



oto *twój* przewodnik pacjenta.

**Plan Meridian Medicaid
dla mieszkańców stanu Illinois**

Obowiązuje od 29 sierpnia 2023 r.

ważne numery telefonu i kontakty

Potrzebujesz pomocy? Oto przydatne numery.

Meridian:

Centrum Obsługi Pacjentów
866-606-3700 (TTY: 711)

Usługi transportowe (nie w sytuacjach awaryjnych)
866-796-1165

Usługi dla Zdrowia Psychicznego
866-796-1167

Zespół ds. Usług Farmaceutycznych
855-580-1688 (TTY: 711)

Całodobowa infolinia z poradami pielęgniarskimi
866-606-3700

Kontakt z nami jest możliwy również za pośrednictwem member.ILmeridian.com

Departament Opieki Zdrowotnej i Usług Rodziny stanu Illinois (Illinois Department of Healthcare and Family Services, HFS):

**Usługi rejestracji klientów dla stanu Illinois
(Client Enrollment Services, CES)**
877-912-8880 (TTY: 866-565-8576)

Programy dla kobiety, niemowląt i dzieci (WIC)
217-782-2166

Lokalny oddział HFS można znaleźć na stronie www.dhs.state.il.us, klikając „DHS Office Locator” (Wyszukiwarka oddziałów DHS) w części „About DHS” (O nas).

W sytuacjach awaryjnych:

Zadzwoń pod numer 911

spis treści

Centrum Obsługi Pacjentów	5	Usługi refundowane częściowo	17
Karty identyfikacyjne pacjenta	5	Usługi nierefundowane	17
Otwarte zapisy	6	Usługi dentystyczne	17
Sieć placówek	6	Badania wzroku	19
Dostawca podstawowej opieki zdrowotnej (PCP)	7	Usługi farmaceutyczne	19
Jak zmienić PCP	7	Usługi transportowe	20
Lekarz dla kobiet (Women’s Healthcare Provider, WHCP)	8	Usługi dla zdrowia psychicznego	21
Planowanie rodziny	8	Dodatkowe świadczenia	21
Opieka specjalistyczna	8	Dodatkowe korzyści	22
Umawianie wizyt	9	Udział w kosztach	23
Komisje ds. pacjentów	9	Koordinacja opieki	23
Całodobowa infolinia z poradami pielęgniarskimi	9	Programy wspomaganie zdrowia	24
Pomoc w pilnych przypadkach	10	Profilaktyka grypy	25
Opieka w stanach nagłych	10	Spółdzielcze zasoby opieki medycznej	26
Opieka po ustabilizowaniu sytuacji	11	Program ograniczania świadczeń	27
Usługi refundowane	11	Oświadczenia na wypadek przyszłego leczenia	27
Refundowane usługi medyczne	12	Skargi i odwołania	27
Refundowane usługi domowe i środowiskowe (tylko dla uprawnionych klientów)	15	Prawa i obowiązki	33
Usługi refundowane w ramach programu Długoterminowych Usług Zarządzanych i Wsparcia (Managed Long Term Services and Supports, MLTSS)	16	Oszustwa, nadużycia i zaniedbania	34
		Definicje	35

Centrum Obsługi Pacjentów Meridian

866-606-3700 (TTY: 711)

Od poniedziałku do piątku, w godzinach 8:00 do 17:00.

Zasięg działalności

Meridian obejmuje swoim zasięgiem wszystkie hrabstwa stanu Illinois. Przeprowadzasz się? Pamiętaj, aby zadzwonić do lokalnego oddziału HFS oraz do Centrum Obsługi Pacjentów Meridian i podać nowy adres.

poznaj swój nowy plan ubezpieczenia zdrowotnego.

Witamy w Meridian! Cieszymy się, że jesteś z nami.

Ten przewodnik pomoże Ci w pełni skorzystać z planu Meridian. Znajdziesz tu informacje na temat zakresu ubezpieczenia i świadczeń. Dowiesz się też, jak znaleźć lekarza, otrzymać bezpłatnie receptę i nie tylko.

Masz pytania? Służymy pomocą. Wystarczy zadzwonić pod numer 866-606-3700. Jesteśmy dostępni od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 17:00.



Centrum Obsługi Pacjentów jesteśmy tutaj, aby Cię wspierać.

Centrum Obsługi Pacjentów Meridian pomoże Ci w pełni wykorzystać zakres Twojego ubezpieczenia zdrowotnego. Zadzwoń do nas pod numer **866-606-3700** (TTY: **711**), od poniedziałku do piątku, w godzinach 8:00 do 17:00. Odpowiemy na pytania dotyczące Twojego planu lub pomożemy Ci:

- Uzyskać więcej informacji na temat świadczeń
- Znaleźć dostawcę podstawowej opieki zdrowotnej (PCP)
- Zmienić dostawcę podstawowej opieki zdrowotnej
- Uzyskać nową Kartę identyfikacyjną pacjenta lub nowy egzemplarz podręcznika
- Zmienić adres lub numer telefonu
- Złożyć skargę

Zanim wybierzesz numer, przygotuj swój numer identyfikacyjny Illinois Medicaid. Numer ten znajdziesz na swojej Karcie identyfikacyjnej pacjenta (patrz niżej).

Masz pytanie natury medycznej? Całodobowa infolinia z poradami pielęgniarskimi pomoże Ci znaleźć odpowiedź. Możesz w każdej chwili porozmawiać z wykwalifikowaną pielęgniarką, dzwoniąc pod numer **866-606-3700**. Jesteśmy również dostępni 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, aby udzielić informacji o przystępujących świadczeniach.



Karty identyfikacyjne pacjenta informacje o *karcie* identyfikacyjnej pacjenta

Karta identyfikacyjna powinna trafić do Ciebie pocztą. Zawsze noś swoją kartę przy sobie. Zawiera ona ważne informacje i telefony. Korzystając z usług medycznych, musisz okazać Kartę identyfikacyjną pacjenta.

Nie otrzymałeś/-aś karty lub chcesz ją wymienić? Zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów.

Jak znaleźć przydatne informacje na Karcie identyfikacyjnej pacjenta

- 1 Twoje imię i nazwisko
- 2 Nazwa planu
- 3 Stanowy numer identyfikacyjny Medicaid
- 4 Dane dostawcy podstawowej opieki zdrowotnej (PCP)
- 5 Data rozpoczęcia:
- 6 Numer Centrum Obsługi Pacjentów
- 7 Numer całodobowej infolinii z poradami pielęgniarskimi
- 8 Jak wysyłać roszczenia (tylko dla świadczeniodawców)
- 9 Numer dot. usług dla zdrowia psychicznego
- 10 Numer dot. usług stomatologicznych
- 11 Numer dot. usług transportowych
- 12 Informacje o zakresie usługi wystawiania recept dla lekarzy



Regulatory Agency –
Healthcare and Family Services

ILMeridian.com

Member Name: John Sample ①
Plan Name: HealthChoice Illinois ②
Medicaid ID: 123456789 ③
Member Services: 866-606-3700 (TTY: 711) ④

PCP: Jane Smith ⑤
Phone: 555-555-5555

RxBIN: 003858 **RxPCN:** MA **Group:** 2EHA ⑥

Effective Date: 06/03/2023 ⑦

Send claims to: ⑧
Meridian
PO Box 4020
Farmington, MO 63640-4402

Pharmacy Help Desk: 833-750-4407 ⑨
24/7 Nurse Advice Line: 866-606-3700 ⑩
Behavioral Health: 866-606-3700 ⑪
Dental: 866-245-2770 ⑫
Transportation: 866-796-1165 ⑬



Otwarte zapisy

co oznacza określenie „otwarte zapisy”?

Raz do roku pacjent może zmienić plan opieki zdrowotnej w szczególnym okresie o nazwie „otwarte zapisy”. Dział rejestracji klientów (Client Enrollment Services, CES) przyśle Ci pismo dotyczące otwartych zapisów na około 60 dni przed upływem rocznicy. Rocznicą to dzień, w którym mija rok od daty rozpoczęcia obowiązywania Twojego planu.

W okresie otwartych zapisów masz 60 dni na zmianę planu. Aby tego dokonać, zadzwoń do CES pod numer **877-912-8880**. Po upływie 60 dni, bez względu na to, czy plan został zmieniony, możliwość zmiany zostanie zablokowana na 12 miesięcy. W razie pytań dotyczących zapisów i rezygnacji z usług Meridian, zadzwoń do CES pod numer **877-912-8880** (TTY: 866-565-8576).



Sieć placówek

czym jest sieć placówek?

Sieć placówek to grupa świadczeniodawców, z którymi Meridian posiada umowę o świadczenie usług medycznych. Do naszej sieci należą:

- Dostawcy podstawowej opieki zdrowotnej (PCP)
- Specjaliści
- Szpitale
- Oddziały ratunkowe
- Okuliści
- Specjaliści zdrowia psychicznego
- Stomatolodzy
- Apteki
- Inni dostawcy usług opieki zdrowotnej

Lista placówek należących do naszej sieci jest dostępna w Spisie placówek Planu Meridian Medicaid. W spisie placówek zawarto także informacje na temat poszczególnych podmiotów. Informacje te obejmują: adres, godziny pracy, certyfikaty i status, kwalifikacje zawodowe i języki w których zapewniana jest obsługa. Mogą też zawierać informacje na temat szkół ukończonych przez lekarzy oraz miejsc odbywania stażu.

Spis placówek można znaleźć na stronie findaprovider.ILmeridian.com. Zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów, jeśli chcesz otrzymać drukowany egzemplarz Spisu. Centrum Obsługi Pacjentów pomoże Ci także w znalezieniu lekarza, który mówi w języku, który preferujesz. Dodatkowym źródłem informacji na temat języków, którymi władają lekarze, jest spis Meridian. Możesz ponadto skontaktować się z Centrum Obsługi Pacjentów podczas wizyty i porozmawiać z osobą z personelu w preferowanym języku w sprawie jakiegokolwiek potrzeby medycznej.

Korzystanie z placówek należących do sieci Meridian jest obowiązkowe. Jeśli w naszej sieci nie ma placówki, która świadczyłaby potrzebne Ci usługi, możesz wybrać się do placówki spoza sieci. W takim przypadku wymagane jest uprzednie zezwolenie. Zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700**, aby uzyskać pomoc w otrzymaniu zezwolenia. Firma Meridian ma obowiązek w odpowiedni i terminowy sposób zapewnić możliwość skorzystania z usług placówki spoza sieci, pod warunkiem że jest to możliwe, oraz zagwarantować, że koszt nie będzie wyższy niż wyniósłby w przypadku usługi świadczonej w ramach sieci.



Dostawca podstawowej opieki zdrowotnej (PCP)

co to jest PCP?

Dostawca podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) odpowiada za większą część Twojej opieki zdrowotnej. Jeśli będzie potrzebna pomoc specjalisty, PCP odeśle Cię do właściwego lekarza. W ramach Planu Meridian Medicaid możesz wybrać swojego PCP. Może to być jeden PCP dla całej rodziny lub inny PCP dla każdego członka rodziny.

PCP jest osobą pierwszego kontaktu, która monitoruje Twoją dokumentację medyczną, kieruje do specjalistów i udziela porad lekarskich, rozumiejąc Twoje potrzeby zdrowotne. PCP pomoże Ci zapobiegać chorobom i dbać o zdrowie. Możesz chodzić na wizyty do swojego PCP w prywatnej praktyce lub w ośrodku zdrowia, takim jak Federalnie Kwalifikowany Ośrodek Zdrowia (Federally Qualified Health Center, FQHC) lub Wiejski Ośrodek Zdrowia (Rural Health Clinic, RHC).

Możesz wybrać jednego z tych dostawców jako PCP:

- Lekarza ogólnego
- Lekarza rodzinnego
- Pielęgniarka podstawowej opieki (ze specjalnym przeszkoleniem)

- Asystenta lekarza (nadzorowanego przez lekarza)
- Internistę (lekarza dla dorosłych)
- Pediatrę (lekarza dla dzieci/nastolatków)
- FQHC lub RHC
- Innych specjalistów w zależności od potrzeb

Dla Indian/rdzennych mieszkańców Alaski: masz Prawo do usług PCP świadczonych przez przedstawiciela plemienia indiańskiego, organizacji plemiennej lub miejskiej organizacji indiańskiej w stanie Illinois i poza nim.

Usługi PCP mogą obejmować:

- Rutynowe badania fizykalne
- Badania diagnostyczne
- Prześwietlenia RTG i badania laboratoryjne
- Szczepienia
- Leczenie i testy alergiczne
- Usługi wellness



Jak zmienić PCP

potrzebujesz nowego PCP?

Możesz w każdej chwili zmienić swojego PCP. Zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700**, od poniedziałku do piątku, w godzinach 8:00 do 17:00. Możesz też zmienić PCP przez Internet. Zaloguj się do Portalu dla pacjentów na stronie **member.ILmeridian.com**.



Lekarz dla kobiet (Women's Healthcare Provider, WHCP) dla kobiet: wybierz PCP, który specjalizuje się w opiece nad kobietami.

Jako kobieta korzystająca z Planu Meridian Medicaid, masz prawo wybrać lekarza dla kobiet jako swojego PCP. „Lekarzem dla kobiet” może być specjalista w dziedzinie położnictwa, ginekologii lub medycyny rodzinnej.

Jak zarejestrować nowo narodzone dziecko

Gdy urodzi Ci się dziecko, jak najszybciej skontaktuj się ze swoim opiekunem. Opiekun doda dziecko do Twojej kartoteki. To pierwszy krok, który musisz wykonać, aby zapisać swoje dziecko do Meridian.

Następnie zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów i podaj datę urodzenia, imię i nazwisko dziecka oraz numer identyfikacyjny Medicaid otrzymany od opiekuna.

Po porodzie siłami natury pacjentki mogą pozostawać w szpitalu przez 72 godziny, a po cesarskim cięciu do 96 godzin. Meridian koordynuje Twoją opiekę we współpracy z programem zarządzania sprawami rodzinnymi Family Case Management (FCM). Więcej informacji znajdziesz w części poświęconej programowi Family Case Management (str. 26).



Planowanie rodziny usługi planowania rodziny na miarę Twoich potrzeb.

W ramach Planu Meridian Medicaid dostępna jest sieć świadczeniodawców usług z zakresu planowania rodziny, można jednak skorzystać z usług planowania rodziny i zaopatrzenia u dowolnego świadczeniodawcy spoza sieci bez skierowania i będzie to objęte ubezpieczeniem.



Opieka specjalistyczna jak dostać się do specjalisty

Specjalista to lekarz, który opiekuje się pacjentem cierpiącym na określone schorzenie. Przykładem specjalisty jest lekarz specjalizujący się w kardiologii (chorobach serca) czy ortopedii (kości i stawy). Jeśli dostawca podstawowej opieki zdrowotnej uzna, że potrzebujesz konsultacji ze specjalistą, wówczas wspólnie wybierze odpowiedniego lekarza. Następnie Twój PCP zorganizuje opiekę specjalistyczną dla Ciebie.

Skierowania do specjalistów w ramach sieci nie wymagają uprzedniego zezwolenia. W przypadku skierowań do specjalistów spoza sieci wymagane jest zezwolenie.

Listę specjalistów w danym regionie można znaleźć w internetowym Spisie lekarzy Meridian na stronie findaprovider.ilmeridian.com. Możesz zadzwonić do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700**, aby uzyskać więcej informacji. Jeśli korzystasz z usług Koordynatora ds. Opieki, to również taka osoba może pomóc w znalezieniu specjalisty.



Umawianie wizyt jak umawiać wizyty

Bardzo ważne jest, aby dotrzymywać wszystkich terminów wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych lub prześwietleń. Jeśli nie możesz stawić się na wizycie, zadzwoń do swojego PCP przynajmniej jeden dzień przed terminem. Jeśli potrzebujesz pomocy z umówieniem wizyty, zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700**.



Komisje ds. pacjentów daj nam znać, jak możemy się ulepszyć.

Meridian organizuje komisje ds. pacjentów na przestrzeni całego roku, zbierając w ten sposób opinie od pacjentów. Chcemy wiedzieć, jaką jakość opieki otrzymują nasi pacjenci. Prosimy też o opinie na temat materiałów edukacyjnych i informacji o programie. Opinie pacjentów są niezbędne, aby we właściwy sposób reagować na wszelkie potrzeby i problemy.

Aby uzyskać więcej informacji na temat takich spotkań i wyrazić chęć udziału, zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700**.



Całodobowa infolinia z poradami pielęgniarskimi porady dotyczące zdrowia zawsze kiedy ich potrzebujesz.

Całodobowa infolinia z poradami pielęgniarskimi jest to bezpłatna, poufna usługa zapewniająca dostęp do informacji dotyczących zdrowia przekazywanych przez pielęgniarkę, dostępnych dla Ciebie w każdej chwili. Aby skontaktować się z Całodobową infolinią z poradami pielęgniarskimi, zadzwoń pod numer **866-606-3700**. Pielęgniarka jest dostępna pod telefonem dla wszystkich pacjentów przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Celem jest zapewnienie właściwej opieki we właściwym miejscu i czasie.

Pielęgniarka dyżurująca przy telefonie pomoże Ci zdecydować, czy Ty lub członek Twojej rodziny potrzebujecie pilnej opieki medycznej, czy możesz bezpiecznie poczekać na wizytę u lekarza, czy też objawy mogą być leczone w domu. Czasami pielęgniarki mogą nawet udzielić wskazówek, które pomogą Ci szybciej poczuć się lepiej.

Możesz zadzwonić z dowolnego miejsca, w dowolnym czasie. Zalecamy zapisanie bezpłatnego numeru w telefonie komórkowym, tak aby mieć łatwy dostęp do tej usługi.

Zadzwoń na Całodobową infolinię z poradami pielęgniarskimi, jeśli występują u Ciebie:

- Gorączka, kaszel lub ból gardła
- Ból ucha lub głowy
- Przeziębienie lub grypa
- Astma, cukrzyca lub inne choroby przewlekłe
- Ból pleców lub stawów

- Skaleczenia, zadrapania lub drobne oparzenia
- Inne problemy zdrowotne
- Urazy spowodowane poślizgnięciami i upadkami

Możesz skontaktować się z Całodobową infolinią z poradami pielęgniarskimi, jeśli uważasz, że Twoje płaczące dziecko może mieć rozstrój żołądka lub wymiotuje.

W przypadku zagrożenia życia zadzwoń pod numer 911 lub skontaktuj się z lokalnymi służbami ratunkowymi.



Pomoc w pilnych przypadkach jak skorzystać z pomocy w pilnych przypadkach

Pomoc w pilnych przypadkach jest dostępna w sytuacjach, które wymagają natychmiastowej interwencji, ale nie zagrażają życiu. Oto wybrane przykłady problemów wymagających pilnego zaopatrzenia:

- Drobne skaleczenia i zadrapania
- Gorączka
- Ból ucha
- Przeziębienie

Aby skorzystać z pomocy w pilnych przypadkach, skontaktuj się ze swoim PCP lub zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów Meridian pod numer **866-606-3700**. Osoby przeżywające załamanie psychiczne mogą zadzwonić na Infolinię ds. Zdrowia Psychicznego pod numer **800-345-9049** (dostępna przez całą dobę).



Opieka w stanach nagłych jak skorzystać z opieki w stanach nagłych

Nagłe stany medyczne mogą być bardzo poważne. Mogą nawet zagrażać życiu. Pacjent może odczuwać silny ból, cierpieć z powodu obrażeń lub choroby. Oto wybrane przykłady stanów nagłych:

- Zawał serca
- Zatrucia
- Trudności z oddychaniem
- Silne krwotoki
- Złamania kości

Co robić w nagłych wypadkach:

- Udaj się do najbliższego oddziału ratunkowego; możesz skorzystać z dowolnego szpitala lub innego miejsca, aby uzyskać pomoc w nagłych wypadkach
- Zadzwoń pod numer 911
- Jeśli w Twoim rejonie usługi 911 są niedostępne, wezwij pogotowie

Opieka w stanach nagłych nie wymaga skierowania. Upřednia zgoda również nie jest wymagana, ale należy skontaktować się z nami w ciągu 24 godzin od udzielenia pomocy w nagłych wypadkach.

Wyjeżdżasz z domu?

Jeśli podczas wyjazdu wystąpi potrzeba skorzystania z opieki medycznej, należy wykonać następujące kroki:

- Jeśli nie jest to sytuacja nagła, zadzwoń do swojego PCP, aby porozmawiać o swojej chorobie lub problemie
- W sytuacjach nagłych należy udać się na najbliższy oddział ratunkowy lub zadzwonić pod numer 911



Opieka po ustabilizowaniu sytuacji jak skorzystać z opieki po nagłym wypadku

Usługi świadczone po nagłym wypadku medycznym mają na celu ustabilizowanie stanu pacjenta i poprawę jego samopoczucia.

Dzięki tym usługom pacjent może utrzymać swój ustabilizowany stan lub uzyskać poprawę czy nawet wyleczyć chorobę, na którą cierpi. Gdy pacjent zostanie poddany leczeniu i będzie w stabilnym stanie, świadczona opieka usługi staje się opieką po ustabilizowaniu sytuacji. Tego rodzaju opieka jest objęta ubezpieczeniem i nie wymaga uzyskania uprzedniej zgody.

Opieka po wizycie na oddziale ratunkowym lub pobycie w szpitalu

Po wizycie na oddziale ratunkowym należy w ciągu 24 godzin skontaktować się ze swoim PCP. PCP zadba o odpowiednią dalszą opiekę niezbędną w Twojej sytuacji. Do swojego PCP możesz dzwonić przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Twój PCP pomoże Ci zdecydować, czy konieczne jest skorzystanie z usług ratunkowych. Jeśli PCP nie oddzwoni, zadzwoń do Meridian pod numer **866-606-3700**.



Usługi refundowane informacje o usługach objętych ubezpieczeniem

Ważne jest, aby mieć świadomość, które usługi w ramach Twojego planu podlegają refundacji. Jako pacjent korzystający z Planu Meridian Medicaid, nie musisz partycypować w kosztach usług refundowanych.

Na kolejnych stronach dowiesz się, które usługi są refundowane w ramach Twojego planu. Pełna lista opieki refundowanej jest dostępna na Certyfikacie Zakresu Ubezpieczenia (Certificate of Coverage). Jeśli chcesz otrzymać taki certyfikat lub masz pytania na temat dostępnych świadczeń, skontaktuj się z Centrum Obsługi Pacjentów.

Kiedy potrzebna jest uprzednia zgoda

Większość kosztów opieki pokrywamy bez skierowania lub przeglądu medycznego. Jednak w niektórych sytuacjach konieczne jest uzyskanie uprzedniej zgody. Listę usług wymagających takiej zgody posiada świadczeniodawca. Jeśli potrzebujesz opieki, która wymaga uprzedniej zgody, wówczas Twój świadczeniodawca musi wypełnić i wystać do nas formularz wniosku o zgodę.

Akceptacja wniosku jest konieczna przed skorzystaniem z takiej opieki. Gdy świadczeniodawca wyśle formularz wniosku o zgodę, członek naszego personelu rozpatrzy go i zdecyduje, czy:

- Jest to konieczne z medycznego punktu widzenia. Oznacza to, że usługi opieki zdrowotnej lub materiały potrzebne do zdiagnozowania lub leczenia choroby, urazu, stanu, choroby lub jej objawów są zgodne z przyjętymi standardami medycznymi.
- Możesz skorzystać z takich usług od świadczeniodawcy należącego do naszej sieci

W celu skorzystania z usług poza siecią konieczne może być uzyskanie uprzedniej zgody. Wszystkie usługi pozastanowe wymagają uprzedniej zgody.



Refundowane usługi medyczne oto usługi medyczne refundowane w ramach Twojego planu.

Podstawowa opieka zdrowotna

Rutynowe badanie fizykalne	Refundowane
Usługi lekarza internisty	Refundowane
Badania diagnostyczne	Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda
Prześwietlenia RTG i badania laboratoryjne	Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda
Szczepienia	Refundowane – w przypadku niektórych szczepień może być wymagana uprzednia zgoda
Testy i leczenie alergii	Wybrane usługi wymagają uzyskania uprzedniej zgody
Usługi audiologiczne	Refundowane
Usługi optometryczne	Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda
Usługi wellness	Refundowane
Wizyty profilaktyczne dla kobiet	Refundowane

Wczesne i okresowe badania przesiewowe, diagnostyka i leczenie (EPSDT)

Wizyty w ośrodkach FQHC/RHC/ERC

Opieka dla kobiet

Usługi aborcji

Opieka położnicza i okołoporodowa

Antykoncepcja

Refundowane – wczesne i okresowe badania przesiewowe, diagnostyka i leczenie (EPSDT) są usługami świadczonymi przez Meridian dla pacjentów w wieku 0–20 lat. Usługi te mają na celu wczesne wykrywanie problemów; częste sprawdzanie stanu zdrowia dziecka; zapewnienie badań medycznych, dentystrycznych, wzroku, słuchu i rozwojowych; przeprowadzanie badań diagnostycznych w przypadku wykrycia problemów; kontrolowanie lub korygowanie wykrytych problemów.

Skontaktuj się z Centrum Obsługi Pacjentów, aby umówić wizytę.

Refundowane

Refundowane przez Medicaid (nie przez MCO) na podstawie karty medycznej HFS

Refundowana

Refundowana – w przypadku niektórych środków antykoncepcyjnych może być wymagana uprzednia zgoda

Opieka ambulatoryjna

Chirurgia ambulatoryjna	Refundowana – może być wymagana uprzednia zgoda
Usługi ambulatoryjnego centrum leczenia chirurgicznego (ASTC)	Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda
Rehabilitacja	Refundowana – może być wymagana uprzednia zgoda
Rehabilitacja kardiologiczna i pulmonologiczna	Refundowana – może być wymagana uprzednia zgoda
Badania i diagnostyka	Refundowana – może być wymagana uprzednia zgoda

Hospitalizacja

Chirurgia szpitalna	Refundowana – wymagana uprzednia zgoda
Przyjęcie do szpitala	Refundowane – wymagana uprzednia zgoda
Przeszczepy organów	Refundowane – wymagana uprzednia zgoda
Usługi zakładu opieki	Refundowane – opiekę zamawia świadczeniodawca, wymagana opieka wykwalifikowanego personelu (np. pielęgniarek, terapeutów), wymagana uprzednia zgoda

Usługi dla zdrowia psychicznego

Ambulatorium psychiatryczne	Refundowane – wymagana uprzednia zgoda
------------------------------------	--

Intensywny program ambulatoryjny (Intensive Outpatient Program, IOP) oraz program częściowej hospitalizacji (Partial Hospitalization Program, PHP) w opiece psychiatrycznej

Wizyty w poradni zdrowia psychicznego

Usługi ambulatoryjne i środowiskowe

Leczenie podostrego alkoholizmu i nadużywania substancji psychoaktywnych

Pomoc w nagłych wypadkach i pilna opieka/usługi szpitalne

Pomoc w nagłych wypadkach

Usługi ambulatorium szpitalnego

Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda

Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda

Refundowane – wymagana uprzednia zgoda

Refundowane w przypadku usług świadczonych we współpracy z Departamentem ds. Zapobiegania Używaniu Substancji Psychoaktywnych i Wychodzenia z Nałogu (Department of Substance Use Prevention and Recovery, SUPR); usługi ambulatoryjne dla dorosłych i młodzieży, detoksyfikacja i terapia wspomagana lekami – może być wymagana uprzednia zgoda

Refundowana

Refundowana

Opieka po ustabilizowaniu sytuacji	Refundowana – dotyczy usług opieki świadczonych po nagłym stanie medycznym, gdy pacjent otrzyma leczenie wstępne, a jego stan zostanie ustabilizowany
---	---

Wizyty na oddziałach ratunkowych	Refundowane
---	-------------

Hospicjum

Opieka paliatywna i hospicyjna	Refundowana – wymagana uprzednia zgoda
---------------------------------------	--

Inne usługi refundowane

Opieka pielęgniarska	Refundowana – wymagana uprzednia zgoda
-----------------------------	--

Koordynacja opieki	Refundowana
---------------------------	-------------

Pielęgniarka z zaawansowaną praktyką	Refundowana
---	-------------

Usługi farmaceutyczne	Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda
------------------------------	---

Trwały sprzęt medyczny (DME)	Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda
-------------------------------------	---

Usługi zapobiegania chorobom i propagowania zdrowia	Refundowane
--	-------------

Usługi terapii fizycznej, zajęciowej i logopedycznej	Refundowane
---	-------------

Aparaty słuchowe	Refundowane – wymagana uprzednia zgoda
-------------------------	--

Opieka diabetologiczna	Refundowana – wymagana uprzednia zgoda
-------------------------------	--

Poradnictwo żywieniowe (na zlecenie świadczeniodawcy)	Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda
--	---

Usługi i materiały optyczne	Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda
------------------------------------	---

Opieka podologiczna (stopy) Protezy i wkładki ortopedyczne	Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda
---	---

Opieka domowa	Refundowana – może być wymagana uprzednia zgoda
----------------------	---

Usługi dializy nerek	Refundowane – prośba o powiadomienie
-----------------------------	--------------------------------------

Sprzęt i materiały wspomagające oddychanie	Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda
---	---

Krew, preparaty krwi oraz ich podawanie	Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda
--	---

Transport (nie w nagłych wypadkach) w celu zapewnienia dostępu do usług objętych ubezpieczeniem	Zastrzega się możliwość wprowadzenia zmian w oparciu o przepisy dotyczące transportu w nagłych przypadkach określone przez Departament Opieki Zdrowotnej i Usług Rodzinnych stanu Illinois.
--	---

Usługi kręgarskie	Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda
--------------------------	---

Pomoc w rzuceniu palenia	Refundowana
---------------------------------	-------------

Inne usługi refundowane, ciąg dalszy

Urządzenia wspomagające/ ułatwiające komunikację	Refundowane – wymagana uprzednia zgoda
---	--

Usługi dentystyczne, w tym chirurgia szczękowa	W części poświęconej usługom dentystycznym znajdują się szczegółowe informacje na temat świadczeń
---	---

Sterylizacja	Refundowana
---------------------	-------------

Zastrzyki przeciwbólowe	Refundowane – może być wymagana uprzednia zgoda
--------------------------------	---

Usługi i materiały związane z planowaniem rodziny	Refundowane
--	-------------

Zaopatrzenie medyczne, sprzęt, protezy i ortezy	Refundowane
--	-------------

Nieuwzględnione na liście lub w inny sposób	Wymagana uprzednia zgoda
--	--------------------------

Opieka dla dzieci

Opieka nad noworodkiem	Refundowana
-------------------------------	-------------

Badanie stężenia ołowiu	Refundowane
--------------------------------	-------------

Wizyty lekarskie	Refundowane – Usługi pielęgniarki specjalistycznej
-------------------------	--



Refundowane usługi domowe i środowiskowe (tylko dla uprawnionych klientów)

możesz skorzystać ze specjalnych warunków? przekonaj się, co obejmują.

Poniżej znajduje się lista niektórych usług medycznych i świadczeń refundowanych w ramach Planu Meridian Medicaid dla pacjentów korzystających z usług domowych i środowiskowych.

Departament ds. Osób Starszych (Department on Aging, DoA)

Osoby w podeszłym wieku

- Dzienna opieka dla osób dorosłych
- Osobisty program reagowania kryzysowego (Personal Emergency Response System, PERS)
- Transport do dziennej opieki dla osób dorosłych
- Osoba zajmująca się domem

Wydział Usług Rehabilitacyjnych (Department of Rehabilitative Services, DRS)

Osoby z niepełnosprawnościami lub cierpiące na HIV/AIDS

- Dzienna opieka dla osób dorosłych
- Opieka pielęgniarska (okresowa)
- Transport do dziennej opieki dla osób dorosłych
- Specjalistyczna opieka pielęgniarska (pielęgniarki RN i LPN)
- Dostosowanie dostępności środowiskowej (dom)
- Terapia zajęciowa
- Fizykoterapia
- Pracownik opieki domowej
- Terapia logopedyczna
- Osoba zajmująca się domem

- Posiłki dostarczane do domu
- Osobisty asystent
- Osobisty program reagowania kryzysowego (Personal Emergency Response System, PERS)
- Odpoczynek
- Specjalistyczny sprzęt i materiały medyczne



Usługi refundowane w ramach programu Długoterminowych Usług Zarządzanych i Wsparcia (Managed Long Term Services and Supports, MLTSS)

sprawdź usługi refundowane w ramach MLTSS.

Jeśli należysz do programu MLTSS, możesz mieć dostęp do większej liczby refundowanych usług. Obejmują one:

- Usługi w zakresie zdrowia psychicznego, takie jak terapia grupowa i indywidualna, doradztwo, leczenie środowiskowe, monitorowanie przyjmowania leków i inne.
- Usługi związane z nadużywaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych, takie jak terapia grupowa i indywidualna, doradztwo, rehabilitacja, programy metadonowe, monitorowanie przyjmowania leków i inne.
- Wybrane usługi transportu na wizyty
- Usługi opieki długoterminowej w placówkach specjalistycznych i pośrednich
- Wszystkie usługi domowe i środowiskowe dla uprawnionych klientów wymienione w części „Refundowane usługi domowe i środowiskowe (tylko dla uprawnionych klientów)” – jeśli spełniasz warunki

Wydział Usług Rehabilitacyjnych (Department of Rehabilitative Services, DRS)

Osoby z urazami mózgu

- Dzienna opieka dla osób dorosłych
- Transport do dziennej opieki dla osób dorosłych
- Dostosowanie dostępności środowiskowej (dom)
- Zatrudnienie wspomagane
- Pracownik opieki domowej
- Opieka pielęgniarska (okresowa)
- Specjalistyczna opieka pielęgniarska (pielęgniarki RN i LPN)
- Terapia logopedyczna
- Terapia zajęciowa
- Fizykoterapia
- Usługi przedzawodowe
- Wspomaganie rozwoju (usługi dzienne)
- Osoba zajmująca się domem
- Posiłki dostarczane do domu
- Osobisty asystent
- Osobisty program reagowania kryzysowego (Personal Emergency Response System, PERS)
- Odpoczynek
- Specjalistyczny sprzęt i materiały medyczne
- Usługi dla zdrowia psychicznego (mgr i dr)

Departament HFS

Osoby przebywające w ośrodkach mieszkania wspomagane

- Program opieki dziennej



Usługi refundowane częściowo przegląd usług refundowanych częściowo.

Istnieje kilka usług, które mogą nie być w pełni objęte planem. Obejmują one:

- **Usługi sterylizacji:** Meridian refunduje usługi sterylizacji wyłącznie w zakresie dozwolonym przez prawo stanowe i federalne
- **Histerektomia:** Jeśli w ramach usług świadczonych przez Meridian zostanie wykonana histerektomia, wówczas wypełnimy formularz HFS 1977, a następnie dołączymy go do dokumentacji medycznej pacjenta



Usługi nier refundowane sprawdź, które usługi nie są refundowane.

Oto lista wybranych usług i świadczeń medycznych, które nie są objęte Twoim planem:

- Usługi o charakterze eksperymentalnym lub badawczym
- Usługi świadczone przez dostawcę spoza sieci i nieautoryzowane przez Meridian
- Usługi świadczone bez wymaganego skierowania lub uprzedniej zgody
- Planowe zabiegi chirurgii plastycznej
- Leczenie bezpłodności

- Wszelkie usługi bez uzasadnienia medycznego
- Usługi świadczone przez lokalne agencje edukacyjne

Więcej informacji można uzyskać, dzwoniąc do Centrum Obsługi Pacjentów. Zadzwoń pod numer **866-606-3700** (TTY: **711**), od poniedziałku do piątku, w godzinach 8:00 do 17:00



Usługi dentystyczne pokrywamy koszty opieki stomatologicznej dla pacjentów w każdym wieku

Usługi dentystyczne należą do świadczeń dostępnych dla wszystkich pacjentów. W zakresie przeglądów stomatologicznych współpracujemy z dostawcą usług stomatologicznych. Świadczenia stomatologiczne obejmują:

- Rutynowe badania profilaktyczne i higienizacja do dwóch razy w roku kalendarzowym (od 1 stycznia do 31 grudnia)
- Jedno prześwietlenie RTG w roku kalendarzowym
- Ograniczone i pełne badania
- Wypełnienia
- Ekstrakcje

Uprawnione kobiety w ciąży mogą skorzystać z dodatkowych usług stomatologicznych przed narodzinami dziecka:

- Okresowy przegląd jamy ustnej
- Higienizacja jamy ustnej
- Leczenie przyzębia

Zachęcamy do zapoznania się z zakresem opieki. Szczegóły w poniższej tabeli.

Diagnostyka	Poniżej 21 lat	Wiek 21+
Przeгляд jamy ustnej (do dwóch razy w roku kalendarzowym)	Refundowany	Refundowany
Prześwietlenie RTG (jedno w roku kalendarzowym)	Refundowane	Refundowane
Profilaktyka		
Higienizacja w ramach profilaktyki (raz na 6 miesięcy)	Refundowana	Refundowana
Fluoryzacja	Refundowana	Nd.
Wypełnienia		
Amalgamatowe	Refundowane	Refundowane
Kompozytowe	Refundowane	Refundowane
Korony	Refundowane	Refundowane
Wypełnienia tymczasowe	Refundowane	Refundowane
Leczenie endodontyczne		
Leczenie kanałowe (ograniczenia dla dorosłych)	Refundowane	Refundowane
Pulpotomia	Refundowana	Nd.

Leczenie przyzębia

Skaling i struganie korzeni Refundowany Refundowany

Protezy ruchome

Proteza całkowita
(górną i dolną) Refundowane Refundowane

Proteza częściowa
(górną i dolną) Refundowana Nd.

Naprawa protez Refundowana Refundowana

Uzupełnienia protetyczne Refundowane Refundowane

Usługi w zakresie jamy ustnej i chirurgii szczękowo-twarzowej

Ekstrakcje Refundowane Refundowane

Ekstrakcje chirurgiczne Refundowane Refundowane

Alweoloplastyka Refundowana Refundowana

Ortodoncja

Ortodoncja Refundowana Nd.



Badania wzroku

sprawdź świadczenia z zakresu okulistyki.

Badanie wzroku: Możesz odwiedzić swojego optometrystę w celu uzyskania opieki okulistycznej bez uprzedniej zgody. Specjalista sprawdzi Twój wzrok i dopasuje okulary.

Okulary: Pacjenci w wieku powyżej 21 lat mają prawo do jednej pary okularów co dwa lata. Limit ten nie ma zastosowania w przypadku konieczności zakupu nowych okularów po zabiegu chirurgicznym, takim jak operacja zaćmy. W przypadku dzieci do 20. roku życia okulary są wymieniane w razie potrzeby.

Szklą kontaktowe: Soczewki kontaktowe są objęte uprzednią zgodą w przypadku niektórych diagnoz, gdy inne metody leczenia nie są odpowiednie. Dzieci poniżej trzeciego roku życia, u których zdiagnozowano afakie, nie wymagają uprzedniej zgody.



Usługi farmaceutyczne

sprawdź, jak otrzymywać bezpłatne recepty.

Aby otrzymać bezpłatne recepty, należy korzystać z aptek należących do sieci. Aby znaleźć aptekę sieciową, skorzystaj z naszej wyszukiwarki. Wejdź na stronę findaprovider.ILmeridian.com. Wpisz adres lub kod pocztowy, a następnie wybierz „Apteka i artykuły medyczne” (Pharmacy & Medical Supplies). Możesz również skontaktować się z Zespołem ds. Usług Farmaceutycznych pod numerem **855-580-1688**.

Co to jest lista leków preferowanych?

Lista leków preferowanych to lista leków, które mogą być stosowane w leczeniu i w celu poprawy stanu zdrowia. Lista leków preferowanych w ramach Planu Meridian Medicaid powstała w oparciu o listę leków preferowanych stanu Illinois. Przy tworzeniu aktualnej listy leków Meridian korzysta z porad klinicznych świadczeniodawców, farmaceutów i innych ekspertów medycznych. Lista leków preferowanych obejmuje leki na receptę i niektóre leki dostępne bez recepty.

Listę leków preferowanych można znaleźć na stronie ILmeridian.com. Kliknij „Dla pacjentów” (For Members), następnie „Świadczenia i usługi” (Benefits and Services) i następnie „Apteka” (Pharmacy). Zadzwoń pod numer **855-580-1688**, aby otrzymać egzemplarz drukowany.

Lista leków preferowanych obejmuje leki refundowane oraz leki wymagające uprzedniej zgody. Jeśli lek z listy leków preferowanych wymaga uprzedniej zgody, wówczas świadczeniodawca będzie musiał przestać formularz wniosku o uprzednią zgodę. Jeśli zgoda zostanie udzielona, lek będzie refundowany. Świadczeniodawca może wypełnić formularz wniosku o uprzednią zgodę i przestać go faksem do Działu Pomocy Aptecznej pod numer **855-580-1695**.

Jeśli lek jest refundowany lub został zatwierdzony, świadczeniodawca musi wypisać receptę, którą zrealizujesz w lokalnej aptece.

Pacjenci korzystający z Planu Meridian Medicaid nie muszą dopłacać do leków refundowanych lub zatwierdzonych.

jak złożyć wniosek o wyjątek?

Niektóre leki nie znajdują się na liście leków preferowanych. Nie refundujemy ani nie płacimy za leki, które nie znajdują się na liście leków refundowanych, chyba że istnieje wyjątek.

Niektóre leki zostały wyłączone przez władze stanu Illinois. Dla takich leków nie przewidziano wyjątków.

Jeśli lek nie działa lub powoduje chorobę, lekarz prowadzący może poprosić o inny lek. Jeśli lek nie znajduje się na liście leków preferowanych, wówczas

świadczeniodawca musi wypełnić formularz uprzedniej zgody. Wniosek można przesać do firmy Meridian faksem pod numer **855-580-1695**.

Leki otrzymane w gabinecie świadczeniodawcy również wymagają uprzedniej zgody.

Musimy zatwierdzić wyjątek przed realizacją recepty.

Zadzwoń do Zespołu ds. Usług Farmaceutycznych pod numer **855-580-1688** (TTY: **711**) w razie jakichkolwiek pytań.



Usługi transportowe

aby znaleźć się we właściwym miejscu

Meridian oferuje usługi transportowe, które pomagają pacjentom w korzystaniu z usług opieki zdrowotnej.

W sytuacjach nagłych: Zadzwoń pod 911 lub wezwij pogotowie. Twój plan obejmuje usługi pogotowia ratunkowego w sytuacjach nagłych. Nie jest wymagana uprzednia zgoda.

Jeśli nie jest to sytuacja nagła: Twój plan obejmuje transport tam i z powrotem do miejsc, w których Twoja rodzina korzysta z opieki zdrowotnej. Należą do nich:

- Gabinety świadczeniodawców
- Sprzedawcy trwałego sprzętu medycznego (DME)
- Wizyty związane ze zdrowiem psychicznym
- Gabinety dla kobiet, niemowląt i dzieci
- Placówki zarządzające sprawami rodzinnymi

Meridian zapewnia bezpłatny transport do tych miejsc. Odbierzemy Cię lub zapewnimy bilet autobusowy. Meridian oferuje również zwrot kosztów paliwa, jeśli jesteś w stanie samodzielnie prowadzić samochód lub jeśli ktoś podwozi Cię na wizyty objęte zwrotem kosztów transportu.

Zadzwoń pod numer **866-796-1165** przynajmniej trzy dni przed terminem wizyty, aby porozmawiać na temat opcji transportu, umówić dojazd lub rozpocząć proces zwrotu kosztów paliwa. Pamiętaj, aby przed rozmową przygotować:

- Imię i nazwisko, numer identyfikacyjny Medicaid i datę urodzenia
- Dane dodatkowych pasażerów i ich wiek
- Adres i numer telefonu do odbioru
- Imię i nazwisko świadczeniodawcy
- Adres i numer telefonu do miejsca, do którego chcesz dotrzeć
- Specjalny sprzęt lub potrzeby (na przykład jeśli poruszasz się na wózku inwalidzkim lub potrzebujesz pomocy przy wsiadaniu i wysiadaniu z auta)
- Datę i godzinę wizyty

Aby poprosić o pomoc w pilnych podróżach lub podwiezienie do domu po wypisaniu ze szpitala, możesz dzwonić przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu pod numer **866-796-1165**.

Potrzebujesz noszy lub karetki, aby bezpiecznie dotrzeć do celu? Skontaktuj się z firmą First Transit, naszym podwykonawcą usług transportu w sytuacjach innych niż nagłe. Wystarczy zadzwonić pod numer **877-725-0569**. Firma First Transit pracuje od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8:00 do 17:00.

Jeśli chcesz anulować transport: Zadzwoń pod numer **866-796-1165** jak tylko się dowiesz, że nie potrzebujesz już transportu.

Masz pytania? Zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów lub do Koordynatora ds. Opieki.



Usługi dla zdrowia psychicznego

sprawdź refundowane usługi z zakresu zdrowia psychicznego i nadużywania substancji psychoaktywnych.

Usługi dla zdrowia psychicznego to rodzaj opieki zdrowotnej, która oferuje wsparcie emocjonalne, leczenie, doradztwo i poradnictwo. Plan Meridian obejmuje szpitalne usługi psychiatryczne, ambulatoryjny program częściowej hospitalizacji (PHP) oraz intensywny program ambulatoryjny (IOP). Plan ten obejmuje również program środowiskowy i ambulatoryjny we współpracy z wydziałem ds. opcjonalnych usług dla zdrowia psychicznego (DHS Mental Health Rehab Option Services).

Usługi leczenia związane z nadużywaniem substancji: Usługi leczenia związane z nadużywaniem substancji są objęte świadczeniami w ramach partnerstwa Meridian z Wydziałem ds. Zapobiegania Używania Substancji Psychoaktywnych i Wychodzenia z Nałogu (Division of Substance Use Prevention and Recovery, SUPR). Usługi stacjonarnej detoksykacji w przypadku zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD) są refundowane raz na 60 dni. Dodatkowe refundowane usługi związane z nadużywaniem substancji obejmują:

- Detoksykację
- Intensywne leczenie ambulatoryjne
- Usługi świadczone w trybie ambulatoryjnym
- Badania przesiewowe i ocenę

Dla dzieci: Meridian zapewnia dostęp do usług w zakresie zdrowia psychicznego dzieci. Zapewniamy kompleksowe usługi dla rodziny, aby pomóc w zaspokojeniu potrzeb dziecka w zakresie zdrowia psychicznego poprzez takie możliwości, jak Plan Opieki Rodzinnej (Family-Driven Care Plan) czy Rada Liderów Rodzinnych (Family Leadership Council).

Infolinia dla osób przechodzących załamanie nerwowe: Twój plan obejmuje dostęp do Infolinii dla osób przechodzących załamanie nerwowe. Jest ona dostępna przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu pod numerem **800-345-9049**. Wszystkie usługi są poufne.



Dodatkowe świadczenia

zapoznaj się z programami dla zdrowia.

Świadczenia Meridian łączą się z programami, które mogą pomóc w osiągnięciu zdrowej wagi, monitorowaniu ciśnienia krwi w domu i zapobieganiu cukrzycy typu 2.

Wsparcie w osiągnięciu zdrowej wagi

WW® (wcześniej znane pod nazwą Weight Watchers) to świadczenie dostępne dla wszystkich pacjentów objętych ubezpieczeniem Medicaid w stanie Illinois.

Możesz skorzystać z:

- 90 dni dostępu do aplikacji WW, która umożliwia monitorowanie spożywanego jedzenia, wagi oraz aktywności
- Warsztatów internetowych i stacjonarnych

Zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów. **866-606-3700** lub Koordynatora ds. Opieki, aby uzyskać więcej informacji.

Monitorowanie ciśnienia krwi w domu.

Firma Meridian wprowadziła nowy program dla osób z nadciśnieniem. Pacjenci, którzy spełniają warunki, mogą monitorować ciśnienie w domu. Odczyty będą przesyłane do świadczeniodawców za pośrednictwem aplikacji mobilnej.

Aby dowiedzieć się więcej, zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700**.

Profilaktyka cukrzycy typu 2

Narodowy Program Profilaktyki Cukrzycy może pomóc Ci w zmniejszeniu zagrożenia wystąpienia u Ciebie cukrzycy typu 2.

W ramach tego bezpłatnego programu:

- Nauczysz się dokonywać zdrowych wyborów
- Uzyskasz dostęp do indywidualnego coachingu
- Uzyskasz pomoc przez Internet lub stacjonarnie w swojej okolicy

Jeśli lekarz stwierdził u Ciebie stan przedcukrzycowy, możesz otrzymać skierowanie od uczestniczącego w programie lekarza Meridian pod adresem **ILmeridian.com/DiabetesProgram**.



Dodatkowe korzyści

otrzymuj nagrody od Meridian!

W ramach programu Healthy Rewards możesz otrzymywać nagrody za dbanie o zdrowie. Za czynności takie, jak wizyty u lekarza i badania profilaktyczne, otrzymujesz liczbę punktów przeliczanych na dolary. Następnie zgromadzone w ten sposób dolary możesz wymienić na karty podarunkowe.

Możesz otrzymać kartkę lub ulotkę pocztą informującą o nagrodach za korzystanie z usług profilaktycznych, takich jak:

- Coroczne badania lekarskie/badania kontrolne
- Badanie w kierunku raka szyjki macicy
- Badanie w kierunku raka piersi
- Opieka diabetologiczna

Aby rozpocząć zbieranie punktów, zaloguj się do Portalu dla Pacjentów na stronie **member.ILmeridian.com**. Możesz również zadzwonić do Centrum Obsługi Pacjentów.

Zapewnij swojemu dziecku najlepszy start.

W ramach programu Start Smart for Your Baby® oferujemy doradztwo i materiały dla pacjentek w ciąży i świeżo upieczonych rodziców. Ponadto przez cały rok organizujemy imprezy z okazji narodzin dziecka (baby shower) z mnóstwem materiałów edukacyjnych i prezentów.

Aby wziąć udział, wystarczy wypełnić formularz powiadomienia o ciąży, dostępny w Portalu dla Pacjentów. Możesz również zadzwonić do Centrum Obsługi Pacjentów.

Mamo! Zobacz, co możesz zrobić, aby otrzymać więcej nagród w ramach Healthy Rewards

Chcemy wspierać świeżo upieczonych rodziców. Właśnie dlatego pacjentki w ciąży i świeżo po urodzeniu dziecka mogą otrzymać:

- Do 50 USD na karcie podarunkowej za wypełnienie formularza powiadomienia o ciąży. (To proste! Wystarczy zalogować się do Portalu dla Pacjentów lub zadzwonić do Centrum Obsługi Pacjentów).
- Do 50 USD na karcie podarunkowej za wizyty prenatalne i poporodowe. Możesz także otrzymać bezpłatne akcesoria dla dziecka (o wartości do 140 USD)



Udział w kosztach

Twoja opieka zdrowotna bez udziału w kosztach

Meridian nie pobiera opłat ani nie dokonuje odliczeń od swoich pacjentów korzystających z Medicaid. Oznacza to, że nasi członkowie nie powinni otrzymywać żadnych rachunków za objęte ubezpieczeniem świadczenia, wstępnie autoryzowane usługi lub materiały medyczne.

W razie otrzymania rachunku w wyniku błędu, należy wystać go na adres:

Meridian
Attn: Claims Department
PO Box 4020
Farmington, MO 63640-4402

Zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700** w razie problemów z rachunkami za usługi objęte ubezpieczeniem. Możesz otrzymać rachunek za usługi wyświadczone przed dołączeniem do Meridian. Zadzwoń do swojego świadczeniodawcy w sprawie pomocy z tego rodzaju rachunkami.



Koordinacja opieki

wsparcie dla zdrowszego życia.

Dla pacjentów kwalifikujących się do koordynacji opieki, którzy chcą być objęci koordynacją, zostanie wyznaczony Koordynator ds. Opieki. Koordynator ds. Opieki wspólnie z pacjentem opracuje plan pomocny w zarządzaniu opieką.

member.ILmeridian.com

Czym jest koordynacja opieki?

Koordinacja opieki to program, który pomaga zarejestrowanym pacjentom uzyskać odpowiednie usługi we właściwym miejscu i czasie. Koordinacja opieki wykorzystuje holistyczne podejście do opieki, łącząc pacjentów z usługami i zasobami w ramach ich społeczności oraz pomagając poprawić ich stan zdrowia i ogólne samopoczucie dzięki organizacji opieki z zespołem i świadczeniodawcami.

Meridian oferuje usługi Koordynatorów ds. Opieki, w tym pielęgniarek, pracowników socjalnych i innych specjalistów z zakresu opieki zdrowotnej, którzy współpracują z pacjentem i całym opiekującym się nim zespołem. Naszym celem jest personalizacja opieki i pomoc w poprawie jakości życia.

Kto kwalifikuje się do koordynacji opieki:

- Osoby cierpiące z powodu chorób przewlekłych lub niepełnosprawności
- Osoby mające trudności w dostępie do niezbędnej opieki
- Pacjenci, którzy muszą korzystać z usług wielu specjalistów
- Osoby wymagające specjalistycznej opieki

W jaki sposób koordynacja opieki może być pomocna?

Osobom spełniającym warunki przyznawany jest osobisty Koordynator ds. Opieki. Koordynator pomaga uzyskać dostęp do niezbędnej opieki poprzez:

- Przeprowadzanie ocen i przegląd leków
- Przygotowanie planu opieki w celu ustalenia i realizacji celów dotyczących zdrowia
- Połączenie pacjenta z usługami i zasobami społecznościowymi w pobliżu, w tym z lokalnymi wydziałami zdrowia
- Pomoc w lepszej kontroli nad potrzebami z zakresu opieki medycznej
- Współpracę ze świadczeniodawcami
- Pomoc w zapoznaniu się z dostępnymi świadczeniami

- Koncentrację na pacjencie w ramach zarządzania jego potrzebami oraz pomoc pacjentowi i opiekującemu się nim zespołowi w zrozumieniu dostępnych świadczeń medycznych oraz świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego

Koordinator ds. Opieki kontaktuje się z pacjentem w ciągu 60 dni od rejestracji w programie koordynacji opieki. Koordynator ds. Opieki podejmie próbę kontaktu telefonicznego, pocztowego lub osobistego w ramach Rozmowy Powitalnej, Oceny Ryzyka dla Zdrowia oraz przygotowania Indywidualnego Planu Opieki. W trakcie Rozmowy Powitalnej pacjent jest informowany o świadczeniach w ramach planu oraz wprowadzany w szczegóły planu koordynacji opieki.

Zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700**, aby uzyskać więcej informacji lub zawnioskować o Koordynatora ds. Opieki.

Informacje o społecznych pracownikach służby zdrowia (Community Health Workers, CHW)

Spółeczni pracownicy służby zdrowia działają w bezpośrednim kontakcie ze społecznością, pomagając pacjentom w orientacji po służbie zdrowia. Są oni łącznikiem między służbą zdrowia i usługami socjalnymi dzięki budowaniu relacji opartych na zaufaniu. Usługi społecznych pracowników służby zdrowia obejmują:

- Przeprowadzanie wizyt domowych w celu oceny barier zdrowotnych, w tym obserwację po hospitalizacji i opiece na oddziale ratunkowym
- Wspieranie pacjentów w kontaktach ze świadczeniodawcami
- Organizowanie usług wsparcia społecznego (np. pomoc w zakresie wyżywienia i zakwaterowania)
- Pomoc w poprawie nastroju, poczucia własnej wartości i zachęcanie pacjentów do rozwijania umiejętności samodzielnego radzenia sobie
- Udział w inicjatywach pomocowych
- Pomoc w usuwaniu barier w dostępie do usług opieki zdrowotnej, w tym łączenie z zasobami społecznościowymi i przypominanie o umówionych wizytach



Programy wspomaganie zdrowia

skorzystaj ze specjalnego wsparcia.

Chcemy, aby wszyscy nasi pacjenci czuli się jak najlepiej. Dlatego oferujemy specjalne programy opieki zdrowotnej, aby pomóc pacjentom z określonymi problemami. Każdy z tych programów ma na celu poprawę jakości życia.

Program rzucania palenia

Być może spełniasz warunki udziału w programie rzucania palenia Meridian o nazwie „New Beginnings”. W ramach programu oferujemy:

- Materiały edukacyjne
- Dostęp do wykwalifikowanego personelu, który zapewnia coaching i wsparcie
- Rozmowy coachingowe pomocne w procesie rzucania palenia

Jeśli chcesz rzucić palenie, zadzwoń pod numer **844-854-5576** i zapytaj o bezpłatny program.

Program leczenia chorób przewlekłych

Wiemy, że życie z chorobami przewlekłymi jest trudne. Program leczenia chorób przewlekłych (Chronic Disease Management, CDM) może je ułatwić. Jest on przeznaczony dla pacjentów z astmą, POChP, cukrzycą, niewydolnością serca lub chorobami serca, a także dla osób chcących rzucić palenie.

Pacjenci, którzy dołączą do programu, zyskują:

- Pomoc pielęgniarek i personelu służby zdrowia
- Materiały edukacyjne i biuletyny dotyczące danej choroby
- Przypomnienia o świadczeniach niezbędnych dla zachowania zdrowia

Osoby cierpiące na astmę, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, chorobę sercowo-naczyniową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, depresję, stany lękowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych, cukrzycę lub nadciśnienie mogą zostać automatycznie zapisane do programu CDM. Można również zapisać się, dzwoniąc do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700**.

Spółeczne programy wspomaganie zdrowia

Spółeczne programy wspomaganie zdrowia pomagają pacjentom w poprawie ogólnego stanu zdrowia i jakości opieki.

Zarządzanie skomplikowanymi przypadkami:

Program zarządzanie skomplikowanymi przypadkami: Meridian pomaga pacjentom w spełnieniu wszelkich potrzeb z zakresu opieki medycznej poprzez udostępnienie narzędzi umożliwiających zarządzanie chorobami przewlekłymi, wizytami i świadczeniami.

Fluvention®: Program Fluvention® jest programem edukacyjnym, mającym na celu poprawę dostępności szczepień przeciwko grypie, zwiększanie wartości profilaktyki oraz dbanie o zdrowie pacjentów.

Jak dołączyć do programu wspomaganie zdrowia?

Jest na to kilka sposobów.

- Dostawca podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) może skierować Cię do programu
- Możesz skierować się samodzielnie, dzwoniąc pod numer **866-606-3700**
- Możesz zapisać się, korzystając z Portalu dla Pacjentów pod adresem **member.ILmeridian.com**
- Meridian może zapisać Cię automatycznie, płacąc rachunek dotyczący Twojego problemu ze zdrowiem (np. za badania laboratoryjne, leki czy wizytę lekarską)

Zadzwoń pod numer **866-606-3700**, jeśli chcesz zrezygnować z programu wspomaganie zdrowia.

Pamiętaj, jesteśmy tu po to, aby pomóc Ci żyć zdrowiej. Jeśli masz pytania lub potrzebujesz wsparcia, zadzwoń.



Profilaktyka grypy

chroń siebie i swoją rodzinę przed grypą.

Szczepionka przeciwko grypie jest bezpiecznym i zalecanym sposobem zapobiegania zachorowaniom na grypę u dzieci, dorosłych i kobiet w ciąży. Aby utrzymać ochronę, trzeba szczepić się na grypę każdego roku! Szczepienie jest zalecane dla osób cierpiących na choroby przewlekłe, ponieważ grypa może wiązać się dla nich z poważnymi powikłaniami.

Zwalczaj objawy grypy poprzez coroczne szczepienie przeciwko grypie. Szczepionki są dostępne w lokalnej aptece lub u lekarza. Jak zapobiegać infekcji:

- Zawsze myj ręce wodą i mydłem
- Kaszląc i kichając, zakrywaj usta i nos chusteczką
- Jeśli objawy się nasilają, skontaktuj się z lekarzem

Jeśli masz objawy grypy, zostań w domu przynajmniej przez 24 godziny, chyba że musisz skorzystać z opieki medycznej lub innych niezbędnych usług. Unikanie bliskiego kontaktu z osobami chorymi jest ważne, aby zapobiegać powikłaniom grypy. Aby uzyskać więcej informacji na temat zapobiegania grypie, porozmawiaj ze swoim lekarzem o najlepszych praktykach i szczepionce przeciwko grypie.



Spolecznościowe zasoby opieki medycznej

wsparcie w ramach społeczności.

Chcemy mieć pewność, że nasi pacjenci otrzymują niezbędną, kompleksową pomoc. Zapoznaj się z zasobami dostępnymi w ramach Twojej społeczności.

Program zarządzania sprawami rodzinnymi

Program zarządzania sprawami rodzinnymi (Family Case Management, FCM) pomaga w zdrowym prowadzeniu ciąży i dbaniu o zdrowie dzieci. Jest dostępny dla kobiet w ciąży korzystających w planu Medicaid. Ze świadczeń w ramach programu mogą korzystać także noworodki i dzieci wysokiego ryzyka objęte opieką Medicaid.

Meridian współpracuje z programem FCM w ramach pomocy w koordynacji opieki medycznej swoich członków. Współpraca ta może obejmować:

- Koordynację usług z FCM
- Udostępnianie informacji świadczeniodawcom w ramach FCM
- Szukanie sposobów na współpracę firmy Meridian, jej sieci świadczeniodawców oraz świadczeniodawców FCM
- Spotkania ze świadczeniodawcami FCM w celu rozwiązywania problemów

Meridian wyszukuje kobiety w ciąży i dzieci wysokiego ryzyka spełniające kryteria objęcia programem FCM i kieruje je do programu FCM najbliższej ich miejsca zamieszkania. Do programu FCM może skierować Cię również Twój lekarz.

Usługi w ramach programu FCM obejmują:

- Wizyty w czasie ciąży i po jej zakończeniu w celu pomocy w dbaniu o siebie i dziecko

- Dostęp do pracowników służby zdrowia, którzy udzielają informacji na temat ciąży, porodu, opieki nad noworodkiem i planowania rodziny
- Skierowania na zajęcia dotyczące porodu, rodzicielstwa i nie tylko

Program FCM współpracuje również z instytucjami społecznymi w ramach pomocy w:

- Dostępie do usług medycznych
- Opiece nad dziećmi
- Transporcie
- Zakwaterowaniu
- Wyżywieniu
- Spełnieniu potrzeb z zakresu zdrowia psychicznego
- Leczeniu nadużywania substancji

W sprawie pytań na temat programu FCM należy kontaktować się z Centrum Obsługi Pacjentów.

Programy dla kobiet, niemowląt i dzieci (Women, Infants and Children, WIC)

Programy WIC pomagają mamom i ich dzieciom w otrzymywaniu kuponów na żywność, edukacji zdrowotnej i wsparciu żywieniowym. Aby móc korzystać z zasobów programu WIC, należy spełniać pewne warunki. Skontaktuj się z programem WIC pod numerem **217-782-2166**, aby uzyskać więcej informacji. W sprawie pytań zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów.

Kompetencje kulturowe

Kompetencje kulturowe to zestaw postaw, zachowań i zasad, które pomagają ludziom o różnych poglądach i przekonaniach współpracować ze sobą. Meridian angażuje się w edukację swoich pracowników i partnerów w zakresie kompetencji kulturowych, aby pomóc zapewnić najlepszą opiekę zdrowotną naszym pacjentom.

Meridian organizuje grupy fokusowe, które omawiają opiekę, opinie i nasze kompetencje kulturowe. Grupy fokusowe są otwarte dla naszych pacjentów. Osoby zainteresowane udziałem w spotkaniach grup roboczych powinny skontaktować się z Centrum Obsługi Pacjentów pod numerem **866-606-3700**.



Program ograniczania świadczeń zapoznaj się z ograniczeniami w dostępie do świadczeń.

Program ograniczania świadczeń jest skierowany do pacjentów nadużywających świadczeń. Pacjenci objęci tym programem mogą mieć ograniczenia w dostępie do usług określonej apteki lub PCP. Ograniczenia te nie są stałe. O włączeniu do programu informujemy drogą pocztową. Osobom włączonym do programu przysługuje odwołanie.



Oświadczenia na wypadek przyszłego leczenia sprecyzuj swoje oczekiwania.

Oświadczenie na wypadek przyszłego leczenia to pisemna decyzja dotycząca opieki zdrowotnej w przyszłości, na wypadek jeśli Twój stan nie pozwoli na podjęcie decyzji w tej sprawie. W stanie Illinois obowiązują cztery rodzaje oświadczeń na wypadek przyszłego leczenia:

- Pełnomocnictwo do spraw opieki zdrowotnej – pozwala wybrać osobę, która będzie podejmowała decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, jeśli pacjent jest zbyt chory, aby decydować o sobie
- Testament życia – zawiera informację dla PCP, jakiego rodzaju opieki oczekuje pacjent w przypadku nieuleczalnej choroby. Nieuleczalna choroba oznacza brak szans na powrót do zdrowia.

- Preferencje dotyczące zdrowia psychicznego – pozwalają zdecydować, czy chcesz otrzymywać niektóre rodzaje leczenia w zakresie zdrowia psychicznego, które mogą być dla Ciebie pomocne
- Odstąpienie od medycznych działań ratowniczych (DNR) – informacja dla rodziny, lekarzy i świadczeniodawców o tym, co należy zrobić w przypadku zatrzymania akcji serca lub oddechu

Więcej informacji na temat oświadczeń na wypadek przyszłego leczenia można uzyskać w ramach planu opieki zdrowotnej lub od świadczeniodawcy. Osoby przyjmowane do szpitala mogą być proszone o wydanie oświadczenia na wypadek przyszłego leczenia. Wydanie takiego oświadczenia nie jest wymagane w celu uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej, jednak większość szpitali zachęca do ich sporządzenia. Pacjent może sporządzić jedno lub wszystkie oświadczenia, a następnie może je wycofać lub zmienić w każdej chwili.

W razie pytań w sprawie oświadczeń na wypadek przyszłego leczenia zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów. Informacje dotyczące oświadczeń na wypadek przyszłego leczenia są dostępne w witrynie Meridian pod adresem **ILmeridian.com**. Formularze oświadczeń na wypadek przyszłego leczenia są dostępne w gabinetach świadczeniodawców oraz w szpitalach.



Skargi i odwołania

procedura składania skarg i odwołań

Chcemy, aby pacjenci korzystający z planów Meridian byli zadowoleni z nas i naszych świadczeniodawców. W przeciwnym wypadku możliwe jest składanie skarg i odwołań.

Skargi

Skarga to zażalenie dotyczące dowolnej kwestii innej niż odmowa, ograniczenie lub zakończenie usługi lub pozycji planu.

Meridian bardzo poważnie traktuje skargi pacjentów. Chcemy wiedzieć, co jest nie tak, abyśmy mogli doskonalić nasze usługi. Jeśli masz skargę dotyczącą świadczeniodawcy lub jakości otrzymanej opieki lub usług, natychmiast nas o tym poinformuj. Meridian stosuje specjalne procedury, aby pomóc pacjentom, którzy składają skargi. Zrobimy, co w naszej mocy, aby udzielić odpowiedzi na Twoje pytania lub pomóc rozwiązać problem. Złożenie skargi nie będzie miało wpływu na usługi opieki zdrowotnej ani na zakres świadczeń.

Jeśli osoba składająca skargę korzysta z programu rehabilitacji zawodowej (Vocational Rehabilitation, VR) może mieć prawo do pomocy ze strony programu pomocy klientom (Client Assistance Program, CAP) DHS-ORS w przygotowaniu, przedstawieniu i reprezentowaniu spraw, które mają zostać rozpatrzone.

Oto przykłady sytuacji, w których można rozważyć złożenie skargi:

- Świadczeniodawca lub pracownik Meridian nie przestrzegają Twoich praw
- Miałeś/-aś problemy z umówieniem się na wizytę u swojego lekarza w odpowiednim czasie
- Jakość opieki lub leczenia była, według Ciebie, niewystarczająca
- Świadczeniodawca lub pracownik Meridian zachował się wobec Ciebie niegrzecznie
- Świadczeniodawca lub pracownik Meridian był niewrażliwy na Twoje potrzeby kulturowe lub inne specjalne potrzeby

Skargę można złożyć telefonicznie, dzwoniąc do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700**. Można tego dokonać również listownie lub faksem:

Meridian
Attn: Grievance Dept.
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353
Faks: 833-669-1734

W treści skargi należy podać jak najwięcej informacji. Na przykład należy podać datę i miejsce zdarzenia, imiona zamieszanych osób i szczegóły dotyczące tego, co się wydarzyło. Pamiętaj o podaniu imienia, nazwiska oraz numeru identyfikacyjnego.

W sprawie pomocy w złożeniu skargi zadzwoń do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700**.

Jeśli nie mówisz po angielsku, możemy bezpłatnie zapewnić usługi tłumacza. Do skargi dołącz ten wniosek. Osoby niedostyszące mogą zadzwonić do Illinois Relay pod numer 711.

W dowolnym momencie procesu składania skargi możesz poprosić kogoś znajomego o reprezentowanie Cię lub działanie w Twoim imieniu. Osoba ta będzie Twoim „pełnomocnikiem”. Jeśli zdecydujesz, aby ktoś Cię reprezentował lub działał w Twoim imieniu, przekaż firmie Meridian na piśmie imię i nazwisko swojego pełnomocnika oraz jego dane do kontaktu.

Skargi staramy się rozpatrywać w trybie natychmiastowym. Jeśli jest to niemożliwe, możemy kontaktować się z Tobą w celu uzyskania dalszych informacji.

Odwołania

Odwołanie jest sposobem na zwrócenie się o ponowne rozpatrzenie naszych działań. Jeśli zdecydujemy, że żądana usługa lub pozycja nie może zostać zatwierdzona lub jeśli usługa zostanie ograniczona lub wstrzymana, otrzymasz od nas pismo o negatywnym rozpatrzeniu wniosku o świadczenie. W piśmie zawarte będą następujące informacje:

- Jakie działania zostały podjęte i z jakich przyczyn
- Prawo do odwołania i sposób skorzystania z niego
- Prawo do wnioskowania o stanowy proces bezstronnego przesłuchania wraz z opisem procedury
- Prawo do złożenia wniosku o przyspieszone odwołanie w niektórych okolicznościach wraz z opisem procedury
- Prawo do kontynuacji świadczeń w trakcie procesu odwoławczego, jak z niego skorzystać i kiedy konieczne może być zapłacenienie za usługi

Pacjent może nie zgodzić się z decyzją lub działaniem podjętym przez Meridian w sprawie usług lub pozycji, o które wnioskował. Odwołanie jest sposobem na zwrócenie się o ponowne rozpatrzenie naszych

działań. Odwołanie przysługuje w ciągu sześćdziesięciu (60) dni kalendarzowych od dnia otrzymania pisma o negatywnym rozpatrzeniu wniosku o świadczenie. Jeśli chcesz, aby Twoje usługi pozostały takie same w trakcie procedury odwoławczej, musisz to zgłosić w chwili składania odwołania i złożyć odwołanie nie później niż dziesięć (10) dni kalendarzowych od daty podanej w piśmie o negatywnym rozpatrzeniu wniosku o świadczenie.

Oto przykłady sytuacji, w których można rozważyć złożenie odwołania:

- Niezatwierdzenie lub niezapłacenienie za usługę lub pozycję wnioskowaną przez świadczeniodawcę
- Wycofanie usługi, która wcześniej była zatwierdzona
- Brak terminowego świadczenia usług lub realizacji pozycji
- Nieudzielenie informacji o prawie do wyboru świadczeniodawców
- Niezatwierdzenie usługi ze względu na to, że świadczeniodawca nie należy do naszej sieci

Odwołanie można złożyć na następujące sposoby:

1. Telefon do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700**. W przypadku odwołań składanych telefonicznie należy dołączyć pisemne odwołanie opatrzone podpisem
2. Odwołanie można wysłać pocztą lub faksem na adres:

Meridian Appeals Dept.
PO Box 716
Elk Grove Village, IL 60009
Faks: 833-383-1503

W sprawie usług farmaceutycznych:

Meridian Pharmacy Appeals
PO Box 31383
Tampa, FL 33631-3383
Telefon: **855-580-1688** (TDD/TTY **711**)
Faks: 833-433-1078

Jeśli nie mówisz po angielsku, możemy bezpłatnie zapewnić usługi tłumacza. Do odwołania dołącz ten wniosek. Osoby niedostyszące mogą zadzwonić do Illinois Relay pod numer 711.

Czy ktoś może pomóc Ci w złożeniu odwołania?

Dostępnych jest kilka opcji pomocy. Możesz:

- Poprosić kogoś znajomego o pomoc w reprezentowaniu Ciebie. Może to być na przykład Twój PCP lub członek rodziny
- Reprezentacja przez prawnika

Aby wyznaczyć osobę do reprezentowania pacjenta, należy: 1) wysłać do nas pismo informujące o tym, że chcesz, aby ktoś Cię reprezentował, wraz z podaniem danych do kontaktu z tą osobą lub 2) wypełnić formularz upoważnionego przedstawiciela w sprawie odwołania. Formularz można znaleźć na naszej stronie internetowej pod adresem **ILmeridian.com**.

Proces odwoławczy

W ciągu trzech (3) dni roboczych wyślemy potwierdzenie otrzymania odwołania. Poinformujemy Cię, jeśli będziemy potrzebowali więcej informacji wraz z instrukcją przekazania tych informacji osobiście lub na piśmie.

Twoje odwołanie rozpatrzy świadczeniodawca o takiej samej specjalności, jak Twój lekarz prowadzący. Nie będzie to świadczeniodawca, który podjął pierwszą decyzję o odmowie, ograniczeniu lub zaprzestaniu świadczenia usługi.

Meridian prześle decyzję na piśmie w ciągu piętnastu (15) dni roboczych od daty otrzymania odwołania. Meridian może poprosić o przedłużenie terminu do czternastu (14) dodatkowych dni kalendarzowych na podjęcie decyzji, jeśli przed podjęciem decyzji konieczne będzie uzyskanie dalszych informacji. Ty także możesz poprosić nas o przedłużenie, jeśli potrzebujesz więcej czasu na uzyskanie dodatkowych dokumentów na poparcie odwołania.

Zadzwonimy do Ciebie, aby poinformować Cię o naszej decyzji, a następnie prześlemy pismo z decyzją do Ciebie i Twojego pełnomocnika. W piśmie będzie zawarta treść decyzji wraz z jej uzasadnieniem.

Jeśli w ramach swojej decyzji Meridian negatywnie rozpatrzy wniosek o świadczenie, konieczne może być pokrycie z własnej kieszeni kosztów usług wykorzystanych w trakcie trwania procedury odwoławczej. Jeśli decyzja nie będzie obejmowała negatywnego rozpatrzenia wniosku o świadczenie,

wówczas wyrazimy zgodę na natychmiastowe rozpoczęcie świadczenia usług.

O czym warto pamiętać w procedurze odwoławczej:

- Jeśli zajdzie taka potrzeba, możesz w każdej chwili dostarczyć nam dodatkowe informacje dotyczące odwołania
- Masz wgląd w dokumentację swojego odwołania
- Możesz uczestniczyć w procesie rozpatrywania Twojego odwołania przez Meridian

Jak przyspieszyć odwołanie?

Jeśli Ty lub Twój świadczeniodawca uznacie, że standardowy termin piętnastu (15) dni roboczych na podjęcie decyzji w sprawie odwołania może poważnie zagrozić Twojemu życiu lub zdrowiu, możesz poprosić o przyspieszenie odwołania, pisząc lub dzwoniąc do nas. Pisząc do nas, podaj swoje imię i nazwisko, numer identyfikacyjny, datę pisma o negatywnym rozpatrzeniu wniosku o świadczenie, informacje o swojej sprawie i powód, dla którego prosisz o przyspieszenie odwołania. W ciągu dwudziestu czterech (24) godzin poinformujemy Cię, jeśli będziemy potrzebowali dalszych informacji. Po dostarczeniu wszystkich informacji zadzwonimy do Ciebie w ciągu dwudziestu czterech (24) godzin, aby poinformować Cię o podjętej decyzji, a także prześlemy Tobie i Twojemu pełnomocnikowi pismo z treścią decyzji.

Jak wycofać odwołanie?

Masz prawo do wycofania odwołania z dowolnego powodu, w dowolnym momencie procesu odwoławczego. Ty lub Twój pełnomocnik musicie to jednak zrobić na piśmie, używając tego samego adresu, który został użyty do złożenia odwołania. Wycofanie odwołania spowoduje zakończenie procesu odwoławczego i nie zostanie przez nas podjęta żadna decyzja w tej sprawie.

Meridian potwierdzi wycofanie odwołania, wysyłając powiadomienie do Ciebie lub Twojego pełnomocnika. Jeśli potrzebujesz dalszych informacji na temat wycofania odwołania, zadzwoń do Meridian pod numer **866-606-3700**.

Co dalej?

Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o decyzji firmy Meridian w sprawie odwołania nie trzeba podejmować żadnych działań, a sprawa zostanie

zamknięta. Jeśli jednak nie zgadzasz się z decyzją podjętą w sprawie Twojego odwołania, możesz podjąć działania, składając wniosek o stanowy proces bezstronnego przesłuchania i/lub wniosek o zewnętrzną weryfikację odwołania w ciągu trzydziestu (30) dni kalendarzowych od daty podanej na piśmie z treścią decyzji. Możesz zawnieść jednocześnie o stanowy proces bezstronnego przesłuchania oraz wniosek o zewnętrzną weryfikację lub wybrać jedną z tych możliwości.

Stanowy proces bezstronnego przesłuchania

Wniosek o stanowy proces bezstronnego przesłuchania można złożyć w ciągu stu dwudziestu (120) dni kalendarzowych od daty pisma z treścią decyzji, jednak w razie chęci nieprzerwanego korzystania z usług należy złożyć ten wniosek w ciągu dziesięciu (10) dni kalendarzowych od daty pisma z treścią decyzji. W razie niepomyślnego dla Ciebie zakończenia procedury odwoławczej możesz mieć obowiązek pokrycia kosztów usług wykorzystanych w trakcie trwania procedury.

Podobnie jak w ramach procedury odwoławczej w firmie Meridian, w stanowym procesie bezstronnego przesłuchania może reprezentować Cię pełnomocnik, na przykład prawnik, krewny lub znajomy. Aby wyznaczyć pełnomocnika, należy wystąpić do nas pismo informujące o tym, że chcesz, aby ktoś Cię reprezentował, wraz z podaniem danych do kontaktu z tą osobą.

O stanowy proces uczciwego przesłuchania można zawnieść na następujące sposoby:

- Lokalne Centrum Zasobów dla Rodziny (Family Community Resource Center) może udostępnić formularz odwołania w celu złożenia wniosku o bezstronne przesłuchanie oraz oferuje pomoc w jego wypełnieniu.
- Wejdź na stronę <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>, aby utworzyć konto odwoławcze ABE Appeals Account i złożyć przez Internet wniosek o bezstronne przesłuchanie w sprawie opieki medycznej. Taki sposób złożenia wniosku umożliwia monitorowanie i zarządzanie odwołaniem przez Internet, zapewniając wgląd w ważne terminy i powiadomienia dotyczące bezstronnego przesłuchania, a także przesyłanie dokumentacji.

- Jeśli chcesz złożyć wniosek o bezstronne przesłuchanie dotyczące usług medycznych lub pozycji, lub usług programu opieki środowiskowej dla osób starszych, prześlij go na piśmie na adres:

**Illinois Department of Healthcare and Family Services
Bureau of Administrative Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602**

Faks: 312-793-2005

E-mail HFS.FairHearings@illinois.gov

Lub zadzwoń pod numer **855-418-4421**,
TTY: (800) 526-5812

- Jeśli chcesz zawnieść o bezstronne przesłuchanie dotyczące usług lub pozycji związanych ze zdrowiem psychicznym, usług związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, usług dla osób niepełnosprawnych (Persons with Disabilities Waiver), usług związanych z urazowym uszkodzeniem mózgu (Traumatic Brain Injury Waiver), usług dla chorych na HIV/AIDS (HIV/AIDS Waiver) lub jakichkolwiek usług w ramach programu usług domowych (Home Services Program, HSP), wyślij pisemną prośbę na adres:

**Illinois Department of Human Services
Bureau of Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602**

Faks: (312) 793-8573

E-mail DHS.HSPAappeals@illinois.gov

Lub zadzwoń pod numer **(800) 435-0774**,
TTY: (877) 734-7429

Stanowy proces bezstronnych przesłuchań

Przesłuchaniem zajmie się urzędnik ds. bezstronnych przesłuchań upoważniony do ich przeprowadzania. Otrzymasz list z właściwego biura z datą, godziną i miejscem przesłuchania. Znajdą się w nim również szczegółowe informacje dotyczące przesłuchania. Ważne jest dokładne zapoznanie się z pismem. Jeśli utworzysz konto na stronie abe.illinois.gov/abe/access/appeals, za jego pośrednictwem

uzyskasz dostęp do wszystkich pism w sprawie Twojego procesu bezstronnego przesłuchania. Posiadacze konta mogą też przysyłać tą drogą dokumenty i wyświetlać terminy spotkań.

Na co najmniej trzy (3) dni robocze przed przesłuchaniem otrzymasz informacje do firmy Meridian. Znajdą się w tam wszystkie dowody, które zaprezentujemy podczas przesłuchania. Pakiet zostanie również wysłany urzędnikowi ds. bezstronnych przesłuchań (Impartial Hearing Officer). Wszystkie dowody, które zaprezentujesz podczas przesłuchania firmie Meridian i urzędnikowi ds. bezstronnych przesłuchań, musisz przekazać co najmniej (3) trzy dni robocze przed przesłuchaniem. Dotyczy to również listy wszystkich świadków występujących w Twoim imieniu, a także dokumentów, którymi poprzysz swoje odwołanie.

Koniecznym poinformuj biuro ds. bezstronnych przesłuchań o wszystkich ewentualnych udogodnieniach, których potrzebujesz. Przesłuchanie może odbyć się telefonicznie. Pamiętaj, aby we wniosku o bezstronne przesłuchanie podać numer, pod którym jesteś dostępny/-a w godzinach pracy. Przesłuchanie może być rejestrowane.

Kontynuacja lub przesunięcie

W trakcie przesłuchania możesz zawnieść o kontynuację, a przed przesłuchaniem możesz przesunąć jego termin, co jest możliwe w uzasadnionych przypadkach. Jeśli urzędnik ds. bezstronnych przesłuchań wyrazi zgodę, wszystkie strony odwołania otrzymają pisemne powiadomienie o nowej dacie, godzinie i miejscu. Termin zakończenia procedury odwoławczej zostanie wydłużony o czas kontynuacji lub przesunięcia przesłuchania.

Niestawienie się na przesłuchanie

Jeśli Ty lub Twój pełnomocnik nie stawicie się na przesłuchaniu o godzinie, w dniu i miejscu wskazanym w powiadomieniu i nie zawnieściano pisemnie o przesunięciu, wówczas odwołanie zostanie odrzucone. Jeśli przesłuchanie ma zostać przeprowadzone telefonicznie, odwołanie zostanie odrzucone, jeśli nie odbierzesz telefonu o wyznaczonej godzinie. Wszystkie strony odwołania otrzymają pismo o jego odrzuceniu.

Termin przesłuchania może zostać przesunięty, jeśli powiadomisz nas w ciągu dziesięciu (10) dni kalendarzowych od daty otrzymania pisma o odrzuceniu, jeśli przyczyną niestawienia się było jedno z poniższych wydarzeń:

- Śmierć członka rodziny
- Uraz ciała lub choroba, które w uzasadniony sposób uniemożliwiłyby stawienictwo
- Nagła i niespodziewana sytuacja awaryjna

Jeśli termin przesłuchania w sprawie odwołania zostanie zmieniony, biuro ds. przestuchań prześle Tobie lub Twojemu pełnomocnikowi pismo o zmianie terminu wraz z kopiami dla wszystkich stron odwołania.

W razie odmowy ponownego ustalenia terminu przesłuchania otrzymasz pismo z informacją o odrzuceniu.

Decyzja po bezstronnym przesłuchaniu

Ostateczną decyzję administracyjną wszystkie strony odwołania otrzymają na piśmie od właściwego biura ds. przestuchań. Decyzja będzie również dostępna w Internecie, za pośrednictwem konta ABE Appeals Account. Ostateczna decyzja administracyjna podlega rozpatrzeniu wyłącznie przez Sądy Okręgowe stanu Illinois. Czas, jaki Sąd Okręgowy (Circuit Court) dopuszcza na złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie może wynieść zaledwie trzydzieści pięć (35) dni od daty otrzymania pisma. W razie pytań należy kontaktować się z biurem ds. przestuchań.

Weryfikacja zewnętrzna (tylko dla usług medycznych)

W ciągu trzydziestu (30) dni kalendarzowych od daty podanej w piśmie z decyzją w sprawie odwołania Meridian możesz zawnieioskować o ponowne rozpatrzenie sprawy przez podmiot niezwiązany z firmą Meridian. Ta procedura nazywana jest weryfikacją zewnętrzną. Osoba przeprowadzająca weryfikację zewnętrzną musi spełniać następujące wymagania:

- Certyfikowany świadczeniodawca o takiej samej lub podobnej specjalności do lekarza prowadzącego

- Czynna zawodowo
- Brak interesu finansowego w podejmowanej decyzji
- Osoba ta nie może znać pacjenta ani jego tożsamości w trakcie weryfikacji

Zewnętrzna weryfikacja nie jest dostępna w przypadku odwołań związanych z usługami otrzymanymi w ramach programów dla osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób z urazowym uszkodzeniem mózgu, osób chorych na HIV/Aids lub w ramach programu usług domowych.

Pismo wnioskujące o weryfikację zewnętrzną należy wystąpić na adres:

**Meridian Appeals Dept.
PO Box 716
Elk Grove Village, IL 60009**

Co dalej?

- Rozpatrzymy Twój wniosek, aby sprawdzić, czy spełnia kryteria weryfikacji zewnętrznej. Mamy na to pięć (5) dni roboczych. Wyślemy Ci pismo z informacją, czy Twój wniosek spełnia te wymagania. Jeśli wniosek spełnia wymagania, pismo będzie zawierać imię i nazwisko osoby, która przeprowadzi weryfikację zewnętrzną.
- Od przestania tego pisma masz pięć (5) dni roboczych na przestanie wszelkich dodatkowych informacji na temat wniosku do zewnętrznego weryfikatora.

Zewnętrzny weryfikator w ciągu pięciu (5) dni kalendarzowych od otrzymania wszystkich informacji potrzebnych do zakończenia weryfikacji prześle pismo z decyzją do Ciebie i/lub Twojego pełnomocnika oraz do firmy Meridian.

Przyspieszenie weryfikacji zewnętrznej

Jeśli standardowe ramy czasowe weryfikacji zewnętrznej mogłyby zagrozić Twojemu życiu lub zdrowiu, Ty lub Twój pełnomocnik możecie zawnieioskować o przyspieszenie weryfikacji. Można tego dokonać telefonicznie lub pisemnie. Aby poprosić o przyspieszoną weryfikację zewnętrzną drogą telefoniczną, należy zadzwonić do Centrum Obsługi Pacjentów pod bezpłatny numer **866-606-3700**. Aby dokonać tego na piśmie, należy

wystąpić pismo na poniższy adres. O zewnętrzną weryfikację konkretnego działania można poprosić tylko jeden (1) raz. Pismo musi zawierać prośbę o zewnętrzną weryfikację tego działania.

**Meridian Appeals Dept.
PO Box 716
Elk Grove Village, IL 60009**
Faks: 833-383-1503

W sprawie usług farmaceutycznych:

**Meridian Pharmacy Appeals
PO Box 31383
Tampa, FL 33631-3383**
Telefon: **855-580-1688** (TDD/TTY **711**)
Faks: 833-433-1078

Co dalej?

- Po otrzymaniu telefonu lub pisma z prośbą o przyspieszoną weryfikację zewnętrzną natychmiast przeanalizujemy wniosek, aby sprawdzić, czy kwalifikuje się on do przyspieszonej weryfikacji zewnętrznej. Jeśli tak, skontaktujemy się z Tobą lub Twoim pełnomocnikiem, aby podać Ci nazwisko weryfikatora.
- Prześlemy również niezbędne informacje zewnętrznemu weryfikatorowi, aby mógł rozpocząć weryfikację.
- Weryfikator zewnętrzny podejmie decyzję w sprawie wniosku tak szybko, jak wymaga tego Twój stan zdrowia, ale nie później niż w ciągu dwóch (2) dni roboczych od otrzymania wszystkich niezbędnych informacji. Wówczas Ty i/lub Twój pełnomocnik oraz firma Meridian zostaniecie powiadomieni o decyzji weryfikatora ustnie. Następnie w ciągu czterdziestu ośmiu (48) godzin weryfikator prześle do Ciebie i/lub Twojego pełnomocnika oraz firmy Meridian pismo z treścią decyzji.



Prawa i obowiązki

pacjenci objęci planem mają różnorodne prawa i obowiązki. oto co należy wiedzieć.

Twoje prawa:

- Traktowanie z szacunkiem i godnością przez cały czas
- Zapewnienie poufności osobistych informacji zdrowotnych i dokumentacji medycznej, z wyjątkiem przypadków dozwolonych przez prawo
- Ochrona przed dyskryminacją
- Otrzymywanie od Meridian informacji w innych językach lub formatach, np. z pomocą tłumacza lub alfabetem Braille'a
- Otrzymywanie informacji o dostępnych opcjach leczenia i alternatywach
- Otrzymywanie informacji niezbędnych do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia i wyborów w zakresie opieki zdrowotnej
- Odmowa leczenia i otrzymanie informacji, jakie może to mieć skutki zdrowotne dla Ciebie
- Otrzymanie kopii dokumentacji medycznej, a w niektórych przypadkach zażądanie zmian lub poprawek
- Wybór dostawcy podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) oraz możliwość jego zmiany w każdej chwili
- Złożenie skargi (czasami nazywanej zażaleniem) lub odwołania bez obawy przed złym traktowaniem lub działaniami odwetowymi
- Zawnieioskowanie i otrzymanie w stosownym czasie informacji na temat firmy Meridian, współpracujących z nią placówek i obowiązujących zasad

Twoje obowiązki:

- Traktowanie lekarza i personelu biurowego uprzejmie i z szacunkiem
- Noszenie ze sobą Karty identyfikacyjnej pacjenta na wszystkie wizyty oraz po odbiór leków na receptę w aptece.
- Dotrzymywanie terminów i punktualne stawianie się na wizyty
- Uprzednie odwoływanie wizyt, na które nie możesz się stawić
- Przestrzeganie zaleceń i planu leczenia otrzymanych od lekarza
- Poinformowanie opiekuna z firmy Meridian o zmianie danych do kontaktu
- Zapoznanie się z Podręcznikiem pacjenta, z którego dowiesz się, które usługi są objęte planem i czy obowiązują specjalne zasady



Oszustwa, nadużycia i zaniedbania

poinformuj nas, jeśli coś jest nie w porządku.

Oszustwa, nadużycia i zaniedbania to incydenty wymagające zgłoszenia. Należy zgłaszać wszystkich pacjentów, świadczeniodawców lub apteki, które dopuszczają się oszustw. Zgłoszeń można dokonywać anonimowo. Możesz zadzwonić na Infolinię do Zgłaszania Oszustw, Marnotrawstwa i Przemocy **866-685-8664** lub e-mailem: **Special_Investigations_Unit@CENTENE.COM**.

Oszustwo ma miejsce, gdy ktoś otrzymuje świadczenia lub płatności, do których nie jest uprawniony. Niektóre przykłady oszustw to:

- Używanie cudzego dowodu tożsamości lub pozwalanie mu na używanie swojego
- Świadczeniodawca wystawiający rachunek za usługi, z których nie korzystałeś/-aś

Przemoc ma miejsce, gdy ktoś wyrządza fizyczną lub psychiczną krzywdę bądź obrażenia. Niektóre przykłady nadużyć to:

- Przemoc seksualna (molestowanie) ma miejsce, gdy ktoś dotyka Cię w niewłaściwy sposób i bez Twojej zgody.
- Przemoc fizyczna ma miejsce, gdy stanie Ci się krzywda, np. ktoś Cię spoliczkuje, uderzy, popchnie lub będzie groził Ci bronią.
- Przemoc psychiczna ma miejsce wtedy, gdy ktoś używa wobec Ciebie gróźb, próbuje kontrolować Twoją aktywność społeczną lub utrzymuje Cię w izolacji
- Przemoc finansowa to sytuacja, w której ktoś używa pieniędzy, czeków osobistych lub kart kredytowych bez Twojej zgody

Zaniedbanie ma miejsce, gdy ktoś decyduje się odmówić podstawowych potrzeb życiowych, takich jak żywność, odzież, schronienie lub opieka medyczna.

Jeśli uważasz, że jesteś ofiarą któregoś z powyższych, natychmiast to zgłoś. Możesz zadzwonić do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700**.

Infolinia ds. domów opieki: 800-252-4343

Infolinia ds. domów opieki Departamentu Zdrowia Publicznego stanu Illinois (Department of Public Health) służy do składania skarg dotyczących szpitali, domów opieki i agencji opieki domowej oraz opieki lub braku opieki nad pacjentami.

Infolinia ds. skarg dotyczących ośrodków mieszkania wspomaganego: 844-528-8444

Usługi dziennej opieki dla osób dorosłych: 866-800-1409 (TTY: 888-206-1327)

Infolinia ds. usług dla osób starszych Departamentu ds. Osób Starszych stanu Illinois (Department on Aging, IDoA) służy do zgłaszania domniemanych nadużyć, zaniedbań lub wykorzystywania osób dorosłych w wieku powyżej 18 lat. Można również zadzwonić do Centrum Obsługi Pacjentów pod numer **866-606-3700** (TTY: **711**) i w ten sposób zgłosić incydent.



Definicje

tutaj przedstawiamy definicje popularnych terminów pojawiających się w planach.

Odwwołanie to wniosek o ponowne rozpatrzenie decyzji związanej z Twoim planem ubezpieczenia zdrowotnego.

Udział własny oznacza ustaloną kwotę (np. 15 USD), którą pacjent musi zapłacić za refundowane usługi opieki zdrowotnej, zwykle w chwili skorzystania z usługi. Kwota może być różna w zależności od rodzaju refundowanej usługi.

Trwały sprzęt medyczny to sprzęt i materiały zamawiane przez świadczeniodawcę do codziennego lub przedłużonego stosowania.

Nagły stan medyczny oznacza chorobę, uraz, objaw lub stan tak poważny, że rozsądna osoba natychmiast zwróciłaby się o pomoc, aby uniknąć poważnych konsekwencji zdrowotnych.

Pomoc w nagłych wypadkach oznacza ocenę stanu zdrowia w nagłych wypadkach i leczenie w celu zapobieżenia pogorszeniu się stanu zdrowia.

Usługi wyłączone to usługi opieki zdrowotnej, które nie są refundowane w ramach Twojego ubezpieczenia lub planu opieki zdrowotnej.

Skarga oznacza zażalenie na usługi w ramach planu opieki zdrowotnej.

Usługi i sprzęt wspomagające rozwój to usługi, które pomagają utrzymać, zdobyć lub poprawić umiejętności i funkcjonowanie w codziennym życiu. Przykładowo może to być terapia dla dziecka, które nie chodzi lub nie mówi w oczekiwanym wieku. Usługi te mogą obejmować terapię fizyczną

i zajęciową, zajęcia logopedyczne oraz inne usługi dla osób niepełnosprawnych w warunkach szpitalnych i/ lub ambulatoryjnych.

Opieka domowa oznacza usługi medyczne świadczone w domu pacjenta.

Usługi hospicjum to usługi mające zapewnić komfort i wsparcie osobom w ostatnim stadium choroby terminalnej (i ich rodzinom).

Hospitalizacja oznacza opiekę w szpitalu, która wymaga przyjęcia w charakterze pacjenta i zazwyczaj wymaga pozostania na noc w szpitalu. Jednodniowa obserwacja może zostać uznana za opiekę ambulatoryjną.

Szpitalna opieka ambulatoryjna oznacza opiekę w szpitalu, która nie wymaga pozostania w nim na noc.

Konieczność medyczna oznacza usługi opieki zdrowotnej lub materiały potrzebne do zdiagnozowania lub leczenia choroby, urazu, stanu, choroby lub jej objawów, zgodne z przyjętymi standardami medycznymi.

Poza siecią oznacza umożliwienie pacjentowi skorzystania z usług poza siecią świadczeniodawców w ramach posiadanego planu ubezpieczenia zdrowotnego. W niektórych przypadkach koszty ponoszone przez pacjenta mogą być wyższe w przypadku świadczeń poza siecią.

Pokrycie kosztów leków na receptę oznacza ubezpieczenie zdrowotne lub plan, który pomaga pokryć koszty leków na receptę.

Dostawca podstawowej opieki zdrowotnej oznacza lekarza (M.D. – lekarz medycyny lub D.O. – lekarz medycyny osteopatycznej), pielęgniarkę, specjalistyczną pielęgniarkę kliniczną lub asystenta lekarza, zgodnie z prawem stanowym, który zapewnia, koordynuje lub pomaga pacjentowi uzyskać dostęp do szeregu usług opieki zdrowotnej.

Uprzednia zgoda oznacza decyzję ubezpieczyciela lub przedstawiciela planu zdrowotnego, że usługa opieki zdrowotnej, plan leczenia, lek na receptę lub trwały sprzęt medyczny są niezbędne z medycznego punktu widzenia. Czasami nazywana jest wstępną zgodą, wcześniejszą zgodą lub uprzednim

zatwierdzeniem. Ubezpieczenie zdrowotne lub plan może wymagać wstępnej autoryzacji niektórych usług przed ich otrzymaniem, z wyjątkiem nagłych przypadków. Wstępne zatwierdzenie nie stanowi zobowiązania, że ubezpieczyciel lub plan pokryje koszty.

Usługi i urzędnicy rehabilitacyjne oznaczają usługi opieki zdrowotnej, które pomagają danej osobie zachować, odzyskać lub poprawić umiejętności i funkcjonowanie w codziennym życiu, utracone lub upośledzone z powodu choroby, urazu bądź niepełnosprawności. Usługi te mogą obejmować terapię fizyczną i zajęciową, zajęcia logopedyczne oraz usługi rehabilitacji psychiatrycznej w warunkach szpitalnych i/lub ambulatoryjnych.

Wykwalifikowana opieka pielęgniarska oznacza usługi pielęgniarskie świadczone w ramach ustawy o świadczeniu usług pielęgniarskich stanu Illinois (Illinois Nurse Practice Act, 225 ILCS 65/50-1 i nast.) przez zarejestrowane pielęgniarki, licencjonowane pielęgniarki lub pielęgniarki zawodowe posiadające licencję na wykonywanie zawodu w tym stanie.

Specjalista oznacza lekarza, który koncentruje się na określonej dziedzinie medycyny lub grupie pacjentów w celu diagnozowania, zarządzania, zapobiegania lub leczenia określonych rodzajów objawów i schorzeń.

Pomoc w pilnych przypadkach oznacza opiekę w przypadku choroby, urazu, lub stanu na tyle poważnego, że rozsądna osoba szukałaby pomocy od razu, ale nie na tyle poważnego, aby wymagana była opieka na oddziale ratunkowym.

zastrzeżenia

Meridian przestrzega obowiązujących federalnych praw obywatelskich i nie dyskryminuje nikogo z powodu rasy, koloru skóry, pochodzenia, wieku, niepełnosprawności ani płci. Meridian nie wyklucza i nie traktuje inaczej osób ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność i płeć.

Meridian:

zapewnia osobom z niepełnosprawnościami nieodpłatną pomoc i usługi umożliwiające im skuteczne kontaktowanie się z nami. Oferujemy im:

- usługi wykwalifikowanych tłumaczy języka migowego;
- dokumenty informacyjne w innych formatach (dużą czcionką, formacie dźwiękowym, łatwo dostępnym formatach elektronicznych, innych formatach).

Dostępne bezpłatne usługi językowe dla osób, których językiem ojczystym nie jest język angielski, np.:

- usługi wykwalifikowanych tłumaczy ustnych;
- dokumenty informacyjne w innych językach.

Jeśli chcesz skorzystać z takich usług, skontaktuj się z Koordynatorem ds. Skarg w firmie Meridian. W przypadku przypuszczeń, że firma Meridian nie zapewniła tych usług lub dopuściła się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność czy płeć pacjenta, można złożyć skargę u koordynatora ds. zażaleń Meridian. Skargę można złożyć osobiście albo przestać pocztą, faksem lub pocztą elektroniczną. W złożeniu skargi może pomóc Koordynator ds. Skarg Meridian.

Poczta:

Meridian
Attn: Grievance Coordinator
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353

Numer telefonu: 866-606-3700
(użytkownicy TTY powinni wybrać 711)

Faks: 833-669-1734

E-mail

medicaidgrievances@mhplan.com

Możesz także złożyć skargę w sprawie pogwałcenia praw obywatelskich w Departamencie Zdrowia i Opieki Społecznej, Biuro Praw Obywatelskich drogą elektroniczną przez Portal Skarg Biura Praw Obywatelskich dostępny pod adresem ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, pocztą lub telefonicznie pod adresem:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Formularze skarg są dostępne na stronie www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866-606-3700 (TTY: 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 866-606-3700 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 866-606-3700 (TTY: 711)。

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 866-606-3700 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog-Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 866-606-3700 (TTY: 711).

العربية (Arabic): ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 866-606-3700 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 866-606-3700 (телетайп: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 866-606-3700 (TTY: 711).

أردو (Urdu): خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 866-606-3700 (TTY: 711)۔

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 866-606-3700 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 866-606-3700 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 866-606-3700 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 866-606-3700 (ATS : 711).

λληνικά (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 866-606-3700 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 866-606-3700 (TTY: 711).

podsumowanie zasad ochrony prywatności

niniejsze podsumowanie opisuje sposób wykorzystania i ujawniania informacji medycznych i danych osobowych pacjenta, a także sposób uzyskania dostępu do tych informacji przez pacjenta. Prosimy o uważne zapoznanie się z tą częścią. Pełna treść Zasad ochrony prywatności jest dostępna na stronie **ILmeridian.com**, a w Centrum Obsługi Pacjentów pod numerem **866-606-3700** można zamówić drukowany egzemplarz.

Posiadane przez nas informacje. Posiadamy informacje przekazywane przy rejestracji, do których należą: data urodzenia, płeć, numer identyfikacyjny i inne dane osobowe. Otrzymujemy także rachunki, wypisy lekarskie i inne informacje dotyczące opieki medycznej.

Zasady ochrony prywatności. Dbamy o Twoją prywatność i starannie chronimy Twoje dane, czy to w formie ustnej, pisemnej lub elektronicznej. Jesteśmy zobowiązani prawnie do zapewnienia poufności tych informacji oraz przekazania Ci powiadomienia o naszych obowiązkach prawnych i praktykach ochrony prywatności. Nie będziemy sprzedawać żadnych informacji na Twój temat. Wgląd w informacje mogą mieć wyłącznie te osoby, które muszą je znać i mają do tego prawo na podstawie przepisów. Będziemy ujawniali informacje wyłącznie do celów leczenia, płatności, działalności biznesowej lub na podstawie obowiązku prawnego, chyba że upoważnisz nas na piśmie do ujawniania ich do innych celów.

Leczenie. Możemy ujawnić Twoje informacje medyczne w celu koordynacji leczenia medycznego. Na przykład możemy poinformować Twojego lekarza pierwszego kontaktu o leczeniu na oddziale pełniącym ostry dyżur.

Płatność. Możemy skorzystać z Twoich informacji medycznych i ujawnić je, by umożliwić odpowiednie fakturowanie i opłacanie otrzymywanych przez Ciebie usług medycznych. Na przykład możemy poprosić szpitalny oddział ratunkowy o szczegóły leczenia, zanim opłacimy rachunek.

Działalność biznesowa. Możemy wykorzystywać i ujawniać Twoje informacje medyczne w związku z naszą działalnością biznesową. Na przykład możemy je wykorzystać w celu przeglądu jakości otrzymywanych przez Ciebie usług.

Wymogi prawne. Twoje dane ujawnimy w sytuacjach, w których będziemy do tego zobowiązani przez prawo. Przykłady takich ujawnień mogą dotyczyć egzekwowania prawa lub bezpieczeństwa narodowego, wezwań sądowych lub innych nakazów sądowych, zgłaszania chorób zakaźnych, pomocy w przypadku katastrof, przeglądu naszej działalności przez agencje rządowe, w celu zapobieżenia poważnemu zagrożeniu dla zdrowia lub bezpieczeństwa, lub w innych sytuacjach awaryjnych.

Upoważnienia. Możemy wykorzystywać i ujawniać Twoje dane osobowe, jeśli udzieliś nam na to pisemnej zgody. Jeśli udzieliś nam upoważnienia na piśmie, masz prawo zmienić zdanie i cofnąć takie upoważnienie.

Kopie niniejszego powiadomienia. Masz prawo do uzyskania dodatkowej kopii niniejszego powiadomienia w dowolnym momencie. Nawet jeśli wyraziłeś/-aś zgodę na otrzymywanie tego powiadomienia drogą elektroniczną, wciąż masz prawo do otrzymania jego papierowej wersji. Zadzwoń lub napisz do nas, aby zamówić egzemplarz.

Zmiany treści niniejszego powiadomienia. Zastrzegamy sobie prawo do zmiany niniejszego powiadomienia o prywatności. Zmienione powiadomienie będzie ważne dla informacji już posiadanych na Twój temat, a także informacji, które możemy uzyskać w przyszłości. Mamy prawny obowiązek przestrzegania każdego obowiązującego w danej chwili powiadomienia. Wszelkie zmiany niniejszego powiadomienia będą publikowane w biuletynie dla pacjentów.

Prawo do wglądu i uzyskania kopii. Masz prawo żądania na piśmie skorzystania z prawa do sprawdzenia informacji, jakie przechowujemy, oraz uzyskania ich kopii. Możemy nie przychylić się do Twojego wniosku z pewnych ograniczonych powodów, ale mamy obowiązek przekazania Ci pisemnego uzasadnienia odmowy.

Prawo do zmiany. Masz prawo żądać od nas na piśmie poprawienia Twoich danych, jeśli są one niepoprawne lub niekompletne. Możemy nie przychylić się do Twojego wniosku z pewnych ograniczonych powodów, ale mamy obowiązek przekazania Ci pisemnego uzasadnienia odmowy.

Prawo do listy ujawnień. Na pisemny wniosek masz prawo do otrzymania listy ujawnionych przez nas informacji na Twój temat, z wyjątkiem sytuacji, gdy wyraziłeś/-aś zgodę na takie ujawnienie lub gdy ujawnienia dokonano w związku z leczeniem, płatnościami lub czynnościami związanymi z opieką zdrowotną. Nie mamy obowiązku przedstawiania listy ujawnień dokonanych przed 14 kwietnia 2003 roku.

Twoje prawo do żądania ograniczeń dotyczących wykorzystywania lub ujawniania przez nas informacji. Masz prawo do żądania ograniczeń wykorzystywania lub ujawniania przez nas Twoich danych osobowych, jeśli złożysz taki wniosek na piśmie. Nie jesteśmy zobowiązani do wyrażenia zgody na takie prośby.

Prawo do żądania poufnej komunikacji. Masz prawo do żądania od nas komunikowania się z Tobą w kwestiach medycznych w pewien sposób lub w pewnej lokalizacji. Wniosek musisz złożyć na piśmie. Na przykład możesz zażądać od nas kontaktowania się z Tobą wyłącznie w domu lub tylko pod określonym adresem lub tylko drogą pocztową.

Jak korzystać z praw na podstawie niniejszego powiadomienia.

Jeśli chcesz skorzystać ze swoich praw na podstawie niniejszego powiadomienia, możesz do nas zadzwonić lub napisać. Wniosek do nas musisz złożyć na piśmie. W razie potrzeby pomożemy Ci sporządzić pisemny wniosek.

Skargi do rządu federalnego.

Jeśli uważasz, że naruszono Twoje prawa do prywatności, masz prawo złożyć skargę w rządzie federalnym. Możesz napisać na adres:

**Centralized Case Management Operations,
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201**

Możesz też skorzystać z witryny www.hhs.gov/ocr.

Pytania lub skargi dotyczące ochrony prywatności i komunikacji, kierowane do nas. Jeśli chcesz skorzystać ze swoich praw na podstawie niniejszego powiadomienia lub jeśli chcesz skontaktować się z nami w sprawie kwestii dotyczących prywatności lub jeśli chcesz złożyć skargę związaną z prywatnością, możesz napisać na poniższy adres:

**Meridian Privacy Officer
1333 Burr Ridge Parkway
Suite 100
Burr Ridge, IL 60527**

Możesz też skontaktować się telefonicznie pod numerem **866-606-3700**.

Za złożenie zażalenia nie będą nałożone na Ciebie kary. Kopia niniejszego powiadomienia znajduje się na naszej stronie internetowej pod adresem ILmeridian.com.

**kontakt
z nami.**
**Centrum Obsługi Pacjentów
Meridian**
**866-606-3700
(TTY: 711)**
**Od poniedziałku do piątku
w godzinach 8:00-17:00.**

zapisz dane zespołu opiekującego się Twoją rodziną.

Na tej stronie zapisać imiona, nazwiska oraz dane do kontaktu z lekarzami, których członkowie Twojej rodziny odwiedzają regularnie. Mogą to być lekarze pierwszego kontaktu, dentyści, ginekolodzy, specjaliści, terapeuci i nie tylko.

Imię i nazwisko lekarza: _____

Specjalność: _____

Numer telefonu: _____

Adres: _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Specjalność: _____

Numer telefonu: _____

Adres: _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Specjalność: _____

Numer telefonu: _____

Adres: _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Specjalność: _____

Numer telefonu: _____

Adres: _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Specjalność: _____

Numer telefonu: _____

Adres: _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Specjalność: _____

Numer telefonu: _____

Adres: _____

uwagi



**Centrum Obsługi Pacjentów Meridian:
866-606-3700 (TTY/TDD: 711)**

member.ILmeridian.com

Data aktualizacji: 29.08.2023

Zatwierdzono przez stan: 29.08.2023

Podręcznik dla pacjentów stanu IL