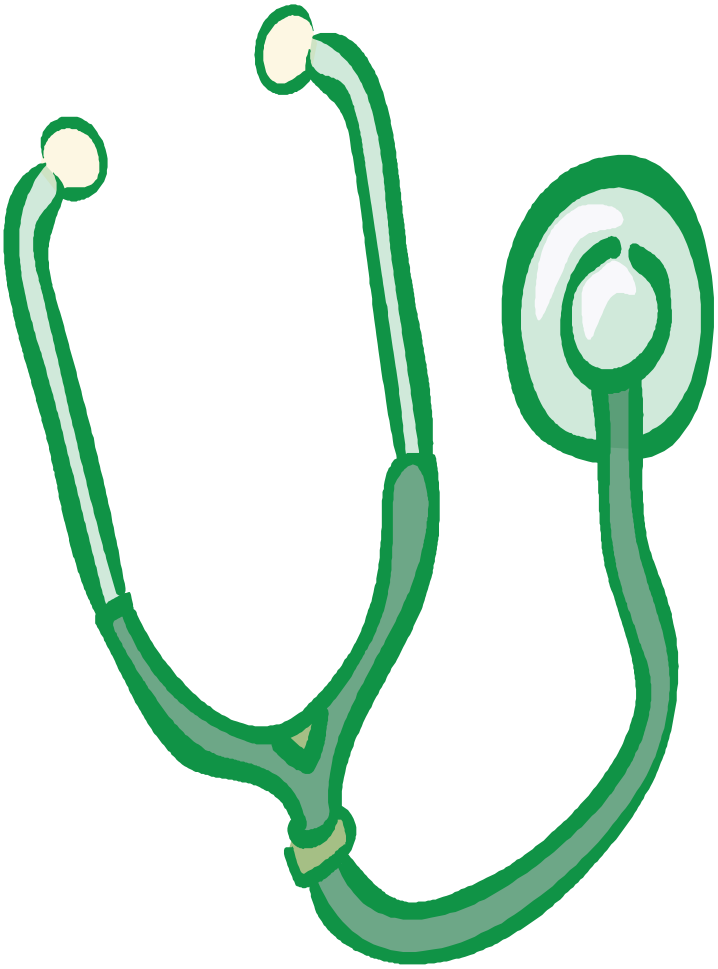
A Complete Guide To Health Care Coverage For Older New Yorkers

Check It Out!



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

Важная информация!

2011

Подготовлено

Программой предоставления информации, консультаций и помощи по вопросам медицинского страхования (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP)

Департамента г. Нью-Йорка по делам пожилых граждан (New York City Department for the Aging)

Последняя редакция — февраль 2011 г.

MICHAEL R. BLOOMBERG

Mayor

City of New York

Lilliam Barrios-Paoli

Commissioner

NYC Department for the Aging

МАЙКЛ БЛУМБЕРГ (MICHAEL R. BLOOMBERG)

Мэр

г. Нью-Йорка

Лилиам Барриос-Паоли (Lilliam Barrios-Paoli)

Уполномоченный представитель

Департамента г. Нью-Йорка по делам пожилых граждан

(NYC Department for the Aging)

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 range from Medicare, Parts A – B, "Medigap" insurance, Medicare health plans, Medicare Part D, Medicare Savings Programs, Medicaid and Long-Term Care Insurance. The information detailed here is current for the year 2011. 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 meet with you in person at one of our counseling sites or over the telephone. 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
http://hiicap.state.ny.us

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

Данное руководство было разработано Программой предоставления информации, консультаций и помощи по вопросам медицинского страхования Департамента г. Нью-Йорка по делам пожилых граждан, 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 – B, страховке Medigap, планах медицинского обслуживания Medicare, страховке Medicare, часть D, программах Medicare Savings, страховке Medicaid и страховании на случай необхоимости долгосрочной медицинской помощи. Представленная здесь информация действительна в течение 2011 г. Воспользуйтесь ею и будьте здоровы!

Программа HIICAP — это предоставление бесплатной, актуальной и объективной информации о медицинском страховании для пожилых граждан 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 программы HIICAP.

Консультанты программы HIICAP смогут встретиться с вами в одном из наших консультационных центров или побеседовать с вами по телефону. 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 граждан.

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

www.nyc.gov/aging
http://hiicap.state.ny.us

TABLE OF CONTENTS

Medicare 1
Medicare Part A Benefits 3
Medicare Part B Benefits 5
Medicare Preventive Services 11
Medicare Supplement Insurance (Medigap) 15
Medicare as Secondary Payer 31
Medicare Advantage Plans HMOs, PPOs, HMO-POS, SNP and MSA 35
Medicare Part D – Prescription Drug Coverage 45
New York State EPIC Program 55
New York Prescription Saver Card (NYP$) 61
Medicare Savings Programs 63
Medicare Fraud and Abuse 67
Medicaid 71
Veterans' Benefits and Tricare for Life 77
Other Health Coverage Options for New Yorkers 81
Patient Rights and Appeals for Medicare Beneficiaries 89
Long Term Care Planning 91
Long Term Care Insurance 99
Advance Directives 105
Eligibility Charts 107
Resources 115
Medicaid Offices in New York City 121

СОДЕРЖАНИЕ

Medicare 2
Страховые выплаты программы Medicare, часть A 4
Страховые выплаты программы Medicare, часть B 6
Профилактические услуги программы Medicare 12

Дополнительный страховой план Medicare (Medigap) 16

Medicare — вторичный плательщик 32

Планы Medicare Advantage — HMO, PPO, HMO-POS, SNP и MSA 36

Medicare, часть D — страховое покрытие рецептурных лекарственных препаратов 46

Программа штата Нью-Йорк EPIC 56

Дисконтная карта на рецептурные препараты (New York Prescription Saver Card, NYP$) 62

Сберегательные программы Medicare 64

Мошенничество и злоупотребления в программе Medicare ... 68

Medicaid 72

Пособия для ветеранов и программа Tricare for Life 78

Другие варианты медицинского страхования для жителей Нью-Йорка 82

Права пациентов и апелляции участников программы Medicare 90

Планирование долгосрочного ухода 92

Страховое покрытие долгосрочного ухода 100

Предварительные распоряжения 106

Критерии участия в программе 108

Ресурсы 116

Отделения Medicaid в г. Нью-Йорк 122

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 - HMO, PPO, and Special Needs Plans (SNP)). Medicare Advantage plans provide hospital and medical coverage. If someone joins a Medicare Advantage plan, they will have Part A and Part B 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 plan though 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 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 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 Social Security Online, 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.

Applying for Medicare: 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.

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. Программа состоит из 4 частей:

- Страхование больничных расходов (часть A)
- Медицинское страхование (часть B)
- Планы Medicare Advantage (часть C - HMO, PPO и планы для людей с особыми потребностями (Special Needs Plans, SNP)). Планы Medicare Advantage обеспечивают страхование больничных расходов и медицинское страхование. Участвуя в плане Medicare Advantage, вы получаете страховку по части A и части B через данный 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 плане через независимый план 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 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 у вас возникнут вопросы в отношении прав на участие в программе Medicare или если вы захотите подать заявление на участие в Medicare, позвоните в Управление социального обеспечения (Social Security Administration) по телефону 1-800-772-1213 (линия TTY: 1-800-325-0778). Дополнительную информацию о подаче заявления на участие в Medicare можно получить в Интернете на веб-сайте социального обеспечения по адресу 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.

Подача заявления на участие в Medicare. 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.

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 (page 31) 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.

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.

Part A Cost Sharing - 2011:

- Deductible: $1,132 per benefit period
- Days 61-90 of an inpatient stay: $283 per day
- Lifetime Reserve Days : $566 per day

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, но страховое покрытие по части B начнет действовать не ранее июля. Если вы не зарегистрируетесь в программе в течение срока первичной регистрации и у вас (вашей супруги/вашего супруга) не будет страховки по месту работы, вам придется заплатить более высокий взнос в качестве штрафа за регистрацию с опозданием. Штраф за регистрацию с опозданием составляет 10 % за каждые 12 месяцев, в течение которых вы не были зачислены в часть B.

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 B, когда вы впервые получите право на участие; уточните у работодателя, должны ли вы зарегистрироваться в части B. Независимо от этого вы можете зарегистрироваться в части A, поскольку данная страховка не включает взноса. Для получения дополнительной информации см. раздел «Medicare — вторичный плательщик» (стр. 32).

СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ ПРОГРАММЫ MEDICARE, ЧАСТЬ A

Часть A Medicare оплачивает стационарное больничное лечение, услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода, обслуживание на дому и услуги хосписа.

Участники планов Medicare Advantage получают страховые выплаты по части A через свой план, они не имеют права подавать счета в Medicare.

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 во время периода 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 (в течение 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.

Совместное покрытие затрат по части A - 2011 г.

- Франшиза: $1 132 за период страховых выплат
- Дни 61—90 пребывания в стационаре: $283 за один день
- Резервные дни пребывания в больнице (в течение жизни): $566 за один день

Skilled Nursing Facility Care: If after being discharged from the hospital, 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. 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 $141.50 in 2011. If you require more than 100 days of care in a benefit period, you are responsible for all charges beginning with the 101st day.

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.

Hospice Care: If you 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.

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.

Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода. Если после выписки из больницы вам необходимо обратиться в учреждения квалифицированного сестринского ухода, Medicare поможет вам оплатить до 100 дней пребывания в период страховых выплат. Часть А 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 2011 г. $141,50. Если во время периода страховых выплат вам требуется получение ухода в течение более 100 дней, вы должны будете оплатить все расходы самостоятельно начиная со 101-го дня.

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, услуги помощника по медицинскому обслуживанию на дому и услуги медицинских социальных работников.

Услуги хосписа. Если вы неизлечимо больны, вы можете выбрать получение ухода в хосписе, а не получение 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.

СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ ПРОГРАММЫ MEDICARE, ЧАСТЬ B

Часть B программы Medicare 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 оплатить:

- Амбулаторные услуги
- Амбулаторное психиатрическое лечение
- Переливание крови, после первых 3 пинт (1,4 л)
- Транспортировка на машине скорой помощи
- Физиотерапия, трудотерапия и логопедия
- Профилактическое и скрининговое обследование
- Прививки от гриппа, пневмонии и гепатита B
- Инъекции
- Искусственные протезы
- Рентген и лабораторные анализы
- Медицинское оборудование долговременного пользования
- Средства медицинского назначения

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

What Do You Pay Under Part B?

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. When receiving outpatient mental health services, you are responsible for a coinsurance of 45% of the cost under Part B (as opposed to the 20% for most other medical services). Starting in 2010, Medicare increased the percentage it pays for mental health services from 50% to 55%; by 2014, mental health services will be paid at 80%, similar to other Part B covered services.

Medicare will cover physical and speech therapy services up to $1,870 per year and occupational services up to $1,870 per year in 2011. There are certain exceptions which allow the cap to be extended. In addition, if therapy services are received in an outpatient hospital setting there is no cap; the cap only applies to services received in a private office or a patient's home (if not receiving Medicare covered home health care).

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.

Medicare Part B Cost Sharing – 2011

- Monthly Premium: $115.40 (Individuals and couples with annual incomes over $85,000 and $170,000, respectively, will be responsible for higher premiums.)

Social Security COLA and the Medicare Part B Premium

There is no Social Security Cost of Living Adjustment in 2011, meaning that those collecting Social Security Retirement, Survivors and Disability Insurance benefits will receive the same monthly benefit in 2011 as they did in 2010. Due to a "hold harmless" provision, Social Security recipients who paid $96.40 or $110.50 for the Part B Premium in 2010 will continue to pay the same $96.40 or $110.50 in 2011, rather than $115.40. Those who will pay a higher Part B premium in 2011 include:

- Those new to Medicare Part B in 2011.
- Medicare beneficiaries who are not also collecting Social Security benefits.
- Beneficiaries who are subject to higher Part B premiums because their incomes are over $85,000 for an individual/$170,000 for married couples.
- Medicare Savings Program (MSP) beneficiaries. The MSP will continue to pay the higher Part B premium, but if the individual loses MSP status, he/she will have to pay the higher premium.

- Annual Deductible: $162

Co-Insurance: 20%; 45% mental health

Какие расходы вы несете по части B?

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. При получении амбулаторных психиатрических услуг вы обязаны оплачивать расходы по совместному страхованию, составляющие 45 % стоимости по части B (в отличие от 20 % за другие медицинские услуги). Начиная с 2010 г. Medicare повысила сумму оплат за психиатрические услуги с 50 % до 55 %; к 2014 г. оплата психиатрических услуг составит 80 %, подобно другим покрываемым услугам по части B.

В 2011 г. Medicare будет оплачивать услуги физиотерапии и логопедии на сумму до $1 870 в год и услуги трудотерапии на сумму до $1 870 в год. Существуют определенные исключения, позволяющие превысить фиксированный предел. Кроме того, если услуги лечения предоставляются амбулаторно, фиксированный предел отсутствует; фиксированный предел относится лишь к услугам, получаемым в частном кабинете или на дому (в случае если вы не получаете покрываемое Medicare медицинское обслуживание на дому).

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. 16.

Совместное покрытие затрат по части B Medicare – 2011 г.

- Ежемесячный взнос: $115,40 (лица и пары с ежегодным доходом, превышающим $85 000 и $170 000 соответственно, должны будут оплачивать более высокие взносы).

Индексация пособий социального обеспечения в связи с повышением прожиточного минимума (Social Security COLA) и взносы Medicare, часть B

В 2011 г. индексация пособий социального обеспечения в связи с повышением прожиточного минимума проводиться не будет, что означает, что лица, получающие пенсионные пособия, пособия в связи с потерей кормильца и пособия по нетрудоспособности из фонда социального обеспечения будут в 2011 г. получать такие же ежемесячные пособия, как и в 2010 г. Благодаря положению об «освобождении от ответственности» лица, получающие пособия социального обеспечения и платившие взносы по части B в 2010 г. в размере $96,40 или $110,50, продолжат в 2011 г. выплачивать такие же взносы — $96,40 или $110,50, а не $115,40. В 2011 г. более высокие взносы по части B будут выплачивать:

- Новые участники, зарегистрировавшиеся в программе Medicare, часть B, в 2011 г.
- Участники Medicare, не получающие пособия социального обеспечения.
- Участники, вынужденные выплачивать более высокие взносы по части B, поскольку их доходы превышают $85 000 для одного лица/$170 000 для семейной пары.
- Участники сберегательной программы Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Программа MSP будет продолжать оплачивать более высокие взносы по части B, однако если участник теряет статус MSP, ему придется оплачивать более высокие взносы самостоятельно.

- Ежегодная франшиза: $162

Совместное страхование: 20 %; 45 % психиатрическое лечение

Assignment and Limiting Charge

There are two ways that doctors can participate in Medicare – they can "*accept assignment*" or "*not accept assignment"* – this can effect how much you are responsible for paying for their services. If your doctor *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. If the doctor *does not accept assignment*, the charges are subject to a "Limiting Charge," which is an additional charge over the Medicare-approved amount. In New York State, the Limiting Charge is 5%, except for office visits and home visits, for which the Limiting Charge is 15 percent.

Private Contracting - Medicare "Opt Out"

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 provided by other participating doctors and diagnosticians. "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

There are some health care services that Medicare will not pay for and the beneficiary has the right to understand the reasons why before the services are rendered. 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.

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.

Переуступка прав на страховые льготы и лимит страховой выплаты

Существует два вида участия врачей в программе Medicare — они могут «*принять переуступку прав на страховые льготы*» или «*не принять переуступку прав на страховые льготы»* — это может повлиять на сумму вашей оплаты их услуг. Если ваш врач *примет переуступку прав на страховые льготы,* он получит сумму, утвержденную Medicare, за предоставление конкретной услуги, и сумма, которую вам придется оплатить, не превысит 20 % суммы совместного страхования. Если ваш врач *не примет переуступку прав на страховые льготы*, расходы будут отнесены к «лимитированной оплате», которая является дополнительной оплатой сверх суммы, утвержденной Medicare. В штате Нью-Йорк лимит страховой выплаты составляет 5 %, за исключением посещений кабинета врача и посещений на дому, для которых лимит страховой выплаты составляет 15 %.

Заключение частных контрактов — отказ от участия в программе Medicare

Поставщики Medicare имеют право официально отказаться от участия в Medicare на два **года** и заключить с любым пациентом Medicare, которому требуются их услуги, частный письменный договор. 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. Программа Medicare будет продолжать оплачивать участнику программы Medicare услуги, предоставляемые другими врачами и диагностами, работающими с этой программой. 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

Существуют ряд медицинских услуг, не оплачиваемых Medicare, и участник программы имеет право понять причины отсутствия оплаты этих услуг. Поставщик медицинских услуг должен предоставить предварительное письменное извещение участнику программы об отсутствии страхового покрытия (Advance Beneficiary Notice of Non-coverage, ABN) с указанием услуги, которая, как он полагает, 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.

Сводный отчет Medicare

Для требований о страховом возмещении с переуступкой прав: один раз в квартал каждому участнику программы Medicare, в отношении которого поставщик предъявил требование о страховом возмещении по части A и/или части B, по почте будет отправлен сводный отчет Medicare (Medicare Summary Notice, MSN). Для требований о страховом возмещении без переуступки прав: 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.

MEDICARE PREVENTIVE SERVICES

Medicare provides coverage for the following preventive services to help you stay healthy:

NEW: Beginning in 2011, Medicare covers nearly all preventive services at 100%, not subject to the Part B deductible and/or 20% coinsurance. In addition, Medicare added coverage for an annual wellness visit for all people with Medicare Part B.

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.
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.
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; and you pay 20% of the Medicare-approved amount.
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.
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 will qualify for these procedures.
Vaccinations/Shots	Flu: covered once per flu season. Pneumonia: Prevents pneumococcal pneumonia. Usually only needed once in a lifetime. Hepatitis B – if at high or intermediate risk.
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.
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.
Physical Exam	An initial preventive physical exam will be covered during the first twelve months of Medicare Part B enrollment. NEW for 2011: An annual wellness visit is covered for all people with Medicare Part B but not within 12 months of the initial exam.
HIV Screening Test	Covered once every 12 months for any beneficiary who requests test.
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.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УСЛУГИ ПРОГРАММЫ MEDICARE

Medicare предоставляет оплату следующих профилактических услуг, помогающих вам сохранить здоровье:

НОВЫЕ ПРАВИЛА. Начиная с 2011 г. программа Medicare покрывает практически все профилактические услуги на 100 %, за исключением франшизы части B и/или 20 % совместного страхования. Кроме этого, Medicare добавила покрытие ежегодного профилактического осмотра для всех участников программы Medicare, часть B.

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.
Мазок Папаниколау и осмотр органов малого таза	Мазок Папаниколау, осмотр органов малого таза и осмотр 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.
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 в отношении колоректального рака. Если вы не находитесь в группе риска, услуга оплачивается один раз в 10 лет, но не в течение 48 месяцев после гибкой сигмоидоскопии. Ирригоскопия: ее можно заменить гибкой сигмоидоскопией или колоноскопией; вы оплачиваете 20 % от суммы, утвержденной Medicare.
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 части B.
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.
Вакцинация/прививки	Грипп: оплачивается один раз в период эпидемии гриппа. Пневмония: профилактика пневмококковой пневмонии. Обычно ее делают один раз в жизни. Гепатит B – при высоком или умеренном риске.
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 части B.
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 части B. Анализ крови на простатический специфический антиген (ПСА): оплачивается один раз в 12 месяцев для мужчин в возрасте 50 лет и старше.
Медицинский осмотр	Исходный профилактический медицинский осмотр оплачивается в течение первых 12 месяцев участия в программе Medicare, часть B. НОВАЯ услуга в 2011 г.: для всех участников программы Medicare, часть B, оплачивается ежегодный профилактический осмотр, но не в течение 12 месяцев после исходного осмотра.
Анализ на ВИЧ-инфекцию	Оплачивается один раз в 12 месяцев для любого участника программы, которому требуется проведение анализа.
Консультации по вопросам табачной зависимости	Консультации для лиц, желающих бросить курить. Medicare оплачивает 8 очных визитов в течение 12 месяцев для табакозависимых участников программы.

Cardiovascular Screening	Medicare covers cardiovascular screenings that check your cholesterol and other blood fat (lipid) levels once every 5 years.
Medical Nutrition Therapy	Medicare covers 3 hours of one-on-one counseling services the first year, and 2 hours each year after that for beneficiaries with diabetes or kidney disease.

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.
Пищевая терапия	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.

MEDICARE SUPPLEMENT INSURANCE (MEDIGAP)

This information reflects changes to Medigap effective June 1, 2010.

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 be purchased only by Medicare beneficiaries from a private company. 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 the mental health co-insurance of 45% 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 has 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 buyers. 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 Medicare-eligible due to medical disability and are under age 65.

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)

Данная информация отражает изменения в страховке Medigap, вступившие в силу 1 июня 2010 г.

Что представляет собой страховой полис Medigap?

Дополнительный страховой план Medicare (Medigap) создан для восполнения пробелов в страховом покрытии программы Medicare. Полисы контролируются федеральным законодательством и законодательством штата, их могут приобрести только участники программы Medicare у частной компании. 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 покрыть франшизу части A, совместное страхование 20 % предусмоттренных расходов на амбулаторные услуги части B, совместное страхование 45 % предусмотренных расходов на психиатрическую помощь 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 10 стандартных полисов Medigap, им присвоены буквы от A до N. Каждый полис имеет пакет базовых страховых выплат (которые нельзя изменить, добавляя или удаляя условия), а также комбинацию дополнительных выплат. Предшествующие полисы Medigap, действовавшие до стандартизации 1992 г., все еще являются действительными, но их больше не предлагают новым покупателям. 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. Вы имеете гарантированную возможность приобрести полис, даже если вы имеете право на участие в Medicare по причине нетрудоспособности по состоянию здоровья и не достигли 65 лет.

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 plans A through N 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 29.

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.

Каким образом можно выбрать полис Medigap?

Поскольку планы A - N стандартизированы, вы сначала должны определить необходимый вам уровень страхового 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. 30.

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.

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 and can assist you in determining your needs. They will not make the choice for you, but they will give you the specific information you need to decide.

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.

Какие документы я получу от страховой компании, предлагающей Medigap?

Страховая компания, предлагающая Medigap, должна прислать вам «Перечень 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 программы HIICAP имеют текущую информацию о полисах Medigap, и они могут помочь вам в процессе оценки ваших потребностей. 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.

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 coinsurance amount ($283 per day in 2011) for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for the Part A coinsurance amount ($566 per day in 2011) 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; 45% of approved charges for outpatient mental health services), after the annual deductible is met ($162 in 2011).

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

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible ($1,132 per benefit period in 2011).

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

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for the skilled nursing facility care coinsurance amount ($141.50 per day for days 21 through 100 per benefit period in 2011).
- Coverage of the Medicare Part B deductible ($162 per calendar year in 2011).
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a $250 deductible and $50,000 lifetime maximum benefit.

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

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for the skilled nursing facility care daily coinsurance amount.
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a $250 deductible.

СТАНДАРТНЫЕ ПЛАНЫ MEDIGAP

Ниже представлено описание 10 стандартных планов A–N и льгот, предоставляемых каждым из них.

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

- Покрытие суммы совместного страхования части A ($283 в день в 2011 г.) для дней 61-90 госпитализации в течение каждого периода страховых выплат Medicare.
- Покрытие суммы совместного страхования части A ($566 в день в 2011 г.) за каждый из 60 невозобновляемых резервных дней (в течение жизни) пребывания в стационаре больницы, предоставляемых Medicare.
- После использования всех больничных страховых выплат Medicare покрытие 100 % больничных расходов, предусмотренных Medicare, часть A. Покрытие ограничено 365 днями дополнительного стационарного больничного лечения в течение 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 3 пинт (1,4 л) крови или эквивалентного количества эритроцитарной массы за календарный год, если в соответствии с федеральными нормами не будут внесены изменения.
- Покрытие суммы совместного страхования за услуги части B (обычно 20 % утвержденной суммы; 45 % утвержденных расходов за амбулаторные психиатрические услуги) после выплаты годовой франшизы ($162 в 2011 г.).

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

- Покрытие стационарной больничной франшизы Medicare, часть A ($1 132 за период страховых выплат в 2011 г.).

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

- Покрытие стационарной больничной франшизы Medicare, часть A.
- Покрытие суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода ($141,50 в день за дни 21–100 за льготный период в 2011 г.).
- Оплата франшизы Medicare, часть B ($162 за календарный год в 2011 г.).
- Покрытие 80 % расходов на услуги экстренной медицинской помощи в зарубежной стране, необходимые с медицинской точки зрения, сверх суммы франшизы $250 и максимальной суммы страховых выплат в течение жизни $50 000.

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

- Покрытие стационарной больничной франшизы Medicare, часть A.
- Покрытие ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие 80 % расходов на услуги экстренной медицинской помощи в зарубежной стране, необходимые с медицинской точки зрения, сверх суммы франшизы $250.

PLAN F[1] includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for the Medicare Part A 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.

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

- Coverage for the Medicare Part A deductible.
- Coverage for the skilled nursing facility care daily coinsurance 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.

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.

PLAN K[3] includes the **basic benefit, plus**

- 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 50% of the Medicare Part A hospital deductible.
- Coverage for 100% of the Part A coinsurance amount for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for 100% of the Part A coinsurance 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 coinsurance amount.
- Annual out of pocket limit of $4,640 in 2011.

---

1 Plan F also has a "high deductible option." If you choose the "high deductible option," you will first have to pay a $2,000 deductible in 2011 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).

3 The basic benefits for plans K and L 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 F[1] включает **основные страховые выплаты, а также**

- Покрытие франшизы Medicare, часть A.
- Покрытие ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие франшизы Medicare, часть B.
- Покрытие 100 % дополнительных расходов по Medicare, часть B[2].
- Покрытие 80 % расходов на услуги экстренной медицинской помощи в зарубежной стране, необходимые с медицинской точки зрения, сверх суммы франшизы $250.

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

- Покрытие франшизы Medicare, часть A.
- Покрытие ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие 100 % дополнительных расходов по Medicare, часть B[2].
- Покрытие 80 % расходов на услуги экстренной медицинской помощи в зарубежной стране, необходимые с медицинской точки зрения, сверх суммы франшизы $250.

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.

ПЛАН K[3] включает **основные страховые выплаты, а также**

- Оплату 50 % суммы совместного страхования после оплаты ежегодной франшизы Medicare, часть B, но 100 % суммы совместного страхования части B в отношении профилактических услуг.
- Покрытие 50 % больничной франшизы Medicare, часть A.
- Покрытие 100 % суммы совместного страхования части A за дни 61–90 госпитализации в каждый период страховых выплат Medicare.
- Покрытие 100 % суммы совместного страхования части A за каждый использованный день из 60 невозобновляемых резервных дней (в течение жизни) пребывания в стационаре больницы, предоставляемых Medicare.
- После использования всех больничных страховых выплат Medicare покрытие 100 % больничных расходов, предусмотренных Medicare, частью A. Покрытие ограничено 365 днями дополнительного стационарного больничного лечения в течение жизни владельца полиса.
- Покрытие 50 % расходов на услуги хосписа на основе разделения расходов.
- Покрытие 50 % расходов по программе Medicare за переливание первых 3 пинт (1,4 л) крови.
- Покрытие 50 % ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Годовое ограничение выплат наличными в 2011 г. — $4 640.

---

1 В плане F также есть «условие высокой франшизы». Если вы выберете план с высокой франшизой («high deductible option»), до того как план начнет оплачивать услуги, вы должны будете заплатить франшизу в размере $2 000 в 2011 г. Эта сумма может увеличиваться каждый год. Полисы с высокой франшизой имеют более низкие взносы.

2 План оплачивает разницу между суммой, утвержденной Medicare для услуг части B, и фактическими расходами (в пределах суммы расходов, установленной Medicare или законодательством штата).

3 Основные страховые выплаты планов K и L 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 L includes the **basic benefit, plus**

- 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 75% of Medicare Part A hospital deductible.
- Coverage for 100% of the Part A coinsurance amount for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for 100% of the Part A coinsurance 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 $2,320 in 2011.

Plan M includes the **basic benefit, plus**

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

Plan N includes the **basic benefit, plus**

- 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 Medicare Part A deductible.
- Coverage for 100% of the skilled nursing facility daily co-insurance 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 www.ins.state.ny.us/caremain.htm for information on Medicare SELECT plans available in New York State.

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

See tables on pages 27 and 29 for more information on Medigap policies.

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

- Покрытие 75 % суммы совместного страхования по части B после оплаты ежегодной франшизы для части B, но 100%-ное покрытие профилактических услуг по части B.
- Покрытие 75 % больничной франшизы Medicare, часть A.
- Покрытие 100 % суммы совместного страхования части A за дни 61–90 госпитализации в каждый период страховых выплат Medicare.
- Покрытие 100 % суммы совместного страхования части A за каждый из 60 использованных невозобновляемых резервных дней (в течение жизни) пребывания в стационаре больницы, предоставляемых Medicare.
- После использования всех больничных страховых выплат Medicare покрытие 100 % больничных расходов, предусмотренных Medicare, частью A. 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 3 пинт (1,4 л) крови.
- Покрытие 75 % ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Годовое ограничение выплат наличными в 2011 г.— $2 320.

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

- Покрытие 50 % франшизы Medicare, часть A.
- Покрытие 100 % ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие 80 % расходов на услуги экстренной медицинской помощи в зарубежной стране, необходимые с медицинской точки зрения, сверх суммы франшизы $250 и максимальной суммы страховых выплат в течение жизни $50 000.

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

- 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 % франшизы Medicare, часть A.
- Покрытие 100 % ежедневной суммы совместного страхования за услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие 80 % расходов на услуги экстренной медицинской помощи в зарубежной стране, необходимые с медицинской точки зрения, сверх суммы 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. На веб-сайте www.ins.state.ny.us/caremain.htm вы можете найти информацию о планах Medicare SELECT, предлагаемых в штате Нью-Йорк.

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

Дополнительную информацию о полисах Medigap см. в таблицах на стр. 28 и 30.

BENEFITS INCLUDED IN THE TEN STANDARD MEDICARE SUPPLEMENT PLANS

Basic Benefit: Included in All Plans

- **Hospitalization:** Part A coinsurance, coverage for 365 additional days after Medicare benefits end, and coverage for 60 lifetime reserve days coinsurance.
- **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 $4,620	Out of Pocket limit $2,310		

ЛЬГОТЫ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В 10 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 в течение жизни.
- **Медицинские расходы.** Совместное страхование по части B (обычно 20% расходов, утвержденных Medicare).
- **Переливание крови.** Первые 3 пинты (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 $4 620	Ограничение наличных выплат $2 310		

MEDICARE SUPPLEMENT INSURANCE POLICIES

Prepared by the NYC Department for the Aging's Health Insurance Information Counseling Assistance Program (HIICAP) 1-212-341-3978. 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 www.ins.state.ny.us/medplan/medsup11.pdf

PLAN	Aetna	American Progressive	Bankers Conseco	Empire Blue Cross Blue Shield	First United American	GHI	Humana	Mutual of Omaha	State Farm	Sterling Life	United Health (AARP)
	800-345-6022	800-332-3377	800-845-5512	800-261-5962	800-331- 2512	800-444-2333	800-486-2620	800-775-1000	866-855-1212	888-858-8551	888-687-2277
A	$218.54	$205.69	$249.33	$147.10	$191.00	$169.45	$225.71	$198.84	$247.20	$247.80	$156.50
B	$264.66	$298.20	$296.50	$194.46	$267.00	$226.14	$245.48	$332.29	$331.01	$287.56	$213.75
C		$381.50			$311.00	$273.50	$282.71	$269.36	$383.29		$249.50
D		$345.71			$303.00			$235.90			
F	$309.03	$397.55	$324.41	$294.73	$313.00	$276.24	$288.44	$358.79	$422.13	$313.48	$250.75
F+			$78.62	$79.14	$90.00		$109.42				
G		$359.52	$307.05	$284.41	$303.00			$237.71			
K			$122.50		$128.00		$165.27			$152.95	$102.00
L			$200.57		$180.00		$211.11				$145.50
M			$265.00					$219.90			
N			$192.45	$156.02	$218.00			$199.84		$247.20	$161.00

HIICAP/NYC/DFTA январь 2011 г. 2010 г.

ПОЛИСЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ MEDICARE

Подготовлено программой предоставления информации, консультаций и помощи по вопросам медицинского страхования (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) Департамента г. Нью-Йорка по делам пожилых граждан (New York City Department for the Aging) 1-212-341-3978. Если вы хотите узнать действующие ежемесячные тарифы, звоните непосредственно в частные компании, поскольку тарифы могут меняться. Обновленные данные о тарифах можно найти на веб-сайте Департамента страхования (Department of Insurance) штата Нью-Йорк по адресу www.ins.state.ny.us/medplan/medsup11.pdf

ПЛАН	Aetna	American Progressive	Bankers Conseco	Empire Blue Cross Blue Shield	First United American	GHI	Humana	Mutual of Omaha	State Farm	Sterling Life	United Health (AARP)
	800-345-6022	800-332-3377	800-845-5512	800-261-5962	800-331- 2512	800-444-2333	800-486-2620	800-775-1000	866-855-1212	888-858-8551	888-687-2277
A	$218,54	$205,69	$249,33	$147,10	$191,00	$169,45	$225,71	$198,84	$247,20	$247,80	$156,50
B	$264,66	$298,20	$296,50	$194,46	$267,00	$226,14	$245,48	$332,29	$331,01	$287,56	$213,75
C		$381,50			$311,00	$273,50	$282,71	$269,36	$383.29		$249,50
D		$345,71			$303,00			$235,90			
F	$309,03	$397,55	$324,41	$294,73	$313,00	$276,24	$288,44	$358,79	$422,13	$313,48	$250,75
F+			$78,62	$79,14	$90,00		$109,42				
G		$359,52	$307,05	$284,41	$303,00			$237,71			
K			$122,50		$128,00		$165,27			$152,95	$102,00
L			$200,57		$180,00		$211,11				$145,50
M			$265,00					$219,90			
N			$192,45	$156,02	$218,00			$199,84		$247,20	$161,00

MEDICARE AS SECONDARY PAYER

WHO PAYS FIRST?

When a person has Medicare and other health insurance coverage, it is necessary to determine 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.

The issue of who pays first tends to arise for beneficiaries with original Medicare (Parts A and B) plus other insurance, such as the following:

Employer Insurance and Medicare:

YOU ARE…	YOUR EMPLOYER HAS…	MEDICARE WILL PAY…
65+ covered by employer plan	Less than 20 employees	First. Employer plan second.
65+ covered by employer plan	More than 20 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	More than 20 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	More than 100 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	More than 100 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.
Any age with COBRA benefits	Only companies with 20 or more employees (as per COBRA statute)	First. COBRA pays second except for ESRD patients whose COBRA plan pays first for the first 30 months of Medicare enrollment/eligibility.

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, оставшийся после оплаты или отклонения требования выплаты страхового возмещения первичной страховкой.

Вопрос о том, кто платит первым, возникает у лиц с базисной страховкой Medicare (части A и B), а также с другой страховкой, как например:

Страховка работодателя и Medicare:

ВЫ...	У ВАШЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ РАБОТАЮТ...	MEDICARE...
Старше 65 лет и имеете страховку через работодателя	Менее 20 сотрудников	Первичная. План работодателя вторичный.
Старше 65 лет и имеете страховку через работодателя	Более 20 сотрудников	Вторичная. План работодателя первичный.
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	Более 20 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	Более 100 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	Более 100 сотрудников	Вторичная. План работодателя первичный.
Лицо любого возраста, имеющее терминальную стадию почечной недостаточности (ESRD), и имеете страховку через работодателя или члена семьи	Любое количество сотрудников	Вторичная в течение 30 месяцев после регистрации в Medicare.
Лицо любого возраста и имеете страховое обеспечение COBRA	Только компании, в которых работает 20 и более сотрудников (согласно уставу COBRA)	Первичная. COBRA является вторичным страхованием, за исключением пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности, у которых план COBRA является первичным в течение первых 30 месяцев после регистрации в Medicare.

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 of these claims take a long time to be settled, Medicare can make conditional payments 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.

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.

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.

Please visit www.medicare.gov for more information or call 1-800-MEDICARE.

Страхование гражданской ответственности и Medicare. При несчастном случае или получении травмы расходы на медицинскую помощь могут быть покрыты другим видом страховки, например, полисом страхования «без вины» или полисом страхования автотранспортных средств, полисом для домовладельцев или страхованием на случай злоупотребления доверием. Поскольку для удовлетворения многих из этих требований выплаты страхового возмещения необходимо длительное время, Medicare может выполнить условные платежи, чтобы избежать задержек при возврате сумм поставщикам и задолженности участникам. Medicare оплатит требование выплаты страхового возмещения, а позже вернет условные выплаты из суммы расчетов.

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/ее 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 EGHP является первичным, а Medicare вторичным. Если в компании работает менее 20 сотрудников, тогда Medicare является первичным, а план EGHP вторичным. Medicare, часть B, всегда открыта для работающих лиц, имеющих страховку через работодателя. Дополнительную информацию можно найти на веб-сайте Medicare по адресу www.medicare.gov или позвонив 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.

Нетрудоспособность и Medicare. В случае наступления нетрудоспособности, когда сотрудник не может работать, обычно расходы покрывает план EGHP. Если в компании работает 100 и более сотрудников, план EGHP является первичным, а Medicare — вторичным страхованием. Если в компании работает менее 100 сотрудников, Medicare является первичным страхованием, а план EGHP — 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 (EGHP), 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 больных антракозом и Medicare. Федеральная программа для больных антракозом обеспечивает предоставление услуг, связанных с заболеванием легких и с другими заболеваниями, вызванными работой в угольной промышленности. Medicare покрывает для этих лиц расходы на услуги, не связанные с антракозом.

Дополнительную информацию можно найти на веб-сайте Medicare по адресу www.medicare.gov или позвонив по телефону 1-800-MEDICARE.

MEDICARE ADVANTAGE PLANS
HMOS, PPOS, HMO-POS, SNP AND MSA

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), and Medicare Medical Savings Account (MSA) plans. HMOs, PPOs,HMO-POS, and SNP 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. 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 and 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 plans

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 (see page 15) can cover all or most of the senior's share of the costs.

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.

ПЛАНЫ MEDICARE ADVANTAGE — HMO, PPO, HMO-POS, SNP И MSA

Планы Medicare Advantage предоставляют участникам, проживающим в городе Нью-Йорк, альтернативу обычной страховке Medicare, предусматривающей оплату услуг по мере необходимости («fee-for-service»). Планы Medicare Advantage включают план организаций медицинского обслуживания (Health Maintenance Organizations, HMO), план системы предпочтительного выбора поставщика (Preferred Provider Organization, PPO) [PPO, HMO с обслуживанием по выбору пациента (HMO-POS)], планы для лиц с особыми потребностями (Special Needs Plan, SNP) и медицинский сберегательный счет Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Планы HMO, PPO, HMO-POS и SNP работают с сетью врачей, медицинских центров, больниц, учреждений квалифицированного сестринского ухода и других поставщиков, 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 распространение сети поставщиков, 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. Каждый план Medicare Advantage должен предоставить всем своим участникам одинаковые услуги, необходимые с медицинской точки зрения, покрываемые обычной страховкой Medicare. Планы могут включать дополнительные услуги, например льготы в отношении рецептурных лекарственных препаратов, офтальмологические, стоматологические услуги и услуги для лиц, имеющих проблемы со слухом. 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, подразумевающем оплату услуг по мере необходимости («fee-for-service»), и планах Medicare Advantage

Базисный план Fee-For-Service Medicare обеспечивает получение любых необходимых с медицинской точки зрения услуг от поставщиков Medicare на всей территории США. Medicare устанавливает оплату за данные услуги и покрывает 80 % большей части расходов. Участник плана должен оплатить оставшуюся сумму. План дополнительного страхования Medicare (см. стр. 16) может покрывать всю или большую часть доли затрат пожилых участников плана.

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.

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.

Medicare Medical Savings Account (MSA) plans combine a high deductible plan with a medical savings account. Money in the account can be used toward any medical expenses; if it is used toward a Part A or B covered service, it will count toward the deductible. Any unused portion of the account can be carried over to the following year. Once the deductible is met, the plan covers Part A and B covered services at 100%. MSA plan members may use any Medicare-eligible provider under the plan. These plans do not include Medicare Part D, and members will have to purchase a separate stand-alone Part D plan in order to have prescription drug coverage.

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

Планы PPO предоставляют услуги поставщиков медицинских услуг, работающих в сети, но не ограничивают участника в получении услуг вне сети. PPO устанавливает сумму оплаты за услуги поставщиков в сети с фиксированной доплатой со стороны участника. Участники будут оплачивать более высокую сумму за услуги, получаемые от поставщиков, не работающих в сети (на поставщиков, работающих вне сети, распросттраняется положение о лимите страховой выплаты Medicare, и сумма, которую они могут взыскивать с участника Medicare за предоставленные услуги, ограничена). 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.

Планы Medicare Medical Savings Account (MSA) сочетают услуги плана с высокой франшизой и плана с медицинским сберегательным счетом. Деньги со счета могут быть использованы на любые медицинские расходы; если они используются на покрытие услуг по части A или B, они будут идти в счет франшизы. Любые неиспользованные средства на счету могут быть перенесены на следующий год. После оплаты франшизы план покрывает оплачиваемые услуги по части A и B на 100 %. Участники плана MSA могут воспользоваться услугами любого поставщика, одобренного Medicare. Эти планы не включают Medicare, часть D, и участники должны приобрести независимый план части D, чтобы получать оплачиваемые рецептурные лекарственные препараты.

Список планов Medicare Advantage можно найти в руководстве «Medicare и Вы» (Medicare and You). 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.

NEW for 2011: 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 2011, this maximum out of pocket (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 new patients. 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 A и часть B; проживать в зоне обслуживания и не иметь хронической почечной недостаточности. План Medicare Advantage не может не 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 суммы разделения расходов. Вы можете оплачивать ежемесячный взнос непосредственно плану, это будет дополнением к взносу по части B. 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 франшизы.

НОВЫЕ ПРАВИЛА в 2011 г. Все планы Medicare Advantage должны установить ограничение максимальных наличных расходов для всех покрываемых услуг части A и части B, что ограничит сумму ваших наличных расходов в данном календарном году. В 2011 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. Вам предлагается возможность выбора врача, при условии что он может взять новых пациентов. Вы должны получать услуги медицинской помощи от поставщиков услуг HMO. Ни HMO, ни Medicare не оплачивают услуги поставщиков, 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 поставщиков услуг. Участник может получать услуги как в сети, так и за ее пределами. Если вы получаете медицинское обслуживание в сети PPO, вы будете оплачивать доплату (фиксированная сумма на некоторые услуги), которая, вероятно, будет меньше, чем разделение расходов в базовой страховке Medicare. Если вы будете получать услуги за пределами сети PPO, например при направлении к другому поставщику или выборе другого терапевта или специалиста, вы должны будете покрыть франшизу плана и заплатить более высокий сбор за данные услуги. PPO оплатит установленную сумму сбора, 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), IPRO in New York State, whose doctors and other professionals review the care provided to Medicare patients. IPRO can be reached at 1-800-331-7767.

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. **Will you be able to continue seeing your doctors?** 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 in the Fall of each because of the change in the Medicare enrollment period for 2011.

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 поставщику услуг, 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), IPRO в штате Нью-Йорк, врачи и другие работники которой рассматривают качество услуг, предоставленных пациентам Medicare. В IPRO можно позвонить по телефону 1-800-331-7767.

В каком случае я должен стать участником плана Medicare Advantage?

Перед тем как стать участником плана, необходимо рассмотреть три аспекта:

1) участие вашего врача в плане; 2) финансовый вопрос и 3) географическое расположение.

1. **Сможете ли вы продолжать обращаться к вашим врачам?** Узнайте у своих врачей, с какими планами они работают и могут ли они принять новых пациентов Medicare по данному плану. Даже если с этим врачом у вас установились хорошие взаимоотношения, вы должны удостовериться, что он примет вас в качестве нового пациента по данному плану.
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. Вы также должны просмотреть данную информацию осенью, чтобы узнать об изменениях в сроках зачисления на 2011 г.

3. **Geographical Location:** It is important to think about your travel plans when deciding whether a Medicare Advantage plan is right for you. Because Medicare Advantage 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.

What If I Want to Leave My Medicare Advantage Plan?

NEW for 2011: 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 with Medicare currently on a Medicare Advantage plan will 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 the "Medigap" 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 Medicare Advantage вашим потребностям, вы должны обдумать, собираетесь ли вы совершать какие-либо поездки. Поскольку планы Medicare Advantage 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 менее ограничены.

Что делать, если я захочу выйти из плана Medicare Advantage?

НОВЫЕ ПРАВИЛА в 2011 г. 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 с Medicare, состоящих в плане Medicare Advantage, будет одна дополнительная возможность перейти на базовую страховку Original 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. 16.

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 a 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 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.

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.

NEW for 2011: 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 $12.00 to $69.10 per month, and is paid in the same way as the Part B premium.

Although Part D plans' benefit designs vary, they each include the following minimum levels of coverage in 2011:

- Deductible (up to $310). Some plans have a lower deductible or no deductible.
- Initial Coverage Level. You pay 25% of drug costs up to $2,840 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 $2,840 in total drug costs, you pay approximately 50% of brand name and 93% of generic drug cost, until you have incurred $4,550 in out-of-pocket costs. This includes the deductible (if any) plus any co-payments or coinsurance paid while reaching the Coverage Gap, and the entire cost of the drug in the coverage gap.

MEDICARE, ЧАСТЬ D — СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ РЕЦЕПТУРНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Страховка Medicare, часть D, включает оплату стоимости рецептурных лекарственных препаратов, осуществляемую 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 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.

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.

НОВЫЕ ПРАВИЛА в 2011 г. Участники с высоким доходом (выше $85 000 для одного лица и $170 000 для семейной пары), кроме взноса, предусмотренного своим планом, будут оплачивать дополнительный сбор за часть D. Сумма дополнительного сбора варьируется от $12,00 до $69,10 в месяц, она оплачивается таким же образом, как и взнос по части B.

Несмотря на то, что страховые выплаты части D варьируются, они все включают следующий минимальный уровень покрытия в 2011 г.:

- Франшиза (до $310). Некоторые планы имеют более низкую франшизу или вообще не имеют франшизы.
- Уровень начального страхового покрытия. Вы оплачиваете 25 % стоимости лекарств — до $2 840 общих расходов на препараты (общие расходы на препараты включают сумму, оплаченную вами, и сумму, оплаченную планом).
- Разрыв в страховом покрытии («donut hole»). После того как общие расходы на препараты достигнут суммы $2 840, вы будете оплачивать приблизительно 50 % за патентованные препараты и 93 % за непатентованные препараты, пока сумма ваших наличных расходов не достигнет $4 550. Эти оплаты включают франшизу (если имеется) и суммы любых доплат или совместного страхования, выплаченные перед тем, как достигнут разрыв в страховом покрытии, и полную стоимость препаратов во время разрыва в страховом покрытии.

- Catastrophic Coverage (after $4,550 in out-of-pocket expenses). The beneficiary is responsible for the greater of five percent (5%) of drug costs or a $2.50 co-payment for generic medications and $6.30 for brand-name drugs.

In 2010, beneficiaries who reached the coverage gap ("donut hole") received a one-time $250 payment. The coverage gap is being gradually reduced beginning in 2011, with a 50% discount on brand name and a 7% 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.

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. While there are 30 different PDPs in 2011, in the New York State region, that does not mean there are 30 different companies, since some companies offer several plans.

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, provides a subsidy, paid directly to the drug plans, for Medicare beneficiaries with lower incomes and limited resources. Individuals with monthly incomes up to 135% of the Federal Poverty Level, $1,218 ($1,639 for couples) and resources up to $8,180 ($13,020 for couples) in 2011 may qualify for *full Extra Help*, also known as the Low-Income Subsidy Program. 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 $38.69 in 2011). Individuals with full Extra Help will not be subject to the plan's deductible, if any, and their co-pays will be limited to $2.50 for generic prescriptions and $6.30 for brand name prescriptions.

Individuals with monthly incomes up to 150% of the Federal Poverty Level, $1,354 ($1,821 for couples) in 2011 and resources up to $12,640 ($25,260 for couples) 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 $63 and reduced co-pays of 15% of drug costs until they reach catastrophic levels, after which they pay the standard co-pay amounts.

- Страховое покрытие при особо тяжелом и длительном заболевании (Catastrophic Coverage) (свыше суммы наличных расходов $4 550). Участник плана должен оплачивать большую из сумм: либо 5 (пять) % стоимости препаратов, либо доплату в размере $2,50 за непатентованные препараты и $6,30 за патентованные препараты.

В 2010 г. участники, достигшие разрыва в страховом покрытии («donut hole»), получали единовременную оплату в размере $250. Начиная с 2011 г. разрыв в страховом покрытии постепенно сокращается: предоставляется 50%-ная скидка на патентованные препараты и 7 %-ная скидка на непатентованные препараты, приобретаемые во время разрыва; он исчезнет в 2020 г., когда будет обеспечена единая доплата в размере 25 % за патентованные и непатентованные препараты, пока не будет достигнута сумма покрытия при особо тяжелом и длительном заболевании.

Вы можете получить Medicare, часть D, двумя способами:

1. Планы Medicare Advantage Prescription Drug Plan (MAPD). Это планы организованного медицинского обслуживания, такие как HMO, PPO, HMO-POS или SNP, предлагающие комплексные пакеты страхового обеспечения, которые покрывают расходы на больницы, врачей, специалистов, 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. В 2011 г. в штате Нью-Йорк предлагается 30 различных планов PDP, но это не означает, что существует 30 различных компаний, поскольку некоторые компании предлагают несколько различных планов.

Дополнительная помощь в отношении стоимости планов обеспечения лекарственными препаратами для лиц с ограниченным доходом

Управление социального обеспечения (Social Security Administration, SSA), через которое вы регистрируетесь в Medicare, части A и B, выплачивает субсидию для участников Medicare с низким доходом и ограниченными ресурсами непосредственно планам обеспечения лекарственными препаратами. Лица с ежемесячным доходом до 135 % федерального уровня бедности, $1 218 ($1 639 для семейных пар) и ресурсами до $8 180 ($13 020 для семейных пар) в 2011 г. имеют право на получение *полной субсидии Extra Help*, также известной как программа субсидирования малоимущих (Low-Income Subsidy Program). Лица, имеющие право на получение полной субсидии, не будут оплачивать ежемесячный взнос за план части D, пока этот план будет являться исходным (benchmark). Benchmark Plan — 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 2011 г. составляет $38,69). Лица, получающие субсидию Extra Help, не оплачивают франшизу, если таковая имеется в плане, а их доплаты будут ограничены суммой $2,50 за непатентованные рецептурные препараты и суммой $6,30 за патентованные рецептурные препараты.

Лица с ежемесячным доходом до 150 % федерального уровня бедности, $1 354 ($1 821 для семейных пар) в 2011 г. и ресурсами до $12 640 ($25 260 для семейных пар) имеют право на получение *частичной субсидии*. 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 $63 и сниженные доплаты в размере 15% от стоимости препаратов, пока они не достигнут уровня страхового покрытия при особо тяжелом и длительном заболевании, после чего они будут оплачивать стандартную сумму доплат.

HIICAP counselors can help determine eligibility for this benefit, as can the Social Security Administration. Call 311 to find help near you, or 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.

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.

Enrollment in Part D can occur during one's seven month Initial Enrollment Period (IEP), (see pages 3-5 for more information). 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:

- 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.
- Permanent move out of the plan service area.
- Individual entering, residing in, or leaving a long-term care facility.
- Involuntary loss, reduction, or non-notification of "creditable" coverage.
- 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.
- 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.

Консультанты программы HIICAP, равно как и Управление социального обеспечения, могут помочь вам определить ваши права на данную льготу. Позвоните по телефону 311, чтобы получить помощь в своем районе, позвоните в SSA по телефону 1-800-772-1213 (линия TTY: 1-800-325-0778) или подайте заявление онлайн по адресу www.socialsecurity.gov. Вы можете подать заявление на получение субсидии через SSA в любое время, и если вы имеете право на ее получение, вам будет предоставлен период спецциальной регистрации (Special Enrollment Period), чтобы вы смогли выбрать план обеспечения лекарственными препаратами части D Medicare . Штраф за регистрацию в части D с опозданием не распространяется на лиц, получающих субсидию.

Регистрация в Medicare, часть D

Регистрация в плане Medicare, оплачивающем стоимость рецептурных препаратов, включает выбор плана обеспечения рецептурными лекарственными препаратами (Prescription Drug Plan, PDP) или плана обеспечения рецептурными лекарственными препаратами Medicare Advantage (MA-PD), оплачивающих стоимость лекарств. Дополнительная информация об этих планах доступна на сайте www.medicare.gov или по телефону 1-800-MEDICARE.

Вы можете зарегистрироваться в части D во время 7-месячного периода первичной регистрации (Initial Enrollment Period, IEP) (дополнительную информацию см. на стр. 4-6). 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 после AEP. Возможные ситуации:

- 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.
- Переезд из зоны обслуживания.
- Участник поступает, проживает или покидает учреждение длительного ухода.
- Вынужденная утрата, сокращение или отсутствие уведомления о «засчитываемом» страховом покрытии.
- Выход плана обеспечения рецептурными препаратами из зоны обслуживания.

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

- В электронном виде через Интернет, либо через веб-сайт www.medicare.gov, либо через веб-сайт плана.
- 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.

Late Enrollment Penalty

Even if a person with Medicare does not use a lot of prescription drugs now, they should still consider joining a 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.

Other people with creditable coverage, such as through a former employer or union, the Veterans Administration (VA), TRICARE for Life, or EPIC, will not experience a penalty for late enrollment. The penalty is equivalent to one percent (1%) of the "base premium" $32.34 in 2011) per full month that the person with Medicare was not enrolled in a Medicare Prescription Drug Plan 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.

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.
- **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. However, regardless of the quantity they approve, the same co-payment applies.

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. 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.

Другие лица с засчитываемым страховым покрытием, например со страховкой от бывшего работодателя или профсоюза, Управления по делам ветеранов (Veterans Administration, VA), программы TRICARE for Life или EPIC, не подлежат штрафу за регистрацию с опозданием. Сумма штрафа составляет 1 % (один процент) от базового взноса $32.34 в 2011 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.

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. Однако, независимо от разрешенного количества, применяются одинаковые доплаты.

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 quantity 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 phone. If you would like help using the Plan finder, please contact a HIICAP counselor.

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 <u>all</u> 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.

Как выбрать план части D?

Чтобы выбрать план части D, соответствующий вашим потребностям, воспользуйтесь поисковым инструментом персонализированного 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 две аптеки, 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 план, который соответствует вашим потребностям, вы можете зарегистрироваться в нем через Интернет или по телефону. Если вам необходима помощь при использовании поисковика планов, свяжитесь с консультантом программы HIICAP.

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 <u>все</u> 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.

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 $35,000 for singles and $50,000 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. Enrollees pay a reduced rate 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.

If you have Medicare Part D, Medicaid spenddown, or limited prescription drug coverage, EPIC may be used to supplement that coverage to further reduce prescription drug expenses. Individuals with full Medicaid are not eligible for EPIC.

How much will my prescriptions cost with EPIC?

Prescriptions costing up to $15	You pay $3
Prescriptions costing $15.01-$35	You pay $7
Prescriptions costing $35.01-$55	You pay $15
Prescriptions costing over $55	You pay $20

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 $35,000. 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 is responsible for an annual fee of $140. A couple with an income of $24,000 would pay $275 per person to participate in EPIC's Fee Plan.

EPIC's Deductible Plan is for individuals with annual incomes between $20,001 and $35,000, and married couples with incomes between $26,001 and $50,000. 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 couple with an income of $42,000, each person must meet an annual deductible of $1,230.

ПРОГРАММА ШТАТА НЬЮ-ЙОРК EPIC

(СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН (ELDERLY PHARMACEUTICAL INSURANCE COVERAGE))

Программа страхового покрытия фармацевтических препаратов для пожилых граждан (EPIC) — это программа страхового обеспечения рецептурными лекарственными препаратами пожилых граждан, действующая в штате Нью-Йорк. Если вы старше 65 лет, проживаете в штате Нью-Йорк и ваш доход не превышает $35 000 для одного лица и $50 000 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. 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.

Если у вас имеется страховка Medicare, часть D, Medicaid для лиц с превышением дохода («spenddown») или ограниченное страховое покрытие рецептурных препаратов, программа EPIC может дополнительно покрывать эти расходы, чтобы еще более снизить расходы на рецептурные препараты. Лица с полной страховкой Medicaid не имеют права на участие в EPIC.

Сколько будут стоить рецептурные препараты, если я стану участником программы EPIC?

Рецептурные препараты стоимостью до $15	Вы платите $3
Препараты стоимостью $15,01-$35	Вы платите $7
Препараты стоимостью $35,01-$55	Вы платите $15
Препараты стоимостью более $55	Вы платите $20

Планы программы EPIC — План с ежегодным взносом и План с нестрахуемым минимумом

Программа EPIC предусматривает два плана — План с ежегодным взносом (Fee Plan) и План с нестрахуемым минимумом (Deductible Plan). 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 $35 000. Участники Плана с ежегодным взносом вносят ежегодную плату исходя из доходов. После оплаты взноса участники оплачивают только сумму доплаты по программе EPIC за рецептурные препараты. Взносы основаны на сумме дохода за предшествующий год, они выплачиваются ежеквартально. Например, лицо с доходом $16 000 будет вносить ежегодную плату в сумме $140. Пара с доходом $24 000 будет выплачивать сумму $275 на человека, чтобы участвовать в Плане с ежегодным взносом программы EPIC.

План с нестрахуемым минимумом программы EPIC предназначен для лиц с годовым доходом от $20 001 до $35 000 и для пар с доходом от $26 001 до $50 000. Участники Плана с нестрахуемым минимумом 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, предусмотренной программой EPIC. Например, участник с доходом $23 000 должен оплатить ежегодную франшизу в сумме $580. Семейная пара с доходом $42 000 должна оплатить ежегодную франшизу в сумме $1 230 на каждого супруга.

How Does EPIC Work with Medicare Part D?

NYC law requires EPIC member, also be enrolled in a Medicare Part D plan (see the Medicare Part D section, page 45, for more information), with Part D coverage being primary and EPIC coverage being secondary. (However, EPIC does not require most of its members in Medicare Advantage plans without Part D coverage to enroll in a MA plan with Part D coverage, although it is recommended.) 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 during the Part D deductible and "donut hole" (the Part D coverage gap). Medications that by law are not covered by Part D plans can be covered by EPIC.

NEW: Effective October 1, 2010, NYS law was been amended to require EPIC Members to maximize the use of their Medicare Part D coverage. EPIC will continue to provide members supplemental (secondary coverage) for drugs that are first covered by their Part D plan as the primary payer. However, EPIC can only cover drugs not covered by member's Part D plan after they have completed two levels of appeals that are available under Part D. EPIC will provide up to a 90-day temporary supply of a drug not included on the member's Part D plan's formulary if the prescriber contacts EPIC's Temporary Coverage Request (TCR) Helpline at 1-800-634-1340 and agrees to cooperate with pursuing a coverage determination request and two levels of appeals from the plan. If the prescriber cannot be reached by the pharmacist, the pharmacist may dispense a three-day emergency supply after calling the TCR Helpline. If the coverage determination request or any stage of appeal is approved, EPIC will cover the drug as a secondary payer. If the second appeal is denied from the Independent Review Entity Maximus, EPIC will provide extended coverage of the drug to the member.

Under the amended law, EPIC will continue to provide immediate primary coverage for drugs in the categories that are excluded from Medicare Part D (e.g. benzodiazepines, barbiturates, etc.)

EPIC has made programmatic changes to maximize the use of beneficiaries' Part D plans, as well as the use of generic drugs:

- Follow the Part D Plan's Formulary: EPIC first requires the pharmacist to contact the prescriber to ask them if they would consider prescribing a medication covered by the Part D plan. If the drug cannot be changed, the prescriber is required to call the EPIC TCR Helpline and attest that they are pursuing an appeal if they want the member to receive up to a 90-day temporary supply of medication while the appeal is being processed.
- EPIC will be a secondary payer for Part D plan members who use certain mail order pharmacies, even if that mail order pharmacy is outside of NY State. (EPIC will not pay the out-of-state pharmacy for a drug not covered by the Part D plan.)
- EPIC will require and assist its members who are potentially eligible for the Medicare Low Income Subsidy or a Medicare Savings Program to apply for both benefits.

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

В соответствии с законодательством г. Нью-Йорк участник программы EPIC должен быть также зарегистрирован в плане Medicare, часть D (дополнительную информацию см. в разделе «Medicare, часть D», стр. 46), причем страховка части D является первичной, а страховка EPIC — вторичной (однако EPIC не требует, чтобы ее участники, зарегистрированные в планах Medicare Advantage без страховки части D, регистрировались в плане MA со страховкой части D, хотя это предпочтительно). 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, EPIC будет покрывать ваши расходы во время действия франшизы части D и во время разрыва в страховом обеспечении по части D («donut hole»). Препараты, которые по закону не оплачиваются планами части D, могут быть покрыты планом EPIC.

НОВЫЕ ПРАВИЛА: начиная с 1 октября 2010 г. законодательство г. Нью-Йорк требует от участников EPIC максимально увеличить использование их страховки Medicare, часть D. EPIC будет по-прежнему предоставлять дополнительное страховое покрытие (вторичная страховка) лекарственных препаратов, которые сначала оплачиваются планом части D, выступающим в роли первичного плательщика. Однако программа EPIC может оплачивать только препараты, не покрываемые планом части D, после завершения двух этапов апелляционного процесса, предусмотренных частью D. EPIC предоставит временный 90-дневный запас препарата, не включенного в список разрешенных препаратов плана части D, если медицинский работник, выписавший препарат, свяжется со службой предоставления временного страхового порытия плана EPIC (Temporary Coverage Request, TCR) по телефону горячей линии 1-800-634-1340 и согласится подать запрос на установление возможности предоставления страхового покрытия и начать двухэтапный апелляционный процесс. Если фармацевт не может связаться с медицинским работником, выписавшим препарат, фармацевт может предоставить трехдневный экстренный запас препарата после звонка в службу TCR. В случае одобрения запроса на установление возможности предоставления страхового покрытия или проведенния любого этапа апелляционного процесса EPIC оплатит стоимость препарата как вторичный плательщик. Если второй этап апелляционного процесса будет отклонен независимой организацией по пересмотру Maximus (Independent Review Entity Maximus), EPIC предоставит постоянное покрытие стоимости препарата для участника.

В соответствии с новой редакцией закона EPIC будет продолжать немедленное первичное страховое покрытие препаратов из категорий, не покрываемых планом Medicare, часть D (например, бензодиазепины, барбитураты и др.).

План EPIC внес изменения, предусматривающие максимальное использование планов части D, а также использование непатентованных препаратов:

- В соответствии с перечнем лекарственных препаратов плана части D: EPIC требует, чтобы фармацевт связался с медицинским работником, выписавшим препарат, и узнал, может ли тот выписать препарат, покрываемый планом части D. Если препарат заменить нельзя, медицинский работник, выписавший препарат, должен позвонить в службу EPIC TCR и сообщить, что он начинает апелляционный процесс, если участнику необходимо получить временный 90-дневный запас препарата на протяжении апелляционного процесса.
- 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 оказывает помощь и требует от своих участников, которые имеют потенциальное право на получение субсидии для малоимущих по программе Medicare (Medicare Low Income Subsidy) или на участие в сберегательной программе Medicare Savings Program, подать заявление на получение обеих льгот.

- EPIC Appeals: For drugs not on the Part D plan's formulary, EPIC will assist prescribers by providing them with appeal forms and Part D plan phone and fax numbers to help them request an exception from the Part D plan's formulary. The enrollee does not need to take any action on this measure; EPIC will handle all contact with the Part D plan and the enrollee's prescriber.
- Mandatory Generic Drug Program: For seniors with EPIC only, who are prescribed a brand name drug with an "A" rated generic equivalent, the pharmacy will contact the prescriber to see if the enrollee can receive the generic drug. If the prescriber wants the enrollee to have the brand name drug, they must call EPIC's Prior Authorization Call Line at 1-800-256-8082.

EPIC helps its enrollees select a Part D plan that best fits their drug and pharmacy needs. For those in the Fee Plan, EPIC will pay the Part D premium, up to $38.69 per month in 2011, which is the amount of a "benchmark" plan. For EPIC enrollees in the Deductible Plan, EPIC will reduce the amount of the deductible by $38.69 per month ($465 per year) to help pay for the Part D premium which they are required to pay. EPIC enrollees with full Extra Help will have their EPIC fee waived; those with partial Extra Help are responsible for paying their enrollment fee.

How to Enroll In EPIC

Call the EPIC Helpline at 1-800-332-3742 to obtain an enrollment form and to ask any questions you have about the program. You can also visit www.nyhealth.gov/health_car/epic/index.htm for more information or to download an application.

- Обжалование решений EPIC. Для препаратов, не включенных в перечень препаратов плана части D, программа EPIC предоставит медицинскому работнику, выписавшему препарат, форму апелляции, номер телефона и факса плана части D, чтобы тот мог подать запрос на разрешение страхового покрытия препарата, не включенного в перечень части D, в порядке исключения. Участнику не нужно предпринимать никаких действий в данном процессе; EPIC свяжется с планом части D и с врачом участника, выписавшим препарат.
- Программа обязательных непатентованных препаратов (Mandatory Generic Drug Program). Для пожилых лиц, являющихся участниками только программы EPIC, которым выписан патентованный препарат, имеющий непатентованный аналог категории «A», аптека свяжется с медицинским работником, выписавшим препарат, чтобы узнать, может ли участник получить непатентованный препарат. Если врач, выписавший препарат, решит, что участник должен получить патентованный препарат, он должен позвонить в службу получения предварительного разрешения программы EPIC — Prior Authorization — по телефону 1-800-256-8082.

EPIC помогает своим участникам выбрать план части D, который наилучшим образом соответствует их потребностям в медикаментах и услугах аптеки. Для участников План с ежегодным взносом в 2011 г. EPIC будет оплачивать взнос части D — до $38,69 в месяц, что является суммой исходного плана. Для участников Плана с нестрахуемым минимумом EPIC уменьшит сумму франшизы на $38,69 в месяц ($465 в год), чтобы помочь выплатить необходимые взносы по части D. Участники EPIC, которым выплачивается полная субсидия Extra Help, не будут вносить плату по программе EPIC; участники, которым субсидии Extra Help выплачиваются частично, должны оплатить взнос за регистрацию.

Как зарегистрироваться в EPIC

Позвоните в службу программы EPIC по телефону 1-800-332-3742, чтобы получить форму регистрации и задать вопросы о программе. Вы также можете посетить веб-сайт www.nyhealth.gov/health_car/epic/index.htm, чтобы получить дополнительную информацию или скачать форму заявления.

NEW YORK PRESCRIPTION SAVER CARD (NYP$)

The New York Prescription Saver Card (NYP$) is a New York State sponsored program. The NYP$ card offers a discount for eligible New York State residents when they purchase their prescriptions at participating pharmacies.

NYP$ is a free discount card for all who are eligible – there are no costs to join or use this card. The NYP$ card is not insurance, but rather a discount card, offering savings of up to 60% on generics and 30% on brand name drugs. Most drugs are covered under the NYP$ program.

Eligibility

To be eligible for the NYP$ card, you must be:

- A resident of New York State; and
- Meet one of the following:
  - Age 50-64 **OR**
  - Any age and determined disabled by the Social Security Administration
- Not receiving Medicaid (unless you have Medicaid with a spend down); and
- Have an annual income (in the previous calendar year) of up to $35,000 (single) or $50,000 (married); and

Who might be good candidates for this card?

- Individuals of any age determined disabled by Social Security but who do not yet have Medicare coverage.
- Individuals under age 65 with Medicare Part D who may need drugs not on their plans' formularies or not covered under Part D;
- Individuals aged 50-64 with limited or no other drug coverage.

Interaction between NYP$ and Medicare Part D

Disabled Medicare beneficiaries under age 65 can use the NYP$ card instead of the Part D plan card while meeting the annual deductible and during the "donut hole;" however, your Part D plan also provides discounted prices during the deductible or "donut hole." You may use your NYP$ card instead of your Part D plan, but the purchase will not automatically be credited toward your Part D out-of-pocket accumulation. You should contact your Part D plan; they may be willing to credit your discount card purchase if you send them a paper receipt.

You may use your NYP$ card to purchase prescriptions not on the plan's formulary and those not covered under Medicare Part D.

Can the NYP$ card be used with other discount cards?

No. You can have other prescription coverage and still be eligible for the NYP$ card. However, you cannot use the discount card with another prescription discount or insurance card for the same prescription.

Application and Further Information

You can download an application or apply online at https://nyprescriptionsaver.fhsc.com, or call 1-800-788-6917 (TTY 1-800-290-9138) to request a paper application in the mail.

ДИСКОНТНАЯ КАРТА НА РЕЦЕПТУРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ (NEW YORK PRESCRIPTION SAVER CARD, NYP$)

Дисконтная карта на рецептурные препараты (NYP$) — это программа, финансируемая штатом Нью-Йорк. Карта NYP$ предоставляет скидку жителям штата Нью-Йорк, имеющим право на участие в данной программе, при покупке рецептурных препаратов в аптеках, участвующих в программе.

NYP$ — это бесплатная дисконтная карта для всех участников программы. Регистрация в программе и использование карты являются бесплатными. Карта NYP$ не является страховкой, это дисконтная карта, обеспечивающая экономию до 60 % при покупке непатентованных лекарственных препаратов и до 30 % при покупке патентованных препаратов. По программе NYP$ оплачивается большая часть препаратов.

Право на участие

Чтобы получить карту NYP$, вы должны быть:

- Жителем штата Нью-Йорк
- Соответствовать одному из следующих критериев:
  - быть в возрасте 50—64 лет; **ИЛИ**
  - быть в любом возрасте и иметь статус нетрудоспособного, установленный Управлением социального обеспечения (Social Security Administration)
- Не получать Medicaid (за исключением случаев наличия Medicaid для лиц с превышением дохода)
- Иметь ежегодный доход (в предшествующем календарном году), не превышающий $35 000 (для одного человека) или $50 000 (для семейной пары)

Кто имеет право на получение данной карты?

- Лица любого возраста, имеющие статус нетрудоспособного, установленный Управлением социального обеспечения, но еще не имеющие страховки Medicare.
- Лица, не достигшие 65 лет, имеющие страховку Medicare, часть D, которым могут потребоваться лекарства, не указанные в перечнях препаратов их планов или не оплачиваемые по части D.
- Лица в возрасте 50—64 лет, имеющие страховку с ограниченным страховым покрытием лекарственных препаратов или без покрытия лекарственных препаратов.

Взаимодействие NYP$ и Medicare, часть D

Нетрудоспособные участники программы Medicare в возрасте до 65 лет могут использовать карту NYP$ вместо плана части D, выплатив ежегодную франшизу, и во время периода разрыва в страховом обеспечении. Однако ваша часть D также обеспечивает скидки во время действия франшизы или во время периода разрыва в страховом обеспечении. Вы можете использовать карту NYP$ вместо плана части D, но покупка не будет автоматически отнесена к вашим наличным расходам части D. Свяжитесь с вашим планом части D; возможно, они согласятся учесть вашу покупку по дисконтной карте, если вы им пришлете бумажный чек.

Вы можете использовать карту NYP$ для покупки рецептурных препаратов, которые не указаны в перечнях препаратов плана и не покрываются планом Medicare, часть D.

Можно ли использовать карту NYP$ вместе с другими дисконтными картами?

Нет. У вас может быть другое покрытие расходов на лекарства, но вы все равно можете иметь право на получение карты NYP$. Однако для одного рецепта вы не можете использовать эту дисконтную карту одновременно с другой дисконтной картой на рецептурные препараты или страховой картой.

Заявление и дополнительная информация

Вы можете скачать форму заявления, подать заявление в режиме онлайн по адресу https://nyprescriptionsaver.fhsc.com или позвонить по телефону 1-800-788-6917 (линия TTY: 1-800-290-9138), чтобы получить бумажный экземпляр заявления по почте.

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. Applications can be obtained at a Medicaid office or at: www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/program/update/savingsprogram/msapp.pdf. Individuals can mail applications to: Medical Assistance Program, Correspondence Unit, 330 West 34th Street, 9th Floor, New York, NY 10001.

Below is information on the Medicare Savings Programs, followed by income and resource limits for each of the programs:

- **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. States are allotted money for this program on a yearly basis.
- **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.

2011 MSP Monthly Income and Resource Limits (after any deductions/exclusions)				
	Single		**Married Couple**	
	Income	Resources	Income	Resources
QMB: 100% FPL	$907.50	No Limit	$1,225.83	No Limit
SLMB:120% FPL	$1,089	No Limit	$1,471	No Limit
QI: 135% FPL	$1,225.13	No Limit	$1,654.88	No Limit
QWDI: 200% FPL	$1,835	$6,680	$2,492	$10,020

СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ MEDICARE

Сберегательные программы Medicare (Medicare Savings Programs, MSP) предназначены для помощи клиентам, соответствующим критериям, в оплате страховых взносов и других расходов, связанных с программой Medicare. В г. Нью-Йорк программами MSP руководит Управление трудовыми ресурсами (Human Resources Administration, HRA). Форму заявления можно получить в отделении программы Medicare или в Интернете по адресу www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/program/update/savingsprogram/msapp.pdf. Заявления следует отправлять по адресу: Medical Assistance Program, Correspondence Unit, 330 West 34th Street, 9th Floor, New York, NY 10001.

Ниже представлена информация о сберегательных программах Medicare, а также об ограничениях по доходам и ресурсам для каждой из программ:

- **Программа для получателей страхового обеспечения Medicare (Qualified Medicare Beneficiary Program, QMB).** В рамках данной программы оплачиваются страховые взносы по планам Medicare, часть A и/или часть B, а также оплачивается совместное страхование и франшизы по части A и части B. Вы можете иметь право на участие либо только в программе QMB, либо и в программе QMB, и в Medicaid. Если лица, зарегистрированные в программе QMB, хотят получать полное страховое покрытие Medicare без наличных расходов, они должны обращаться к поставщикам, 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. Для обеспечения выплат по данным программам штатам ежегодно выделяются средства.
- **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 по месячному доходу и ресурсам для участия в MSP на 2011 г. (после вычетов/исключений)				
	Для лиц, не состоящих в браке		**Для семейных пар**	
	Доход	Ресурсы	Доход	Ресурсы
QMB: 100 % федерального уровня бедности (Federal Poverty Level, FPL)	$907,50	Ограничение отсутствует	$1 225,83	Ограничение отсутствует
SLMB: 120 % FPL	$1 089	Ограничение отсутствует	$1 471	Ограничение отсутствует
QI: 135 % FPL	$1 225,13	Ограничение отсутствует	$1 654,88	Ограничение отсутствует
QWDI: 200 % FPL	$1 835	$6 680	$2 492	$10 020

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 45).
- 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.

Аргументы в пользу сберегательных программ Medicare.

- Лица, зарегистрированные в программе MSP, автоматически получают право на полную субсидию Extra Help для оплаты стоимости рецептурных лекарственных препаратов в рамках плана Medicare, часть D (см. стр. 46).
- 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.

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 – приблизительно десять процентов затрат в рамках программы Medicare – теряются по причине мошенничества, растрат и злоупотребления. 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 и 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 ступнями, 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:

- Чрезмерное использование медицинских услуг и услуг по уходу.
- Некорректное выставление счетов.
- Увеличение стоимости услуг для участников программы Medicare по сравнению с другими пациентами.
- Отказ в исправлении счетов при обнаружении ошибок.
- Отказ от 20%-ного совместного страхования и франшиз.

Что можно и чего нельзя делать участнику программы 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 Problem 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 www.consumer.gov/idtheft**

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 поставщику.

Как сообщить о мошенничестве в отношении программы Medicare

Если вы считаете, что было совершено мошенничество или имело место злоупотребление, позвоните по телефону 1-877-678-4697. Сообщите как можно более подробно следующую информацию:

- Фамилию и имя поставщика или наименование компании, укажите идентификационный номер рядом с фамилией или наименованием.
- 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.

Для того чтобы сообщить о фактах мошенничества или злоупотребления в программе 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 или злоупотребления в отношении планов Medicare, часть D,

позвоните в Medic по телефону 1-877-7SafeRx

Проблема мошенничества и злоупотребления касается всех, и помочь может каждый!

КРАЖА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Федеральная комиссия по торговле (Federal Trade Commission, FTC) предоставляет информацию о том, как защитить персональные данные. Свяжитесь с комиссией FTC для получения информации или подачи жалобы по телефону **1-877-438-4338 или на веб-сайте по адресу www.consumer.gov/idtheft**

Принимайте меры по защите информации о вашем номере участника программы Medicare и номере социального обеспечения, а также даты вашего рождения и любой другой персональной информации, например банковской информации или информации о 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-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 Eligibility

The following eligibility criteria must be met for those age 65+, blind or disabled: Income and Asset Limits, Citizenship/Immigration criteria, and residency.

1. Income and Asset Limits for 2011

Single Individual:

- Maximum monthly income: $767 per month
- Assets: $13,800 (plus $1,500 burial fund)

Married Couple:

- Maximum monthly income: $1,117 per month
- Assets: $20,100 (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, remember that you may be eligible for a Medicare Savings Program to help pay the Medicare premiums and other costs associated with Medicare (see page 63 for more information).

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.

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

Право на участие в программе Medicaid

Лица старше 65 лет, незрячие или нетрудоспособные должны удовлетворять следующим критериям: ограничение по доходам и активам, гражданство/иммиграционный статус, а также место жительства.

1. Ограничения по доходам и активам на 2011 г.

Для лиц, не состоящих в браке:
- максимальный ежемесячный доход: $767 в месяц
- Активы на сумму: $13 800 (дополнительно $1 500 – резерв на ритуальные услуги)

Для семейных пар:
- максимальный ежемесячный доход: $1 117 в месяц
- Активы на сумму: $20 100 (дополнительно $3 000 – резерв на ритуальные услуги)

Существуют определенные **вычеты из дохода**, поэтому даже если размер вашего дохода выше данных сумм, вы можете подать заявление на участие в программе. 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, помните о том, что 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. 64).

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.

2. Citizenship/Immigration

To be eligible for Medicaid, you must be a U.S. citizen or qualified alien.

3. Residency

You must live in New York State to apply for Medicaid in New York State. If you live in New York City, you must apply in New York City; you can apply in any borough, regardless of the borough of residence.

To Apply for Medicaid, you must complete and submit an application. The Access NY Health Care application, form DOH 4220, can be used by anyone applying for Medicaid. Those 65 and over, certified blind or disabled, or applying for skilled nursing care, must also submit Supplement A with the DOH 4220 application. You can access the applications and instructions, in both English and Spanish, at www.nyhealth.gov/nysdoh/fhplus/application.htm.

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 submit the application in person at the office, or drop off a completed application. See page 121 for a listing of Medicaid offices, or call the Human Resources Administration toll free at 1-877-472-8411, or 311.
- Contact a Facilitated Enroller – you can file an application, or drop off a completed application, with the Facilitated Enroller. Facilitated enrollers are community agencies with staff that are trained to help with completing and submitting the Medicaid application. For a list of facilitated enrollers, call 1-877-934-7587 or go to www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/where.htm.
- Submit an application by mail. Mail the completed application along with supporting documents to:

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

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

2. Гражданство/иммиграционный статус

Чтобы иметь право на участие в программе Medicaid, вы должны быть гражданином США или иностранцем, находящимся в стране на законных основаниях.

3. Место жительства

Чтобы подать заявление на участие в программе Medicaid в штате Нью-Йорк, вы должны проживать в штате Нью-Йорк. Если вы живете в городе Нью-Йорк, вы должны подавать заявление в городе Нью-Йорк. Вы можете подавать заявление в любом районе города, не обязательно по месту жительства.

Чтобы подать заявление на участие в программе Medicaid, необходимо заполнить и подать заявление. Желающие принять участие в программе Medicaid должны заполнить бланк заявления (Access NY Health Care), форму DOH 4220. Лица старше 65 лет, которые признаны незрячими или нетрудоспособными, или лица, подающие заявление на получение квалифицированного сестринского ухода, вместе с формой DOH 4220 должны также подать Дополнение А. Вы можете получить формы и указания по заполнению на английском и испанском языках в Интернете по адресу www.nyhealth.gov/nysdoh/fhplus/application.htm.

Куда подавать заявление?

Вы можете выбрать, где подать ваше заявление на участие в программе Medicaid:

- Можно зайти в местное отделение программы Medicaid и передать заявление сотруднику отделения лично или просто оставить его. Список отделений программы Medicaid приведен на странице 122, кроме того, за информацией вы можете обратиться в Управление трудовыми ресурсами по телефону бесплатной линии 1-877-472-8411 или 311.
- Можно связаться с учреждением, проводящим регистрацию, – там вы можете заполнить заявление или оставить заполненное заявление. Учреждения, проводящие регистрацию, являются общественными учреждениями с персоналом, обученным оказывать помощь при заполнении и подаче заявлений на участие в программе Medicaid. Получить информацию о данных учреждениях можно по телефону 1-877-934-7587 или в Интернете по адресу www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/where.htm.
- Можно отправить заявление по электронной почте. Вышлите заполненное заявление вместе с подтверждающими документами по адресу:

  Initial Eligibility Unit
  HRA/Medicaid Assistance Program
  PO 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 be automatically 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 47 for more information) and will pay a reduced amount for the prescription medications. Dual eligibles with incomes under 100% of the Federal Poverty Level will have co-pays of $1.10 generic/$3.30 brand name. Those with incomes over 100% FPL will have co-pays of $2.50 generic/$6.30 brand name. Duals will no longer pay co-pays once the total cost of covered drugs reaches the catastrophic level of $6,447 in 2011.

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

Каким образом осуществляется взаимодействие между программой Medicaid и 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. 48) и будут платить меньше за рецептурные лекарственные препараты. Лица с двойным правом, имеющие доход менее 100 % федерального уровня бедности (Federal Poverty Level), должны будут доплачивать $1,10 за непатентованный/$3,30 за патентованный препарат. Лица с двойным правом, имеющие доход выше 100 % федерального уровня бедности, должны будут доплачивать $2,50 за непатентованный/ $6,30 за патентованный препарат. Лица с двойным правом не будут оплачивать часть стоимости лекарственных препаратов, если общая сумма затрат на лекарственные препараты достигнет в 2011 г. $6 447.

Определенные лекарственные препараты, например безрецептурные препараты, бензодиазепины, барбитураты и витамины, по закону не подлежат покрытию планом части D. Данные препараты будут покрываться в рамках программы Medicaid.

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 who cannot afford to pay the cost of their care must provide the VA with financial information on their annual income and resources. Eligibility for free medical care is based on geographical income thresholds. 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 2011 income and asset net worth threshold is $80,000. If your income is $11,830 or less, then you receive free VA prescriptions. If your income is $29,402 or less and do not have a service connected illness, then you receive free VA Health care. The 2011 Medicare deductible is $1,132. Veterans not eligible for free care are responsible for a co-payment.

Four Basic Types of Co-payments

- **Medication** – Prescription copayment charges were established by Congress. The charge is $8 for each 30 day or less supply of medications provided on an outpatient basis for non service-connected conditions.
- **Outpatient** – The copayments will be based on primary care visits ($15) and specialty care visits ($50).
- **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.
- **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.

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.

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. For more information on TRICARE, call 1-877-363-6337 or visit www.tricare.osd.mil.

ПОСОБИЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ И ПРОГРАММА TRICARE FOR LIFE

Для получения медицинского ухода в учреждениях Управления по делам ветеранов (Department of Veterans Affairs, VA) ветераны должны быть зарегистрированы Управлением. Ветераны могут подавать заявление на получение страхового покрытия в любое время. Ветераны, которые не могу оплатить расходы по медицинскому обслуживанию, должны предоставить VA финансовую информацию о своем годовом доходе и ресурсах. Право на получение бесплатной медицинской помощи основывается на географической предельной сумме дохода. 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 2011 г. составляет $80 000. Если ваш доход составляет менее $11 830, вы будете получать рецептурные препараты от VA бесплатно. Если ваш доход составляет менее $29 402 и у вас нет заболевания, связанного с прохождением военной службы, тогда вы будете получать бесплатное медицинское обслуживание от VA. Франшиза Medicare в 2011 г. составляет $1 132. Ветераны, не имеющие права на бесплатное медицинское обслуживание, вносят доплату.

Четыре основных вида доплат

- **Лекарственные препараты** – сумма доплаты за рецептурные лекарственные препараты была установлена Конгрессом. Данная сумма составляет $8 на запас препаратов на каждые 30 дней, при условии что лечение проходит амбулаторно и состояние не связано с прохождением военной службы.
- **Амбулаторное лечение** – доплата при посещении основного лечащего врача составляет $15, при посещении специалиста – $50.
- **Стационарное лечение** – Конгресс определил, что соответствующая доплата за стационарное лечение складывается из суммы текущего размера франшизы по программе Medicare (Medicare Deductible Rate) за первые 90 дней пребывания в больнице и дополнительной ежедневной оплаты в размере $10.
- **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.

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 поставщиков и отличаются обязательствами по разделению расходов.

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**. Чтобы получить дополнительную информацию о программе TRICARE, позвоните по телефону 1-877-363-6337 или посетите веб-сайт по адресу visit www.tricare.osd.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/hac.

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.

For more information on VA benefits, call 1-877-222-8387 or visit www.va.gov/hac.

Программа медицинского обслуживания гражданских лиц (Civilian Health and Medical Program, CHAMPVA) – это программа медицинского страхования для иждивенцев ветеранов со 100%-ной постоянной и полной нетрудоспособностью. В рамках программы CHAMPVA ежегодная франшиза составляет $50 на человека и $100 на семью в календарный год. Кроме того, имеется совместное страхование с оплатой 25 % общей суммы. Программа CHAMPAVA не имеет списка поставщиков. Большинство поставщиков в рамках программ Medicare и TRICARE также принимают пациентов программы CHAMPVA (не забудьте уточнить у своего поставщика). 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/hac.

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.

Чтобы получить дополнительную информацию в отношении страхового обеспечения VA, позвоните по телефону 1-877-222-8387 или посетите веб-сайт по адресу www.va.gov/hac.

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 for 18 months after you leave your job, or for 29 months if disabled. COBRA is designed to 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, which is generally less expensive than individual private coverage.

If you are on COBRA before you become Medicare eligible, COBRA will stop 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 of starting COBRA coverage in order to avoid Medicare's late enrollment penalty.

******You Might Be Able to Purchase COBRA at a Reduced Cost******

The American Recovery and Reinvestment Act of 2009 (ARRA) provides for premium reductions under the COBRA program. Individuals who were involuntarily terminated from employment between September 1, 2008 - May 31, 2010 may be eligible to pay **only 35 percent** of their COBRA premiums for nine months; the remaining 65 percent is reimbursed to the coverage provider through a tax credit. Subsequent legislation expanded the subsidy to those terminated through May 31, 2010 and increased the length of the subsidy from 9 to 15 months.

Individuals with incomes over $125,000 ($250,000 for married couples) are not eligible for this subsidy. In addition, if you are eligible for other group health coverage (such as through a current employer or a spouse's employer) or Medicare, you are not eligible for this subsidy.

ДРУГИЕ ВАРИАНТЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ НЬЮ-ЙОРКА

COBRA

Федеральный закон предписывает работодателям, имеющим более 20 работников, предоставить им регистрацию в программе COBRA в качестве «продления» страхового покрытия медицинского обслуживания, обеспечиваемого работодателем, в течение 18 месяцев после увольнения с работы и в течение 29 месяцев после потери трудоспособности. 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 или в случае смерти или развода с работающим(ей) супругом(ой). Выбор продления страхового покрытия должен произойти в течение 60 дней с момента уведомления о правах в рамках программы COBRA. Страховые взносы в рамках программы COBRA составляют 102 % суммы, которую работодатель и работник платят плану. Ваш(а) супруг(а) и иждивенцы также имеют право на получение страховых выплат в рамках программы COBRA, что, как правило, дешевле, чем оформление индивидуальной страховки.

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.

******Возможно, вы имеете право приобрести полис COBRA по сниженной цене******

Закон об оздоровлении экономики и реинвестировании 2009 г. (American Recovery and Reinvestment Act, ARRA) предусматривает снижение размера страховых взносов по программе COBRA. Лица, не по своей воле лишившиеся работы в период с 1 сентября 2008 г. по 31 мая 2010 г., возможно, имеют право оплачивать **только 35 процентов** страхового взноса в рамках программы COBRA в течение 9 месяцев; оставшиеся 65 процентов возмещаются поставщику страховых услуг посредством налоговых льгот. В соответствии с последующим законодательством были расширены субсидии для лиц, лишившихся работы до 31 мая 2010 г., и продлен срок выплаты субсидий с 9 до 15 месяцев.

Лица с доходом выше $125 000 долларов ($250 000 долларов для семейных пар) не имеют права на получение данной субсидии. Кроме того, если вы имеете право на другие виды группового страхования (например, через текущего работодателя или работодателя супруга(и)) или на вступление в программу Medicare, вы не имеете право на получение данных субсидий.

Family Health Plus

Family Health Plus (FHP) is a public insurance program for adults between the ages of 19 and 65 who are without health insurance, ineligible for Medicare or Medicaid, and who have limited or no other health insurance coverage. FHP coverage is available only through private HMOs. Some services covered by FHP include:

- Physician services
- Prescription drugs
- Diabetic supplies & equipment
- Chemotherapy, radiation & dialysis
- Inpatient & outpatient coverage
- Vision, speech & hearing services
- Durable medical equipment
- Dental services
- Lab tests & x rays
- Emergency & ambulance coverage
- Drug, alcohol & mental health
- Rehabilitation services

Eligibility:

- You must be a U.S. citizen or be a qualified alien under one of several categories.
- You must be a resident of New York State.
- You must be at least 19 years old, but under age 65.
- Income limits: Up to 100% of the Federal Poverty Level (FPL) for singles and couples without children under age 19 (up to $907 per month for a single person and up to $1,225 per month for couples in 2011). Adults caring for children under age 19 can have incomes up to 150% FPL, for example $1,838 for a household of 2, $2,316 for a family of 3 and $2,793 for a family of 4 in 2011.
- The resource (asset) test has been eliminated for all Family Health Plus applicants/ recipients.

There are no monthly premiums or deductibles for Family Health Plus. Co-pays apply for some FHP beneficiaries for some services; providers cannot deny you care if you cannot pay the co-pays. You can apply for FHP at the local Medicaid office or through a community-based facilitated enroller. Contact the Family Health Plus program at 1-877-934-7587 for the location of your nearest Medicaid office or facilitated enroller for applications and application assistance. Applications can also be filed through the mail, but because the originals of some documents must be presented with the application, it is recommended to apply in person. Visit www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus for more information.

Households with children under age 19 who are uninsured may wish to explore **Child Health Plus (CHP)**. Through CHP, children in families with incomes up to 400% FPL ($7,450/month for a family of four in 20011) can get free or low-cost health insurance. For more information, call 311 and ask for more information on Child Health Plus.

Программа Family Health Plus (FHP)

FHP – государственная программа страхования для совершеннолетних лиц от 19 до 65 лет, не имеющих медицинского страхования, не имеющих права на участие в программах Medicare или Medicaid и имеющих ограниченное страховое покрытие медицинских расходов в рамках других страховых программ или не имеющих такого покрытия. Страхование FHP предоставляют только частные организации медицинского обслуживания (Health Medical Organisations, HMO). Услуги, покрываемые в рамках программы FHP, среди прочего, включают:

- Услуги терапевта
- Рецептурные лекарственные препараты
- Медицинские средства и оборудование для больных диабетом
- Химиотерапия, облучение и диализ
- Амбулаторное и стационарное лечение
- Услуги, связанные с нарушениями зрения, речи и слуха
- Медицинское оборудование длительного использования
- Стоматологические услуги
- Лабораторные анализы и рентген
- Услуги экстренной помощи и санитарного транспорта
- Психическое здоровье и борьба с алкогольной и наркотической зависимостью
- Реабилитационные услуги

Право на участие:

- Вы должны быть гражданином США или иностранцем, находящимся в стране на законных основаниях, и подпадать под определенную категорию.
- Вы должны постоянно проживать в штате Нью-Йорк.
- Вы должны быть в возрасте от 19 до 65 лет.
- Ограничения по доходу: до 100 % федерального уровня бедности (FPL) для лиц, не состояших в браке, и семейных пар, не имеющих детей младше 19 лет (в 2011 г. до $907 в месяц для лиц, не состоящих в браке, и до $1 225 в месяц для семейных пар). Совершеннолетние лица, воспитывающие детей младше 19 лет, могут иметь доход до 150 % FPL, например, $1 838 на семью из 2 человек, $2 316 на семью из 3 человек и $2 793 на семью из 4 человек в 2011 г.
- Заявителям на участие и участникам программы Family Health Plus не нужно проходить процедуру подтверждения ресурсов (активов).

В рамках программы Family Health Plus отсутствуют вычеты и ежемесячные взносы. Для некоторых участников программы FHP в отношении некоторых услуг действуют доплаты. Поставщики не могут отказать в предоставлении услуги, если вы не можете внести доплату. Вы можете подать заявление на участие в программе FHP в местном отделении программы Medicaid или в организации, принимающей заявления на участие в программе. Свяжитесь с программой Family Health Plus по телефону 1-877-934-7587, для того чтобы узнать адрес ближайшего отделения программы Medicaid или учреждения, принимающего заявления на участие в программе и оказывающего помощь в подаче заявления. Заявление можно также подать по почте, но в связи с тем, что нужно предоставлять оригиналы некоторых документов, рекомендуется подавать заявление лично. Посетите веб-сайт по адресу www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus, чтобы получить дополнительную информацию.

Семьи с незастрахованными детьми младше 19 лет, возможно, заинтересует программа **Child Health Plus (CHP)**. В рамках программы CHP дети в семьях с доходом до 400 % FPL ($7 450 долларов в месяц для семьи из четырех человек в 2011 г.) могут получить бесплатное страхование или страхование по сниженным ценам. Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните по телефону 311 и попросите предоставить дополнительные сведения по программе Child Health Plus.

Healthy New York

Healthy New York is reduced cost health insurance for small employers, sole proprietors, and individuals who lost their insurance due to unemployment of self or spouse. Eligibility guidelines for small employers are different than those for individuals and sole proprietors. All Healthy NY coverage is offered through private insurance companies, and monthly premiums vary by plan. Co-payments and deductible amounts are the same for all Healthy NY plans.

For Healthy NY coverage for individuals, one must be between the ages of 19 and 65, and ineligible for Family Health Plus or Medicare. If the individual is covered through COBRA they can apply for Healthy NY instead, or they can apply prior to their COBRA ending. Gross monthly income limits in 2011 are $2,257 for an individual, $3,036 for a household of two, $3,815 for a household of three and $4,594 for a household of four. There are no resource limits.

For additional eligibility information, and eligibility information for small employers and sole proprietors, as well as application information, please contact 1-866-432-5849 or visit www.healthyny.com.

Health Pass

Health Pass is health insurance for the working uninsured and is available to small businesses and sole proprietors. Coverage is offered through several managed care companies. For additional information, please contact 1-212-252-8010, or visit www.healthpass.com.

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 www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc_options.shtml.

Программа Healthy New York

Healthy New York – это программа страхования по сниженным ценам для мелких работодателей, частных предпринимателей и лиц, потерявших страхование в связи с потерей собственной работы или потерей работы супругом/супругой. Критерии наличия права у мелких работодателей отличаются от критериев для частных предпринимателей и лиц, потерявших страховое покрытие. Все покрытие в рамках программы Healthy New York обеспечивается частными страховыми компаниями; размер ежемесячных взносов зависит от плана страхования. Суммы доплат и франшиз одинаковы для всех планов программы Healthy New York.

Для участия в программе Healthy New York частные лица должны быть в возрасте от 19 до 65 лет и не иметь права на участие в программах Family Health Plus и Medicare. Если лицо зарегистрировано в программе COBRA, вместо этого можно зарегистрироваться в программе Healthy New York или подать заявление на участие до окончания срока действия программы COBRA. Ограничения по общему месячному доходу на 2011 г. составляют $2 257 для лиц, не состоящих в браке, $3 036 для семей из двух человек, $2 815 для семей из трех человек и $4 594 для семей из четырех человек. Ограничения по ресурсам отсутствуют.

Чтобы получить дополнительную информацию в отношении прав на участие в программе, а также информацию в отношении прав на участие мелких работодателей, частных предпринимателей и сведения о подаче заявления, позвоните по телефону 1-866-432-5849 или посетите веб-сайт по адресу www.healthyny.com.

Программа Health Pass

Health Pass – это программа страхования для работающих незастрахованных лиц, доступная для владельцев малых предприятий и частных предпринимателей. Услуги страхования предоставляют несколько организаций регулируемого медицинского обслуживания. Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните по телефону 1-212-252-8010 или посетите веб-сайт по адресу www.healthpass.com.

Программа HHC Options

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. Чтобы получить дополнительную информацию, посетите веб-сайт по адресу www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc_options.shtml.

NY Bridge Plan

The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 created the Pre-Existing Condition Insurance Plan (PCIP) which will last until January 2014. NY Bridge Plan is the PCIP in New York State and is administered by GHI. NY Bridge Plan is health insurance coverage which is available to individuals who have a pre-existing condition, have not had insurance for at least 6 months, and who are U.S. Citizens or Residents. There is no minimum age to qualify for this coverage, though one is not eligible if you turn 65 and gain Medicare coverage. Those covered by the plan must see in-network providers except in case of emergency. The monthly premium is $421/month per person in New York City. Applicants must provide proof that they have a pre-existing medical condition. For more information, call (877) 444-9622 or visit www.nybridgeplan.com.

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. You may also contact the NYS Association of Insurance & Financial Planners at 1-212-221-3500.

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.sag.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	1-718-222-1099 www.freelancersunion.org

План NY Bridge

Закон о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании 2010 г. (Patient Protection and Affordable Care Act) стал причиной разработки страхового плана для лиц с ранее существовавшим заболеванием (Pre-Existing Condition Insurance Plan, PCIP), который будет действовать до января 2014 года. План NY Bridge является планом PCIP штата Нью-Йорк, руководство данным планом осуществляет GHI. План NY Bridge является планом страхования, доступным для лиц с ранее существовавшим медицинским состоянием, которые не имели страхового покрытия в течение не менее 6 месяцев и являются гражданами или резидентами США. Нижняя возрастная граница для вступления в данный план отсутствует, хотя лицо старше 65 лет, зарегистрированное по программе Medicare, не имеет права на вступление в данный план. Лица, имеющие страховое покрытие данного плана, обслуживаются поставщиками, входящими в сеть, за исключением случаев предоставления экстренной помощи. Ежемесячный страховой взнос составляет $421 на человека в городе Нью-Йорк. Заявитель должен предоставить доказательство наличия ранее существовавшего заболевания. Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните по телефону (877) 444-9622 или посетите веб-сайт по адресу www.nybridgeplan.com.

Медицинское страхование и предпринимательская деятельность

Работникам ряда профессий предлагается страхование по групповым тарифам. 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. Вы также можете позвонить в Ассоциацию по планированию в области страхования и финансов штата Нью-Йорк (NYS Association of Insurance & Financial Planners) по телефону 1-212-221-3500.

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.sag.org
Союз фрилансеров	Финансовые услуги Некоммерческие организации Технологии СМИ и реклама Искусство, культура и сфера развлечений Специалист по домашнему уходу за детьми Поставщик услуг традиционной или альтернативной медицины Квалифицированный пользователь ПК	1-718-222-1099 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 the Independent Peer Review Organization, IPRO, at 1-800-331-7767 where trained staff will review your case before noon of the day after the beneficiary receives the notice. If you request immediate review by IPRO, you will not be financially responsible for additional hospital charges until noon of the day following your receipt of IPRO's review decision.

Medicare Advantage enrollees may use the plan's appeals process to appeal an inpatient stay denial or they can contact IPRO 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 АПЕЛЛЯЦИИ УЧАСТНИКОВ ПРОГРАММЫ MEDICARE

Все участники программы Medicare защищены одинаковыми правами независимо от того, являетесь ли вы участником одного из базисных планов Medicare или плана Medicare Advantage.

Как участник программы Medicare вы имеете следующие права:

- Получать все необходимое медицинское обслуживание, которое требуется при состоянии вашего здоровья.
- 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 поставщика (PPO) о выписке, должны быть основаны исключительно на ваших медицинских потребностях, а не на каком-либо способе 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 Организацию независимой экспертной оценки (Independent Peer Review Organization, IPRO) по телефону 1-800-331-7767, где квалифицированные специалисты рассмотрят ваше дело до полудня следующего дня после получения заявителем уведомления. Если вы запрашиваете немедленное рассмотрение дела в IPRO, вы не будете нести финансовую ответственность за уплату дополнительных больничных расходов до полудня следующего дня после получения решения IPRO.

Участники плана Medicare Advantage могут использовать процедуру подачи апелляции, предусмотренную планом, для обжалования отказа в стационарном лечении либо они могут связаться с IPRO 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.

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 can be done in advance of needing home care to improve the home surroundings?

- Evaluate the home setting for accessibility in the event of reduced mobility.
- Install safety aids such as handrails on stairs and in the shower, brighter lights and louder telephone rings.
- Remove or reduce hazards such as loose scatter rugs and long electric cords. Place commonly-used items on low shelves.
- Make room for any needed home health care equipment.
- Determine whether another person, not a member of the family, could be accommodated for nighttime duties.

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, болезнь 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 услуги реабилитации, которые могут предоставляться 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.

Какие действия можно предпринять заранее, до наступления потребности в домашнем уходе, чтобы усовершенствовать домашнюю обстановку?

- Оценить домашнюю обстановку на предмет доступности в случае ограничения подвижности.
- Установить элементы безопасности, например поручни на лестнице и в душе, освещение повышенной яркости и телефонный звонок усиленной громкости.
- Устранить объекты, представляющие опасность, или уменьшить их количество, например убрать незакрепленные коврики и длинные электрические шнуры. Поместить часто используемые предметы на нижние полки.
- Освободить место для медицинского оборудования, используемого в домашних условиях.
- Определить возможность размещения дополнительного человека, не являющегося членом семьи, дома для ночных дежурств.

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 $100-150.00 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.

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, or 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.

Какова стоимость долгосрочного ухода?

Стоимость услуг частного помощника, предоставляющего уход на дому, зависит от часов работы, уровня предоставляемых услуг и требуемой квалификации. Если поставщик услуг медицинского ухода 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 долларов в час. Предоставление квалифицированного ухода терапевтами или приходящими медсестрами, например, может обойтись в 100–150 долларов 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.

Кто оплачивает долгосрочный уход?

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, когда:

1. Лицо нуждается в периодических квалифицированных медицинских услугах – физиотерапия, трудовая терапия или логопедия, мониторинг состояния, перевязки, инъекции или 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 может 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:

1. Когда пациент поступает в течение тридцати дней после лечения в стационаре в течение не менее трех дней.
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.

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.

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.

Программа дополнительного страхования Medicare (Medigap)

Начиная с 2010 г. новые полисы Medigap не покрывают восстановительный период в домашних условиях. 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 квалифицированный медицинский уход на дому по программе Medicare.

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 нужны 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 санкции при передаче активов с целью получения права в рамках программы Medicaid на получение услуг в учреждениях (обратите внимание, что штрафные санкции за передачу активов с целью получения страхового покрытия Medicaid не предусмотрены):

- передача активов, 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.

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.

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 2011 under Medicaid, the community spouse may retain a minimum of $74,820 and a maximum of $109,560 in assets and $2,739 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 71.

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.

Как защитить свой «избыточный доход» при участии в программе Medicaid

Нетрудоспособные лица любого возраста, которым предоставляются услуги по программе Medicaid, включая уход на дому, дневной уход за пожилыми людьми, 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 гериатрическому уходу для получения дополнительной информации в отношении планирования наследственного имущества и доверительного фонда особых потребностей.

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 2011 г. по программе Medicaid супруг/супруга может сохранить активы на сумму от $74 820 до $109 560 и доход в размере $2 739 в месяц. Однако, когда за обоими супругами осуществляется уход на дому, защита лица, чей (чья) супруг(а) 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 72.

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 pays for some or all 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.

Long-term care insurance has its benefits and limitations. To make the most informed decision, you must understand the policy's coverage terms. Most long-term care insurance policies pay a fixed dollar amount (for example, a maximum daily benefit of $100) for each day you qualify to receive the designated level of long-term care. Buying a long-term care insurance policy assures at least partial coverage for nursing home, home care and other types of care.

In 2010, several insurance companies raised the premium price for long term care insurance policy holders. If you are a current policy holder 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.

Long-Term Care Insurance: Policy Limitation Definitions

Insurability: All long term care insurance policies are medically underwritten, so companies have the ability to deny you coverage. However, standards vary from company to company, so if one company denies coverage, another may provide it. Overall, you must purchase long term care insurance before you need to use the policy. If you want to buy the insurance because you need the benefits today, you'll have a hard time getting covered.

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's important to disclose all of your medical information truthfully.

Elimination Period or Waiting Period: The period of time (usually 30, 60 or 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. The longer the elimination period a policy designates, the lower the premium.

Benefit Trigger: The conditions that have to exist in order for the policy-holder to become eligible for 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.

СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

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

Страховое покрытие долгосрочного ухода имеет свои преимущества и ограничения. Чтобы принять наиболее взвешенное решение, необходимо понимать условия страхования. Большинство планов страхового покрытия долгосрочного ухода выплачивают фиксированную сумму (например, максимальная дневная выплата $100) за каждый день, в течение которого вы имеете право получать долгосрочный уход определенного уровня. Покупка полиса страхования, покрывающего долгосрочный уход, обеспечивает как минимум частичное покрытие содержания в доме престарелых, ухода на дому и других видов медицинского ухода.

В 2010 г. некоторые страховые компании увеличили размер страхового взноса для держателей полиса страхования долгосрочного ухода. Если вы являетесь держателем 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.

Страховое покрытие долгосрочного ухода: ограничения в рамках полиса

Страховая приемлемость. Все страховые полисы выдаются на базе медицинской информации, поэтому компании могут отказать в предоставлении покрытия. Однако стандарты различаются в зависимости от компании, поэтому если какая-либо компания откажет в предоставлении покрытия, другая компания может его предоставить. Как правило, необходимо получить страховое покрытие долгосрочного ухода до того, как вам придется воспользоваться полисом. Если вы хотите приобрести страховку, потому что вам нужно воспользоваться ею сегодня, вас, скорее всего, не застрахуют.

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. Когда вы подаете заявление на получение страхового покрытия, важно открыто сообщить всю медицинскую информацию о себе.

Вычитаемый период, или период ожидания. Период времени (как правило, 30, 60 или 90 дней), в течение которого вам необходимы услуги по долгосрочному уходу, но до начала периода страхования. В течение данного периода вы оплачиваете 100 % стоимости услуг. Чем продолжительнее вычитаемый период, тем ниже страховой взнос.

Основания для страховых выплат. Условия, необходимые для получения держателем полиса права на страховые выплаты. 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.

Long-Term Care Insurance Benefit Definitions

Daily Benefit: Insurance policies generally pay a fixed dollar amount per day. For example, an individual may select a policy that pays a daily benefit of $200 for nursing home coverage. If the cost of care exceeds your daily benefit amount, you are responsible for the difference. Insurance companies also 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 vary within the nation and within the state, so doing research for 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.

Length of the Benefit: The number of years (usually 3 years, 5 years or 7-10 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.

Inflation Protection: Inflation protection provides increases to the daily benefit amount that helps offset the expected increases in the costs of long term care services. Inflation protection is incorporated into the policy's premium, and benefits continue to increase throughout the life of the policy.

Long-Term Care Insurance Premiums

The individual's age at the time of application is a factor in determining the policy's premium. Other considerations, such as inflation protection, amount of daily benefit or the length of the elimination period, will also affect the premium.

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 2011, taxpayers can deduct the cost of the policy's premium, up to the maximum, by age:

Taxpayer age 40 years and under	$340
Taxpayer age 41-50 years	$640
Taxpayer age 51-60 years	$1,270
Taxpayer age 61-70 years	$3,390
Taxpayer 71 years or older	$4,240

Определения, касающиеся страхового покрытия долгосрочного ухода

Ежедневные страховые выплаты. Страховые полисы, как правило, предусматривают фиксированную сумму в долларах в день.Например, лицо может выбрать полис, в рамках которого ежедневно выплачивается $200 на покрытие услуг, предоставляемых в доме престарелых.Если стоимость услуг превышает ежедневную норму, вы самостоятельно оплачиваете разницу. 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.

Продолжительность страхового покрытия. Количество лет (как правило, 3 года, 5 лет или 7-10 лет), в течение которых полис покрывает услуги долгосрочного ухода, начиная с конца вычитаемого периода. Например, если вы начали получать пособие по полису в возрасте 70 лет, полис на 3 года обеспечит вас страхованием до 73 лет.

Защита от инфляции. Защита от инфляции обеспечивает увеличение ежедневной суммы пособия, что помогает сбалансировать увеличение стоимости услуг долгосрочного ухода. Защита от инфляции включена в размер взноса на полис, и размер страховых выплат, выплачиваемых по полису, продолжает увеличиваться на протяжении всего срока действия полиса.

Страховые взносы за период долгосрочного ухода

Фактором, определяющим размер взноса, является возраст лица, подающего заявление. Также на размер взноса влияют такие факторы, как защита от инфляции, размер ежедневных страховых выплат и проолжительность вычитаемого периода.

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 медицинские расходы, разбитые по статьям, 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 2011 г. налогоплательщики могут вычесть следующую максимальную стоимость страхового взноса в зависимости от возраста:

Возраст налогоплательщика – до 40 лет	$340
Возраст налогоплательщика – от 40 до 50 лет	$640
Возраст налогоплательщика – от 51 до 60 лет	$1 270
Возраст налогоплательщика – от 61 до 70 лет	$3 390
Возраст налогоплательщика – старше 71 года	$ 4 240

Source: IRS Revenue Procedure: 2010-40

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: www.tax.state.ny.us/pdf/2008/fillin/inc/it249_2008_fill_in.pdf.

Instructions can be found at www.tax.state.ny.us/pdf/2005/inc/it249i_2005.pdf.

Types of Long Term Care Insurance Policies

In New York State, there are two types of long term care insurance policies, 1) traditional, non-partnership private insurance; and 2) insurance sold under the New York State Partnership for Long Term Care. Both types of policies can be purchased through an insurance company, certified agent or through some employers who offer long term care insurance as a benefit.

Traditional, non-partnership private insurance policies offer flexibility and customization of options for long term care benefits with a wide range of price points. Typically, the policies are purchased for a specific number of years and are portable throughout the length of the benefit. However, when the length of benefit is finished, if care is still needed, then the individual has to use his/her own resources to cover care expenses.

The New York State Partnership for Long-Term Care program is designed to assist the residents of New York in planning for the cost of long term care. The partnership program combines private long term care insurance with Medicaid Extended Coverage to provide New Yorkers with a lifetime of long term care benefits. To utilize Medicaid Extended Coverage benefits, the beneficiary must reside in New York State.

Here's how it works: After you purchase a partnership policy and you trigger the start of benefits, you will start to use the private insurance policy just like traditional long term care insurance. However, if you exhaust the private portion of the policy's benefits, you will then be able to use the benefits offered through Extended Medicaid without having to "spend down" resources to qualify for Medicaid coverage. 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.

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 1-888-697-7582** or visiting www.nyspltc.org.

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

Источник: Налоговая процедура Налоговой службы США (IRS Revenue Procedure): 2010-40

Налоговый вычет штата Нью-Йорк может быть заявлен как повышенная налоговая льгота в размере 20 % от суммы страхового взноса при указании в налоговой форме IT-249. Налоговую форму IT-249 можно найти по адресу www.tax.state.ny.us/pdf/2008/fillin/inc/it249_2008_fill_in.pdf.

Указания по заполнению приведены по адресу www.tax.state.ny.us/pdf/2005/inc/it249i_2005.pdf.

Типы страховых полисов покрытия долгосрочного ухода

В штате Нью-Йорк существует два типа страховых полисов покрытия долгосрочного ухода: 1) традиционное, частное страхование, предоставляемое компанией, не входящей в партнерство; и 2) страхование в рамках партнерства по долгосрочному уходу штата Нью-Йорк (New York State Partnership for Long Term Care). Полисы данных типов можно приобрести через страховую компанию, сертифицированного агента или работодателя, предлагающего в качестве пособия страховое покрытие долгосрочного ухода.

Традиционное частное страхование, предоставляемое компанией, не входящей в партнерство, предлагает гибкость и индивидуальный подход при подборе вариантов покрытия долгосрочного ухода по различным ценам. Как правило, полис покупается на определенное количество лет и действует в течение всего периода страховых выплат. Однако когда период страховых выплат заканчивается, а необходимость в уходе все еще существует, лицо должно использовать собственные ресурсы для покрытия затрат по уходу.

Программа страхования в рамках партнерства по долгосрочному уходу штата Нью-Йорк создана для предоставления помощи жителям штата Нью-Йорк при планировании стоимости долгосрочного ухода. Партнерская програАмма сочетает в себе частное страховое покрытие долгосрочного ухода с расширенным страхованием по программе Medicaid (Medicaid Extended Coverage) и предоставляет жителям штата Нью-Йорк страховое покрытие долгосрочного ухода на протяжении всей жизни. Чтобы воспользоваться покрытием расширенного страхования по программе Medicaid, лицо должно постоянно проживать в штате Нью-Йорк.

Данная система страхования работает следующим образом: после приобретения полиса у компании партнерства и начала страховых выплат вы пользуетесь частным страховым полисом как традиционным страховым покрытием долгосрочного ухода. Однако если вы израсходуете долю пособия, выплачиваемого в рамках данного полиса частной компанией, вы сможете получать пособие расширенного страхования в рамках программы Medicaid, и вам не придется «снижать уровень дохода», чтобы получить право на участие в программе Medicaid. 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.

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) 1-888-697-7582** или посетив веб-сайт по адресу www.nyspltc.org.

Дополнительную информацию о страховом покрытии долгосрочного ухода можно получить в Интернете по адресу http://www.ins.state.ny.us/ltc/ltc_index.htm.

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.oag.state.ny.us. The forms are free and do not require a lawyer to complete.

NEW

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

ВАШЕ ПРАВО ПРИНИМАТЬ МЕДИЦИНСКИЕ РЕШЕНИЯ ПО ЗАКОНУ

У вас есть право самостоятельно принимать решения в отношении вашего здоровья, 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, больнице или другим поставщикам медицинского обслуживания. У вас есть право получить полную информацию о сущности 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. Обсудите с ними заранее ваши предпочтения в отношении ухода за вами.

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

1. Доверенность на принятие медицинских решений позволяет вам назначать другого человека, способного принимать медицинские решения за вас, в случае если вы не сможете принимать данные 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 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 состояния 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.oag.state.ny.us. Бланки выдаются бесплатно, для их заполнения не требуется присутствие юриста.

НОВОЕ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ

В соответствии с Законом о принятии семейных медицинских решений (Family Health Care Decisions Act) члены семьи или близкий друг могут принимать решения, включая приостановку или прекращение 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, которое называется «медицинским посредником», 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.

ELIGIBILITY CHARTS

MEDICARE 2011

ORIGINAL MEDICARE DEDUCTIBLES, CO-INSURANCE & PREMIUM AMOUNTS

Part A--Hospital Insurance

Deductible	—	$1,132 (per benefit period)
Co-payment	—	$283 per day for the 61st-90thday each benefit period
	—	$566 per day for each "lifetime reserve day"
Skilled Nursing Facility Co-payment	—	$141.50 per day for the 21st-100th day each benefit period

Part B--Medical Insurance

Monthly Premium	—	$115.40
Annual Deductible	—	$162
Co-Insurance	—	20% for most services; 45% for mental health services

Note: 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". If you have less than 30 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be $450 a month**.** If you have 30 to 39 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be $248 per month. These are the Part A premium amounts through December 31, 2011.

КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ

MEDICAREв 2011 г.

СУММЫ ФРАНШИЗ, ДОПЛАТ И СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ ПО БАЗИСНОМУ ПЛАНУ MEDICARE

Часть А: больничное страхование

Франшиза	—	$1 132 долларов (за льготный период)
Доплата	—	$283 доллара в день за период с 61-го по 90-й день каждого периода страховых выплат
	—	$566 долларов в день за каждый резервный день (в течение жизни)
Доплата за учреждение квалифицированного сестринского ухода	—	$141,50 в день за период с 21-го по 100-й день каждого периода страховых выплат

Часть В: медицинское страхование

Ежемесячный взнос	—	$115,40
Ежегодная франшиза	—	$162
Совместное страхование	—	20 % для большинства услуг; 45 % для психиатрических услуг

Примечание. Некоторые категории лиц старше 65 лет не удовлетворяют требованиям Управления социального обеспечения (SSA) в отношении **больничного страхования (план части А), в рамках которого отсутствуют страховые взносы.** 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. Если вы пользовались социальным обеспечением в течение менее 30 кварталов, сумма страхового взноса в рамках плана части А составит $450 в месяц**.** Если вы пользовались социальным обеспечением в течение 30–39 кварталов, сумма страхового взноса в рамках плана части А составит $248 в месяц. Данные суммы взносов в отношении части А действуют по 31 декабря 2011 г. включительно.

Medicare Savings Programs for Low-Income Medicare Beneficiaries (2011)

	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.	$907.50*	$1,225.83
SLMB - Specified Low-Income Medicare Beneficiary Levels State pays Medicare Part B premium only.	$1,089	$1,471
QI - Qualifying Individuals State pays Medicare Part B premium only.	$1,225.13	$1,654.88

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

MEDICAID 2011

Standard Medicaid

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

	Monthly Income	Assets
Individual	$767	$13,800
Couple	$1,117	$20,100

**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.*

Сберегательные программы Medicare для участников программы с низким доходом (2011 г.)

	Ограничение месячного дохода (после всех налоговых вычетов/ исключений)	
	Для лиц, не состоящих в браке	**Для семейных пар**
Программа QMB (программа для правомочных участников Medicare) **Штат Нью-Йорк оплачивает страховые взносы, франшизы и совместное страхование для лиц, автоматически имеющих право на участие в плане части A.**	$907,50*	$1 225,83
Программа SLMB (программа для правомочных участников программы Medicare с низким доходом) **Штат оплачивает только страховой взнос для участия в плане Medicare части B.**	$1 089	$1 471
Программа QI (программа для правомочных лиц) **Штат оплачивает только страховой взнос для участия в плане Medicare части B.**	$1 225,13	$1 654,88

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

MEDICAID 2011

Стандартная программа Medicaid

Максимальные уровни дохода и активов* для лиц с нарушениями зрения, нетрудоспособностью или старше 65 лет:

	Месячный доход	Активы
Для лиц, не состоящих в браке	$767	$13 800
Для семейных пар	$1 117	$20 100

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

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:
Resources: $74,820 minimum; $109,560 maximum **Income:** $2,739 monthly.

In NYC, the Medicaid payment rate is $9,636 a month towards the care of a nursing home resident.

Medicare Savings Programs for Low-Income Medicare Beneficiaries (2011)

	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.**	$907.50*	$1,225.83
SLMB - Specified Low-Income Medicare Beneficiary Levels **State pays Medicare Part B premium only.**	$1,089	$1,471
QI - Qualifying Individuals **State pays Medicare Part B premium only.**	$1,225.13	$1,654.88

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

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(а) 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 может иметь:
ресурсы: не менее $74 820, не более $109 560 **Доход:** $2 739 ежемесячно.

В г. Нью-Йорк тариф оплаты Medicaid за услуги ухода, оказываемые в доме престарелых, составляет $9 636 в месяц.

Сберегательные программы Medicare для участников программы с низким доходом (2011)

	Ограничение месячного дохода (после налоговых вычетов/ исключений)	
	Для лиц, не состоящих в браке	**Для семейных пар**
Программа QMB (программа для правомочных участников Medicare) **Штат Нью-Йорк оплачивает страховые взносы, франшизы и совместное страхование для лиц, автоматически имеющих право на участие в плане части A.**	$907,50*	$1 225,83
Программа SLMB (программа для правомочных участников программы Medicare с низким доходом) **Штат оплачивает только страховой взнос для участия в плане Medicare части B.**	$1 089	$1 471
Программа QI (программа для правомочных лиц) **Штат оплачивает только страховой взнос для участия в плане Medicare части B.**	$1 225,13	$1 654,88

**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.*

MEDICARE 2011 Chart for Higher Income
Part B Premiums and Part D Surcharge

Modified Adjusted Gross Income (MAGI)	Part B Monthly Premium	Prescription Drug Coverage Monthly Premium Amount
Individuals with a MAGI of $85,000 or **less** / Married couples with a MAGI of $170,000 or **less**	2011 Standard Premium = $115.40	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	Standard Premium + $46.10	Your Plan Premium + $12.00
Individuals with a MAGI **above** $107,00 up to $160,000 / Married couples with a MAGI **above** $214,000 up to $320,000	Standard Premium + $115.30	Your Plan Premium + $31.10
Individuals with a MAGI **above $160,000 up to $214,000 /** **Married couples with a MAGI above $320,000 up to $428,000**	Standard Premium + $184.50	Your Plan Premium + $50.10
Individuals with a MAGI **above** $214,000 / Married couples with a MAGI **above** $428,000	Standard Premium + $235.70	Your Plan Premium +$69.10

For more information see the Social Security Administration webpage at www.ssa.gov

MEDICARE 2011 Таблица для лиц с повышенным уровнем дохода
Взносы в рамках плана части B и доплата за участие в плане части D

Модифицированный скорректированный валовой доход (Modified Adjusted Gross Income, MAGI)	Ежемесячный взнос по плану части B	Размер ежемесячного взноса по программе страхового покрытия рецептурных препаратов
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI в размере **не более** $85 000 / Семейные пары, имеющие MAGI в размере **не более $170 000**	Стандарт на 2011 г. Страховой взнос = $115,40	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 в размере **от** $170 000 до $214 000	Стандартный размер страхового взноса + $46,10	Страховой взнос в рамках вашего плана + $12,00
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI в размере **от** $107 000 до $160 000 / Семейные пары, имеющие MAGI в размере **от** $214 000 до $320 000	Стандартный размер страхового взноса + $115,30	Страховой взнос в рамках вашего плана + $31,10
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI в размере **от $160 000 до $214 000 /** **Семейные пары, имеющие MAGI в размере от $320 000 до $428 000**	Стандартный размер страхового взноса + $184,50	Страховой взнос в рамках вашего плана + $50,10
Лица, не состоящие в браке и имеющие MAGI в размере **более** $214 000 / Семейные пары, имеющие MAGI в размере **более** $428 000	Стандартный размер страхового взноса + $235,70	Страховой взнос в рамках вашего плана +$69,10

Чтобы получить дополнительную информацию, посетите веб-сайт Управления социального обеспечения по адресу www.ssa.gov.

RESOURCES

NYC HIICAP Helpline www.nyc.gov/html/dfta/html/senior/hiicap.shtml	311
Department for the Aging www.nyc.gov/html/dfta/html/home/home.shtml	311
AARP www.aarp.org	1-212-758-1411
Access-A-Ride www.mta.info/mta/ada/paratransit.htm	1-877-337-2017
Advocacy, Counseling and Entitlement Services Project (ACES)	1-212-614-5552
Attorney General Bureau of Consumer Fraud and Protection www.oag.state.ny.us	1-800-771-7755
Catholic Charities of NY www.catholiccharitiesny.org	1-212-371-1000
Center for the Independence of the Disabled in New York www.cidny.org	1-212-674-2300
Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) www.cms.gov	1-800-MEDICARE
Child Health Plus http://www.health.state.ny.us/nysdoh/chplus/index.htm	1-800-698-4543
Community Service Society of NY www.cssny.org	1-212-254-8900
Eldercare Locator www.eldercare.gov	1-800-677-1116
Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm	1-800-332-3742
Family Health Plus www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/what_is_fhp.htm	1-877-934-7587
Federation of Protestant Welfare Agencies www.fpwa.org	1-212-777-4800
Health Pass www.healthpass.com	1-888-313-7277
Healthy NY www.healthyny.com	1-866-HEALTHY NY
HEAR NOW (provides hearing aids to people with limited resources) www.sotheworldmayhear.org/hearnow/	1-800-648-4327
Health and Hospitals Corporation (HHC Options) http://www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc_options.shtml	311
HRA info line – for all HRA programs, including Food Stamps, Public Assistance and Medicaid	1-877-472-8411
Hospice Foundation of America www.hospicefoundation.org	1-800-854-3402
Institute for the Puerto Rican/Hispanic Elderly www.iprhe.org	1-212-677-4181
IPRO (inpatient-quality of care complaints)	1-800-331-7767

РЕСУРСЫ

Телефон справочной службы NYC HIICAP www.nyc.gov/html/dfta/html/senior/hiicap.shtml	311
Департамент по делам пожилых лиц (Department for the Aging, DFTA) www.nyc.gov/html/dfta/html/home/home.shtml	311
Американская ассоциация пенсионеров (AARP) www.aarp.org	1-212-758-1411
Access-A-Ride www.mta.info/mta/ada/paratransit.htm	1-877-337-2017
Проект по предоставлению услуг в сфере защиты прав, консультирования и социальной помощи (Advocacy, Counseling and Entitlement Services Project, ACES)	1-212-614-5552
Комитет при генеральной прокуратуре по борьбе с мошенничеством и защите потребителей (Attorney General Bureau of Consumer Fraud and Protection) www.oag.state.ny.us	1-800-771-7755
Католические благотворительные организации Нью-Йорка (Catholic Charities of NY) www.catholiccharitiesny.org	1-212-371-1000
Центр независимости инвалидов Нью-Йорка (Center for the Independence of the Disabled in New York) www.cidny.org	1-212-674-2300
Центры обслуживания Medicare и Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) www.cms.gov	1-800-MEDICARE
Программа Child Health Plus http://www.health.state.ny.us/nysdoh/chplus/index.htm	1-800-698-4543
Общество социальных услуг Нью-Йорка (Community Service Society of NY) www.cssny.org	1-212-254-8900
Eldercare Locator www.eldercare.gov	1-800-677-1116
Программа страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых граждан (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm	1-800-332-3742
Программа Family Health Plus www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/what_is_fhp.htm	1-877-934-7587
Федерация протестантских агентств социального обеспечения (Federation of Protestant Welfare Agencies) www.fpwa.org	1-212-777-4800
Программа Health Pass www.healthpass.com	1-888-313-7277
«Здоровый Нью-Йорк» (Healthy NY) www.healthyny.com	1-866-HEALTHY NY
«УСЛЫШЬТЕ СЕЙЧАС» (HEAR NOW) (предоставление слуховых аппаратов людям с ограниченными ресурсами) www.sotheworldmayhear.org/hearnow/	1-800-648-4327
Корпорация здравоохранения и медицинских учреждений (Health and Hospitals Corporation, HHC Options) http://www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc_options.shtml	311
Информационная линия Управления трудовыми ресурсами (HRA) – для всех программ HRA, включая продовольственные талоны, социальную помощь и программу Medicaid	1-877-472-8411
Фонд хосписов Америки (Hospice Foundation of America) www.hospicefoundation.org	1-800-854-3402
Институт проблем пожилых пуэрториканцев/испаноязычных граждан (Institute for the Puerto Rican/Hispanic Elderly) www.iprhe.org	1-212-677-4181
Организация независимой экспертной оценки (IPRO) (жалобы в отношении качества стационарного лечения)	1-800-331-7767

RESOURCES

IPRO (to appeal hospital discharge) www.ipro.org	1-800-446-2447
LawHelp.org (to search for legal services, including pro bono) www.lsny.org	
Long Term Care Insurance Resource Center	1-212-676-0629
Medicaid hospital discharge appeals (IPRO)	1-800-648-4776
Medicaid referral for providers accepting Medicaid	1-800-541-2831
Medicare Coordination of Benefits	1-800-999-1118
Medicare Fraud Hotline (Office of the Inspector General, DHHS)	1-800-447-8477
Medicare Hotline	1-800-MEDICARE
Medicare Rights Center www.medicarerights.org	1-800-333-4114
National Council on Aging www.ncoa.org	
National Health Information Center www.health.gov/nhic	1-800-336-4797
New York Prescription Saver Card https://nyprescriptionsaver.fhsc.com	1-800-788-6917 TTY 1-800-290-9138
NYC Department of Health www.nyc.gov/html/doh/htm	311
NYC Long Term Care Ombudsman Program www.nyfsc.org/services/ombuds.html	1-212-962-2720
NYS Department of Health-HMO complaints	1-800-206-8125
NYS Insurance Department www.ins.state.ny.us	1-800-342-3736
NYS Insurance Department (in New York City)	1-212-480-6400
NYS Medicaid Helpline www.nyhealth.gov/health_care/medicaid	1-800-541-2831
NYS Office for the Aging Senior Citizen Helpline www.aging.ny.gov	1-800-342-9871
NYS Office of Professional Medical Conduct (physician quality control complaints)	1-800-663-6114
NYU Dental Clinic www.nyu.edu/dental	1-800-998-9800
Railroad Retirement Information www.rrb.gov	1-800-833-4455
SMP (formerly Senior Medicare Patrol) in NYS	1-877-678-4697
Social Security Administration www.socialsecurity.gov	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778
United Jewish Communities www.ujc.org	1-212-284-6500
United States Department of Veterans Affairs www.va.gov	1-800-827-1000

РЕСУРСЫ

Организация независимой экспертной оценки (IPRO) (обжалование выписки из стационара) www.ipro.org	1-800-446-2447
LawHelp.org (поиск юридических услуг, в т. ч. благотворительных) www.lsny.org	
Ресурсный центр страхового покрытия долгосрочного ухода (Long Term Care Insurance Resource Center)	1-212-676-0629
Обжалование выписки из стационара в рамках программы Medicaid (IPRO)	1-800-648-4776
Информация о поставщиках, предоставляющих услуги в рамках программы Medicaid	1-800-541-2831
Координация страховых выплат по программе Medicare	1-800-999-1118
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) www.medicarerights.org	1-800-333-4114
Национальный совет по делам пожилых граждан (National Council on Aging) www.ncoa.org	
Национальный медико-информационный центр (National Health Information Center) www.health.gov/nhic	1-800-336-4797
Дисконтная карта на приобретение рецептурных лекарственных препаратов в Нью-Йорке (New York Prescription Saver Card) https://nyprescriptionsaver.fhsc.com	1-800-788-6917 Линия TTY: 1-800-290-9138
Департамент здравоохранения города Нью-Йорк (NYC Department of Health) www.nyc.gov/html/doh/htm	311
Программа омбудсмена по долгосрочному уходу города Нью-Йорк (NYC Long Term Care Ombudsman Program) www.nyfsc.org/services/ombuds.html	1-212-962-2720
Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (NYS Department of Health) - жалобы в отношении организаций медицинского обслуживания	1-800-206-8125
Департамент страхования штата Нью-Йорк (NYS Insurance Department) www.ins.state.ny.us	1-800-342-3736
Департамент страхования штата Нью-Йорк (NYS Insurance Department) в городе Нью-Йорк	1-212-480-6400
Справочная служба программы Medicaid штата Нью-Йорк www.nyhealth.gov/health_care/medicaid	1-800-541-2831
Справочная служба управления по делам пожилых граждан штата Нью-Йорк (NYS Office for the Aging Senior Citizen) www.aging.ny.gov	1-800-342-9871
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) www.nyu.edu/dental	1-800-998-9800
Информация о пенсионном обеспечении работников железнодорожного транспорта www.rrb.gov	1-800-833-4455
Главное управление Medicare по борьбе с нарушениями (Senior Medicare Patrol, SMP) штата Нью-Йорк	1-877-678-4697
Управление социального обеспечения (Social Security Administration) www.socialsecurity.gov	1-800-772-1213 Линия TTY: 1-800-325-0778
Союз еврейских общин (United Jewish Communities) www.ujc.org	1-212-284-6500
Управление по делам ветеранов США (United States Department of Veterans Affairs) www.va.gov	1-800-827-1000

Resources for Free or Low Cost Prescription Medications

RX Hope – Apply for discounted and free medications directly through this website.
www.rxhope.com or 1-877-979-4673

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

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

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

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

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

National Organization for Rare Diseases (NORD) – Helps uninsured or underinsured individuals with certain health conditions to access needed medications. www.rarediseases.org/programs/medication

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

A senior-specific portal to information geared specifically to seniors – www.seniors.gov

Ресурсы для получения рецептурных препаратов бесплатно или по сниженным ценам

RX Hope – сайт, где можно подать заявление на получение бесплатных препаратов или препаратов по сниженным ценам.
www.rxhope.com или по телефону 1-877-979-4673

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.
www.pparx.org или 1-888-4PPA-NOW

Поиск страховых программ – сервис помощи в поиске доступных пособий и услуг.
www.benefitscheckup.org

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

Национальная ассоциация аптечных управлений (National Association of Boards of Pharmacies, NABP) – Интернет-поиск аптек, имеющих сертификат безопасного дистрибьютора.
www.nabp.net

Together Rx Access – дисконтная карта на приобретение рецептурных препаратов, доступная лицам, не являющимся участниками программы Medicare, не имеющих страхового покрытия рецептурных препаратов, чей доход соответствует нормаам.
www.togetherrxaccess.com

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

Другие Интернет-ресурсы

Департамент труда (Department of Labor) – информация о программе COBRA, программе для больных антракозом и т. д. – www.DOL.gov

Сравнение планов стоматологических услуг (Dental Plan Comparison) – www.dentalplans.com

Управление здравоохранения и социального обеспечения (Health and Human Services Administration) – www.hhs.gov

HealthFinder.gov – информация о доступности услуг при различных заболеваниях

Families USA – информация о политике в области здравоохранения – www.familiesusa.org

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

Форум о государственной политике в области здравоохранения (National Health Policy Forum) – www.nhpf.org

Портал, обеспечивающий доступ к информации для пожилой аудитории – www.seniors.gov

MEDICAID OFFICES IN NEW YORK CITY

Medicaid applicants can call the Medicaid Helpline at (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.

Citywide Medicaid Office:

Central Medicaid Office, 340A West 34th Street. New York, NY 10001 (888) 692-6116

Manhattan

Bellevue Hospital: 462 First Avenue & 27th Street, Admin. Bldg "G" Link, 1st Fl.
(212) 679-7424

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 1A05. (718) 920-1070

Morrisania Diagnostic & Treatment Center: 1225 Gerard Avenue, Basement.
(718) 960-2752/2799

Bronx Lebanon Hospital: 1316 Fulton Avenue, 1st Floor. (718) 860-4634/4635

Brooklyn

Boreum Hill Medicaid Office: 35 Fourth Avenue. (718) 623-7427/7428

Coney Island Medicaid Office: 30-50 West 21st Street. (718) 333-3000/3001

Bushwick Medicaid Office: 30 Thornton Street, Basement. (718) 963-4454

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

Queens

Jamaica Medicaid Office: 165-08 88th Avenue, 6th floor. (718) 883-8264

Elmhurst Hospital Medicaid Office: 79-01 Broadway, Room D4-17. (718) 476-5904

Far Rockaway Medicaid Office: 219 Beach 59th Street, 2nd floor. (718) 634-6910

Staten Island

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

ОТДЕЛЕНИЯ MEDICAID В Г. НЬЮ-ЙОРК

Лица, подающие заявления на участие в программе Medicaid, могут позвонить в справочную службу программы Medicaid по телефону (888) 692-6116 и узнать, где находится ближайшее отделение, режим работы данного отделения и получить справку. Жители города Нью-Йорк могут обратиться в отделение в любом из пяти районов.

Городское отделение Medicaid:

Central Medicaid Office, 340A West 34th Street. New York, NY 10001 (888) 692-6116

Манхэттен

Больница Bellevue: 462 First Avenue & 27th Street, административное здание “G”, 1-й этаж. (212) 679-7424

Больница Metropolitan: 1901 First Avenue, 1-й этаж, кабинет 1D-27 (вход на пересечении 97th Street и 2nd Ave.). (212) 423-7006

Отделение Medicaid Chinatown: 115 Christie Street, 5-й этаж. (212) 334-6114

Отделение Medicaid Manhattanville: 520-530 West 135th Street, 1-йэтаж. (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

Больница Bronx Lebanon: 1316 Fulton Avenue, 1-й этаж. (718) 860-4634/4635

Бруклин

Отделение Medicaid Boreum Hill: 35 Fourth Avenue. (718) 623-7427/7428

Отделение Medicaid Coney Island: 30-50 West 21st Street. (718) 333-3000/3001

Отделение Medicaid Bushwick : 30 Thornton Street, цокольный этаж. (718) 963-4454

Лечебно-диагностический центр восточного Нью-Йорка: 2094 Pitkin Avenue, цокольный этаж. (718) 922-8292/8293

Больница округа Кингс: 441 Clarkson Avenue, Здание “T”, здание медсестер, 1-й этаж. (718) 221-2300/2301

Квинс

Отделение Medicaid Jamaica: 165-08 88th Avenue, 6-йэтаж. (718) 883-8264

Отделение Medicaid больницы Elmhurst : 79-01 Broadway, кабинет D4-17. (718) 476-5904

Отделение Medicaid Far Rockaway: 219 Beach 59th Street, 2-й этаж. (718) 634-6910

Стейтен-айленд

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

NOTES

ПРИМЕЧАНИЯ

A Complete Guide To Health Care Coverage For Older New Yorkers

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

2011