicaid, повлечет за собой штрафной период ожидания.
- Medicaid рассмотрит передачу активов, которая имела место за 60 месяцев до момента подачи заявления. Если активы были переданы в течение рассматриваемого периода, на заявителя будет распространяться штрафной период ожидания начиная с даты передачи активов. Лицу будет отказано в страховом покрытии в рамках программы Medicaid на такое количество месяцев, которое могло бы быть покрыто посредством активов лица при его нахождении в доме престарелых.

Как защитить свой «избыточный доход» при участии в программе 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, делая вклад в **доверительный фонд особых потребностей (supplemental needs trust)**. Больше нет необходимости передавать «избыточный доход» или деньги, которые необходимо потратить («spenddown»), программе 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.

Community Spouse Protection: When a husband or wife 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 2016 under Medicaid, the community spouse may retain a minimum of $74,820 and a maximum of $119,220 in assets and $2,980.50 per month in income. However, when both spouses are in a home care situation, the Community Spouse Protection does not apply. When one or both spouses are receiving care at home under the Medicaid program, they are allowed to keep income and resources only at the Medicaid-eligible levels shown on page 43.

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.

Защита лица, чей (чья) супруг (супруга) проживает в учреждении ухода. 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 2016 г. по программе Medicaid супруг (супруга) может сохранить активы на сумму от $74 820 до $119 220 и доход в размере $2 980,50 в месяц. Однако, когда за обоими супругами осуществляется уход на дому, защита лица, чей (чья) супруг (супруга) проживает в учреждении ухода, не предусмотрена. Если один или оба супруга получают уход на дому по программе Medicaid, они могут сохранить доход и ресурсы только в пределах, разрешенных программой Medicaid и указанных на странице 43.

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 престарелых. Процедура подачи и рассмотрения иска проводится только после смерти оставшегося супруга или несовершеннолетнего ребенка.

LONG TERM CARE INSURANCE

Long term care insurance (LTCI) pays for all or some expenses related to long term care, including care needed at home, in a nursing home, in a community based setting, and assisted living facilities. Individuals purchase policies to protect income and resources, as well as to maintain independence, financial control, and expand care options.

The Basics of LTCI
The process for selecting a LTCI policy is complex, and the policy might not even pay for all of the costs of long term care. However, in the event that you need long term care for many months or years, and don't have sufficient funds or an insurance policy to pay for the care, the costs may be catastrophic for you and your family. Buying a long-term care insurance policy assures at least partial coverage for nursing home, home care and other types of care. If the costs of long term care require all of your income and assets, then you would eventually qualify for Medicaid.

Unlike medical insurance, the LTCI company must **"health qualify"** you for insurance, so they will ask a series of health questions and/or perform a physical before qualifying you for coverage. They have the right to deny coverage. Therefore, if you want to buy the insurance because you need the benefits today, you'll have a hard time getting covered. LTCI is something to purchase when you are in relatively good health.

How would I purchase a policy? Can I afford it?
LTCI is bought through insurance agents (who represent one company), insurance brokers (who represent multiple companies), or some employer benefits have a long term care insurance policy you can purchase. Each insurance company sets its own rates. When comparing nearly identical policies, the rates can vary. Rates also vary according to where you live. If you have two residences, it may be worth reviewing costs in both locations. The average price for a comprehensive long term care insurance policy for someone over 60 years in relatively good health is about $5,000 per year. However, the average cost of care in NYC is $360 per day which is much higher than the national average at $229 per day, so your cost may be significantly different.

LTCI policies are structured with a daily amount (for example, $200 per day) of nursing home and home care for a period of time (for example, 3 years). Keep in mind that if your policy has a daily amount of $200 per day and the cost of care is $360, then you would be responsible for the difference ($160 per day) even though you had a LTCI policy. However, there are insurance riders, inflation protection, and many other options that change the cost and level of care covered under the policy.

Policies have many coverage options, so it is important to think through what you feel you can afford and what you ultimately want the policy to pay for. Each option increases or decreases the cost of the premium. In general, if a premium is more than 8% of your net income, then the policy may be too expensive for you.

СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

В рамках страхового покрытия долгосрочного ухода (LTCI) оплачиваются некоторые или все расходы, связанные с долгосрочным уходом, включая уход на дому, в доме престарелых, в учреждениях амбулаторного типа и дневных центрах для пожилых людей. Люди приобретают полисы, чтобы защитить доход и ресурсы, а также сохранить независимость, контроль над финансами и получить доступ к услугам ухода.

Основы LTCI
Процесс выбора полиса LTCI сложен, а полис может не покрывать все расходы на долгосрочный уход. Однако если вам нужен долгосрочный уход на несколько месяцев или лет и у вас недостаточно средств или ваш страховой полис не покрывает расходы на уход, то такие расходы могут оказаться неподъемными для вас и вашей семьи. Покупка полиса страхования, покрывающего долгосрочный уход, обеспечивает как минимум частичное покрытие содержания в доме престарелых, ухода на дому и других видов медицинского ухода. Если вы вынуждены направлять весь свой доход и активы на оплату долгосрочного ухода, то со временем вы сможете претендовать на участие в программе Medicaid.

В отличие от медицинской страховки, перед предоставлением страховки LTCI страховая компания должна проверить ваше **состояние здоровья**, поэтому вам будет задано несколько вопросов о здоровье и/или проведен медицинский осмотр. У компании есть право отказать вам в страховке. Если вы хотите приобрести страховку, потому что вам нужно воспользоваться ею сегодня, вас, скорее всего, не застрахуют. LTCI стоит покупать, только если вы относительно здоровы.

Как мне купить полис? Смогу ли я позволить себе это?
LTCI можно купить у страхового агента (представляющего одну компанию), страхового брокера (представляющего несколько компаний) или у некоторых работодателей. Каждая страховая компания устанавливает собственные тарифы. Тарифы на практически идентичные полисы могут различаться. Тарифы также зависят от места жительства. Если у вас два места жительства, стоит сравнить тарифы в обоих местах. Средняя цена комплексного страхового полиса долгосрочного ухода для относительно здоровых лиц старше 60 лет составляет $5 000 в год. Однако средняя стоимость ухода в г. Нью-Йорке составляет $360 в день, что намного выше, чем в среднем по стране ($229 в день), поэтому ваши тарифы могут сильно отличаться.

Полисы LTCI классифицируются по сумме ежедневных расходов (например, $200 в день) на уход в доме престарелых или домашний уход в течение определенного срока (например, 3 года). Помните, что если сумма ежедневных расходов для вашего полиса составляет $200 в день, а стоимость ухода составляет $360 в день, то вам придется выплатить разницу ($160 в день), даже если у вас есть полис LTCI. Однако стоимость и степень ухода, покрываемые полисом, зависят от дополнительных условий страхования, защиты от инфляции и многих других факторов.

Полисы предусматривают множество вариантов покрытия, поэтому важно учесть, что вы можете себе позволить и для чего вам нужен полис. Стоимость страхового взноса повышается или снижается в зависимости от выбранного варианта. Как правило, если стоимость страхового взноса составляет больше 8 % вашего чистого дохода, то полис слишком дорог для вас.

Will my premium increase after I own a policy?
In recent years, insurance companies have raised the premiums on policies. Rate increases are regulated by New York State and are not increased according to the policy holder's health. Instead, companies may raise all rates of policy holders who purchased policies in a specific year (for example, 2001) by 20%. If you are a current policy holder with rates that have been increased and feel that the new premium is too expensive, contact the insurance company directly. They can work to change the benefits to make the policy more affordable. If you stop paying your premiums, then you lose your policy and the previous premium payments made.

Opinions vary greatly on the need and utility of purchasing a LTCI policy. You could pay the premiums for many years without receiving benefits. In addition, the benefits and funds are not transferrable to others.

Types of Long Term Care Insurance Policies in New York State
There are two types of long term care insurance policies that you can purchase in New York.

1. **Traditional, non-partnership private insurance policies** offer flexibility and customization of options for long term care benefits with a wide range of price points. When the benefit is finished, if care is still needed, then the individual has to use his/her own resources to cover care expenses (or apply for Medicaid and be subject to Medicaid's income and resource guidelines).
2. **The New York State Partnership for Long-Term Care** program combines private long term care insurance with Medicaid Extended Coverage. After exhausting the benefits of a private long term care insurance policy, the individual would then qualify for Extended Medicaid Coverage without having to "spend down" resources to qualify for Medicaid. This provision allows the Partnership policyholder to have a lifetime benefit of long term care coverage without having to spend down all one's resources to qualify for Medicaid; one's own income must be used first before Medicaid pays for services.

To utilize Medicaid Extended Coverage benefits, the beneficiary must reside in New York State or in a state that offers reciprocity. The majority of states with partnership policies offer reciprocity for policy holders. However, partnership policy holders are subject to the LTC Medicaid benefits offered in the state they are residing at the time of using the coverage. For example, if you bought a NYS Partnership policy and are residing in Florida at the time of triggering the benefits, then your policy will be honored. However, the benefits of the Medicaid Extended Coverage will be subject to the benefits offered by Florida, not New York. Reciprocity with other States offers more flexibility, but the benefits for the Medicaid extended coverage may vary a bit.

Повысится ли мой страховой взнос после покупки полиса?
В последние годы страховые компании повысили страховые взносы для держателей полисов. Повышение тарифов регулируется штатом Нью-Йорк и не зависит от состояния здоровья владельца полиса. Однако компании могут повысить тарифы для всех лиц, купивших полисы в определенном году (например, 2001 г.), на 20 %. Если вы являетесь держателем подорожавшего полиса и считаете, что установленный размер страхового взноса слишком велик, обратитесь непосредственно в страховую компанию. Компания может скорректировать страховой план и сделать полис более доступным. Если вы прекратите оплачивать взносы, вы потеряете полис и внесенные суммы.

Нет единого мнения относительно целесообразности приобретения полиса LTCI. Вы можете выплачивать страховые взносы много лет, не получая льгот. Кроме того, льготы и средства не подлежат передаче.

Виды страховых полисов долгосрочного ухода в штате Нью-Йорк
В штате Нью-Йорк можно купить два вида страховых полисов долгосрочного ухода.

1. **Традиционное частное страхование, предоставляемое компанией, не входящей в партнерство,** предлагает гибкость и индивидуальный подход при подборе вариантов покрытия долгосрочного ухода по различным ценам. Если вы все еще нуждаетесь в уходе после окончания действия льготы, то вам придется использовать собственные ресурсы для покрытия расходов на уход (или подать заявление на участие в программе Medicaid в соответствии с требованиями Medicaid к доходу и ресурсам).
2. Программа **The New York State Partnership for Long-Term Care** сочетает частное страховое покрытие долгосрочного ухода с расширенным покрытием Medicaid. После истечения срока действия льгот частного страхового покрытия долгосрочного ухода вы сможете претендовать на расширенное покрытие Medicaid без необходимости уменьшения ресурсов. Данное положение позволяет держателям полиса, предоставленного компанией, являющейся членом Партнерства, получать страховое покрытие долгосрочного ухода на протяжении всей жизни без необходимости сокращения собственных ресурсов, чтобы иметь право на участие в программе Medicaid. Доход необходимо использовать в первую очередь для оплаты услуг в рамках программы Medicaid.

Чтобы воспользоваться льготами расширенного покрытия Medicaid, участник программы должен проживать в штате Нью-Йорк или в штате, соблюдающем принцип взаимности. Большинство штатов, предлагающих партнерские полисы, соблюдают принцип взаимности в отношении владельцев полисов. Однако держатели партнерских полисов получают льготы Medicaid на долгосрочный уход в штате, в котором они проживают во время использования покрытия. Например, если вы купили партнерский полис в штате Нью-Йорк и проживаете во Флориде во время вступления льгот в действие, то ваш полис будет зачтен. Однако льготы расширенного покрытия Medicaid предоставляются штатом Флорида, а не штатом Нью-Йорк. Принцип взаимности с другими штатами обеспечивает большую гибкость, но льготы расширенного покрытия Medicaid могут немного отличаться.

More information about New York State Partnership policies can be obtained by calling the Consumer Hotline of the **NYS Partnership for Long-Term Care** at 1-866-950-7526 or visiting www.nyspltc.org.

There are many Long Term Care Insurance terms. Below are some of the common terms.

Long-Term Care Insurance: Definitions

Benefit Trigger: Benefits triggers is the term used by insurance companies to describe the criteria and methods they use to determine when you are eligible to receive benefits. All policies in New York State are based on the policy-holder's inability to carry out a certain number of "activities of daily living" and/or "cognitive impairment." Carefully review how each insurer determines your eligibility, and how the policy defines the benefit triggers.

Daily Benefit: Insurance policies generally pay a fixed dollar amount per day. The Daily Benefit refers to how much your policy will pay per day. For example, an individual may select a policy that pays a daily benefit of $200 for nursing home coverage. Insurance companies assign a percentage that the policy will pay for home care services, usually between 50-100% of what the policy will pay for nursing home care. If receiving care at home is important to you, then research the policy's coverage for home care.

Costs differ within the nation and within the state, so researching the average cost of care in your area is an important factor to consider. For more information about average nursing home costs in New York, visit www.health.state.ny.us/facilities/nursing/estimated_average_rates.htm.

Elimination Period: The elimination period, or sometimes called waiting period, is a type of deductible. It is the period of time (usually 90 days) during which you need long-term care services, but before the policy benefits begin. You pay for 100% of the cost of services during this period. Therefore, policy holders will need to have liquid assets available to pay for services during the elimination period.

Inflation Protection: Inflation protection provides protection against the increases in long term care services over time. Inflation protection is incorporated into the policy's premium, and benefits continue to increase throughout the life of the policy. Purchasing a policy with inflation protection is especially important if you purchase a policy when you are younger.

Length of the Benefit: The number of years (usually 3 years) a policy will cover your long term care needs, beginning at the end of the elimination period. For example, if you begin to use the policy's benefits when you are 70 years old, a 3 year policy will provide the benefits of your policy until you are 73 years old.

Дополнительную информацию о полисах Партнерства в штате Нью-Йорк можно получить, позвонив по телефону горячей линии по обслуживанию клиентов Партнерства по обеспечению долгосрочного ухода в штате Нью-Йорк **(NYS Partnership for Long-Term Care) 1-866-950-7526** или посетив веб-сайт по адресу www.nyspltc.org.

Существует много терминов, относящихся к страховому покрытию долгосрочного ухода. Ниже приведены самые распространенные.

Страховое покрытие долгосрочного ухода – глоссарий

Триггер выплат. Это термин, используемый страховыми компаниями для описания критериев и методов определения правна получение выплат. Все полисы в штате Нью-Йорк основаны на неспособности держателя полиса выполнять какую-либо «повседневную деятельность» и/или наличии «когнитивных нарушений». Внимательно изучите, каким образом каждая страховая компания определяет правомочность и какие основания для страховых выплат предусмотрены полисом.

Ежедневные страховые выплаты. Страховые полисы обычно покрывают фиксированную сумму в долларах в день. Размер ежедневных страховых выплат определяет размер выплат по полису в день. Например, лицо может выбрать полис, в рамках которого ежедневно выплачивается $200 на покрытие услуг, предоставляемых в доме престарелых. Страховые компании также определяют процент, который оплачивается полисом за предоставление услуг на дому, как правило, 50–100 % от суммы, которая выделяется в рамках полиса на получение услуг в доме престарелых. Если вам важно получать уход на дому, тогда выясните условия предоставления покрытия услуг на дому.

На территории государства и штата стоимость услуг по уходу варьируется, поэтому необходимо выяснить среднюю стоимость ухода в вашем регионе. Чтобы получить дополнительную информацию о средней стоимости услуг в домах престарелых Нью-Йорка, посетите веб-сайт по адресу www.health.state.ny.us/facilities/nursing/estimated_average_rates.htm.

Период отсрочки. Период отсрочки, иногда именуемый периодом ожидания, представляет собой франшизу. Это период времени (обычно 90 дней) когда вы нуждаетесь в долгосрочном уходе, а выплаты по полису еще не начались. В течение данного периода вы оплачиваете 100 % стоимости услуг. Следовательно, держателям полисов потребуются ликвидные активы для оплаты услуг в течение периода отсрочки.

Защита от инфляции. Защита от инфляции обеспечивает защиту от повышения стоимости долгосрочного ухода с течением времени. Защита от инфляции включена в размер взноса на полис, и размер страховых выплат, выплачиваемых по полису, продолжает увеличиваться на протяжении всего срока действия полиса. Покупка полиса с защитой от инфляции особенно важна, если вы покупаете полис в молодом возрасте.

Продолжительность страхового покрытия. Количество лет (как правило, 3 года), в течение которых полис покрывает услуги долгосрочного ухода, начиная с конца периода отсрочки. Например, если вы начали получать пособие по полису в возрасте 70 лет, полис на 3 года обеспечит вас страхованием до 73 лет.

Pre-Existing Condition Period: This limits the payment of benefits due to a condition that existed on the effective date of the coverage. The limit can only apply to conditions for which medical advice or treatment was recommended or received from a health professional within the six month period before the effective date of coverage. When you apply for coverage, it is important to disclose all of your medical information truthfully.

Tax Deductions for Long-Term Care Premiums can be made for policies that are listed as tax qualified. A federal tax deduction for long term care insurance is claimed as an itemized medical expense that must exceed 7.5% of your adjusted gross income. Since these premiums can be costly, especially for seniors, it is intended as an incentive for purchasing coverage. In 2016, taxpayers can deduct the cost of the policy's premium, up to the maximum, by age:

Taxpayer age 40 years and under	$390
Taxpayer age 41-50 years	$730
Taxpayer age 51-60 years	$1,460
Taxpayer age 61-70 years	$3,900
Taxpayer 71 years or older	$4,870

A New York State Tax Deduction can be claimed as an above the line tax credits of 20% of the premiums using the IT-249 tax form. Tax form IT-249 can be found at http://www.tax.ny.gov/pdf/current_forms/it/it249_fill_in.pdf. Instructions can be found at http://www.tax.ny.gov/pdf/current_forms/it/it249i.pdf.

More information on long term care insurance can be found at the New York State Insurance website: http://www.dfs.ny.gov/consumer/ltc/ltc_index.htm.

Продолжительность ранее существовавшего заболевания. Существует условие, ограничивающее страховые выплаты в связи с заболеванием, которое существовало на момент начала покрытия. Ограничение касается только тех состояний, в отношении которых было предписано или получено лечение у медицинского специалиста в течение шести месяцев до начала покрытия. При подаче заявления на получение страхового покрытия важно открыто сообщить всю медицинскую информацию о себе.

Налоговые вычеты из страховых взносов за период долгосрочного ухода могут быть произведены, если указано, что на полис распространяется налоговый ценз. Федеральный налоговый вычет на страховое покрытие долгосрочного ухода заявляется как разбитые по статьям медицинские расходы, превышающие 7,5 % скорректированного общего дохода. Поскольку взносы могут быть достаточно высокими, особенно для пожилых людей, данный вычет считается стимулирующим фактором приобретения страхового покрытия. В 2016 г. налогоплательщики могут вычесть следующую максимальную стоимость страхового взноса в зависимости от возраста:

Возраст налогоплательщика – до 40 лет	$390
Возраст налогоплательщика – от 40 до 50 лет	$730
Возраст налогоплательщика – от 51 до 60 лет	$1 460
Возраст налогоплательщика – от 61 до 70 лет	$3 900
Возраст налогоплательщика – старше 71 года	$4 870

Налоговый вычет штата Нью-Йорк может быть заявлен по форме IT-249 как повышенная налоговая льгота в размере 20 % от суммы страхового взноса. Налоговую форму IT-249 можно найти по адресу http://www.tax.ny.gov/pdf/current_forms/it/it249_fill_in.pdf. Указания по заполнению приведены по адресу http://www.tax.ny.gov/pdf/current_forms/it/it249i.pdf.

Дополнительную информацию о страховом покрытии долгосрочного ухода можно получить на веб-сайте Департамента страхования штата Нью-Йорк по адресу http://www.dfs.ny.gov/consumer/ltc/ltc_index.htm.

MEDICARE 2016

ORIGINAL MEDICARE DEDUCTIBLES, CO-INSURANCE & PREMIUM AMOUNTS
Part A: Hospital Insurance

Deductible	$1,288 per benefit period
Co-Payment	$322 per day for days 61-90 of each benefit period
	$644 per day for each "lifetime reserve day"
Skilled Nursing Facility Co-Pay	$161 per day for days 21-100 of each benefit period

Part B: Medical Insurance

Monthly Premium	Most Medicare beneficiaries will continue to pay the 2015 monthly premium rate of **$104.90**. The following beneficiaries will pay **$121.80**/month: • Those who first enroll in Part B in 2016; and • Those who are not yet collecting Social Security benefits, even though they may have had Part B in 2015.
Annual Deductible	$166
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 2016, if you have less than 30 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be $411 a month. If you have 30 to 39 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be $226 per month.

Medicare Savings Programs for Low-Income Medicare Beneficiaries (2016)

	Monthly Income Limit (after any deductions/exclusions)	
	Individual	**Couple**
QMB - Qualified Medicare Beneficiary NY State pays premiums, deductibles and co-insurance for those who are automatically eligible for Part A.	$990*	$1,335
SLMB - Specified Low-Income Medicare Beneficiary Levels State pays Medicare Part B premium only.	$1,188	$1,602
QI - Qualifying Individuals State pays Medicare Part B premium only.	$1,337	$1,802

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

MEDICARE 2016

РАЗМЕРЫ ПЕРВИЧНОГО ВЗНОСА, ДОПЛАТ И СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ ORIGINAL MEDICARE Часть А. Больничное страхование

Первичный взнос	$1 288 за период страховых выплат
Доплата	$322 в день за дни 61–90 каждого периода предоставления льгот
	$644 в день за каждый резервный день (в течение жизни)
Доплата за учреждение квалифицированного сестринского ухода	$161 в день за дни 21–100 каждого периода предоставления льгот

Часть В. Медицинское страхование

Ежемесячный взнос	Большинство получателей пособий в рамках плана Medicare продолжат платить ежемесячный страховой взнос, установленный для оплаты в 2015 году, в размере $104,90.
Ежегодный первичный взнос	$166
Совместное страхование	20 % для большинства услуг

Некоторые категории лиц в возрасте 65 лет и старше не удовлетворяют требованиям Управления социального обеспечения для получения **больничной страховки (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 2016 г. при наличии у вас менее 30 кварталов официального трудового стажа сумма страхового взноса в рамках плана части А составит $411 в месяц. При наличии у вас 30–39 кварталов официального трудового стажа сумма страхового взноса в рамках плана части А составит $226 в месяц.

Сберегательные программы Medicare для малоимущих получателей пособий в рамках программы Medicare (Low-Income Medicare Beneficiaries) в 2016 г.

	Ограничение по ежемесячному доходу (после вычетов/удержаний)	
	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.	$990*	$1 335
Программа SLMB (программа для правомочных участников Medicare с низким доходом) Штат оплачивает только страховой взнос по Medicare, часть В.	$1 188	$1 602
Программа QI (программа для правомочных лиц) Штат оплачивает только страховой взнос по Medicare, часть В.	$1 337	$1 802

*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 2016

Standard Medicaid

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

	Monthly Income	Assets
Individual	$825	$14,850
Couple	$1,209	$21,750

*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; $119,220 maximum **Income**: $2,980.50 monthly

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

MEDICAID в 2016 г.

Стандартная программа Medicaid

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

	Месячный доход	Активы
Для лиц, не состоящих в браке	$825	$14 850
Для семейных пар	$1 209	$21 750

*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 $119 220 **Доход**: $2 980,50 ежемесячно

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

Medicare Part B Premium and Part D Surcharge Chart for Higher Income Medicare Beneficiaries

Modified Adjusted Gross Income (MAGI)	Part B Monthly Premium	Part D (Prescription Drug) Monthly Premium
Individuals with a MAGI of $85,000 or **less**/ Married couples with a MAGI of $170,000 or **less**	2016 Standard Premium = $121	Your Plan Premium
Individuals with a MAGI **above** $85,000 up to $107,000/ Married couples with a MAGI **above** $170,000 up to $214,000	$170.50	Your Plan Premium + $12.70
Individuals with a MAGI **above** $107,000 up to $160,000/ Married couples with a MAGI **above** $214,000 up to $320,000	$243.60	Your Plan Premium + $32.80
Individuals with a MAGI **above** $160,000 up to $214,000/ Married couples with a MAGI **above** $320,000 up to $428,000	$316.70	Your Plan Premium + $52.80
Individuals with a MAGI **above** $214,000/ Married couples with a MAGI **above** $428,000	$389.80	Your Plan Premium + $72.90

For more information visit the Social Security Administration's website at www.ssa.gov.

Таблица страховых взносов по плану Medicare, часть B и дополнительных сборов по части D для участников программы Medicare с высоким уровнем доходов.

Модифицированный скорректированный валовой доход (MAGI)	Ежемесячный взнос по плану части B	Ежемесячный взнос по плану части D (страховое покрытие рецептурных препаратов)
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI в размере $85 000 или **меньше**/ Семейные пары, имеющие MAGI в размере $170 000 или **меньше**	Стандарт на 2016 г. Страховой взнос = $121	Страховой взнос в рамках вашего плана
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI в размере **от** $85 000 до $107 000/ Семейные пары, имеющие MAGI **от** $170 000 до $214 000	$170,50	Страховой взнос в рамках вашего плана + $12,70
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI **от** $107 000 до $160 000/ Семейные пары, имеющие MAGI **от** $214 000 до $320 000	$243,60	Страховой взнос в рамках вашего плана + $32,80
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI**от** $160 000 до $214 000 Семейные пары, имеющие MAGI**от** $320 000 до $428 000	$316,70	Страховой взнос в рамках вашего плана + $52,80
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI в размере **более** $214 000 / Семейные пары, имеющие MAGI в размере **более** $428 000	$389,80	Страховой взнос в рамках вашего плана +$72,90

Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт Управления социального обеспечения www.ssa.gov.

RESOURCES

NYC HIICAP Helpline..... 311 – ask for HIICAP
http://www.nyc.gov/html/dfta/html/benefits/health.shtml
Department for the Aging..... 311
www.nyc.gov/aging
Access-A-Ride..... 1-877-337-2017
http://web.mta.info/nyct/paratran/guide.htm
Advocacy, Counseling and Entitlement Services Project (ACES)..... 1-212-614-5552
Attorney General Bureau of Consumer Fraud and Protection..... 1-800-771-7755
www.ag.ny.gov
BigAppleRx Discount Card..... 1-888-454-5602
www.BigAppleRx.com TTY:1-800-662-1220
Center for the Independence of the Disabled in New York..... 1-212-674-2300
www.cidny.org
Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)..... 1-800-MEDICARE
www.cms.gov
Community Health Advocates..... 1-888-614-5400
www.communityhealthadvocates.org
Eldercare Locator..... 1-800-677-1116
www.eldercare.gov
Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)..... 1-800-332-3742
www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm
HEAR NOW (provides hearing aids to people with limited resources).... 1-800-328-8602
www.sotheworldmayhear.org/hearnow/
Health Information Tool for Empowerment (resource directory of free and low cost health and social services)..... 1-866-370-4483
www.HiteSite.org
Health and Hospitals Corporation (HHC Options)..... 311
www.nychhc.org/hhc/html/patients/ForPatients-PayingOptions.shtml
HRA Info Line – for all HRA programs, including Food Stamps, Public Assistance and Medicaid..... 1-718-557-1399
Hospice Foundation of America..... 1-800-854-3402
www.hospicefoundation.org
Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) – Medicaid managed long term care ombudsman..... 1-844-614-8800

РЕСУРСЫ

Телефон справочной службы NYC HIICAP..... 311 – спросите о программе HIICAP
www.nyc.gov/html/dfta/html/senior/hiicap.shtml
Департамент по делам пожилых людей (Department for the 311
www.nyc.gov/html/dfta/html/home/home.shtml
Access-A-Ride..... 1-877-337-2017
www.mta.info/mta/ada/paratransit.htm
Проект по предоставлению услуг в сфере защиты прав, консультирования и социальной помощи (Advocacy, Counseling and Entitlement Services Project, 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
www.ag.ny.gov.
Дисконтная карта BigAppleRx..... 1-800-697-6974
www.BigAppleRx.com 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
.....
Центры обслуживания Medicare и Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)..... 1-800-MEDICARE
www.cms.gov
Программа защиты интересов населения в области здравоохранения (Community Health Advocates) 1-212-614-5400
www.communityhealthadvocates.org
Служба поиска медицинских услуг для пожилых людей (Eldercare Locator) 1-800-677-1116
www.eldercare.gov
Программа страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых людей (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC)..... 1-800-332-3742
www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm
«УСЛЫШЬТЕ СЕЙЧАС» (HEAR NOW) (предоставление слуховых аппаратов людям с ограниченными ресурсами) 1-800-328-8602
www.sotheworldmayhear.org/hearnow/
ɜalth Information Tool for Empowerment (справочник бесплатных и дешевых медико-социальных услуг) 1-866-370-4483
www.HiteSite.org
Корпорация здравоохранения и медицинских учреждений (Health and Hospitals Corporation, HHC Options)..... 311
www.nychhc.org/hhc/html/patients/ForPatients-PayingOptions.shtml
Информационная линия Управления трудовыми ресурсами (HRA) – для всех программ HRA, включая продовольственные талоны Помощь и Medicaid..... 1-718-557-1399
Фонд хосписов Америки (Hospice Foundation of America)..... 1-800-854-3402
www.hospicefoundation.org
Независимая сеть защиты прав потребителей (ICAN), омбудсмен по вопросам программы страхования организованного долгосрочного ухода Medicaid..... 1-844-614-8800

LawHelp.org (to search for legal services, including pro bono)
Legal Services NYC..... 1-917-661-4500
www.lsny.org
Limited Income Newly Eligible Transition (LINET) Program..... 1-800-783-1307
Livanta, LLC - (Quality Improvement Organization to appeal hospital discharge and make quality of care complaints)..... 1-866-815-5440
Medicaid referral for providers accepting Medicaid..... 1-800-541-2831
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 State of Health (Marketplace Plan contact)..... 1-855-355-5777
https://nystateofhealth.ny.gov
NYC Department of Health..... 311
www.nyc.gov/health
NYC Long Term Care Ombudsman Program..... 1-212-962-7559
www.nyfsc.org/services/ombuds.html
NYS Department of Health-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
www.nyhealth.gov/health_care/medicaid
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
www.ovs.ny.gov/helpforcrimevictims.html
NYS Office of Professional Medical Conduct (physician quality control complaints)..... 1-800-663-6114
NYU Dental Clinic..... 1-800-998-9800
www.nyu.edu/dental
Railroad Retirement Board..... 1-877-772-5772
www.rrb.gov
SMP (formerly Senior Medicare Patrol) in NYS..... 1-877-678-4697

LawHelp.org (поиск юридических услуг, в т. ч. благотворительных) 1-917-661-4500
Юридические услуги г. Нью-Йорка.....
www.lsny.org
Программа перехода для лиц с ограниченными доходами (LINET) 1-800-783-1307
Livanta, LLC — (Организация,улучшением качества и рассматривающая вопросы обжалования сроков выписки из лечебных учреждений и жалоб на качества медицинского обслуживания)..... 1-866-815-5440
Информация о поставщиках, предоставляющих услуги в рамках программы Medicaid..... 1-800-541-2831
Горячая линия программы Medicare по вопросам мошенничества (Служба главного инспектора (Office of the Inspector General, 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
ациональный совет по делам пожилых граждан (National Council on Aging):
www.ncoa.org
Национальный медико-информационный центр (National Health Information Center): www.health.gov/nhic
New York State of Health (контактные данные по вопросам участия в рыночном плане)..... 1-855-355-5777
https://nystateofhealth.ny.gov
Департамент здравоохранения города Нью-Йорка (NYC Department of Health)..... 311
www.nyc.gov/health
Программа омбудсмена по долгосрочному уходу города Нью-Йорка (NYC Long Term Care Ombudsman Program)..... 1-212-962-7559
www.nyfsc.org/services/ombuds.html
Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (NYS Department of Health) – жалобы в отношении организаций медицинского обслуживания..... 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
www.nyhealth.gov/health_care/medicaid
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 жертв преступлений штата Нью-Йорк 1-800-247-8035
www.ovs.ny.gov/helpforcrimevictims.html
Служба профессиональной медицинской этики штата Нью-Йорк (NYS Office of Professional Medical Conduct) (жалобы в отношении качества терапевтических услуг)..... 1-800-663-6114
Стоматологическая клиника Нью-йоркского университета (NYU Dental Clinic)..... 1-800-998-9800
www.nyu.edu/dental
Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (Railroad Retirement Board)..... 1-877-772-5772
www.rrb.gov
Главное управление Medicare по борьбе с нарушениями (Senior Medicare Patrol, SMP) штата Нью-Йорк..... 1-877-678-4697

Social Security Administration..... 1-800-772-1213
www.socialsecurity.gov TTY 1-800-325-0778
United States Department of Veterans Affairs..... 1-800-827-1000
www.va.gov

Управление социального обеспечения (Social Security Administration)..... 1-800-772-1213
www.socialsecurity.gov Линия TTY: 1-800-325-0778
Управление по делам ветеранов США (United States Department of Veterans Affairs)..... 1-800-827-1000
www.va.gov

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.)

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

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.

Caring Voice Coalition – May be able to help pay for the cost of some prescriptions for people with certain chronic conditions. Visit www.caringvoice.org or call 1-888-267-1440 for more information.

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 GoodDaysfromCDF.org or call 1-972-608-7141.

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

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

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.)

Поиск льгот — помощь в поиске доступных льгот и услуг. www.benefitscheckup.org

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.

Caring Voice Coalition — возможное оказание помощи в оплате расходов на некоторые рецептурные лекарственные препараты для людей с определенными хроническими заболеваниями. Посетите веб-сайт www.caringvoice.org или позвоните по телефону 1-888-267-1440 для получения дополнительной информации.

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, удовлетворяющих критериям участия, посетите веб-сайт GoodDaysfromCDF.org или позвоните по телефону 1-972-608-7141.

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 (как личных, так и относящихся к плану Medicare страховых взносов) и доплат: https://www.lls.org/support/information-specialists или 1-800-955-4572.

Национальная ассоциация аптечных управлений (National Association of Boards of Pharmacies, NABP) — интернет-поиск 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 полностью расходы: www.bethematch.org или 1-888-999-6743.

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

NeedyMeds.com – Provides information on medications and patient programs explaining how to apply to each one. www.needymeds.com

Partnership for Prescription Assistance - Helps people access free or low-cost prescription medications. Also provides links for programs that assist with paying co- payments. www.pparx.org or 1-888-4PPA-NOW

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, Option 1.

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 or 1-877-979-4673

Together Rx Access – A prescription drug discount card available to people whose incomes meet the guidelines and who are not on Medicare and have no prescription drug coverage. www.togetherrxaccess.com or 1-800-444-4106

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 Network - Information on health care policy – www.kaisernetwork.org

National Health Policy Forum – www.nhpf.org

Национальная организация редких заболеваний (National Organization for Rare Diseases, NORD) – помощь незастрахованным лицам или лицам с недостаточной суммой страхового покрытия с определенными медицинскими состояниями в получении доступа к необходимым лекарственным препаратам. www.rarediseases.org/programs/medication

NeedyMeds.com — сведения о лекарственных препаратах и программах для пациентов и информация о подаче заявления. www.needymeds.com

Партнерская организация по оказанию помощи в получении рецептурных препаратов (Partnership for Prescription Assistance) — помощь в получении доступа к бесплатным рецептурным препаратам или препаратам по сниженным ценам. Также организация предоставляет информацию о программах, оказывающих помощь по доплате. Посетите веб-сайт www.pparx.org или позвоните по тел. 1-888-4PPA-NOW

Patient Advocate Foundation Co-Pay Relief Program — помощь лицам, удовлетворяющим критериям участия, с определенными диагнозами в оплате доплат на рецептурные лекарственные средства: www.copays.org или 1-866-512-3861, вариант 1.

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.Посетите веб-сайт www.rxhope.com или позвоните по тел. 1-877-979-4673

Together Rx Access — дисконтная карта на приобретение рецептурных препаратов, доступная лицам, не являющимся участниками программы Medicare, не имеющим страхового покрытия рецептурных препаратов, чей доход соответствует нормам. www.togetherrxaccess.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

Сеть Kaiser Family Network — информация о политике в области здравоохранения — www.kaisernetwork.org

Форум о государственной политике в области здравоохранения — www.nhpf.org

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 1-888-692-6116

Manhattan
- Bellevue Hospital: 462 First Avenue & 27th Street, "G" Link, 1st Fl. (212) 679-7424
  *At printing time, the Bellevue Hospital Medicaid is closed due to Hurricane Sandy. Call prior to visiting.
- Metropolitan Hospital: 1901 First Avenue, 1st Floor, Room 1D-27 (97th Street & 2nd Ave. entrance). (212) 423-7006
- Chinatown Medicaid Office: 115 Christie Street, 5 floor. (212) 334-6114
- Manhattanville Medicaid Office: 520-530 West 135th Street, 1st floor. (212) 939-0207/0208

Bronx
- Lincoln Hospital: 234 East 149th Street, Basement, Room B-75. (718) 585-7872/7920
- North Central Bronx Hospital: 3424 Kossuth Avenue, 1st Floor, Room 1A 05. (718) 920-1070
- Morrisania Diagnostic & Treatment Center: 1225 Gerard Avenue, Basement. (718) 960-2752/2799

Brooklyn
- Coney Island Medicaid Office: 3050 West 21st Street. (929) 221-3776
  *The Coney Island Medicaid Office is also open on Saturdays, from 9 am – noon.
- East New York Diagnostic and Treatment Center: 2094 Pitkin Avenue, Basement. (718) 922-8292/8293
- Kings County Hospital: 441 Clarkson Avenue, "T" Building, Nurses Residence, 1st Floor. (718) 221-2300/2301
- Brooklyn South Medicaid Office (Central Medicaid Office): 785 Atlantic Avenue, 1st Floor. (888) 692-6116

Queens
- Queens Community Medicaid Office: 45-12 32nd Place (1st Fl.). (718) 752-4540

Staten Island
- Staten Island Medicaid Office: 215 Bay Street. (718) 420-4660/4732

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 1-888-692-6116

Манхэттен
- Больница Bellevue: 462 First Avenue & 27th Street, переход G, 1-й этаж. (212) 679-7424
  *На момент печати больница Bellevue Hospital Medicaid закрыта в связи с ураганом Сэнди. Перед посещением следует позвонить.
- 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 Чайнатауне: 115 Christie Street, 5-й этаж. (212) 334-6114
- Отделение Medicaid Manhattanville: 520-530 West 135th Street, 1-й этаж. (212) 939-0207/0208

Бронкс
- Больница Lincoln: 234 East 149th Street, цокольный этаж, кабинет B-75. (718) 585-7872/7920
- Больница North Central Bronx: 3424 Kossuth Avenue, 1-й этаж, кабинет 1A05. (718) 920-1070
- Лечебно-диагностический центр Morrisania: 1225 Gerard Avenue, цокольный этаж. (718) 960-2752/2799

Бруклин
- Отделение Medicaid на Кони-Айленде: 3050 West 21st Street. (929) 221-3776
  *Отделение Medicaid на Кони-Айленде также открыто по субботам с 9:00 до 12:00.
- Лечебно-диагностический центр восточного Нью-Йорка: 2094 Pitkin Avenue, цокольный этаж. (718) 922-8292/8293
- Больница округа Кингс: 441 Clarkson Avenue, корпус T, здание медсестер, 1-й этаж. (718) 221-2300/2301
- Brooklyn South Medicaid Office (центральный офис Medicaid): 785 Atlantic Avenue, 1st Floor. (888) 692-6116

Квинс
- Районное отделение Medicaid в Квинсе: 45-12 32nd PLACE (1-й этаж). (718) 752-4540

Стейтен-Айленд
- Отделение Medicaid на Стейтен-Айленд: 215 Bay Street. (718) 420-4660/4732

NOTES

ПРИМЕЧАНИЯ