

Hamaspik Medicare Choice 2025 স্দস্য হ্যাডবুক



HAMASPIK, INC.

HAMASPIK MEDICARE CHOICE

সদস্য হ্যান্ডবুক

সূচিপত্র

সেকশন I:	সদস্যের কাছ থেকে সহায়তা সেবা.....	2
সেকশন II:	MAP প্রোগ্রামে তালিকাভুক্তির যোগ্যতা.....	3
সেকশন III:	MAP প্রোগ্রামের আওতাভুক্ত সেবাসমূহ	6
সেকশন IV:	আমাদের প্ল্যানের আওতা বহির্ভূত Medicaid সেবাসমূহ.....	15
সেকশন V:	সেবার অনুমোদন, আবেদন এবং অভিযোগ প্রক্রিয়া.....	17
সেকশন VI:	MAP প্রোগ্রাম থেকে তালিকাভুক্তি প্রত্যাহার	33
সেকশন VII:	সাংস্কৃতিক ও ভাষাগত দক্ষতা.....	35
সেকশন VIII:	সদস্যের অধিকার ও দায়িত্বসমূহ.....	35

HAMASPIK MEDICARE CHOICE আপনাকে স্বাগতম MEDICAID ADVANTAGE PLUS প্রোগ্রামে আপনাকে স্বাগতম

Hamaspik Medicare Choice Medicaid Advantage Plus (MAP) প্রোগ্রামে আপনাকে স্বাগতম। MAP প্রোগ্রামটি এমন লোকদের জন্য পরিকল্পনা করা হয়েছে যাদের মেডিকেশ্যর ও মেডিকেড রয়েছে এবং যাদের যতদিন সম্ভব তাদের বাড়িতে এবং কমিউনিটিতে থাকার জন্য হোম কেয়ার ও ব্যক্তিগত কেয়ারের মতো স্বাস্থ্যসেবা এবং কমিউনিটি ভিত্তিক দীর্ঘমেয়াদী পরিষেবা ও সহায়তা (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS) প্রয়োজন।

আপনি Hamaspik Medicare Choice MAP প্রোগ্রামে তালিকাভুক্ত হওয়ার পরে এই হ্যান্ডবুকটি থেকে আপনি Hamaspik Medicare Choice-এর আওতাভুক্ত অতিরিক্ত সুবিধাগুলো সম্পর্কে জানতে পারবেন। এই হ্যান্ডবুকটি থেকে আপনি কিভাবে কোনো পরিষেবার জন্য অনুরোধ করতে হবে, অভিযোগ দায়ের করতে হবে বা Hamaspik Medicare Choice MAP প্রোগ্রাম থেকে নাম বাতিল করতে হবে তাও জানতে পারবেন। এই হ্যান্ডবুকে বর্ণিত সুবিধাগুলো Hamaspik Medicare Choice Medicare Evidence of Coverage-এ বর্ণিত মেডিকেশ্যর সুবিধাগুলো ছাড়াও রয়েছে। Hamaspik Medicare Choice Medicare Evidence of Coverage-এর সাথে এই হ্যান্ডবুকটি রাখুন। কোন পরিষেবাগুলো আওতাভুক্ত এবং কিভাবে পরিষেবাগুলো পাওয়া যায় তা জানতে আপনার উভয়ই প্রয়োজন।

সেকশন I – সদস্য সেবা থেকে সহায়তা

আপনি নিচের তালিকাভুক্ত সদস্য সেবা নম্বরে যেকোনো সময়, দিনে 24 ঘণ্টা, সপ্তাহে সাত দিন আমাদের কল করতে পারেন। সদস্য পরিষেবাগুলোতে আপনাকে সহায়তা করার জন্য আমাদের লোক আছেন:

1 অক্টোবর থেকে 31 মার্চ: সপ্তাহে সাত দিন, সকাল 8:00 থেকে রাত 8:00 পর্যন্ত
888-426-2774 নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারীগণ 711 নম্বরে কল করুন।

1 এপ্রিল থেকে 30 সেপ্টেম্বর: সোমবার থেকে শুক্রবার, সকাল 8:00 থেকে রাত 8:00 পর্যন্ত
888-426-2774 নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারীগণ 711 নম্বরে কল করুন।

এই সময়ের বাইরেও যদি আপনার সহযোগিতার প্রয়োজন হয়, তাহলেও একই নম্বরে কল করুন, আপনি আমাদের অন-কল কর্মীদের সাথে কথা বলতে পারবেন।

আপনি অন্য ভাষাতে অথবা দৃষ্টিজনিত সমস্যা থাকলে অন্যান্য ফরম্যাটেও তথ্য পেতে পারেন। সদস্য সেবার কাছে কল করুন, তাহলে কর্মীরা আপনাকে সহায়তা দিতে পারবেন। এই পরিষেবাগুলো আপনি বিনামূল্যে পাবেন।

সেকশন II – MAP প্রোগ্রামে তালিকাভুক্তির যোগ্যতা

MAP গ্রামন লোকদের জন্য প্রোগ্রাম যাদের Medicare ও Medicaid উভয়ই রয়েছে। আপনি যদি নিম্নলিখিত সমস্ত প্রয়োজনীয়তা পূরণ করে থাকেন তাহলে আপনি MAP প্রোগ্রামে যোগদানের যোগ্য:

- 1) আপনার বয়স 18 বা তার বেশি
- 2) আপনি প্ল্যানের সেবা প্রদানকারী নিম্নলিখিত কাউন্টিগুলোতে বাস করেন:
 - ব্রঙ্কস
 - ডাচেস
 - কিংস (ক্লকলিন)
 - নাসাউ
 - নিউ ইয়র্ক (ম্যানহাটন)
 - অরেঞ্জ
 - পুটন্যাম
 - কুইন্স
 - রিচমন্ড (স্ট্যাটেন আইল্যান্ড)
 - রকল্যান্ড
 -
 - আলস্টার
 - ওয়েস্টচেস্টার
- 3) Medicaid থাকা
- 4) Medicare পার্ট A ও B কভারেজের প্রমাণ থাকা
- 5) কমিউনিটি হেলথ অ্যাসেসমেন্ট (CHA) ব্যবহার করে নার্সিং হোম লেভেলের কেয়ারের (নথিভুক্তির সময় অনুযায়ী) জন্য যোগ্য
- 6) তালিকাভুক্তির সময় আপনার স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তার ঝুঁকি ছাড়াই আপনার বাড়িতে এবং কমিউনিটিতে ফিরে আসতে বা থাকতে পারবেন বা আপনাকে স্থায়ীভাবে কোনো নার্সিং হোমে রাখা হয়
- 7) তালিকাভুক্তির কার্যকর তারিখ থেকে 120 দিনেরও বেশি সময় ধরে MAP-এর আওতাভুক্ত নিম্নলিখিত কমিউনিটি ভিত্তিক দীর্ঘমেয়াদী পরিষেবা ও সহায়তা (CBLTSS) এর কমপক্ষে একটির প্রয়োজন হবে বলে আশা করা হয়:
 - বাড়িতে নার্সিং পরিষেবা
 - বাড়িতে থেরাপি
 - হোম হেলথ এইড পরিষেবা
 - বাড়িতে ব্যক্তিগত পরিচর্যা সেবা (PCS) (Level 2) *
 - অ্যাডাল্ট ডে হেলথ কেয়ার
 - প্রাইভেট ডিউটি নার্সিং; অথবা
 - গ্রাহক নির্দেশিত ব্যক্তিগত সহায়তা সেবা, এবং
- 8) Hamaspik Medicare Choice Medicare Advantage Dual Special Needs Plan-এ নাম নথিভুক্ত করতে হবে।

* MAP প্রোগ্রামের আওতাভুক্ত সেবাগুলি লেভেল 2 এর জন্য দৈনন্দিন জীবনযাত্রার কাজকর্মের সাথে শারীরিক সহায়তা প্রয়োজন। হাউসকিপিং এবং কেনাকাটার মতো পরিষেবাগুলি লেভেল 2 পরিষেবাগুলির প্রয়োজনীয়তা পূরণ করে না।

[আরও তথ্য টাইটেল 18 - 505.14-এ বিদ্যমান রয়েছে।](https://www.ny.gov/medicaid-map-program)

আপনি যদি পরে আপনার মেডিকেয়ার পরিকল্পনা পরিবর্তন করার সিদ্ধান্ত নেন, তাহলে আপনাকে Hamaspik Medicare Choice-ও ছেড়ে যেতে হবে।

এই হ্যান্ডবুকে বর্ণিত কভারেজটি Hamaspik Medicare Choice MAP প্রোগ্রামে আপনার তালিকাভুক্তির কার্যকর তারিখে কার্যকর হবে। MAP প্রোগ্রামে তালিকাভুক্তির বিষয়টি স্বেচ্ছাধীন।

নিউ ইয়র্ক ইনডিপেন্ডেন্ট অ্যাসেসর প্রোগ্রাম (NYIAP) ও প্রাথমিক মূল্যায়ন প্রক্রিয়া

NYIAP এমন ব্যক্তিদের জন্য একটি প্রাথমিক মূল্যায়ন পরিচালনা করবে যারা পরিচালিত দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা প্ল্যানে নাম লেখাতে আগ্রহ প্রকাশ করেছে। প্রাথমিক মূল্যায়ন প্রক্রিয়ায় নিম্নলিখিত বিষয়গুলো সম্পন্ন করা অন্তর্ভুক্ত:

- **কমিউনিটি হেলথ অ্যাসেসমেন্ট (CHA):** আপনার ব্যক্তিগত কেয়ার এবং/অথবা গ্রাহক নির্দেশিত ব্যক্তিগত সহায়তা সেবা (PCS/CDPAS) প্রয়োজন কিনা এবং MLTC প্ল্যানে তালিকাভুক্তির জন্য আপনি যোগ্য কিনা তা দেখতে CHA ব্যবহার করা হয়।
- **ক্লিনিকাল অ্যাপয়েন্টমেন্ট ও প্র্যাক্টিশনার অর্ডার (PO):** PO তে আপনার ক্লিনিকাল অ্যাপয়েন্টমেন্টগুলো লিপিবদ্ধ করা হবে এবং এটি নির্দেশ করবে যে:
 - আপনার প্রাত্যহিক কাজকর্মে সহযোগিতার প্রয়োজন থাকা, **এবং**
 - আপনার শারীরিক অবস্থা স্থিতিশীল আছে যাতে আপনি বাড়িতে PCS এবং/অথবা CDPAS পেতে পারেন।

NYIAP আপনার CHA ও ক্লিনিকাল অ্যাপয়েন্টমেন্ট এর সূচী নির্ধারণ করবে। CHA সম্পন্ন করবেন একজন প্রশিক্ষিত নিবন্ধিত নার্স (RN)। CHA সম্পন্ন হওয়ার কিছুদিন পরে, NYIAP-এর একজন ক্লিনিশিয়ান একটি ক্লিনিকাল অ্যাপয়েন্টমেন্ট ও প্র্যাক্টিশনার অর্ডার (PO) সম্পন্ন করবেন।

প্রতি বছর, একজন MLTC নথিভুক্তকারী হিসাবে আপনাকে Hamaspik Medicare Choice-এর মাধ্যমে পুনরায় মূল্যায়ন করা হবে, যাতে আপনার প্রয়োজনগুলি তখনও MLTC প্রোগ্রামের যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করে।

Hamaspik Medicare Choice আপনার কী ধরনের সহায়তা প্রয়োজন তা দেখতে এবং আপনার কেয়ার পরিকল্পনা তৈরি করতে CHA এবং PO ফলাফলগুলো ব্যবহার করবে। কেয়ার প্ল্যানে যদি প্রতিদিন গড়ে 12 ঘণ্টার বেশি PCS এবং/অথবা CDPAS এর প্রস্তাব করা হয়, তাহলে NYIAP ইনডিপেন্ডেন্ট রিভিউ প্যানেল (IRP) কর্তৃক আরেকটি পৃথক পর্যালোচনার প্রয়োজন হবে। IRP হলো চিকিৎসা পেশাদারদের একটি প্যানেল যা আপনার CHA, PO, কেয়ার পরিকল্পনা এবং অন্য যেকোনো প্রয়োজনীয় মেডিকেল ডকুমেন্টেশন পর্যালোচনা করবে। আরো তথ্যের প্রয়োজন হলে প্যানেলের একজন আপনাকে পরীক্ষা-নিরীক্ষা করতে বলতে পারেন এবং/অথবা আপনার প্রয়োজনগুলো নিয়ে আপনার সাথে আলোচনা করতে পারেন। কেয়ার পরিকল্পনাটি আপনার প্রয়োজনীয়তা পূরণ করে কিনা সে সম্পর্কে IRP, Hamaspik Medicare Choice-কে একটি সুপারিশ করবে।

NYIAP প্রাথমিক মূল্যায়নের ধাপগুলো সম্পন্ন করার পর ও আপনি যে MLTC-এর উপযুক্ত সে সিদ্ধান্ত নেওয়ার পর, আপনি যে MLTC Care প্ল্যানে যুক্ত হতে চান সেটি বাছাই করতে পারবেন। যেহেতু আপনিও এই একই পরিকল্পনার জন্য মেডিকেয়ারে তালিকাভুক্ত হয়েছেন, আপনি আপনার সুবিধাগুলো সমন্বিত করতে এবং Hamaspik Medicare Choice-এ নথিভুক্ত করতে বেছে নিয়েছেন।

আপনি যদি তালিকাভুক্ত হওয়ার যোগ্য হন এবং Hamaspik Medicare Choice-এ আগ্রহী হন, তাহলে আমাদের প্রোগ্রামের একজন নার্স আপনার সুবিধাজনক সময়ে আপনার বাড়িতে যাবেন বা তিনি একটি অনলাইন অ্যাপের মাধ্যমে আপনার সাথে "ভার্চুয়ালি" সাক্ষাৎ করতে পারেন। আপনি চাইলে, অ্যাপয়েন্টমেন্টের সময় আপনার সাথে পরিবারের সদস্য বা অন্য পরিচর্যাকারীও থাকতে পারে। আপনি তালিকাভুক্তির যোগ্য কিনা তা নিশ্চিত করতে নার্স আপনার মূল্যায়ন পর্যালোচনা করবে এবং আপনার কেয়ার পরিকল্পনাটি বিকশিত করার জন্য আপনার সাথে ঘনিষ্ঠভাবে কাজ করবে। আপনাকে নথিভুক্ত করার আগে আমরা আপনার কেয়ারের পরিকল্পনার একটি লিখিত

অনুলিপি আপনার সাথে শেয়ার করব, যাতে আপনি MAP প্ল্যানে আপনি যে পরিষেবাগুলি পাবেন তা বুঝতে পারেন।

তালিকাভুক্ত প্রক্রিয়ার Medicare অংশটি সম্পূর্ণ করতে নার্স আপনাকে একজন Medicare তালিকাভুক্ত বিশেষজ্ঞের সাথেও সংযুক্ত করবে। একবার আপনি Medicare তালিকাভুক্তি সম্পন্ন করার পরে এবং আমরা Medicare-এর সাথে নিশ্চিত করি যে আপনি যোগ্য, আমরা Medicaid তালিকাভুক্তির নথিগুলো সম্পূর্ণ করতে আপনার সাথেও দেখা করব। Hamaspik Medicare Choice এই তথ্য Medicaid-এ জমা দেবে। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, আপনার তালিকাভুক্তি পরের মাসের প্রথম দিনে কার্যকর হবে।

Hamaspik Medicare Choice তালিকাভুক্তির অনুরোধ পাওয়ার দশ (10) কার্য দিবসের মধ্যে আপনার তালিকাভুক্তি প্রত্যাখ্যানের সুপারিশ করতে পারে, যদি আমরা উপরে তালিকাভুক্ত মানদণ্ডের উপর ভিত্তি করে নির্ধারণ করি যে আপনি যোগ্য নন, অথবা যদি আপনি আপনার তালিকাভুক্তি প্রক্রিয়া করার সময় প্রয়োজনীয় তথ্য প্রদান না করেন। যদি আপনার তালিকাভুক্তি প্রত্যাখ্যানের সুপারিশ করা হয়, তাহলে এটি অবশ্যই মেডিকেড কর্তৃক অনুমোদিত হতে হবে এবং আমরা আপনাকে একটি নোটিশ পাঠাব যেখানে প্রত্যাখ্যানের কারণের ব্যাখ্যা অন্তর্ভুক্ত থাকবে। আপনি প্রত্যাখ্যানের আপিল করার সুযোগ পাবেন। আপনার আরো তথ্যের প্রয়োজন হলে অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করুন। মনে রাখবেন যে Hamaspik Medicare Choice আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থা, আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থার যেকোনো পরিবর্তন, আপনার প্রয়োজনীয় পরিষেবা বা আপনার আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলোর ব্যয়ের উপর ভিত্তি করে তালিকাভুক্তির প্রক্রিয়ায় বৈষম্য করবে না।

আপনি যদি তালিকাভুক্ত হন এবং তারপরে আপনার সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করেন তবে আপনি আপনার তালিকাভুক্তি প্রত্যাহার করতে পারেন। আমাদের জানাতে অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবায় যোগাযোগ করুন। আপনি যদি আপনার তালিকাভুক্তি প্রত্যাহার করতে চান তবে আপনাকে অবশ্যই কার্যকর তারিখের আগে মাসের 25তম দিনে দুপুরের মধ্যে আমাদের জানাতে হবে।

পরিকল্পনা সদস্য (আইডি) কার্ড

আপনার কার্যকর তালিকাভুক্তির তারিখের 14 দিনের মধ্যে আপনি আপনার Hamaspik Medicare Choice আইডেন্টিফিকেশন (ID) কার্ড পাবেন। আপনার কার্ডের সমস্ত তথ্য সঠিক কিনা অনুগ্রহ করে তা যাচাই করুন। আপনার মেডিকেড কার্ডের সাথে সর্বদা আপনার শনাক্তকরণ কার্ডটি সাথে রাখতে ভুলবেন না। আপনার কার্ড হারিয়ে গেলে বা চুরি হয়ে গেলে, অনুগ্রহ করে Hamaspik Medicare Choice-এর 9888-426-2774 নম্বরে সদস্য পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করুন। (TTY ব্যবহারকারীগণ 711 নম্বরে কল করুন।)

সেকশন III – HAMASPIK MEDICARE CHOICE MAP প্রোগ্রামের আওতাভুক্ত পরিষেবা

Medicare আওতাভুক্ত পরিষেবার ক্ষেত্রে ডিডাক্টিবল এবং কো-পেমেন্ট

ইনপেশেন্ট এবং আউটপেশেন্ট হসপিটাল সার্ভিস, চিকিৎসকের ভিজিট, আপৎকালীন পরিষেবা এবং ল্যাবরেটরির পরীক্ষা সহ আপনি যে পরিষেবাগুলো পাচ্ছেন, সেগুলোর মধ্যে অনেকগুলোই Medicare-এর আওতাভুক্ত এবং Hamaspik Medicare Choice Medicare কভারেজের প্রমাণে বর্ণনা করা আছে। Hamaspik Medicare Choice Medicare এভিডেন্স অব কভারেজের চ্যাপ্টার 3-এ ব্যাখ্যা করা হয়েছে যে জরুরি অবস্থায় পরিচর্যা বা মেডিকেল এমার্জেন্সিতে পরিচর্যার সুযোগ নেওয়া এবং প্ল্যান প্রোভাইডার ব্যবহার করার নিয়মগুলো কী কী। কিছু কিছু পরিষেবাতে ডিডাক্টিবল এবং কো-পেমেন্ট রয়েছে। এই পরিমাণগুলো "এগুলো আপনি আওতাভুক্ত পরিষেবার মধ্যে পেলে আপনাকে অবশ্যই কত পেমেন্ট করতে হবে" কলামের নিচে থাকা Hamaspik Medicare Choice Medicare কভারেজের প্রমাণের চ্যাপ্টার 4-এ বেনিফিট চার্টে দেখতে পাবেন। আপনি যেহেতু Hamaspik Medicare Choice যোগ দিয়েছেন এবং আপনার Medicaid আছে, তাই Hamaspik Medicare Choice আপনার পক্ষে এই অর্থরাশিগুলো পেমেন্ট করবে। যেগুলো কিছু ফার্মেসি আইটেমের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য, সেগুলো ব্যতীত আপনাকে এই ডিডাক্টিবল এবং কো-পেমেন্টগুলো পেমেন্ট করতে হবে না।

বেনিফিটের জন্য যদি কোনো মাসিক প্রিমিয়াম থাকে (Hamaspik Medicare Choice Medicare এভিডেন্স অব কভারেজের চ্যাপ্টার 1 দেখুন), তাহলে আপনাকে সেই প্রিমিয়াম দিতে হবে না, যেহেতু আপনার Medicaid আছে। এছাড়া Medicaid-এর আওতাভুক্ত, তবে Medicare-এর আওতাভুক্ত নয়, এমন অনেক পরিষেবা আমরা আওতাভুক্ত করব। কী কী আওতাভুক্ত, নিচের বিভাগে তা ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

কেয়ার ম্যানেজমেন্ট পরিষেবা

আমাদের প্ল্যানের সদস্য হিসাবে আপনি কেয়ার ম্যানেজমেন্ট পরিষেবা পাবেন। আমাদের প্ল্যান থেকে আপনাকে একজন কেয়ার ম্যানেজার প্রদান করা হবে যিনি সাধারণত একজন নার্স বা সোশ্যাল ওয়ার্কারের মতো একজন হেলথকেয়ার পেশাদার। আপনার চাহিদাগুলো নির্ধারণ করতে ও একটি কেয়ার প্ল্যান তৈরি করতে কেয়ার ম্যানেজার আপনার ও আপনার ডাক্তারের সাথে মিলে কাজ করবেন। আপনার কেয়ার ম্যানেজার আপনাকে আপনার প্রয়োজনীয় যেকোন পরিষেবার জন্য অ্যাপয়েন্টমেন্টের ব্যবস্থা করতেও সাহায্য করবে।

আপনার স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত প্রয়োজন এবং আপনার পরিষেবাগুলো নিয়ে আলোচনা করার জন্য আপনার কেয়ার ম্যানেজার আপনাকে মাসে অন্তত একবার কল করবেন। এছাড়া প্রত্যেক ছয় মাস অন্তর আপনার বাড়িতে একবার করে হোম ভিজিট করা হবে, যাতে আপনার বর্তমানের প্রয়োজনগুলোর ব্যাপারে আমরা মূল্যায়ন করতে পারি এবং আপনার যত্নের প্ল্যানটি আপডেট করতে পারি। আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত প্রয়োজন বা আপনার পরিষেবার ব্যাপারে যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার কেয়ার ম্যানেজারকে কল করতে দ্বিধাবোধ করবেন না। 1-888-426-2774 নম্বরে তাকে কল করতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীগণ 711 নম্বরে কল করুন।

আমাদের অফিস বন্ধ থাকার সময় যদি আপনার কোনো জরুরি প্রয়োজন হয়, তাহলে এই নম্বরে কল করতে আমাদের স্টাফ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন।

আওতাভুক্ত অতিরিক্ত পরিষেবা

আপনার যেহেতু Medicaid আছে এবং আপনি MAP প্রোগ্রামের জন্য উপযুক্ত, তাই নিচে বর্ণনা করা অতিরিক্ত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ও সামাজিক পরিষেবার জন্য আমরা প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা নেব এবং পেমেন্ট করব। চিকিৎসাগতভাবে যতদিন প্রয়োজন ততদিন পর্যন্ত আপনি এই সেবাগুলো পেতে পারেন। আপনার কেয়ার ম্যানেজার আপনার জন্য প্রয়োজনীয় সেবা ও প্রোভাইডারদেরকে বাছাই করতে আপনাকে সহযোগিতা করবেন। কোনো কোনো ক্ষেত্রে, এই সেবাগুলো নিতে হলে আপনার ডাক্তারের রেফারেল বা আদেশ প্রয়োজন হতে পারে। আপনাকে এই পরিষেবাগুলো অবশ্যই এমন প্রোভাইডারের থেকে নিতে হবে, যারা Hamaspik Medicare Choice নেটওয়ার্কের অন্তর্ভুক্ত।

আপনি যদি আমাদের প্ল্যানে কোনো প্রোভাইডার খুঁজে না পান, তাহলে অনুগ্রহ করে মেম্বার সার্ভিস বা আপনার কেয়ার ম্যানেজারের সাথে যোগাযোগ করুন। যখন পরিষেবাটি Hamaspik Medicare Choice বেনিফিট প্যাকেজের অংশ এবং ইন-নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারের থেকে উপলভ্য নয়, তখন তারা আউট-অব-নেটওয়ার্ক প্রোভাইডারের কাছে পরিষেবার অনুরোধ করতে আপনাকে সাহায্য করতে পারে।

○ অ্যাডাল্ট ডে হেলথ কেয়ার

অন্য সদস্যদের সাথে সামাজিকভাবে মেলামেশা করার জন্য সাহায্য করতে একটি কমিউনিটি সেটিংয়ে অ্যাডাল্ট ডে কেয়ার প্রোগ্রামের মাধ্যমে সুনির্দিষ্ট গঠনের একটি প্রোগ্রাম প্রদান করা হয়। অ্যাডাল্ট ডে হেলথ কেয়ার প্রোগ্রামের মধ্যে রয়েছে একটি নিরাপদ সেটিংয়ে নার্সিং, রিহ্যাবিলিটেশন থেরাপি, সোশ্যাল ওয়ার্কার, ব্যক্তিগত সেবা, মেডিকেশন সংক্রান্ত সাহায্য এবং পুষ্টি সংক্রান্ত পরিষেবা। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার কেয়ার প্ল্যানে থাকা Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অবশ্যই সেগুলো অনুমোদিত হতে হবে।

○ অডিওলজি ও হিয়ারিং এইড

এর মধ্যে শ্রবণের বাধা বা সমস্যার কারণে হওয়া প্রতিবন্ধকতার ক্ষেত্রে পরিষেবা এবং প্রোডাক্টগুলো আওতাভুক্ত। পরিষেবার মধ্যে আছে: অডিওলজি পরিষেবা (পরীক্ষা এবং যাচাই, হিয়ারিং এইডের মূল্যায়ন এবং হিয়ারিং এইডের প্রেসক্রিপশন); হিয়ারিং এইড সংক্রান্ত বাছাই, ফিটিং এবং ডিস্পেনসিংয়ের পর হিয়ারিং এইড সংক্রান্ত পরীক্ষা; হিয়ারিং এইড প্রোডাক্ট (হিয়ারিং এইড, ইয়ারমোল্ড এবং স্পেশাল ফিটিং); এবং হিয়ারিং এইডের মেরামতি ও পরিবর্তন।

○ গ্রাহক নির্দেশিত ব্যক্তিগত সহায়তা সেবা (CDPAS)

আপনি যদি CDPAS পরিষেবা পাওয়ার বিকল্পটি বেছে নেন, তাহলে আপনার দৈনিক প্রয়োজন অনুযায়ী সাহায্য প্রদান করতে আপনি নিজের ওয়ার্কারকে নিয়োগ এবং তত্ত্বাবধান করতে পারবেন। আপনার পরিবারের একজন সদস্য, বন্ধু অথবা আপনার বেছে নেওয়া অন্য কোন ব্যক্তি আপনার জন্য নিয়োজিত কর্মী হতে পারবেন। এই পরিষেবাটি বেছে নেওয়ার জন্য, আপনার চিকিৎসককে এই বিবৃতি প্রদান করতে হবে যে আপনি আপনার কর্মীর তদারকি করতে সক্ষম। টাইমশিট জমা দেওয়া এবং বেতন পাওয়ার জন্য আপনার কর্মীকে একটি এজেন্সির সাথে রেজিস্ট্রেশন করতে হবে। CDPAS পরিষেবা সম্পর্কে আগ্রহী হলে অনুগ্রহ করে আপনার কেয়ার ম্যানেজারের সাথে কথা বলুন। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার কেয়ার প্ল্যানে থাকা Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অবশ্যই সেগুলো অনুমোদিত হতে হবে।

○ ডেন্টাল কেয়ার

আপনার আওতায় ডেন্টাল পরিষেবাগুলির মধ্যে ব্যাপক প্রতিরোধমূলক এবং পুনরুদ্ধারমূলক দাঁতের পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, যার মধ্যে রয়েছে:

- ✓ পরিষ্কার করা (প্রত্যেক ছয় মাসে একবার)
- ✓ ওরাল এক্সাম (প্রতি ছয় মাসে একবার)
- ✓ এক্স-রে

✓ পুনরুদ্ধার পরিষেবা, যেমন ফিলিং, রুট ক্যানাল, ক্রাউন, ইমপ্লান্ট, উস্তোলন এবং ডেনচার। সাধারণ ডেন্টাল পরিচর্যার জন্য অনুমোদনের প্রয়োজন হয় না। পুনরায় গঠনমূলক কিছু পরিষেবার ক্ষেত্রে অনুমোদনের প্রয়োজন হয়।

○ **টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম (DME)**

টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জামের মধ্যে রয়েছে এমন ডিভাইস ও সরঞ্জাম, যা একটি নির্দিষ্ট সময়সীমার জন্য বারবার ব্যবহার করা যায় এবং প্রাথমিকভাবে ও সাধারণভাবে মেডিকেল উদ্দেশ্যের জন্য ব্যবহার করা হয়। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন হয়, তাহলে Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অবশ্যই সেগুলো অনুমোদিত হতে হবে।

○ **জরুরী পরিবহন**

জরুরী পরিস্থিতিতে কভার করা অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবাগুলির মধ্যে রয়েছে ফিক্সড উইং, রোটোরি উইং এবং গ্রাউন্ড অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবা, যা কেয়ার প্রদান করতে পারে এমন নিকটতম উপযুক্ত সুবিধার জন্য, যখন সেগুলি কোনো সদস্যকে সজ্জিত করা হয় যার চিকিৎসার অবস্থা এমন যে পরিবহনের অন্যান্য উপায়গুলি ব্যক্তির স্বাস্থ্যকে বিপন্ন করতে পারে। জরুরী পরিবহনের জন্য পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন হয় না। (দ্রষ্টব্য: অ-জরুরী অবস্থায় অতিরিক্ত অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবাগুলি নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে Hamaspik Medicare Choice-এর মাধ্যমে কভার করা হয়। আরও তথ্যের জন্য সদস্য সেবার সাথে যোগাযোগ করুন।)

○ **বাড়িতে পৌঁছে দেওয়া খাবার এবং/অথবা ডে কেয়ারের মতো গ্রুপ সেটিংয়ে খাবার**

কিছু ব্যক্তিগত যত্ন পরিষেবা বা CDPAS পরিষেবার জন্য একটি বিকল্প হিসাবে ডে কেয়ার প্রোগ্রামে আপনি বাড়িতে পৌঁছে দেওয়া খাবার কিংবা খাবার পাওয়ার বিকল্প বেছে নিতে পারেন। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার কেয়ার প্লানে থাকা Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অবশ্যই সেগুলো অনুমোদিত হতে হবে।

○ **হোম হেলথ কেয়ার পরিষেবাগুলো Medicare-এর অন্তর্ভুক্ত নয়**

আপনার অতিরিক্ত নার্সিং, মেডিকেল সোশ্যাল সার্ভিস, অকুপেশনাল, ফিজিক্যাল এবং স্পিচ থেরাপি এবং/অথবা হোম এইড সার্ভিসের প্রয়োজন হতে পারে, যা Medicare-এর আওতাভুক্ত নয়। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার চিকিৎসকের থেকে “চিকিৎসকের অর্ডারের” ভিত্তিতে একটি হোম কেয়ার এজেন্সি দ্বারা সেগুলো প্রদান করা হবে। সমস্ত হোম হেলথ পরিষেবা আপনার কেয়ার প্লানে থাকা Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অবশ্যই অনুমোদিত হতে হবে।

○ **ইনপেশেন্ট মেন্টাল হেলথ কেয়ার 190-দিনের বেশি সারাজীবনের জন্য Medicare-এর লিমিট**

আপনি নিজের 190 দিনের লাইফটাইম Medicare কভারেজের বাইরেও ইনপেশেন্ট মেন্টাল হেলথ কেয়ারের জন্য উপযুক্ত। এই পরিষেবাগুলো কিভাবে গ্রহণ করতে হয়, সেই ব্যাপারে নির্দেশাবলীর জন্য আপনার Medicare কভারেজের প্রমাণের চ্যাপ্টার 4-এ থাকা বেনিফিট চার্টটি দেখুন। জরুরি অবস্থা ব্যতীত, এই পরিষেবাগুলোকে অবশ্যই Hamaspik Medicare Choice থেকে অনুমোদন নিতে হবে।

○ **মেডিকেল সোশ্যাল সার্ভিস**

একজন সোশ্যাল ওয়ার্কার বা অন্য পেশাদার আপনার সাইকোলজিক্যাল প্রয়োজনগুলো পূরণ করতে আপনাকে সাহায্য করতে পারেন এবং অন্য ধরনের সহায়তামূলক পরিষেবা অ্যাক্সেস করতে সাহায্য করতে পারেন। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার কেয়ার প্লানে থাকা Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অবশ্যই সেগুলো অনুমোদিত হতে হবে।

○ **মেডিকেল ও সার্জিক্যাল সাপ্লাই**

আপনি চিকিৎসা এবং অস্ত্রোপচারের (হিয়ারিং এইড ব্যাটারি সহ) সরবরাহের আওতাধীন আছেন, যা আপনার বাড়িতে পৌঁছে দেওয়া হবে। এই পরিষেবাগুলো অবশ্যই অধিকাংশ ক্ষেত্রে আপনার চিকিৎসক দ্বারা অর্ডার করতে হবে (হিয়ারিং এইডের জন্য ব্যাটারি ব্যতীত)। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর

প্রয়োজন হয়, তাহলে Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অবশ্যই সেগুলো অনুমোদিত হতে হবে।

○ **নার্সিং হোম কেয়ার Medicare-এর আওতাভুক্ত নয়**

নার্সিং হোম কেয়ার তাদের দেওয়া হয়, যারা প্রাতিষ্ঠানিক Medicaid কভারেজের জন্য যোগ্য হলে, নার্সিং হোমে চিরস্থায়ী প্লেসমেন্টের জন্য বিবেচিত হবে। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার কেয়ার প্ল্যানে থাকা Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অবশ্যই সেগুলো অনুমোদিত হতে হবে।

○ **পুষ্টি**

একজন পুষ্টিবিদ আপনার পুষ্টি সংক্রান্ত প্রয়োজনগুলো বোঝাতে এবং সেগুলো উন্নত করতে সাহায্য করতে আপনার সাথে কাজ করতে পারে। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার চিকিৎসকের থেকে “চিকিৎসকের অর্ডারের” ভিত্তিতে একটি হোম কেয়ার এজেন্সি দ্বারা সেগুলো প্রদান করা হবে এবং তা অবশ্যই আপনার কেয়ার প্ল্যানে থাকা Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অনুমোদিত হতে হবে।

দ্রষ্টব্য: এন্টেরাল ফর্মুলা ও নিউট্রিশনাল সাল্লিমেন্টের কভারেজ শুধুমাত্র অন্যান্য উপায়ে পুষ্টি পেতে অক্ষম ব্যক্তিদের জন্য সীমাবদ্ধ ও শুধুমাত্র নিম্নলিখিত শর্তে পাওয়া যাবে:

- ✓ টিউবের মাধ্যমে খাওয়ানো ব্যক্তি যারা খাবার চিবাতে বা গিলতে পারে না এবং তাদের অবশ্যই টিউবের মাধ্যমে ফর্মুলা অনুযায়ী পুষ্টি গ্রহণ করতে হবে।
- ✓ যাদের জন্মগতভাবে দুর্বল মেটাবলিক সমস্যা রয়েছে ও প্রয়োজনীয় পুষ্টির জন্য তাদের বিশেষ মেডিকেল ফর্মুলা প্রয়োজন যা অন্য কোনো মাধ্যমে পাওয়া সম্ভব নয়।
- ✓ কিছু নির্দিষ্ট শর্তে, এইচআইভি, এইডস বা এইচআইভি-সম্পর্কিত অসুখ, অথবা অন্যান্য রোগ বা অবস্থায় থাকা প্রাপ্তবয়স্করা অতিরিক্ত মৌখিক পুষ্টির জন্য যোগ্য হতে পারেন।
- ✓ অ্যামিনো অ্যাসিড ও অর্গানিক অ্যাসিড মেটাবলিজমের কিছু নির্দিষ্ট বংশগত রোগের কভারেজের মধ্যে থাকবে পরিবর্তিত শক্ত খাদ্য পণ্য যার মধ্যে লো-প্রোটিন বা মোডিফাইড প্রোটিন থাকবে।

○ **অপ্টোমেট্রি এবং দৃষ্টিশক্তি সংক্রান্ত সুবিধা**

অপ্টোমেট্রিস্ট, অপথ্যালমোলজিস্ট এবং অপথ্যালমিক ডিসপেন্সার দ্বারা প্রদান করা পরিষেবা। পরিষেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে দৃষ্টিশক্তি সংক্রান্ত ক্রটি এবং চোখের রোগের চিকিৎসার জন্য পরীক্ষা এবং রুটিন চোখ পরীক্ষা। কভারেজের মধ্যে রয়েছে চশমা, মেডিকেল দিক থেকে প্রয়োজনীয় কন্ট্যাক্ট লেন্স এবং পলি-কার্বোনেট লেন্স, কৃত্রিম চোখ, দুর্বল দৃষ্টিশক্তির ক্ষেত্রে সহায়তা এবং দুর্বল দৃষ্টিশক্তি সংক্রান্ত পরিষেবা। এছাড়া কভারেজের মধ্যে রয়েছে চশমার পার্টসগুলোর মেরামতি বা পরিবর্তন।

দ্রষ্টব্য: রুটিন চোখ পরীক্ষাগুলো প্রত্যেক দুই (2) বছরের মধ্যে সীমাবদ্ধ, যদি না চিকিৎসাগত দিক থেকে অন্য কারণে ন্যায্য বলে মনে হয়। চশমাগুলোও প্রত্যেক দুই (2) বছরের মধ্যে সীমাবদ্ধ, যদি না চিকিৎসাগত দিক থেকে প্রয়োজন হয় অথবা চশমা হারিয়ে যায়, ক্ষতি হয় বা নষ্ট হয়ে যায়।

○ **আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন থেরাপি**

ফিজিক্যাল থেরাপি, অকুপেশনাল থেরাপি এবং স্পিচ/ল্যাঙ্গুয়েজ থেরাপি কোনো আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন প্রোগ্রামে পাওয়া যায়। এই পরিষেবাগুলোর জন্য অবশ্যই আপনার চিকিৎসককে অর্ডার দিতে হবে এবং Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অনুমোদিত হতে হবে।

○ **ব্যক্তিগত সেবা**

আপনার ব্যক্তিগত কেয়ার সহায়ক আপনাকে গোসল, খাওয়া-দাওয়া, পোশাক পরা, টয়লেটিং এবং বাড়ির নানা কাজে সাহায্য করবে। পরিষেবাগুলি একজন প্রত্যয়িত সহকারী দ্বারা সরবরাহ করা হয় যিনি একটি হোম কেয়ার এজেন্সির জন্য কাজ করেন এবং আপনার চিকিৎসকের আদেশের উপর ভিত্তি করে করা হবে। আপনার ব্যক্তিগত পরিষেবাগুলো আপনার প্ল্যানে Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অনুমোদন করা হবে।

○ **পার্সোনাল ইমার্জেন্সি রেসপন্স সিস্টেম (PERS)**

PERS হলো ইলেক্ট্রনিক ডিভাইস যা আপনার বাড়িতে ইনস্টল করা যাবে বা পেনডেন্টে পরা যাবে। PERS ডিভাইসের সাহায্যে আপৎকালীন পরিস্থিতিতে আপনি কল করতে পারবেন। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার কেয়ার প্ল্যানে থাকা Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অবশ্যই সেগুলো অনুমোদিত হতে হবে।

○ **প্রাইভেট ডিউটি নার্সিং**

একজন প্রাইভেট ডিউটি নার্স আপনার বাড়িতে সেবা প্রদান করতে পারেন, যদি আপনার সেই ধরনের সেবার প্রয়োজন হয়। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার চিকিৎসকের থেকে "চিকিৎসকের অর্ডারের" ভিত্তিতে একটি হোম কেয়ার এজেন্সি দ্বারা সেগুলো প্রদান করা হবে। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার কেয়ার প্ল্যানে থাকা Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অবশ্যই সেগুলো অনুমোদিত হতে হবে।

○ **প্রস্থেটিক্স, অর্থোটিক্স এবং অর্থোপেডিক ফুটওয়্যার**

কার্যবলী কিংবা বডি পার্টের সমস্ত অথবা একটি অংশ পরিবর্তন করার জন্য প্রস্থেটিক ডিভাইস ব্যবহার করা হয়। যার মধ্যে এগুলো রয়েছে, তবে এর মধ্যেই সীমাবদ্ধ নয়: কোলোস্টোমি ব্যাগ এবং সরঞ্জাম যা সরাসরি কোলোস্টোমি কেয়ারের সাথে সম্পর্কিত, পেসমেকার, ব্রেস, প্রস্থেটিক জুতা, কৃত্রিম অঙ্গ এবং ব্রেস্ট প্রস্থেসেস (মাস্টেকটোমির পর একটি সার্জিক্যাল ব্রেসিয়ার সহ)। যার মধ্যে রয়েছে প্রস্থেটিক ডিভাইস সম্পর্কিত নির্দিষ্ট কিছু সরঞ্জাম এবং প্রয়োজন অনুযায়ী মেরামতি এবং/অথবা পরিবর্তন।

যে হাড়গুলো দুর্বল, ডিফর্ম হয়েছে বা চোট পেয়েছে, সেগুলোর জন্য অথবা গাঁটের পেশীর চিকিৎসায় অথবা ইমমোবিলাইজিং, সাপোর্টিংয়ের জন্য অর্থোটিক অ্যাপ্লায়েন্স (যেমন ব্রেস বা স্প্লিন্ট) ব্যবহার করা হয়। সেগুলো একটি নির্দিষ্ট সময়সীমা জুড়ে ব্যবহার করা হয় এবং সাধারণত একটি সুনির্দিষ্ট ব্যক্তির ব্যবহারের জন্য ফিট, ডিজাইন বা প্রস্তুত করা হয়।

অর্থোপেডিক ফুটওয়্যারের মধ্যে রয়েছে এমন জুতা যা ফুট, অ্যাঙ্কেল এবং পায়ের মেকানিক্স ও স্ট্রাকচারের উপযুক্ত করতে বা সাপোর্ট করতে বিশেষভাবে ডিজাইন করা হয়।

আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন হয়, তাহলে Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অবশ্যই সেগুলো অনুমোদিত হতে হবে।

○ **সোশ্যাল ডে কেয়ার**

একটি নিরাপদ সেটিংয়ে আপনাকে কিছু ব্যক্তিগত যত্ন এবং পুষ্টি সম্পর্কিত পরিষেবা দিতে এবং অন্য সদস্যদের সাথে সামাজিকভাবে মেলামেশার জন্য সাহায্য করতে একটি কমিউনিটি সেটিংয়ে সোশ্যাল ডে কেয়ারের তরফ থেকে একটি সংগঠিত প্রোগ্রাম প্রদান করা হয়। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার কেয়ার প্ল্যানে থাকা Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অবশ্যই সেগুলো অনুমোদিত হতে হবে।

○ **সামাজিক/পরিবেশগত সহায়তা**

আপনার প্রয়োজনগুলোর ভিত্তিতে অন্যান্য পরিষেবা (যেমন কোর সার্ভিস, হোম মডিফিকেশন, এক্সটার্মিনেটর বা রেস্পাইট কেয়ার) উপলভ্য থাকতে পারে। আপনার ব্যক্তিগত প্রয়োজনগুলোর ভিত্তিতে এই পরিষেবাগুলো কাস্টমাইজ করা হয় এবং সেগুলো অবশ্যই Hamaspik Medicare Choice দ্বারা অনুমোদিত হতে হবে।

আওতাধীন আচরণগত স্বাস্থ্য (মানসিক স্বাস্থ্য ও আসক্তি) পরিষেবাসমূহ

প্রাপ্তবয়স্ক বহিরাগত রোগীদের মানসিক স্বাস্থ্য যত্ন ব্যবস্থা

- **চলমান ডে ট্রিটমেন্ট (CDT):** গুরুতর মানসিকভাবে অসুস্থ প্রাপ্তবয়স্কদের কমিউনিটির মধ্যে থাকতে এবং আরো স্বাধীন হওয়ার জন্য প্রয়োজনীয় দক্ষতা এবং সহায়তা প্রদান করে। আপনি এক ঘণ্টারও বেশি সময় ধরে ভিজিট সহ প্রতি সপ্তাহে বেশ কয়েক দিন অংশগ্রহণ করতে পারেন।
- **পার্শ্বীয় হাসপিটালাইজেশন (PH):** এমন একটি প্রোগ্রাম যা হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজন হতে পারে এমন ব্যক্তির তীব্র লক্ষণগুলো স্থিতিশীল বা সহায়তা করার জন্য ডিজাইন করা মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা প্রদান করে।

প্রাপ্তবয়স্ক বহিরাগত রোগীদের পুনর্বাসনমূলক মানসিক স্বাস্থ্য পরিচর্যার ব্যবস্থা

- **অ্যাসার্টিভ কমিউনিটি ট্রিটমেন্ট (ACT):** ACT হলো চিকিৎসা, সহায়তা এবং পুনর্বাসন পরিষেবাগুলোর জন্য একটি দলগত পদ্ধতির মাধ্যমে চিকিৎসা। আপনার এলাকায় বা যেখানে আপনি থাকেন, সেখানে ACT কর্মীরা অনেক রকম সেবা প্রদান করে। গুরুতর মানসিক অসুখ বা আবেগগত সমস্যা নির্ণয় করা ব্যক্তিদের জন্য ACT.
- **মানসিক স্বাস্থ্য বহিরাগত রোগীদের চিকিৎসা এবং পুনর্বাসন পরিষেবা (MHOTRS):** একটি প্রোগ্রাম যা চিকিৎসা, মূল্যায়ন এবং লক্ষণ ব্যবস্থাপনা প্রদান করে। আপনার কমিউনিটির একটি ক্লিনিক অবস্থানে সেবাগুলোতে ব্যক্তিগত এবং গ্রুপ থেরাপি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।
- **পার্সোনালাইজড রিকভারি অরিয়েন্টেড সার্ভিস (PROS):** আপনার যদি গুরুতর এবং চলমান মানসিক অসুখ থাকে তাহলে পূর্ণ সুস্থতায় ফেরার জন্য একটি সম্পূর্ণ প্রোগ্রাম। প্রোগ্রামটির লক্ষ্য হলো আপনার পুনরুদ্ধারে সহায়তা করার জন্য চিকিৎসা, সহায়তা এবং থেরাপি একত্রিত করা।

ক্লিনিকাল প্রয়োজনীয়তা পূরণকারী সদস্যদের জন্য প্রাপ্তবয়স্কদের বহিরাগত রোগীদের পুনর্বাসন মানসিক স্বাস্থ্য ও আসক্তি পরিষেবা। এগুলো CORE নামেও পরিচিত।

কমিউনিটি ওরিয়েন্টেড রিকভারি অ্যান্ড এমপাওয়ারমেন্ট (CORE) পরিষেবা

দক্ষতা তৈরি করতে এবং সম্প্রদায়ের অংশগ্রহণ এবং স্বাধীনতা প্রচারে সহায়তা করার জন্য মোবাইল আচরণগত স্বাস্থ্য সমর্থন সহ ব্যক্তি-কেন্দ্রিক, পুনরুদ্ধার প্রোগ্রাম। CORE পরিষেবাগুলো এমন সদস্যদের জন্য উপলভ্য যারা স্টেট কর্তৃক উচ্চ প্রয়োজন আচরণগত স্বাস্থ্য ঝুঁকির মানদণ্ড পূরণ হিসাবে চিহ্নিত করা হয়েছে। যে কেউ CORE পরিষেবাগুলো যে কাউকে, নিজের জন্য বা যে কারো জন্য রেফার করতে পারেন।

- **সাইকোলজিক্যাল পুনর্বাসন (PSR):** এই পরিষেবাটি সামাজিক সংযোগ তৈরির মতো জীবন দক্ষতায় সহায়তা করে; চাকরি খোঁজা বা রাখা; স্কুল শুরু করা বা ফিরে আসা; এবং কমিউনিটি রিসোর্স ব্যবহার করে।
- **কমিউনিটি সাইকিয়াট্রিক সাপোর্ট অ্যান্ড ট্রিটমেন্ট (CPST):** এই পরিষেবাটি আপনাকে কাউন্সেলিং এবং ক্লিনিকাল চিকিৎসার মাধ্যমে লক্ষণগুলো পরিচালনা করতে সহায়তা করে।
- **পারিবারিক সহায়তা ও প্রশিক্ষণ (FST):** এই পরিষেবাটি আপনার পরিবার এবং বন্ধুদের আপনাকে সহায়তা এবং সমর্থন করার জন্য তথ্য ও দক্ষতা দেয়।
- **ক্ষমতায়ন সংক্রান্ত পরিষেবা – সমবয়সীদের সহায়তা:** এই পরিষেবাটি আপনাকে পুনরুদ্ধারের মধ্য দিয়ে যাওয়া পিয়ার বিশেষজ্ঞদের সাথে সংযুক্ত করে। আপনি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো শেখার জন্য সমর্থন ও সহায়তা পাবেন:
 - স্বাস্থ্যগত চ্যালেঞ্জ নিয়ে স্বাধীনভাবে বসবাস
 - আপনার নিজের সুস্থতায় ফিরে আসার সিদ্ধান্ত নিতে আপনাকে সাহায্য করতে, এবং
 - নিজের আশেপাশের প্রাকৃতিক সহায়তা ও রিসোর্স খোঁজা।

প্রাপ্তবয়স্কদের মানসিক স্বাস্থ্য সংকটকাল পরিষেবা

- **কম্প্রিহেন্সিভ সাইকিয়াট্রিক ইমার্জেন্সি প্রোগ্রাম (CPEP):** একটি হাসপাতাল ভিত্তিক প্রোগ্রাম যা জরুরি মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবাগুলোর প্রয়োজন এমন ব্যক্তিদের বর্ধিত পর্যবেক্ষণের (72 ঘণ্টা পর্যন্ত) জন্য সংকট সহায়তা এবং বিছানা সরবরাহ করে।
- **মোবাইল ক্রাইসিস এবং টেলিফোনিক ক্রাইসিস পরিষেবা:** একটি কমিউনিটির মধ্যস্থ পরিষেবা যা মানসিক স্বাস্থ্য এবং/অথবা আসক্তি সংকটে আক্রান্ত ব্যক্তিদের প্রতিক্রিয়া জানায়।
- **সঙ্কটাপন্ন আবাসিক প্রোগ্রাম:** একটি স্বল্পমেয়াদী বাসস্থান যা 28 দিন পর্যন্ত প্রতিদিন 24 ঘণ্টা পরিষেবা সরবরাহ করে, দৈনন্দিন জীবনে মানসিক স্বাস্থ্যের লক্ষণ বা চ্যালেঞ্জগুলোর সম্মুখীন ব্যক্তিদের জন্য যা লক্ষণগুলোকে আরো খারাপ করে তোলে। পরিষেবাগুলো হাসপাতালে থাকা এড়াতে এবং আপনাকে আপনার কমিউনিটিতে ফিরে আসতে সহায়তা করতে পারে।

প্রাপ্তবয়স্কদের বহিরাগত রোগীদের আসক্তি পরিষেবা

- **ওপিওয়েড ট্রিটমেন্ট সেন্টার (OTP)** হলো আসক্তি পরিষেবাদি এবং সমর্থন প্রত্যয়িত সাইটগুলোর অফিস যেখানে ওপিওয়েড নির্ভরতার চিকিৎসার জন্য ওষুধ দেওয়া হয়। এই ওষুধগুলোর মধ্যে মেথাডোন, বুপ্রেনরফিন এবং সাবক্সোন অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। এই অবকাঠামোগুলো কাউন্সেলিং এবং শিক্ষাগত পরিষেবাও প্রদান করে। অনেক ক্ষেত্রে, আপনি আপনার জীবদ্দশায় একটি OTP ক্লিনিকে চলমান পরিষেবাগুলো পেতে পারেন।

প্রাপ্তবয়স্কদের আবাসিক আসক্তি পরিষেবা

- আবাসিক পরিষেবাগুলো এমন ব্যক্তিদের জন্য যাদের আবাসিক সেটিংয়ে পুনরুদ্ধারে 24 ঘণ্টা সহায়তার প্রয়োজন। আবাসিক পরিষেবাগুলো একটি কাঠামোগত, মাদক-মুক্ত সেটিংয়ের মাধ্যমে পুনরুদ্ধার বজায় রাখতে সহায়তা করে। আপনি গ্রুপ সমর্থন পেতে পারেন এবং আপনার পুনরুদ্ধারে সহায়তা করার জন্য দক্ষতা শিখতে পারেন।

প্রাপ্তবয়স্কদের ইনপেশেন্ট আসক্তি পুনর্বাসন পরিষেবা

- **স্টেট পরিচালিত আসক্তি চিকিৎসা কেন্দ্রের (ATC)** এমন পরিচর্যা সরবরাহ করে যা আপনার প্রয়োজনের প্রতি প্রতিক্রিয়াশীল এবং দীর্ঘমেয়াদী পুনরুদ্ধারকে সহায়তা করে। প্রতিটি অবকাঠামোর কর্মীদের মানসিক অসুস্থতার মতো একাধিক শর্তে সহায়তা করার জন্য প্রশিক্ষণ দেওয়া হয়। সেগুলো আফটার কেয়ার প্ল্যানিংকেও সমর্থন করে। প্রতিটি প্রতিষ্ঠানে আসক্তি চিকিৎসার সেবার ধরন আলাদা হলেও সেখানে ঔষধ সহায়ক চিকিৎসা, সমস্যাযুক্ত জুয়া খেলা, পুরুষ বা মহিলাদের জন্য লিঙ্গ-নির্দিষ্ট চিকিৎসা এবং আরো অনেক কিছু সামিল থাকতে পারে।
- **আসক্তি পুনর্বাসন কেন্দ্রের আবাসিক** কার্যক্রম আপনাকে মাদক সেবনের সমস্যা মূল্যায়ন, চিকিৎসা এবং পুনর্বাসনের জন্য নিরাপদ পরিবেশ প্রদান করতে পারে। এগুলো এমন অবকাঠামো যা দিনে 24 ঘণ্টা, সপ্তাহে 7 দিন, পরিচর্যা প্রদান করে, যা সর্বদা চিকিৎসা কর্মীদের তত্ত্বাবধানে থাকে। ইনপেশেন্ট পরিষেবাগুলির মধ্যে মাদকাসক্তির সাথে সম্পর্কিত উপসর্গ ব্যবস্থাপনা এবং মাদক সেবনের ফলে শারীরিক ও মানসিক জটিলতা পর্যবেক্ষণ অন্তর্ভুক্ত থাকবে।
- **ইনপেশেন্ট মেডিক্যালি সুপারভাইজড ডিটক্স** কার্যক্রম মাঝারি প্রত্যাহারের জন্য রোগীদের চিকিৎসা প্রদান করে এবং চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে তদারকি অন্তর্ভুক্ত করে। আপনি যে কয়েকটি পরিষেবা পেতে পারেন সেগুলো হলো ভর্তির চব্বিশ (24) ঘণ্টার মধ্যে একটি মেডিকেল মূল্যায়ন এবং নেশা এবং প্রত্যাহারের অবস্থার চিকিৎসা তত্ত্বাবধান।

টেলিহেলথ

উপযুক্ত হলে আপনি টেলিহেলথের মাধ্যমে কিছু পরিষেবা পেতে পারেন। আপনি ব্যক্তিগতভাবে বা টেলিহেলথের মাধ্যমে পরিষেবা পান কিনা তা আপনার পছন্দ। টেলিহেলথ সম্পর্কে আপনার যদি অতিরিক্ত প্রশ্ন থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার কেয়ার ম্যানেজারের সাথে যোগাযোগ করুন।

সার্ভিস এরিয়ার বাইরে যত্ন পাওয়া

আপনি যখন নিজের কভারেজ এরিয়ার বাইরে যাবেন, তখন অবশ্যই আপনার কেয়ার ম্যানেজারকে জানাতে হবে। আপনার যদি নিজের কভারেজ এরিয়ার বাইরে পরিষেবার প্রয়োজন হয়, তাহলে সেই পরিষেবার ব্যবস্থা করে দেওয়ার জন্য আপনার কেয়ার ম্যানেজারের সাথে যোগাযোগ করুন।

আপৎকালীন পরিষেবা

আপৎকালীন পরিষেবা মানে হঠাৎ করে তৈরি হওয়া এমন কোনো সমস্যা, যেখানে আপনার স্বাস্থ্যের উপর গুরুতর ঝুঁকি তৈরি হয়। চিকিৎসা সংক্রান্ত আপৎকালীন পরিস্থিতিতে অনুগ্রহ করে 911 ডায়াল করুন। আপৎকালীন পরিষেবার ক্ষেত্রে আগাম অনুমোদনের প্রয়োজন নেই। তবে, আপনার উচিত জরুরী পরিস্থিতি তৈরি হওয়ার 24 ঘণ্টার মধ্যে Hamaspik Medicare Choice-কে অবগত করা। জরুরী ঘটনার পরে আপনার দীর্ঘমেয়াদী কেয়ার পরিষেবার প্রয়োজন হতে পারে যা শুধুমাত্র Hamaspik Medicare Choice মাধ্যমে দেওয়া সম্ভব।

আপনি যদি হাসপাতালে ভর্তি হন তবে পরিবারের কোনো সদস্য বা অন্য পরিচর্যাকারীকে ভর্তির 24 ঘণ্টার মধ্যে Hamaspik Medicare Choice-এর সাথে যোগাযোগ করা উচিত। আপনার কেয়ার ম্যানেজার আপনার হোম কেয়ার সার্ভিস স্থগিত করবেন এবং প্রয়োজন অনুযায়ী অন্যান্য অ্যাপয়েন্টমেন্ট বাতিল করবেন। অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন যে আপনার প্রাইমারি কেয়ার ফিজিশিয়ান কিংবা হাসপিটাল ডিসচার্জ প্ল্যানার যেন Hamaspik Medicare Choice-এর সাথে যোগাযোগ করে, যাতে হাসপাতাল থেকে ডিসচার্জ করে দেওয়ার পর আপনার যত্নের ব্যাপারে আমরা প্ল্যান করতে পারি।

ট্রানজিশনাল যত্ন পদ্ধতি

Hamaspik Medicare Choice নতুন নথিভুক্ত হওয়া ব্যক্তির একটি নন-নেটওয়ার্ক হেলথ কেয়ার প্রোভাইডারের কাছ থেকে নথিভুক্ত হওয়ার পর (90) দিন পর্যন্ত ট্রানজিশনাল পিরিয়ডের জন্য চালু থাকা চিকিৎসা সেবা গ্রহণ চালিয়ে যেতে পারেন, যদি প্রোভাইডার প্ল্যানের রেট অনুযায়ী পেমেন্ট গ্রহণ করেন, Hamaspik Medicare Choice গুণমান সংক্রান্ত আশ্বাস ও অন্যান্য নীতি মেনে চলেন এবং প্ল্যানের যত্নের ব্যাপারে মেডিকেল সংক্রান্ত তথ্য প্রদান করেন।

আপনার প্রোভাইডার যদি নেটওয়ার্ক ছেড়ে যায় তাহলে চালু থাকা কোনো চিকিৎসা 90 দিন পর্যন্ত চলতে পারে, যদি প্রোভাইডার প্ল্যানের রেট অনুযায়ী পেমেন্ট গ্রহণ করে, গুণমান সংক্রান্ত আশ্বাস এবং অন্যান্য নীতি মেনে চলে এবং প্ল্যানের যত্ন সম্পর্কে মেডিকেল তথ্য প্রদান করে।

মানি ফলোস দ্য পারসন (MFP)/ওপেন ডোরস

মানি ফলোস দ্য পারসন (MFP)/ওপেন ডোরস হল এমন একটি প্রোগ্রাম যা আপনাকে নার্সিং হোম থেকে আপনার বাড়িতে বা সম্প্রদায়ের বাসস্থানে ফিরে যেতে সাহায্য করতে পারে। আপনি MFP/ওপেন ডোরস-এর জন্য যোগ্য হতে পারেন যদি আপনি:

- তিন মাস বা তার বেশি সময় ধরে একটি নার্সিং রুমে বসবাস করেছেন এবং
- স্বাস্থ্যের চাহিদা আছে যা কমিউনিটিতে পরিষেবার মাধ্যমে পূরণ করা যেতে পারে।

MFP/ওপেন ডোরসে এমন লোকজন রয়েছে, যাদের ট্রানজিশন বিশেষজ্ঞ এবং সহকর্মী বলা হয়, যারা নার্সিংহোমে আপনার সঙ্গে দেখা করতে পারেন এবং আপনার সাথে কমিউনিটিতে ফিরে যাওয়ার বিষয়ে কথাবার্তা বলতে পারেন। ট্রান্সিশন বিশেষজ্ঞ ও সহকর্মী কেয়ার ম্যানেজার এবং ডিসচার্জ প্ল্যানারদের থেকে আলাদা। তারা এইভাবে আপনাকে সাহায্য করতে পারেন:

- কমিউনিটিতে সেবা ও সমর্থন সম্পর্কে তথ্য দেওয়া।
- কমিউনিটিতে স্বাধীনভাবে চলার জন্য আপনাকে সহায়তা করার সেবা খুঁজে বের করা, এবং/অথবা
- আপনার স্থানান্তর হওয়ার পরে প্রয়োজনীয় সমস্ত জিনিস বাড়িতে রয়েছে কিনা নিশ্চিত করার জন্য আপনাকে পরিদর্শন করা বা ফোন করা।

MFP/ওপেন সম্পর্কে আরো তথ্যের জন্য বা ট্রান্সিশন বিশেষজ্ঞ বা সহকর্মীর দেখা করার জন্য সহায়তা পেতে, দয়া করে নিউ ইয়র্ক অ্যাসোসিয়েশন অন ইন্ডিপেন্ডেন্ট লিভিংয়ে 1-844-545-7108 নম্বরে কল করুন বা mfp@health.ny.gov ঠিকানায় ইমেইল পাঠান। আপনি MFP/ওপেন ডোরস-এর ওয়েবে এখানে www.health.ny.gov/mfp বা www.ilny.org-এও ঘুরে আসতে পারেন।

সেকশন IV – আমাদের প্ল্যানের আওতা বহির্ভূত MEDICAID সেবাসমূহ

কিছু কিছু Medicaid পরিষেবা আছে যেগুলো Hamaspik Medicare Choice আওতাধীন নয়, তবে সেগুলোর দায়িত্ব সাধারণ Medicaid দ্বারা বহন করা হতে পারে। আপনি আপনার Medicaid বেনিফিট কার্ড ব্যবহার করে এই সেবাগুলো এমন যে কোনো প্রোভাইডারের কাছ থেকে নিতে পারেন যারা Medicaid নিয়ে থাকেন। কোনো বেনিফিট Hamaspik Medicare Choice বা Medicaid-এর আওতাভুক্ত কি না তা জানতে 888-426-2774 নম্বরে (TTY ব্যবহারকারীরা, 711 নম্বরে কল করুন) সদস্য পরিষেবায় কল করুন। আপনার Medicaid বেনিফিট কার্ডের সাহায্যে ব্যবহারযোগ্য Medicaid-এর আওতাভুক্ত কিছু সেবা হলো:

ফার্মেসী:

- প্রেসক্রিপশনে থাকা অধিকাংশ ওষুধ Hamaspik Medicare Choice Medicare পার্ট D-এর আওতাভুক্ত, যেমনটা আপনার Hamaspik Medicare Choice Medicare এন্ডিডেন্স অব কভারেজ (EOC)-এ এর অধ্যায় 5 এবং 6 এ বর্ণিত।
- সাধারণ Medicaid-এ এমন কিছু ওষুধ আওতাভুক্ত থাকবে, যা Hamaspik Medicare Choice Medicare পার্ট D-এর আওতাভুক্ত নয়। এছাড়া Medicaid-এ এমন ওষুধ আওতাভুক্ত থাকতে পারে, যা আমরা খারিজ বা অস্বীকার করি।

নিচের তালিকাভুক্ত পরিষেবাগুলি নিয়মিত Medicaid-এর মাধ্যমে উপলব্ধ পরিষেবা:

নির্দিষ্ট মানসিক স্বাস্থ্য সেবাসমূহ যার মধ্যে আছে:

- হেলথ হোম (HH) এবং হেলথ হোম প্লাস (HH+) দ্বারা পরিচালিত পরিষেবা
- OMH লাইসেন্সড কমিউনিটি রেসিডেন্স (CR) এবং পরিবার ভিত্তিক চিকিৎসা প্রোগ্রামের আবাসিকদেরকে প্রদান করা রিহ্যাবিলিটেশন সার্ভিস
- OMH ডে ট্রিটমেন্ট
- যুবক-যুবতীদের জন্য OASAS আবাসিক রিহ্যাবিলিটেশন
- সার্টিফাইড কমিউনিটি বিহ্যাবিটোরিয়াল হেলথ ক্লিনিকস (CCBHC)
- OMH আবাসিক ট্রিটমেন্ট ফেসিলিটি (RTF)

21 বছর বয়স পর্যন্ত MAP তালিকাভুক্তদের জন্য:

- চিলড্রেন এবং ফ্যামিলি ট্রিটমেন্ট এবং সাপোর্ট সার্ভিস (CFTSS)
- চিলড্রেন হোম এবং কমিউনিটি ভিত্তিক সার্ভিস (HCBS)

নির্দিষ্ট বুদ্ধিবৃত্তিমূলক ও বিকাশমূলক অক্ষমতা সম্পর্কিত সেবা যার মধ্যে আছে:

- দীর্ঘমেয়াদী থেরাপি
- ডে ট্রিটমেন্ট
- Medicaid সেবা সমন্বয়
- হোম অ্যান্ড কমিউনিটি বেইজড সার্ভিস ওয়েইভারের অধীনে গৃহীত সেবা

অন্যান্য Medicaid সেবাসমূহ:

- টিবি (যক্ষ্মা) এর জন্য ডিরেক্টলি অবজার্ভড থেরাপি
- চিকিৎসাগত দিক থেকে ওভ্যুলেশন বৃদ্ধি করা ওষুধ এবং মেডিকেল সার্ভিস, যা অনুরূপ ওষুধের ব্যবহার এবং নজরদারি সংক্রান্ত, যে সদস্যরা যোগ্যতাশর্ত পূরণ করবেন তাদের জন্য

ফ্যামিলি প্ল্যানিং:

- সদস্যরা এমন যে কোনো Medicaid চিকিৎসক বা ক্লিনিকে যেতে পারেন, যেখানে ফ্যামিলি প্ল্যানিং সংক্রান্ত যত্ন প্রদান করা হয়। আপনার প্রাইমারি কেয়ার প্রোভাইডার (PCP)-এর থেকে রেফারেলের প্রয়োজন নেই।

নন-এমার্জেন্সি ট্রান্সপোর্টেশন:

- সামাজিক প্রাপ্তবয়স্কদের ডে কেয়ার (SADC) প্রোগ্রামগুলি বাদ দিয়ে, নিয়মিত Medicaid-এর আওতায় এবং রাজ্যব্যাপী পরিবহন ব্রোকার দ্বারা ব্যবস্থা করা হয়। SADC সরবরাহকারীরা 1 জানুয়ারী 2025 থেকে কার্যকর সদস্যদের জন্য তাদের প্রোগ্রামগুলিতে এবং থেকে পরিবহন সরবরাহের জন্য দায়বদ্ধ।

যে পরিষেবাগুলো HAMASPIK MEDICARE CHOICE বা MEDICAID-এর অন্তর্ভুক্ত নয়

- আপনাকে এমন পরিষেবার জন্য অবশ্যই পেমেন্ট করতে হবে, যেটি Hamaspik Medicare Choice বা Medicaid-এর আওতাভুক্ত নয়, যদি আপনার প্রোভাইডার আমাদের আগেভাগে জানিয়ে দেয় যে এই পরিষেবাগুলো আওতাভুক্ত নয় এবং আপনি সেগুলো পেমেন্ট করার জন্য সম্মত হন। Hamaspik Medicare Choice বা Medicaid বহির্ভূত সেবাসমূহের কিছু উদাহরণ:
 - ✓ চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন না হলে কসমেটিক সার্জারি
 - ✓ ব্যক্তিগত ও আরাম প্রদানকারী আইটেম
 - ✓ কোনও সরবরাহকারীর পরিষেবাগুলি যা কোনও মেডিকেল জরুরি অবস্থার বাইরে পরিকল্পনার অংশ নয় (যদি না আপনাকে সেই সরবরাহকারীকে দেখার অনুমতি দেয়)

আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে 888-426-2774 নম্বরে সদস্য পরিষেবায় কল করুন। (TTY ব্যবহারকারীগণ, 711 নম্বরে কল করুন।)

সেকশন V – পরিষেবা অনুমোদন, আবেদন এবং অভিযোগ প্রক্রিয়া

আপনার Medicare আছে এবং আপনি Medicaid থেকে সহায়তা পাচ্ছেন। এই সেকশনে থাকা তথ্যে আপনার সব Medicare এবং অধিকাংশ Medicaid সুবিধা সংক্রান্ত অধিকারের বিশদ রয়েছে। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, আপনি আপনার Medicare এবং/অথবা Medicaid উভয় সুবিধার জন্য একটি প্রক্রিয়া ব্যবহার করবেন। এটাকে অনেক সময় “এন্টিগ্রেটেড প্রক্রিয়া” বলা হয়, তার কারণ এটি Medicare এবং Medicaid প্রক্রিয়াকে ইন্টিগ্রেট করে।

তবে আপনার কিছু Medicaid সুবিধার জন্য আপনার অতিরিক্ত বাহ্যিক আবেদন সংক্রান্ত প্রক্রিয়ার অধিকারও রয়েছে। বাহ্যিক আবেদন সংক্রান্ত প্রক্রিয়ার ব্যাপারে আরো তথ্যের জন্য 28 নম্বর পেজ দেখুন।

বিভাগ 1: পরিষেবা অনুমোদনের অনুরোধ (যা কভারেজ সিদ্ধান্ত সংক্রান্ত অনুরোধ হিসাবেও পরিচিত)

এই বিভাগে থাকা তথ্য আপনার সব Medicare এবং অধিকাংশ Medicaid সুবিধা সংক্রান্ত অধিকারের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য। এই তথ্য আপনার Medicare পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধ সংক্রান্ত সুবিধার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়।

যখন আপনি কোনো চিকিৎসা বা পরিষেবার অনুমোদনের অনুরোধ করেন, তখন সেটিকে বলা হয় **পরিষেবা অনুমোদনের অনুরোধ (যা কভারেজ সিদ্ধান্ত সংক্রান্ত অনুরোধ হিসাবেও পরিচিত)**। পরিষেবা অনুমোদন সংক্রান্ত অনুরোধের জন্য আপনি মৌখিকভাবে কিংবা লিখিতভাবে অনুরোধ জানাতে পারেন।

আপনার কেয়ার ম্যানেজারের সাথে আপনার অনুরোধ সম্পর্কে আলোচনা করতে আপনি বা আপনার প্রোভাইডার আমাদের টোল-ফ্রি সদস্য সেবা নম্বর 888-426-2774-এ কল করতে পারেন অথবা নিম্নোক্ত ঠিকানায় লিখিতভাবে অনুরোধ পাঠাতে পারেন:

Hamaspik Medicare Choice
মনোযোগ দিন: Utilization Management
58 Route 59, Suite #1
Monsey, NY 10952

অথবা ফ্যাক্সের মাধ্যমে এখানে: 845-503-1920

আমরা একটি নির্দিষ্ট পরিমাণের সেবা একটি নির্দিষ্ট সময়কালের জন্য অনুমোদন করবো। এটিকে অনুমোদনের সময় বলা হয়।

আগাম অনুমোদন

কিছু আওতাধীন পরিষেবা **পাওয়ার আগে** Hamaspik Medicare Choice থেকে আগাম অনুমোদন (অগ্রিম অনুমোদন) প্রয়োজন। আপনি বা আপনার বিশ্বস্ত কেউ পূর্বের অনুমোদনের জন্য জিজ্ঞাসা করতে পারেন। আগাম অনুমোদনের প্রয়োজন এমন পরিষেবাগুলো সম্পর্কে তথ্যের জন্য আপনার Medicare এভিডেন্স অব কভারেজের অধ্যায় 4 দেখুন। এই অধ্যায়ের বেনিফিট টেবিলটি নিম্নরূপ নির্দেশ করে: * অনুমোদনের প্রয়োজন।

সহগামী পর্যালোচনা

আপনি এখন যে পরিষেবা পাচ্ছেন তার থেকে বেশি পেতে Hamaspik Medicare Choice-কে অনুরোধ করতে পারেন। এটাকে **সহগামী পর্যালোচনা** বলা হয়।

পূর্ববর্তী পর্যালোচনা

আপনি যে কেয়ার পাচ্ছেন তা আমরা মাঝে মাঝে পর্যালোচনা করে দেখতে পারি যে আপনার এখনও কোন কেয়ার এর প্রয়োজন আছে কিনা তা দেখার জন্য। আমরা আপনার অন্যান্য চিকিৎসা এবং সেবা পর্যালোচনা করতে পারি। এটাকে বলা হয় **পূর্ববর্তী পর্যালোচনা**। যদি এই ধরনের পর্যালোচনা করি আমরা আপনাকে বলবো।

আমরা আপনার সেবা অনুমোদনের অনুরোধ পাওয়ার পর কী ঘটে?

আপনি যে পরিষেবাগুলোর জন্য যোগ্যতা অর্জন করেছেন তা নিশ্চিত করার জন্য স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় একটি পর্যালোচনা দল রয়েছে। ডাক্তার ও নার্স এই পর্যালোচনা টীমের মধ্যে রয়েছেন। তাদের কাজ হচ্ছে আপনি যে চিকিৎসা বা সেবা চেয়েছেন তা চিকিৎসাগতভাবে আপনার জন্য উপযুক্ত কিনা তা নিশ্চিত করা। আপনার চিকিৎসা পরিকল্পনা মেডিক্যাল স্ট্যান্ডার্ড অনুযায়ী পরীক্ষা করে তারা এটা করে থাকেন।

আমরা একটি পরিষেবা অনুমোদনের অনুরোধের অগ্রাহ্য করতে পারি বা এটি অনুমোদন করার জন্য নির্দিষ্ট পরিমাণের থেকে কম পরিমাণে অনুমোদন করার নির্ধারণ করতে পারি। একজন উপযুক্ত স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার এই সিদ্ধান্তগুলো নেবেন। আমরা যদি সিদ্ধান্ত নিই যে আপনি যে পরিষেবাটি চাইছেন, সেটি চিকিৎসাগত দিক থেকে প্রয়োজনীয় নয়, তাহলে এক ক্লিনিক্যাল পিয়ার রিভিউয়ার সিদ্ধান্ত নেবেন। ক্লিনিক্যাল পিয়ার রিভিউয়ার একজন চিকিৎসক হতে পারেন, একজন নার্স হতে পারেন বা একজন স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার হতে পারেন, যিনি সাধারণত আপনার অনুরোধ করা পরিবেশা দিয়ে থাকেন। আপনি চাইলে সুনির্দিষ্ট মেডিকেল স্ট্যান্ডার্ডের অনুরোধ করতে পারেন, যাকে **ক্লিনিক্যাল রিভিউ ক্রাইটেরিয়া** বলা হয়, যা মেডিকেল দিক থেকে প্রয়োজনীয়তা অনুযায়ী সিদ্ধান্ত নিতে ব্যবহার করা হয়।

আপনার অনুরোধ পাওয়ার পর আমরা এটাকে একটি **স্ট্যান্ডার্ড** বা **ফাস্ট ট্র্যাক** প্রক্রিয়ার অধীনে পর্যালোচনা করবো। আপনি বা আপনার প্রোভাইডার ফাস্ট-ট্র্যাক রিভিউয়ের অনুরোধ করতে পারেন, যদি আপনি বা আপনার প্রোভাইডার মনে করে যে বিলম্ব হলে আপনার স্বাস্থ্যের ক্ষেত্রে গুরুতর ক্ষতি হবে। আমরা যদি আপনার ফাস্ট ট্র্যাক রিভিউয়ের অনুরোধ খারিজ করে দিই, তাহলে আমরা আপনাকে তা বলব এবং স্ট্যান্ডার্ড রিভিউ প্রক্রিয়া অনুযায়ী আপনার অনুরোধ পরিচালনা করব। সব ক্ষেত্রেই, আমরা আপনার অনুরোধ রিভিউ করবো আপনার চিকিৎসাগত অবস্থা জায়গা অনুযায়ী, কিন্তু নিচে উল্লিখিত সময়ের পরে নয়। ফাস্ট-ট্র্যাক প্রক্রিয়ার ব্যাপারে আরো তথ্য নিচে আছে।

আমরা আপনাকে এবং আপনার সরবরাহকারীকে ফোনে এবং লিখিতভাবে জানাব যদি আমরা আপনার অনুরোধ অনুমোদন বা খারিজ করি। এছাড়া সিদ্ধান্তের কারণ কী সেটাও আমরা আপনাকে জানাব। আপনি যদি আমাদের সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হন তবে আপনার কাছে কী বিকল্প রয়েছে তা আমরা ব্যাখ্যা করব।

স্ট্যান্ডার্ড প্রক্রিয়া

সাধারণত, আমরা কোনো মেডিকেল আইটেম, চিকিৎসা বা পরিষেবার জন্য আপনার অনুরোধ সম্পর্কে আমাদের সিদ্ধান্ত দেওয়ার জন্য **স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমা** ব্যবহার করি যদি না আমরা ফাস্ট-ট্র্যাক সময়সীমা ব্যবহার করতে সম্মত হই।

- পূর্বের অনুমোদনের অনুরোধের জন্য একটি **স্ট্যান্ডার্ড পর্যালোচনার** অর্থ আমরা আপনাকে 3 কার্যদিবসের মধ্যে একটি উত্তর দেব যখন আমাদের প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য থাকবে, তবে আপনার অনুরোধ পাওয়ার **14 ক্যালেন্ডার দিবসের** পরে নয়। যদি আপনার কেসটি একটি **সমবর্তী পর্যালোচনা** হয় যেখানে আপনি ইতোমধ্যে যে পরিষেবাটি পাচ্ছেন তাতে পরিবর্তন চাইছেন, আমরা আমাদের প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য পাওয়ার 1 কার্যদিবসের মধ্যে একটি সিদ্ধান্ত নেব তবে আমরা আপনার অনুরোধ পাওয়ার 14 ক্যালেন্ডার দিবসের পরে আপনাকে উত্তর দেব।
- আপনি যদি আরও সময় চান বা যদি আমাদের তথ্যের প্রয়োজন হয় (যেমন নেটওয়ার্কের বাইরের সরবরাহকারীদের থেকে মেডিকেল রেকর্ড) যা আপনার উপকারে আসতে পারে তাহলে **আমরা আরও 14 ক্যালেন্ডার দিন পর্যন্ত সময় নিতে পারি**। যদি আমরা সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য অতিরিক্ত দিন নেওয়ার সিদ্ধান্ত নিই, তবে আমরা আপনাকে লিখিতভাবে বলব কোন তথ্যের প্রয়োজন এবং কেন বিলম্বটি আপনার সর্বোত্তম স্বার্থে। আমরা প্রয়োজনীয় তথ্য পেলে যত দ্রুত সম্ভব সিদ্ধান্ত নিতে প্রস্তুত থাকবো, কিন্তু অতিরিক্ত তথ্যে জিজ্ঞাসার 14 দিন এর পরে এটি কার্যকর হবে না।
- আপনি যদি মনে করেন যে আমাদের অতিরিক্ত দিন নেওয়া উচিত নয়, আপনি একটি **"দ্রুত অভিযোগ"** দায়ের করতে পারেন। আপনি একটি **দ্রুত অভিযোগ** দায়ের করলে, আমরা আপনাকে 24 ঘণ্টার মধ্যে আপনার অভিযোগের উত্তর জানাবো। (অভিযোগ করার প্রক্রিয়া পরিষেবা অনুমোদন এবং আপিলের প্রক্রিয়া থেকে আলাদা। দ্রুত অভিযোগ সহ অভিযোগ করার প্রক্রিয়া সম্পর্কে আরো তথ্যের জন্য, বিভাগ 5 দেখুন: আমাদের প্ল্যান সম্পর্কে আপনার যদি কোনো অভিযোগ থাকে তাহলে কী করবেন।)

যদি আমরা আপনাকে 14 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আমাদের উত্তর না দিই (বা অতিরিক্ত দিনের শেষে যদি আমরা সেগুলি গ্রহণ করি), আপনি একটি আপিল দায়ের করতে পারেন।

- **আপনি যা চেয়েছেন তার জন্য আমাদের উত্তর যদি আংশিক বা পুরোপুরিভাবে হয় হয়, তবে** আমরা আপনার সেবাকে অনুমোদিত করবো অথবা চিকিৎসা অথবা চাওয়া অনুযায়ী আইটেমটি দিব।
- **যদি আমাদের উত্তর আংশিক বা আপনি যা চেয়েছেন তার সবকটিতে না হয় তবে,** আমরা আপনাকে একটি আপিল সিদ্ধান্তের নোটিশ পাঠাব যা ব্যাখ্যা করে যে কেন আমরা না বলেছি। এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে কীভাবে আপিল করবেন সে সম্পর্কে আরো তথ্য সেকশন 2 এ পাওয়া যাবে: লেভেল 1 আপিল।

ফাস্ট ট্র্যাক প্রক্রিয়া

যদি আপনার স্বাস্থ্যের এটির প্রয়োজন হয় তাহলে আমাদের আপনাকে একটি **দ্রুত পরিষেবা অনুমোদন** দিতে বলুন।

- আগাম অনুমোদনের অনুরোধের **দ্রুত পর্যালোচনার** অর্থ হলো আমরা আপনাকে 1 কার্যদিবসের মধ্যে একটি উত্তর দেব যখন আমাদের প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য থাকবে তবে আপনি যখন আমাদের কাছে আপনার অনুরোধ করেছেন তখন থেকে 72 ঘণ্টার পরে নয়।
- আমরা আরো **14 ক্যালেন্ডার দিবস সময় নিতে পারি** যদি আমরা দেখতে পাই যে আপনার উপকার করতে পারে এমন কিছু তথ্য অনুপস্থিত (যেমন নেটওয়ার্কের বাইরে সরবরাহকারীদের মেডিকেল রেকর্ড) বা পর্যালোচনার জন্য আমাদের কাছে তথ্য পেতে আপনার যদি সময়ের প্রয়োজন হয়। যদি আমরা অতিরিক্ত দিন নেওয়ার সিদ্ধান্ত নিই, তবে আমরা আপনাকে লিখিতভাবে বলব কোন তথ্যের প্রয়োজন এবং

কেন বিলম্বটি আপনার সর্বোত্তম স্বার্থে। যখন আমরা প্রয়োজনীয় তথ্য পাব তখন আমরা যত তাড়াতাড়ি সম্ভব একটি সিদ্ধান্ত নেব, কিন্তু যেদিন আমরা আরও তথ্য চেয়েছি তার 14 দিনের পরে নয়।

- আপনি যদি মনে করেন যে আমাদের অতিরিক্ত সময় নেওয়া উচিত নয়, তাহলে আপনি একটি "দ্রুত অভিযোগ" দায়ের করতে পারবেন। দ্রুত অভিযোগ সহ অভিযোগ করার প্রক্রিয়া সম্পর্কে আরো তথ্যের জন্য, বিভাগ 5 দেখুন: আমাদের পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যদি অভিযোগ থাকে তবে কী করবেন আরো তথ্যের জন্য নীচে। আমরা সিদ্ধান্ত নেওয়ার সাথে সাথেই আপনাকে কল করবো।
- যদি আমরা আপনাকে 72 ঘণ্টার মধ্যে আমাদের উত্তর না দিই (অথবা যদি বর্ধিত সময়সীমা থাকে, সেই সময়ের শেষে) আপনি একটি আপিল দায়ের করতে পারেন। সেকশন 2 দেখুন: লেভেল 1 আপিল, কিভাবে আপিল করবেন তার জন্য নীচে।

একটি দ্রুত পরিষেবা অনুমোদন পেতে, আপনাকে অবশ্যই দুটি প্রয়োজনীয়তা পূরণ করতে হবে:

- আপনি চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য কভারেজ চাইছেন যা আপনি এখনও পাননি। (আপনার অনুরোধটি যদি চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য অর্থ প্রদানের বিষয়ে হয় তবে আপনি দ্রুত পরিষেবা অনুমোদন পেতে পারবেন না, আপনি ইতোমধ্যে পেয়েছেন।)
- স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমা ব্যবহার করা আপনার জীবন বা স্বাস্থ্যের মারাত্মক ক্ষতি করতে পারে বা আপনার কাজ করার ক্ষমতাকে আঘাত করতে পারে।

যদি আপনার সরবরাহকারী আমাদের বলেন যে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য একটি দ্রুত পরিষেবা অনুমোদন প্রয়োজন, আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে একটি দ্রুত পরিষেবা অনুমোদন দিতে সম্মত হব।

আপনি যদি আপনার প্রদানকারীর সমর্থন ছাড়াই নিজেরাই একটি দ্রুত পরিষেবা অনুমোদন চান তাহলে আমরা সিদ্ধান্ত নেব যে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য আমরা আপনাকে একটি দ্রুত পরিষেবা অনুমোদন দিতে চাই কিনা।

যদি আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে আপনার চিকিৎসা অবস্থা দ্রুত পরিষেবা অনুমোদনের প্রয়োজনীয়তাগুলো পূরণ করে না, আমরা আপনাকে একটি চিঠি পাঠাব যা তা বলে (এবং আমরা পরিবর্তে স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমা ব্যবহার করব)।

- এই চিঠিটি আপনাকে বলবে যে যদি আপনার সরবরাহকারী দ্রুত পরিষেবা অনুমোদনের জন্য জিজ্ঞাসা করে তবে আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে একটি দ্রুত পরিষেবা অনুমোদন দেব।
- আপনি যে দ্রুত পরিষেবা অনুমোদনের জন্য চেয়েছিলেন তার পরিবর্তে আপনাকে একটি স্ট্যান্ডার্ড পরিষেবা অনুমোদন দেওয়ার আমাদের সিদ্ধান্তের বিষয়ে আপনি কীভাবে দ্রুত অভিযোগ দায়ের করতে পারেন তাও চিঠিতে জানানো হবে।
(দ্রুত অভিযোগ সহ অভিযোগ করার প্রক্রিয়া সম্পর্কে আরো তথ্যের জন্য, সেকশন 5 দেখুন: আমাদের প্ল্যান সম্পর্কে আপনার যদি অভিযোগ থাকে তাহলে কী করবেন, পরে এই চেপ্টারে বলা আছে।)

যদি আমাদের উত্তর আংশিক বা আপনি যা চেয়েছেন তার সবকটিতে হয় হয় তাহলে আপনার অনুরোধ পাওয়ার পরে আমাদের অবশ্যই 72 ঘণ্টার মধ্যে আপনাকে আমাদের উত্তর দিতে হবে। যদি আমরা কোনো মেডিকেল আইটেম বা পরিষেবার জন্য আপনার অনুরোধে আমাদের পরিষেবা অনুমোদনের জন্য প্রয়োজনীয় সময় বাড়িয়ে দিই তবে আমরা সেই বর্ধিত সময়ের শেষে আপনাকে আমাদের উত্তর দেব।

যদি আমাদের উত্তর আংশিক বা আপনি যা চেয়েছিলেন তার সবকটিতে না হয় তাহলে আমরা কেন না বলেছি সে সম্পর্কে আমরা আপনাকে একটি বিস্তারিত লিখিত ব্যাখ্যা পাঠাব। আপনি যদি আমাদের উত্তরে সন্তুষ্ট না হন তবে আপনার আমাদের সাথে আপিল দায়ের করার অধিকার রয়েছে। সেকশন 2 দেখুন: আরো তথ্যের জন্য নীচে লেভেল 1 আপিল।

আপনি যদি এই সময়সীমার মধ্যে আমাদের কাছ থেকে না শোনে তবে এটি একই রকম হতে পারে যে আমরা আপনার পরিষেবা অনুমোদনের অনুরোধ অস্বীকার করেছি। যদি এটি ঘটে থাকে তাহলে আমাদের সাথে আপিল দায়ের করার আপনার অধিকার রয়েছে। সেকশন 2 দেখুন: আরো তথ্যের জন্য নীচে লেভেল 1 আপিল।

যদি আমরা এমন কোনো পরিষেবা পরিবর্তন করি যা আপনি ইতোমধ্যে পেয়েছেন

- অধিকাংশ ক্ষেত্রে, আমরা যদি কোনো পরিষেবা হ্রাস, স্থগিত বা বন্ধ করার সিদ্ধান্ত নেই যা আমরা ইতোমধ্যে অনুমোদন করেছি যেটি আপনি এখন পাচ্ছেন, পরিষেবাটি পরিবর্তন করার কমপক্ষে 15 দিন আগে আমাদের অবশ্যই আপনাকে জানাতে হবে।
- আপনি অতীতে যে কেয়ার পেয়েছেন তা যদি আমরা পর্যালোচনা করে থাকি তাহলে পূর্ববর্তী পর্যালোচনার জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য পাওয়ার 30 দিনের মধ্যে আমরা এটির জন্য অর্থ প্রদানের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেব। আমরা যদি কোনো পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান অস্বীকার করে থাকি তাহলে যেদিন আমরা অর্থ প্রদান অস্বীকার করব সেদিন আমরা আপনাকে এবং আপনার সরবরাহকারীকে একটি নোটিশ পাঠাব। **আপনি যে প্ল্যান বা মেডিকেড কভার করেছেন এমন কোনো কেয়ারের জন্য আপনাকে অর্থ প্রদান করতে হবে না এমনকি যদি আমরা পরেও সরবরাহকারীকে অর্থ প্রদান অস্বীকার করি।**

হাসপাতালের কেয়ার, হোম হেলথ কেয়ার, দক্ষ নার্সিং ফ্যাসিলিটি কেয়ার, বা কম্প্রিহেনসিভ আউটপেশেন্ট রিহ্যাবিলিটেশন ফ্যাসিলিটি (CORF) পরিষেবার জন্য আপনার কভারেজ শেষ হলে আপনার বিশেষ মেডিকেয়ার অধিকার থাকতে পারে। এই অধিকারগুলো সম্পর্কে আরো তথ্য জানতে Hamaspik Medicare Choice এভিডেন্স অব কভারেজের অধ্যায় 9-এ দেখুন।

আপনি যদি আপনার কেয়ার সম্পর্কে কোনো সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে চান তবে কী করবেন

যদি আমরা কোনও মেডিকেল আইটেম বা পরিষেবার কভারেজের জন্য আপনার অনুরোধে না বলি তবে আপনি আপিল করতে চান কিনা সে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন।

- যদি আমরা না বলি তাহলে আপনার আপিল করার এবং আমাদের এই সিদ্ধান্তটি পুনর্বিবেচনা করতে বলা অধিকার রয়েছে। আপিল করার অর্থ হল এই যে আপনি যে চিকিৎসা কেয়ার কভারেজ চান তা পেতে আবার চেষ্টা করা।
- আপনি যদি আপিল করার সিদ্ধান্ত নেন তবে এর অর্থ হল যে আপনি আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 1-এ যাচ্ছেন (নীচে দেখুন)।
- এছাড়াও Hamaspik Medicare Choice আপনার অভিযোগের উপর নির্ভর করে আপনার কাছে উপলভ্য অভিযোগ এবং আপিল প্রক্রিয়াগুলি ব্যাখ্যা করতে পারে। আপনার অধিকার এবং আপনার কাছে বিদ্যমান বিকল্পগুলি সম্পর্কে আরো তথ্য পেতে আপনি 888-426-2774 নম্বরে সদস্য পরিষেবায় কল করতে পারেন। (TTY ব্যবহারকারীগণ 711 নম্বরে কল করুন।)

প্রক্রিয়া চলাকালীন যেকোনো সময়ে, আপনি বা আপনার বিশ্বাসযোগ্য কেউ 1-866-712-7197 নম্বরে কল করে পর্যালোচনার সময় সম্পর্কে নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথের কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

বিভাগ 2: লেভেল 1 আপিল (প্ল্যান লেভেল আপিল নামেও পরিচিত)

এই বিভাগে থাকা তথ্য আপনার সব Medicare এবং অধিকাংশ Medicaid সুবিধা সংক্রান্ত অধিকারের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য। এই তথ্য আপনার Medicare পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধ সংক্রান্ত সুবিধার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়।

কিছু চিকিৎসা এবং পরিষেবা রয়েছে যা আপনি সেগুলি পাওয়ার আগে বা সেগুলি পেতে সক্ষম হতে আপনার অনুমোদন প্রয়োজন। একে পূর্ব অনুমোদন বলা হয়। কোনো চিকিৎসা বা সেবার অনুমোদন চাওয়াকে সেবা অনুমোদনের অনুরোধ বলা হয়। আমরা এই অধ্যায়ের সেকশন 1-এ এই প্রক্রিয়া সম্পর্কে আগে বর্ণনা করেছি। যদি আমরা কোনো পরিষেবা অনুমোদনের অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করার বা চাওয়া থেকে কম পরিমাণের জন্য এটি অনুমোদন করার সিদ্ধান্ত নিই, তাহলে আপনি ইন্টিগ্রেটেড কভারেজ ডিটারমিনেশন নোটিস নামে একটি নোটিশ পাবেন।

আপনি যদি কোনো ইন্টিগ্রেটেড কভারেজ ডিটারমিনেশন নোটিশ পান এবং আমাদের সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হন, তাহলে আপনার আপিল করার অধিকার রয়েছে। একটি আপিল করার অর্থ এই যে আমাদের আপনার অনুরোধটি আবার পর্যালোচনা করতে বলে আপনি যে চিকিৎসা আইটেম বা পরিষেবাটি চান তা পাওয়ার চেষ্টা করা।

আপনি একটি লেভেল 1 আপিল দায়ের করতে পারেন

আপনি যখন প্রথমবারের মতো কোনো সিদ্ধান্তের আপিল করেন তখন এটিকে লেভেল 1 আপিল বা প্ল্যান আপিল বলা হয়। এই আপিলে, আমরা সকল নিয়ম-কানুন সঠিকভাবে অনুসরণ করেছি কিনা তা দেখার জন্য আমরা যে সিদ্ধান্ত নিয়েছি তা পর্যালোচনা করে থাকি।

যারা মূল নেতিবাচক সিদ্ধান্ত নিয়েছিলেন তাদের পরিবর্তে ভিন্ন পর্যালোচক আপনার আপিল পরিচালনা করেন। পর্যালোচনা শেষ হলে, আমরা আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্ত জানাব। কোনো নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে আপনি দ্রুত আপিলের অনুরোধ করতে পারেন যা আমরা নিচে আলোচনা করেছি।

লেভেল 1 আপিল দায়ের করার ধাপ:

- আপনি যদি আমাদের সিদ্ধান্তে সন্তুষ্ট না হন তবে আপিল দায়ের করার জন্য আপনার কাছে ইন্টিগ্রেটেড কভারেজ ডিটারমিনেশন নোটিশের তারিখ হতে **পঁয়ষট্টি (65) দিন** সময় রয়েছে। আপনি যদি এই নির্দিষ্ট সময়সীমায় অনুপস্থিত থাকেন এবং অনুপস্থিত থাকার কোনো ভালো কারণ প্রদান করেন তাহলে আমরা আপনাকে আপনার আপিল দায়ের করার জন্য আরো সময় দিতে পারি। নির্দিষ্ট সময়সীমায় অনুপস্থিত থাকার উপযুক্ত কারণের উদাহরণগুলির মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে যেমন আপনার কোনো গুরুতর অসুস্থতা যা আপনাকে আমাদের সাথে যোগাযোগ করা থেকে বিরত রাখে বা যদি আমরা আপনাকে আপিল চাওয়ার সময়সীমা সম্পর্কে ভুল বা অসম্পূর্ণ তথ্য দিয়ে থাকি।
- আপনি যদি কেয়ারের জন্য কভারেজ সম্পর্কে আমরা যে সিদ্ধান্ত নিয়েছি তা আপিল করে থাকেন তবে আপনাকে এবং/অথবা আপনার সরবরাহকারীকে আপনার **ফাস্ট আপিল** প্রয়োজন কিনা তা সিদ্ধান্ত নিতে হবে।
 - **ফাস্ট আপিল** পাওয়ার প্রয়োজনীয়তা এবং পদ্ধতিগুলি ফাস্ট ট্র্যাক পরিষেবা অনুমোদন পাওয়ার মতোই। **ফাস্ট আপিল** করার জন্য ও ফাস্ট ট্র্যাক পরিষেবা অনুমোদন করতে জিজ্ঞাসা করার জন্য নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন। (এই নির্দেশাবলী সেকশন 1, ফাস্ট ট্র্যাক প্রক্রিয়া বিভাগে দেওয়া হয়।)
 - যদি আপনার সরবরাহকারী আমাদের বলেন যে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য **ফাস্ট আপিল** প্রয়োজন তাহলে আমরা আপনাকে

ফাস্ট আপিল জানিয়ে দেব।

- যদি আপনার কেসটি একটি **সহগামী পর্যালোচনা** করা হয়ে থাকে যেখানে আমরা ইতোমধ্যে প্রাপ্ত কোনো পরিষেবা পর্যালোচনা করছি তাহলে আপনি স্বয়ংক্রিয়ভাবে একটি ফাস্ট আপিল পাবেন।
- আপনি নিজে একটি আপিল দায়ের করতে পারেন বা আপনার বিশ্বস্ত কাউকে আপনার জন্য লেভেল 1 আপিল দায়ের করতে বলতে পারেন। আপনার যদি লেভেল 1 আপিল দায়ের করতে কোনো সাহায্যের প্রয়োজন হয় তাহলে আপনি 888-426-2774 নম্বর-এ সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করতে পারেন। (TTY ব্যবহারকারীগণ, 711 নম্বরে কল করুন।)
- আপনি লিখিতভাবে নাম দিয়েছেন এমন ব্যক্তিই কেবলমাত্র আপনার আপিলের সময়ে আপনার প্রতিনিধিত্ব করতে পারবে। আপনি যদি আপনার আপিলের সময়ে কোনো বন্ধু, আত্মীয় বা অন্য কোনো ব্যক্তিকে আপনার প্রতিনিধি করতে চান তবে আপনি ইন্টিগ্রেটেড কভারেজ নির্ধারণের নোটিশের সাথে সংযুক্ত আপিল অনুরোধ ফর্মটি পূরণ করতে পারেন, প্রতিনিধি নিয়োগের ফর্মটি পূরণ করতে পারেন বা আপনার প্রতিনিধির নাম দিয়ে একটি চিঠি লিখতে এবং স্বাক্ষর করতে পারেন। এই চিঠিটি এই ঠিকানায় পাঠানো উচিত:

Hamaspik Medicare Choice
775 North Main Street
Spring Valley, NY 10977

এছাড়াও আপনি আমাদের এখানে ইমেইল পাঠাতে পারেন:
MedicareRequests@hamaspikchoice.org

- প্রতিনিধি নিয়োগ ফর্ম পেতে, সদস্য পরিষেবাগুলোতে কল করুন এবং ফর্মের জন্য জিজ্ঞাসা করুন। এছাড়াও আপনি মেডিকেয়ার ওয়েবসাইটে ফর্মটি পেতে পারেন এখানে <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> অথবা আমাদের ওয়েবসাইটে এখানে www.hamaspik.com. ফর্মটি ব্যক্তিকে আপনার জন্য কাজ করার অনুমতি দেয়। এই ফর্মটি এই ঠিকানায় পাঠানো উচিত:

Hamaspik Medicare Choice
775 North Main Street
Spring Valley, NY 10977

আপনাকে অবশ্যই আমাদেরকে স্বাক্ষরিত ফর্মটির একটি অনুলিপি দিতে হবে, অথবা

- আপনি একটি চিঠি লিখে উপরের ঠিকানায় আমাদের কাছে পাঠাতে পারেন। (আপনি বা আপনার প্রতিনিধি হিসাবে চিঠিতে নাম দেওয়া ব্যক্তিটি আমাদের চিঠিটি পাঠাতে পারেন।)
- আমরা আপনার সাথে ভিন্ন আচরণ বা আপনার প্রতি খারাপ আচরণ করব না কারণ আপনি একটি লেভেল 1 আপিল দায়ের করেছেন।
- আপনি ফোনে বা লিখিতভাবে লেভেল 1 আপিল করতে পারেন।

আপনার কেয়ার সম্পর্কে সিদ্ধান্তের আপিল করার সময় আপনার পরিষেবা বা আইটেম চালিয়ে যাওয়া

আমরা যদি আপনাকে বলি যে আমরা পরিষেবা বা আইটেমগুলি বন্ধ করতে, স্থগিত করতে বা কমাতে চাই যা আপনি

ইতোমধ্যেই পাচ্ছেন, আপনি আপনার আপিলের সময় সেই পরিষেবা বা আইটেমগুলি রাখতে সক্ষম হতে পারেন।

- আপনি বর্তমানে যে পরিষেবা বা আইটেমটি পান আমরা তার কভারেজ পরিবর্তন বা বন্ধ করার সিদ্ধান্ত অথবা পদক্ষেপ নেওয়ার আগে আপনাকে একটি নোটিশ পাঠাব।
- আপনি যদি এই পদক্ষেপের সাথে একমত না হন তবে আপনি একটি লেভেল 1 আপিল দায়ের করতে পারেন।
- আপনি যদি ইন্টিগ্রেটেড কভারেজ ডিটারমিনেশন নোটিশে তারিখের 10 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে বা অ্যাকশনের উদ্দেশ্য কার্যকর তারিখের মধ্যে লেভেল 1 আপিলের জন্য অনুরোধ করেন তবে আমরা পরিষেবা বা আইটেমটি কভার করা চালিয়ে যাব, পরে যেটিই থাকুক না কেন।
- আপনি যদি এই নির্দিষ্ট সময়সীমা পূরণ করেন তবে আপনার লেভেল 1 আপিল মূলতুবি থাকাকালীন আপনি কোনো পরিবর্তন ছাড়াই পরিষেবা বা আইটেমটি পেতে পারেন। আপনি কোনো পরিবর্তন ছাড়াই অন্যান্য সকল পরিষেবা বা আইটেম (যেগুলো আপনার আবেদনের বিষয় নয়) পেতে থাকবেন।
- দ্রষ্টব্য: যদি আপনার সরবরাহকারী আপনার আপিলের সময় ইতোমধ্যে প্রাপ্ত কোনো পরিষেবা বা আইটেম চালিয়ে যেতে বলে তাহলে আপনাকে আপনার সরবরাহকারীকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে নাম দিতে হতে পারে।

আমরা আপনার লেভেল 1 আপিল পাওয়ার পর কি ঘটে

- 15 দিনের মধ্যে, আমরা আপনাকে জানাতে একটি চিঠি পাঠাব যে আমরা আপনার লেভেল 1 আপিলের জন্য কাজ করছি। আমাদের সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য যদি অতিরিক্ত তথ্যের প্রয়োজন হয় তাহলে আমরা আপনাকে জানাব।
- আমরা আপনাকে আপনার কেস ফাইলের একটি অনুলিপি বিনামূল্যে প্রেরণ করব, যার মধ্যে রয়েছে মেডিকেল রেকর্ডগুলির একটি অনুলিপি এবং অন্য কোনো তথ্য ও রেকর্ড যা আমরা আপিলের সিদ্ধান্ত নিতে ব্যবহার করব। যদি আপনার লেভেল 1 আপিলটি ফাস্ট ট্র্যাক করা হয় তবে এই তথ্যটি পর্যালোচনা করার জন্য অল্প সময় থাকতে পারে। আমরা আপনাকে যে তথ্য পাঠাই তা রাখা গুরুত্বপূর্ণ।
- যোগ্য স্বাস্থ্য পেশাদার যারা প্রথম সিদ্ধান্ত গ্রহণ করেননি তারা ক্লিনিক্যাল বিষয়গুলির আপিলের সিদ্ধান্ত নেবেন। কমপক্ষে একজন ক্লিনিক্যাল পিয়ার পর্যালোচক হবেন।
- নন-ক্লিনিক্যাল সিদ্ধান্তগুলি এমন ব্যক্তিদের দ্বারা পরিচালিত হবে যারা আপনার প্রথম সিদ্ধান্তে কাজ করা লোকদের চেয়ে উচ্চতর লেভেলে কাজ করে।
- এছাড়াও আপনি ব্যক্তিগতভাবে বা লিখিতভাবে সিদ্ধান্ত ব্যবহার করার জন্য তথ্য সরবরাহ করতে পারেন। আমাদের কোন তথ্য দিতে হবে তা আপনি যদি নিশ্চিত না হয়ে থাকেন তাহলে 888-426-2774-নম্বরে আমাদের কল করুন। (TTY ব্যবহারকারীগণ, 711 নম্বরে কল করুন।)
- আমরা আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্তের কারণ এবং এটি প্রযোজ্য হলে আমাদের ক্লিনিক্যাল যুক্তিসহ ব্যাখ্যা দেব। যদি আমরা আপনার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করি বা আপনার চাওয়া থেকে কম পরিমাণের জন্য এটি অনুমোদন করি তাহলে আমরা আপনাকে একটি আপিল সিদ্ধান্ত নোটিশ নামে একটি নোটিশ পাঠাব। যদি আমরা আপনার লেভেল 1 আপিলে না বলি, আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার কেসটি আপিল প্রক্রিয়ার

পরবর্তী স্তরে পাঠাব।

একটি স্ট্যান্ডার্ড আপিলের জন্য সময়সীমা

- যদি আমরা স্ট্যান্ডার্ড আপিল সময়সীমা ব্যবহার করে থাকি তবে আপনার আপিল পাওয়ার 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আমাদের অবশ্যই আপনাকে অনুরোধের উত্তর দিতে হবে যদি আপনার আবেদনটি পরিষেবাগুলির জন্য কভারেজ সম্পর্কে হয় তবে আপনি এখনও পাননি।
- আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থার জন্য প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্ত আরো দ্রুত জানাবো।
- তবে, আপনি যদি আরো সময় চান বা আপনার উপকারে আসতে পারে এমন আরো তথ্য সংগ্রহের প্রয়োজন হলে **আমরা আরো 14 ক্যালেন্ডার দিন সময় নিতে পারি।** যদি আমরা সিদ্ধান্ত নিই যে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আমাদের অতিরিক্ত দিন নিতে হবে, আমরা আপনাকে লিখিতভাবে বলব কোন তথ্য প্রয়োজন এবং কেন বিলম্বটি আপনার সর্বোত্তম স্বার্থে। আমরা প্রয়োজনীয় তথ্য পেলে যত দ্রুত সম্ভব সিদ্ধান্ত নিতে প্রস্তুত থাকবো, কিন্তু অতিরিক্ত তথ্য জিজ্ঞাসার 14 দিন এর পরে এটি কার্যকর হবে না।
 - আপনি যদি মনে করেন যে আমাদের অতিরিক্ত দিন নেওয়া উচিত নয়, আপনি অতিরিক্ত দিন নেওয়ার আমাদের সিদ্ধান্তের বিষয়ে একটি "দ্রুত অভিযোগ" দায়ের করতে পারেন। আপনি একটি দ্রুত অভিযোগ দায়ের করলে, আমরা আপনাকে 24 ঘণ্টার মধ্যে আপনার অভিযোগের উত্তর জানাবো
 - দ্রুত অভিযোগ সহ অভিযোগ করার প্রক্রিয়া সম্পর্কে আরো তথ্যের জন্য, বিভাগ 5 দেখুন: আমাদের পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যদি অভিযোগ থাকে তবে কী করবেন আরো তথ্যের জন্য নীচে।

যদি আমরা আপনাকে উপরের প্রয়োজ্য সময়সীমার মধ্যে উত্তর না দিই (বা অতিরিক্ত দিনের শেষে আমরা কোনো মেডিকেল আইটেম বা পরিষেবার জন্য আপনার অনুরোধটি গ্রহণ করেছি), আমাদের আপনার অনুরোধটি আপিল প্রক্রিয়ার স্তর 2 এ পাঠাতে হবে যেখানে একটি স্বাধীন বাইরের সংস্থা এটি পর্যালোচনা করবে। আমরা এই পর্যালোচনা সংস্থা সম্পর্কে কথা বলি এবং বিভাগ 3 এ আপিল প্রক্রিয়ার স্তর 2 এ কী ঘটে তা ব্যাখ্যা করি: লেভেল 2 আপিল।

আপনি যেমনটি চেয়েছেন তার আংশিক বা পুরোটিতে যদি আমাদের উত্তর হয় তাহলে আমরা আমাদের সিদ্ধান্ত নেওয়ার 72 ঘণ্টার মধ্যে আমরা যে কভারেজটি সরবরাহ করতে সম্মত হয়েছি তা অবশ্যই অনুমোদন অথবা প্রদান করতে হবে।

আপনি যেমনটি চেয়েছেন তার অংশ বা সমস্ত কিছুর উত্তর যদি আশানুরূপ না হয় তাহলে আমরা যখন আপনার আপিলকে না বলেছিলাম তখন আমরা সমস্ত নিয়ম-কানুন অনুসরণ করেছি তা নিশ্চিত করার জন্য **আমাদের আপিলের পরবর্তী লেভেলে আপনার আবেদন পাঠাতে হবে।** যখন আমরা এটি করে থাকি তখন এর মানে হল যে আপনার আপিলটি আপিল প্রক্রিয়াটি পরবর্তী লেভেলে চলছে, যা লেভেল 2 (সেকশন 3-এ বর্ণিত)।

একটি ফাস্ট আপিলের জন্য সময়সীমা

- যেহেতু আমরা ফাস্ট সময়সীমা ব্যবহার করছি সেহেতু আপনার আপিল **পাওয়ার পরে আমাদের অবশ্যই 72 ঘণ্টার মধ্যে** আপনাকে আমাদের উত্তর দিতে হবে। যদি আপনার স্বাস্থ্যের জন্য আমাদের এটি করার প্রয়োজন হয় তবে আমরা আপনাকে আমাদের উত্তর যথাসময়ে জানিয়ে দেব।
- আপনি যদি আরো সময় চান বা আপনার বেনিফিট হতে পারে এমন আরো তথ্য সংগ্রহের প্রয়োজন হলে

আমরা আরো **14 কার্য দিবস সময় নিতে পারি**। যদি আমরা সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য অতিরিক্ত দিন নেওয়ার সিদ্ধান্ত নিই, তবে আমরা আপনাকে লিখিতভাবে বলব কোন তথ্যের প্রয়োজন এবং কেন বিলম্বটি আপনার সর্বোত্তম স্বার্থে। যখন আমরা প্রয়োজনীয় তথ্য পাব তখন আমরা যত তাড়াতাড়ি সম্ভব একটি সিদ্ধান্ত নেব, কিন্তু যেদিন আমরা আরও তথ্য চেয়েছি তার 14 দিনের পরে নয়।

- যদি আমরা আপনাকে 72 ঘন্টার মধ্যে উত্তর দিতে ব্যর্থ হই (বা আমরা যে অতিরিক্ত দিন নিয়েছি তার শেষে), আমাদের স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনার অনুরোধটি আপিল প্রক্রিয়ার লেভেল 2 এ পাঠাতে হবে যা নীচে ধারা 3-এ আলোচনা করা হয়েছে: লেভেল 2 আপিল।

আপনি যেমনটি চেয়েছেন তার আংশিক বা পুরোটিতে যদি আমাদের উত্তর হয় তাহলে আমরা আপনার আপিল পাওয়ার পর 72 ঘন্টার মধ্যে আমরা যে কভারেজটি করতে সম্মত হয়েছি তা অবশ্যই অনুমোদন অথবা প্রদান করতে হবে।

আপনি যেমনটি চেয়েছেন তার অংশ বা পুরোটিতে যদি আমাদের উত্তর আশানুরূপ না হয় তাহলে আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে লেভেল 2 আপিলের জন্য একটি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থার কাছে আপনার আপিল পাঠাব। আপনি বা আপনার বিশ্বস্ত কেউ যদি আপনার পদক্ষেপ আপিল পর্যালোচনা করার জন্য আমাদের সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হন তাহলে প্ল্যানের সাথে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

- লেভেল 2 আপিলের সময়, একটি স্বাধীন পর্যালোচনা সংস্থা, যাকে অফিস অফ অ্যাডমিনিস্ট্রিটিভ হেয়ারিংস বা হিয়ারিং অফিস বলা হয়, আপনার প্রথম আপিলের বিষয়ে আমাদের সিদ্ধান্ত পর্যালোচনা করে। আমরা যে সিদ্ধান্ত গ্রহণ করেছি তা পরিবর্তন করা উচিত কিনা তা এই সংস্থা সিদ্ধান্ত নেয়।
- আমরা আপনাকে এই সংস্থা সম্পর্কে জানাই এবং আপিল প্রক্রিয়ার সেকশন 3-এর পর লেভেল 2-এ কী ঘটে তা ব্যাখ্যা করি: লেভেল 2 আপিল।

আপনি বা আপনার বিশ্বস্ত কেউ 1-866-712-7197 নম্বরে কল করে পর্যালোচনার সময় সম্পর্কে নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথের কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারবেন।

বিভাগ 3: লেভেল 2 আপিল

এই বিভাগে থাকা তথ্য **আপনার সব** Medicare এবং অধিকাংশ Medicaid সুবিধা সংক্রান্ত অধিকারের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য। এই তথ্য আপনার Medicare পার্ট D প্রেসক্রিপশন ওষুধ সংক্রান্ত সুবিধার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়।

আমরা যদি আপনার লেভেল 1 আপিলে **না** বলি তাহলে আপনার কেসটি আপিল প্রক্রিয়ার পরবর্তী লেভেলে **স্বয়ংক্রিয়ভাবে** পাঠানো হবে। লেভেল 2 আপিল চলাকালীন, হেয়ারিং অফিস আপনার লেভেল 1 আপিলের জন্য আমাদের সিদ্ধান্ত পর্যালোচনা করে। আমরা যে সিদ্ধান্ত গ্রহণ করেছি তা পরিবর্তন করা উচিত কিনা তা এই সংস্থা সিদ্ধান্ত নেয়।

- হিয়ারিং অফিস একটি স্বাধীন নিউ ইয়র্ক স্টেট এজেন্সি। আমাদের সাথে এটি সংযুক্ত নয়। মেডিকেয়ার এবং মেডিকেড এর কাজের পরিচালনা করে থাকে।
- আমরা এই সংস্থার কাছে আপনার আপিল সংক্রান্ত তথ্য পাঠাবো। এই তথ্যকে আপনার "কেস ফাইল"

বলা হয়। আপনার কেস ফাইলের একটি বিনামূল্যে কপির জন্য আমাদের কাছে চাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।

- আপনার আপিলকে সমর্থন করার জন্য হিয়ারিং অফিসকে অতিরিক্ত তথ্য দেওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।
- হিয়ারিং অফিসের পর্যালোচকরা আপনার আপিল সম্পর্কিত সমস্ত তথ্য অত্যন্ত সতর্কতার সাথে দেখবেন। হিয়ারিং সময় নির্ধারণের জন্য হিয়ারিং অফিস আপনার সাথে যোগাযোগ করবে।
- আপনি যদি লেভেল 1-এ আমাদের প্ল্যানে ফাস্ট আপিল করেন কারণ একটি স্ট্যান্ডার্ড সময়সীমার অধীনে সিদ্ধান্তের জন্য অপেক্ষা করার ফলে আপনার স্বাস্থ্যের গুরুতর ক্ষতি হতে পারে সেজন্য আপনি স্বয়ংক্রিয়ভাবে লেভেল 2-এ ফাস্ট আপিল করতে পারবেন। রিভিউ সংস্থাকে আপনার আপিল পাওয়ার 72 ঘণ্টার মধ্যে আপনার লেভেল 2 আপিলের উত্তর দিতে হবে।
- যদি হিয়ারিং অফিসের আরো তথ্য সংগ্রহের প্রয়োজন হয় যা আপনার বেনিফিট হতে পারে তবে এটি আরো 14 কার্যদিবস পর্যন্ত সময় নিতে পারে।

আপনার যদি লেভেল 1 এ একটি স্ট্যান্ডার্ড আপিল থাকে, তাহলে লেভেল 2 এও আপনার একটি স্ট্যান্ডার্ড আপিল থাকবে

- আমাদের প্ল্যানে আপনার যদি লেভেল 1-এ কোনো স্ট্যান্ডার্ড আপিল থাকে তাহলে আপনি লেভেল 2-এ স্বয়ংক্রিয়ভাবে একটি স্ট্যান্ডার্ড আপিল পাবেন।
- রিভিউ সংস্থাকে আপনার আপিল পাওয়ার **ষাট (60) ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে** আপনার লেভেল 2 আপিলের উত্তর দিতে হবে। আপনি প্ল্যান আপিলের অনুরোধ করার তারিখ অনুযায়ী (লেভেল 1) এবং হিয়ারিং অফিস আপনার লেভেল 2 আপিলের সিদ্ধান্ত গ্রহণের তারিখের মধ্যে মোট 90 দিন উপলভ্য।
- যদি হিয়ারিং অফিসের আরো তথ্য সংগ্রহের প্রয়োজন হয় যা আপনার বেনিফিট হতে পারে তবে এটি আরো 14 কার্য দিবস পর্যন্ত সময় নিতে পারে।

আপনি যদি আপনার লেভেল 1 আপিল দায়ের করার সময় সুবিধাগুলি অব্যাহত রাখার জন্য যোগ্য হন, তবে আপিলের অধীনে পরিষেবা, আইটেম বা ওষুধের জন্য আপনার সুবিধাগুলিও লেভেল 2 এর সময় অব্যাহত থাকবে। লেভেল 1 আপিল চলাকালীন আপনার বেনিফিটগুলি চালিয়ে যাওয়ার বিষয়ে তথ্যের জন্য পৃষ্ঠা 23-এ যান।

হিয়ারিং অফিস আপনাকে লিখিতভাবে তার সিদ্ধান্ত সম্পর্কে জানাবে ও এর কারণগুলি ব্যাখ্যা করবে।

- যদি হিয়ারিং অফিস আপনার অনুরোধের অংশ বা সকল অনুরোধের জন্য **হ্যাঁ** বলে, তাহলে আমাদের অবশ্যই পরিষেবাটি অনুমোদন করতে হবে বা হিয়ারিং অফিসের সিদ্ধান্ত পাওয়ার **এক কার্যদিবসের মধ্যে** আপনাকে আইটেমটি দিতে হবে।
- যদি হিয়ারিং অফিস আপনার আপিলের অংশ বা সকল অংশকে **না** বলে, তাহলে এর অর্থ হল যে তারা আমাদের প্ল্যানের সাথে একমত যে চিকিৎসা যন্ত্রের ও কভারেজের জন্য আপনার অনুরোধ (বা আপনার অনুরোধের অংশ) অনুমোদিত হওয়া উচিত নয়। (এটি "সিদ্ধান্ত বহাল রাখা" বা "আপনার আপিল প্রত্যাখ্যান করা।" বলা হয়)

যদি হিয়ারিং অফিস আপনার আপিলের অংশ বা সকল আপিলে না বলে তবে আপনি আপনার

আপিলটি আরো এগিয়ে নিতে চান কিনা তা আপনি চয়ন করতে পারেন।

- লেভেল 2 (মোট চার লেভেলের আপিলের জন্য) এছাড়াও আপিল প্রক্রিয়ায় দুটি অতিরিক্ত লেভেল রয়েছে।
- যদি আপনার লেভেল 2 আপিল প্রত্যাখ্যান করা হয় তাহলে আপনাকে অবশ্যই সিদ্ধান্ত নিতে হবে যে আপনি লেভেল 3-এ যেতে চান কিনা এবং তৃতীয় আপিল করতে চান। আপনার লেভেল 2 আপিলের পরে আপনি যে লিখিত নোটিশটি পেয়েছেন তাতে এটি কিভাবে করবেন তার বিশদ বিবরণ দেয়া রয়েছে।
- মেডিকেয়ার আপিল কাউন্সিল লেভেল 3 আপিল পরিচালনা করে থাকে। এর পরে, আপনার আপিলটি দেখার জন্য কোনো ফেডারেল আদালতকে জিজ্ঞাসা করার অধিকার থাকতে পারে।

আপনি বা আপনার বিশ্বস্ত কেউ 1-866-712-7197 নম্বরে কল করে পর্যালোচনার সময় সম্পর্কে নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথের কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারবেন।

বিভাগ 4: শুধুমাত্র মেডিকেডের জন্য বহিরাগত আপিল

আপনি বা আপনার ডাক্তার **শুধুমাত্র মেডিকেডের কভার সুবিধার জন্য** একটি বহিরাগত আপিল চাইতে পারেন।

আপনি নিউ ইয়র্ক স্টেটকে (স্টেট) একটি স্বাধীন **এক্সটারনাল আপিলের** জন্য অনুরোধ করতে পারেন যদি আমাদের পরিকল্পনা আপনার এবং আপনার ডাক্তার যে চিকিৎসা পরিষেবার জন্য কভারেজ অস্বীকার করার সিদ্ধান্ত নেয় কারণ এটি হল:

- চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নয়, বা
- পরীক্ষামূলক বা গবেষণার অধীন বা
- আপনি পরিকল্পনার নেটওয়ার্কে যে পরিচর্যা পেতে পারেন তার থেকে ভিন্ন কোনো পরিচর্যা নয় বা
- আপনার প্রয়োজন মেটানোর মতো সঠিক প্রশিক্ষণ এবং অভিজ্ঞতা আছে এমন একজন অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর কাছ থেকে সেই পরিচর্যা পাওয়া যাবে।

এটিকে এক্সটারনাল আপিল বলা হয় কারণ পর্যালোচকরা যারা পরিকল্পনা বা রাষ্ট্রের জন্য কাজ করেন না তারা সিদ্ধান্ত নেন। এই পর্যালোচকরা স্টেট দ্বারা অনুমোদিত যোগ্য ব্যক্তি। পরিষেবাটি অবশ্যই পরিকল্পনার বেনিফিট প্যাকেজে থাকতে হবে বা একটি পরীক্ষামূলক চিকিৎসা হতে হবে। আপনাকে এক্সটারনাল আপিলের জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে না।

স্টেটের কাছে আপিল করার **আগে:**

- আপনাকে অবশ্যই প্ল্যানের সাথে একটি লেভেল 1 আপিল দায়ের করতে হবে এবং প্ল্যানের আপিল সিদ্ধান্তের বিজ্ঞপ্তি পেতে হবে:
বা
- আপনি যদি পরিষেবাটি না পেয়ে থাকেন এবং আপনি দ্রুত আপিলের জন্য অনুরোধ করেন, তাহলে আপনি একই সময়ে একটি দ্রুত এক্সটারনাল আপিলের জন্য অনুরোধ করতে পারবেন। (আপনার ডাক্তারকে বলতে হবে যে একটি দ্রুত আপিল প্রয়োজন); **বা**
- আপনি এবং প্ল্যানের আপিল প্রক্রিয়াটি এড়িয়ে যেতে বা সরাসরি বহিরাগত আপিলে যেতে সম্মত হতে পারেন; **বা**

- আপনার লেভেল 1 আপিল প্রক্রিয়া করার সময় আপনি প্রমাণ করতে পারবেন যে পরিকল্পনাটি সঠিকভাবে নিয়মাবলী অনুসরণ করেনি।

আপনি প্ল্যানের **আপীল সিদ্ধান্তের বিজ্ঞপ্তি** পাওয়ার পরে বাহ্যিক আপিলের জন্য জিজ্ঞাসা করার জন্য আপনার কাছে **4 মাস** আছে। আপনি এবং পরিকল্পনা যদি পরিকল্পনার আপিল প্রক্রিয়াটি এড়িয়ে যেতে সম্মত হন, তাহলে সেই চুক্তি করার 4 মাসের মধ্যে আপনাকে অবশ্যই এক্সটারনাল আপিলের জন্য অনুরোধ করতে হবে।

একটি এক্সটারনাল আপিলের জন্য অনুরোধ করতে, একটি আবেদন পূরণ করুন এবং সেটা আর্থিক পরিষেবা ডিপার্টমেন্টে পাঠান।

- আপিল ফাইল করার জন্য সহায়তার প্রয়োজন হলে আপনি সদস্য পরিষেবাগুলোকে 888-426-2774 নম্বরে কল করতে পারবেন।
(TTY ব্যবহারকারীগণ, 711 নম্বরে কল করুন।)
- আপনাকে এবং আপনার ডাক্তারদের আপনার চিকিৎসা সমস্যা সম্পর্কে তথ্য প্রদান করতে হবে।
- এক্সটারনাল আপিলের আবেদন কোন কোন তথ্যের প্রয়োজন হবে সে সম্পর্কে তথ্য প্রদান করবে।

আবেদন পাওয়ার কিছু উপায় হলো:

- 1-800-400-8882 নম্বরে আর্থিক পরিষেবা বিভাগে কল করুন
- আর্থিক পরিষেবা বিভাগের ওয়েবসাইটে যান এখানে www.dfs.ny.gov
- স্বাস্থ্য পরিকল্পনার সাথে 888-426-2774 নম্বরে যোগাযোগ করুন (TTY ব্যবহারকারীরা, 711 নম্বরে কল করুন।)

পর্যালোচনাকারী 30 দিনের মধ্যে আপনার এক্সটারনাল আপিলের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেবেন। বহিরাগত আপিল পর্যালোচক যদি আরো তথ্যের জন্য জিজ্ঞাসা করেন তাহলে আরো সময় (পাঁচ কর্মদিবস পর্যন্ত) প্রয়োজন হতে পারে। সিদ্ধান্ত নেওয়ার দুই কর্মদিবসের মধ্যে পর্যালোচনাকারী আপনাকে এবং আমাদেরকে চূড়ান্ত সিদ্ধান্ত জানাবেন।

যদি আপনার ডাক্তার বলেন যে বিলম্ব হলে আপনার স্বাস্থ্যের জন্য মারাত্মক ক্ষতি হতে পারে, সেক্ষেত্রে আপনি দ্রুত সিদ্ধান্ত পেতে পারেন। এটিকে **দ্রুত এক্সটারনাল আপিল** বলা হয়। এক্সটারনাল আপিল পর্যালোচনাকারী 72 ঘণ্টা বা তার কম সময়ের মধ্যে দ্রুত আপিলের সিদ্ধান্ত নেবেন। পর্যালোচনাকারী সরাসরি ফোন বা ফ্যাক্সের মাধ্যমে আপনাকে এবং আমাদের সিদ্ধান্তটি জানাবেন। পরবর্তীতে, সিদ্ধান্ত জানিয়ে পর্যালোচনাকারী একটি চিঠি পাঠাবেন।

আপনি বা আপনার বিশ্বস্ত কেউ 1-866-712-7197 নম্বরে কল করে পর্যালোচনার সময় সম্পর্কে নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথের কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারবেন।

বিভাগ 5: আমাদের প্ল্যান সম্পর্কে আপনার যদি কোনো অভিযোগ থাকে তাহলে কী করবেন

এই বিভাগের তথ্য মেডিকেশ্যার পার্ট D ছাড়া আপনার **সমস্ত** মেডিকেশ্যার এবং মেডিকেড সুবিধার জন্য প্রযোজ্য। এই তথ্য আপনার মেডিকেশ্যার পার্ট D প্রেসক্রিপশনের ওষুধের সুবিধাগুলির জন্য প্রযোজ্য নয়।

আমরা আশা করি আমাদের প্ল্যান আপনাকে আশানুরূপ পরিষেবা প্রদান করবে। আমাদের স্টাফ বা প্রদানকারীদের

কাছ থেকে আপনি যে কেয়ার বা চিকিত্সা পান তাতে যদি আপনার সমস্যা হয় বা আপনি যদি আমাদের কাছ থেকে পাওয়া কেয়ার বা সেবার মান পছন্দ না করেন, তাহলে 888-426-2774 নম্বরে মেম্বার সার্ভিসে কল করুন। (TTY ব্যবহারকারীগণ, 711 নম্বরে কল করুন।) অথবা এখানে লিখুন:

Hamaspik Medicare Choice
দৃষ্টি আকর্ষণ: অভিযোগ
775 North Main Street
Spring Valley, NY 10977

অভিযোগ করার আনুষ্ঠানিক নাম হলো অভিযোগ দায়ের করা।

আপনি বিশ্বাস করেন এমন কাউকে আপনার হয়ে অভিযোগ দায়ের করতে বলতে পারেন। শ্রবণ-শক্তি বা দৃষ্টি প্রতিবন্ধকতার কারণে আপনার যদি আমাদের সাহায্যের প্রয়োজন হয় অথবা আপনার অনুবাদ পরিষেবার প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি। আমরা আপনার বিষয়গুলি নিয়ে কঠোর হব না বা অভিযোগ দায়ের করার জন্য আপনার বিরুদ্ধে কোনো ব্যবস্থা নেব না।

কিভাবে অভিযোগ দায়ের করবেন:

- **সাধারণত, সদস্য পরিষেবাতে কল করা হলো প্রথম ধাপ।** আপনার যদি অন্য কিছু করার প্রয়োজন হয় তবে সদস্য পরিষেবা থেকে আপনাকে জানানো হবে। সদস্য পরিষেবায় যোগাযোগ করুন:

1 অক্টোবর থেকে 31 মার্চ: সপ্তাহে সাত দিন, সকাল 8:00 থেকে রাত 8:00 পর্যন্ত
888-426-2774 নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারীগণ 711 নম্বরে কল করুন।

1 এপ্রিল থেকে 30 সেপ্টেম্বর: সোমবার থেকে শুক্রবার, সকাল 8:00 টা থেকে রাত 8:00 টা
888-426-2774 নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারীগণ 711 নম্বরে কল করুন।

- আপনি যদি কল করতে না চান (অথবা আপনি কল করেছেন এবং সন্তুষ্ট হননি) তাহলে আপনি **অভিযোগটি লিখিতভাবে জানাতে পারেন এবং আমাদের কাছে এটি পাঠাতে পারেন।** আপনি যদি লিখিতভাবে আপনার অভিযোগ করেন, তাহলে আমরা লিখিতভাবে আপনার অভিযোগের উত্তর দেব। আপনি যখন আমাদের কাছে লিখবেন, অনুগ্রহ করে আপনার অভিযোগ সম্পর্কে যতটা সম্ভব আমাদের বলুন, যার মধ্যে রয়েছে সমস্যার তারিখ এবং সময়, প্রদানকারী (যদি আপনার অভিযোগ কোনো প্রদানকারী সম্পর্কে হয়) এবং কী ঘটেছিল তার বিশদ বিবরণ দিন। এরপর আমরা আপনার অভিযোগটি নিয়ে আলোচনা করতে আপনার সাথে যোগাযোগ করব এবং আমরা এটি তদন্ত করব।
- **আপনি কল করেন বা লিখেন, আপনাকে অবিলম্বে সদস্য পরিষেবাগুলির সাথে যোগাযোগ করা উচিত, যাতে আমরা আপনার উদ্বেগগুলি সমাধান করতে সাহায্য করতে পারি।** আপনি যে সমস্যাটির বিষয়ে অভিযোগ দায়ের করতে চান, সমস্যাটি সম্মুখীন করার পর থেকে যে কোনো সময় আপনি অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

এরপর কী হবে:

- **সম্ভব হলে, আমরা তাতক্ষণিক আপনাকে উত্তর জানাবো।** আপনি অভিযোগের বিষয়ে আমাদেরকে কল করলে, আমরা একই ফোন কলে আপনাকে উত্তর দিতে চেষ্টা করবো। যদি আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থার জন্য দ্রুত উত্তর দেওয়ার প্রয়োজন হয় তাহলে আমরা তা করব।

- আমরা 30 কার্য দিবসের মধ্যে অভিযোগের উত্তর দিই।
- যদি আপনি একটি অভিযোগ করেন কারণ আমরা দ্রুত পরিষেবা অনুমোদন বা দ্রুত আপিলের জন্য আপনার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করেছি, আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে দ্রুত অভিযোগ দেব। আপনার যদি একটি ফাস্ট অভিযোগ থাকে এর অর্থ হল যে আমরা আপনাকে 24 ঘণ্টার মধ্যে উত্তর দেব।
- যদি আমাদের আরো তথ্যের প্রয়োজন হয় এবং এই তথ্য পাওয়ার জন্য হওয়া বিলম্ব আপনার সর্বোত্তম স্বার্থে হয় বা আপনি যদি আরো সময় চান তাহলে আমরা আপনার অভিযোগের প্রতিক্রিয়া জানাতে আরো 14 ক্যালেন্ডার দিন (মোট 44 ক্যালেন্ডার দিন) সময় নিতে পারি। আমরা অতিরিক্ত সময় নেওয়ার সিদ্ধান্ত নিলে, আমরা আপনাকে লিখিতভাবে জানাব।
- তবে, আপনি যদি ইতোমধ্যে আমাদের কাছে পরিষেবার অনুমোদনের জন্য জিজ্ঞাসা করেন বা আপিল করেন এবং আপনি মনে করেন যে আমরা সঠিক সময়ে দ্রুত সাড়া দিচ্ছি না তাহলে আপনি আমাদের এই ধীরগতি সম্পর্কে অভিযোগ করতে পারেন। আপনি কখন অভিযোগ করতে পারেন তার উদাহরণ এখানে দেওয়া রয়েছে:
 - আপনি যদি আমাদের ফাস্ট পরিষেবা অনুমোদন বা ফাস্ট আপিল দিতে বলেন তাহলে আমরা বলব যে আমরা তা করব না।
 - আপনি যদি বিশ্বাস করেন যে আমরা আপনাকে কোনো পরিষেবার অনুমোদন বা আপনার দায়ের করা আপিলের উত্তর দেওয়ার সময়সীমা পূরণ করছি না।
 - যখন আমরা যে পরিষেবার অনুমোদন দিয়েছি তা পর্যালোচনা করা হয় এবং আমাদের বলা হয় যে নির্দিষ্ট সময়সীমার মধ্যে অবশ্যই নির্দিষ্ট চিকিৎসা সেবা বা ওষুধের জন্য আপনাকে কভার বা পরিশোধ করতে হবে এবং আপনি মনে করেন আমরা সময়সীমা পূরণ করছি না।
 - যখন আমরা আপনাকে সময়মতো সিদ্ধান্ত দিই না এবং আমরা আপনার কেসটি প্রয়োজনীয় সময়সীমার মধ্যে হিয়ারিং অফিসে প্রেরণ করি না।
- **আমরা যদি আপনার অভিযোগের আংশিক বা সম্পূর্ণ বিষয়ে একমত না হই বা আপনি যে সমস্যার বিষয়ে অভিযোগ করছেন তার দায়ভার না নিই তাহলে আমরা আপনাকে জানাব। আমাদের প্রতিক্রিয়া এই উত্তরের জন্য আমাদের কারণগুলি অন্তর্ভুক্ত করবে। আমরা অভিযোগের সাথে একমত কিনা আমাদের অবশ্যই প্রতিক্রিয়া জানাতে হবে।**

অভিযোগের আপিল

আপনার মেডিকেড বেনিফিট সম্পর্কে আপনার অভিযোগ বিষয়ে আমরা যে সিদ্ধান্ত নিয়েছি তার সাথে আপনি যদি একমত না হন তবে আপনি বা আপনার বিশ্বস্ত এমন কেউ প্ল্যানের সাথে **অভিযোগ আপিল** করতে পারবেন।

কিভাবে অভিযোগ আপিল দায়ের করবেন:

- আমরা যা সিদ্ধান্ত নিয়েছি তাতে আপনি সন্তুষ্ট না হলে, অভিযোগ দায়ের করার জন্য আমাদের কাছ থেকে হিয়ারিং এর পরে আপনার কাছে কমপক্ষে (60) কার্যদিবস থাকবে;
- আপনি নিজে এটি করতে পারেন অথবা আপনি বিশ্বাস করেন এমন কাউকে আপনার হয়ে অভিযোগের আপিল দায়ের করতে বলতে পারেন।
- আপনাকে অবশ্যই লিখিতভাবে অভিযোগের আপিল দায়ের করতে হবে।
 - আপনি যদি ফোনের মাধ্যমে আপিল করে থাকেন তবে আপনাকে অবশ্যই এটি লিখিতভাবে অনুসরণ

করতে হবে।

- আপনার কলের পরে, আমরা আপনাকে একটি ফর্ম পাঠাব যা আপনার ফোনের আপিলের সংক্ষিপ্ত বিবরণ প্রদান করবে।
- আপনি যদি আমাদের সারসংক্ষেপের সাথে একমত হন তবে আপনাকে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে এবং ফর্মটি আমাদের কাছে ফেরত পাঠাতে হবে। আমাদের কাছে ফর্মটি ফেরত পাঠানোর আগে আপনি যে কোনো প্রয়োজনীয় পরিবর্তন করতে পারেন।

আমরা আপনার অভিযোগের আপিল পাওয়ার পর যা ঘটে:

আপনার অভিযোগের আপিল পাওয়ার পরে, আমরা 15 কার্যদিবসের মধ্যে আপনাকে একটি চিঠি পাঠাব। চিঠিটি আপনাকে বলবে:

- আপনার অভিযোগের আপিলে কে কাজ করছেন।
- কিভাবে এই ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ করবেন।
- যদি আমাদের অনেক তথ্যের দরকার হয়।

এক বা একাধিক যোগ্যতা সম্পন্ন ব্যক্তি আপনার অভিযোগের আপিল পর্যালোচনা করবেন। এই পর্যালোচনা আপনার অভিযোগ বিষয়ে প্রথম সিদ্ধান্ত নেওয়া পর্যালোচকদের তুলনায় উচ্চতর স্তরে রয়েছে।

যদি আপনার অভিযোগের আপিল ক্লিনিক্যাল বিষয় জড়িত থাকে তাহলে এক বা একাধিক যোগ্যতাসম্পন্ন স্বাস্থ্য পেশাদার আপনার কেস পর্যালোচনা করবেন। তাদের মধ্যে কমপক্ষে একজন ক্লিনিক্যাল পিয়ার পর্যালোচক হবেন যিনি আপনার অভিযোগ বিষয়ে প্রথম সিদ্ধান্ত নেওয়ার সাথে জড়িত ছিলেন না।

আমাদের প্রয়োজনীয় সকল তথ্য পাওয়ার 30 কার্যদিবসের মধ্যে আমরা আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্ত জানিয়ে দিব। যদি বিলম্ব আপনার স্বাস্থ্যের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ হয় তবে আপনি আমাদের কাছে সমস্ত তথ্য থাকাকালীন 2 কর্মদিবসের মধ্যে আমাদের সিদ্ধান্ত পাবেন। । আমরা আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্তের কারণ এবং এটি প্রযোজ্য হলে আমাদের ক্লিনিক্যাল যুক্তিসহ ব্যাখ্যা দেব।

আপনি যদি এখনো সন্তুষ্ট না হন তবে আপনি বা আপনার পক্ষের এমন কেউ 1-866 712-7197 নম্বরে যেকোনো সময় নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথের কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

অংশগ্রহণকারী নাগরিক আইনজীবী

অংশগ্রহণকারী অস্বুডসম্যান যাকে ইন্ডিপেন্ডেন্ট কনজিউমার অ্যাডভোকেসি নেটওয়ার্ক (ICAN) বলা হয়, যা একটি স্বাধীন সংস্থা যেটি নিউ ইয়র্ক রাজ্যে দীর্ঘমেয়াদী যত্ন গ্রাহকদের বিনামূল্যে নাগরিক সেবা প্রদান করে। আপনার কভারেজ, অভিযোগ এবং আপিলের বিকল্পগুলি সম্পর্কে বিনামূল্যে, স্বাধীন পরামর্শ পেতে আপনি ICAN-এ কল করতে পারেন। তারা আপনাকে আপিল প্রক্রিয়া পরিচালনা করতে সাহায্য করতে পারে।

তাদের পরিষেবা সম্পর্কে আরো জানতে ICAN-এর সাথে যোগাযোগ করুন:

ইন্ডিপেন্ডেন্ট কনজিউমার অ্যাডভোকেসি নেটওয়ার্ক (ICAN)

633 Third Ave, 10th Floor
New York, New York 10017

ওয়েব: www.icannys.org
ইমেইল: ican@cssny.org
ফোন: 1-844-614-8800 (TTY রিলে সার্ভিস: 711)

সকাল 9:00 - বিকাল 5:00, সোমবার - শুক্রবার

সেকশন VI – HAMASPIK MEDICARE CHOICE
MAP প্রোগ্রাম থেকে প্রত্যাহার

তালিকাভুক্তদের নিম্নলিখিত কোনো কারণে মেডিকেড অ্যাডভান্টেজ প্লাস পণ্য থেকে তালিকাভুক্ত করা হবে না:

- বহিরাগত চিকিৎসা পরিষেবাগুলির উচ্চ ব্যবহার, একটি বিদ্যমান অবস্থা বা তালিকাভুক্তির স্বাস্থ্যের পরিবর্তন, অথবা
- মানসিক ক্ষমতা হ্রাস অথবা তার বিশেষ প্রয়োজনের ফলে অসহযোগী বা বিঘ্নিত আচরণ যদি না আচরণের ফলে তালিকাভুক্ত মেডিকেড অ্যাডভান্টেজ প্লাসের জন্য অযোগ্য হয়ে ওঠে।

আপনি স্বেচ্ছায় তালিকাভুক্তি বেছে নিতে পারেন

আপনি যেকোনো কারণে যেকোনো সময় Hamaspik Medicare Choice MAP প্রোগ্রাম ছেড়ে যেতে বলতে পারেন।

অনুগ্রহ করে তালিকাভুক্তি প্রত্যাহারের অনুরোধ করতে মেম্বার পরিষেবায় 888-426-2774-এ কল করুন। (TTY ব্যবহারকারীগণ, 711 নম্বরে কল করুন।) আপনার অনুরোধ কখন গৃহীত হবে তার উপর নির্ভর করে এটি প্রক্রিয়া করতে ছয় সপ্তাহ পর্যন্ত সময় লাগতে পারে।

যতক্ষণ পর্যন্ত আপনি কোয়ালিফাই হন ততক্ষণ পর্যন্ত আপনি নিয়মিত মেডিকেড নিষ্ক্রিয় করতে পারেন বা অন্য স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় যোগ দিতে পারেন। আপনার যদি পার্সোনাল কেয়ার এর মতো কমিউনিটি-ভিত্তিক দীর্ঘমেয়াদী পরিষেবা এবং সহায়তা (CBLTSS) প্রয়োজন হয় তাহলে CBLTSS পরিষেবাগুলো পাওয়া চালিয়ে যাওয়ার জন্য আপনাকে অবশ্যই অন্য MLTC প্ল্যান বা হোম এবং কমিউনিটি-ভিত্তিক ওয়েভার প্রোগ্রামে যোগ দিতে হবে।

আপনাকে Hamaspik Medicare Choice MAP প্রোগ্রাম ছেড়ে যেতে হবে যদি:

- আপনার মেডিকেয়ার কভারেজের জন্য আপনি আর Hamaspik Medicare Choice-এ না থাকেন,
- আপনি আর মেডিকেডের উপযুক্ত নন,
- আপনার নার্সিং হোম কেয়ার দরকার কিন্তু আপনি প্রাতিষ্ঠানিক মেডিকেডের জন্য উপযুক্ত নন,
- আপনি টানা (30) দিনেরও বেশি সময় ধরে প্ল্যানের পরিষেবার এলাকার বাইরে থাকেন,
- আপনি Hamaspik Medicare Choice পরিষেবার এলাকা থেকে স্থায়ীভাবে চলে যান,
- কমিউনিটি হেলথ অ্যাসেসমেন্ট (CHA) ব্যবহার করে নির্ধারিত নার্সিং হোম লেভেল অব কেয়ারের জন্য আপনি আর যোগ্য নন, যদি না প্ল্যানের দ্বারা প্রদত্ত পরিষেবার সমাপ্তি যুক্তিসঙ্গতভাবে আশা করা যায় যে আপনি পরবর্তী ছয় মাসের মধ্যে নার্সিং হোম লেভেলের পরিচর্যার জন্য যোগ্য হবেন।
- যেকোনো পুনঃমূল্যায়নের সময়ে, কমিউনিটিতে বসবাস করার সময়, আপনি কমিউনিটি ভিত্তিক দীর্ঘমেয়াদী পরিষেবা এবং (CBLTSS) এর সহায়তার জন্য আর কার্যকরী বা ক্লিনিক্যাল প্রয়োজন প্রদর্শন না করতে বদ্ধপরিকর,
- আপনি প্রাপ্তবয়স্কদের দিনের স্বাস্থ্যসেবা, প্রাইভেট ডিউটি নার্সিং, হোম হেলথ এইড সার্ভিসেস, CDPAS, অথবা ব্যক্তিগত কেয়ার পরিষেবা (লেভেল 2), নার্সিং পরিষেবা বা থেরাপি সহ বাড়িতে পরিষেবাগুলির মতো CBLTSS পরিষেবাগুলির মধ্যে একটি না পেয়ে থাকেন। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে শুধুমাত্র সামাজিক প্রাপ্তবয়স্কদের ডে কেয়ার পরিষেবাগুলি আপনাকে অবিরত নথিভুক্তির জন্য যোগ্য করে না,

- আপনি একটি হোম এবং কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবাদি মণ্ডকুফ প্রোগ্রামে যোগদান করেন, অথবা উন্নয়নমূলক প্রতিবন্ধীদের জন্য অফিসের বাসিন্দা হন, বা
- আপনি যদি টানা পঁয়তাল্লিশ (45) দিন বা তার চেয়ে বেশি সময় ধরে মানসিক স্বাস্থ্য অফিস (OMH) অথবা আসক্তি পরিষেবা এবং সহায়তা অফিস (OASAS) আবাসিক কার্যক্রমের (যা MAP প্ল্যানের আওতাভুক্ত সুবিধা নয়) বাসিন্দা হয়ে থাকেন।
- আপনি কোনো প্রয়োজনীয় পুনঃমূল্যায়ন সম্পূর্ণ করতে অস্বীকার করেন।

আমরা আপনাকে Hamaspik Medicare Choice MAP প্রোগ্রামটি ছেড়ে যেতে বলতে পারি যদি:

- আপনি বা পরিবারের সদস্য বা অনানুষ্ঠানিক তত্ত্বাবধায়ক বা পরিবারের অন্য ব্যক্তি এমন আচরণ করে যা পরিষেবা প্রদানের পরিকল্পনাকে গুরুতরভাবে ক্ষতিগ্রস্ত করে।
- আপনি বুঝে শুনে একটি তালিকাভুক্তি ফর্মে প্রতারণামূলক তথ্য প্রদান করেছেন অথবা আপনি MAP প্রোগ্রামে একটি তালিকাভুক্তি কার্ডের অপব্যবহারের অনুমতি দিয়েছেন;
- আপনি সম্পূর্ণ করতে এবং প্রয়োজনীয় সম্মতি বা রিলিজ জমা দিতে ব্যর্থ হয়েছেন;
- লোকাল ডিস্ট্রিক্ট অভ সোশ্যাল সার্ভিসেস (LDSS), দ্বারা নির্ধারিত অর্থ আপনি প্রদান করতে ব্যর্থ বা অর্থ প্রদানের ব্যবস্থা করতে ব্যর্থ হন তাহলে প্ল্যানের জন্য বকেয়া অর্থের প্রথম বকেয়া হওয়ার 30 দিনের মধ্যে পরিশোধ করা হবে না। আমরা সংগ্রহ করার যুক্তিসঙ্গত প্রচেষ্টা করবো।

অনিচ্ছাকৃতভাবে তালিকাভুক্ত হওয়ার আগে, Hamaspik Medicare Choice নিউইয়র্ক মেডিকেড চয়েস (NYMC) বা স্টেট কর্তৃক মনোনীত কোনও সত্তার অনুমোদন পাবে যাতে আপনাকে তালিকাভুক্তির অভিপ্রায় সম্পর্কে অবহিত করা যায়। যে মাসে আপনি তালিকাভুক্তির জন্য অনুপযোগী হয়ে যাবেন সেই মাসের পরের মাসের প্রথম দিন নামকরণের কার্যকর তারিখ হবে। যদি আপনার ক্রমাগত CBLTSS-এর প্রয়োজন হয় তবে আপনাকে অন্য একটি প্ল্যান বেছে নিতে হবে, অথবা আপনাকে স্বয়ংক্রিয়ভাবে অন্য প্লানে নিযুক্ত করা হবে। MAP প্রোগ্রামে পুনরায় তালিকাভুক্তির পরে, আপনাকে আবার NYIAP-এর মাধ্যমে মূল্যায়ন করতে হতে পারে।

সেকশন VII – সাংস্কৃতিক ও ভাষাগত দক্ষতা

Hamaspik Medicare Choice আপনার বিশ্বাস এবং সাংস্কৃতিক বৈচিত্র্যের প্রতি সংবেদনশীল। আমরা আপনার সংস্কৃতি এবং সাংস্কৃতিক পরিচয়কে সম্মান করি এবং সাংস্কৃতিক বৈষম্য দূর করতে কাজ করি। আমরা সাংস্কৃতিকভাবে সমৃদ্ধ প্রদানকারী একটি নেটওয়ার্ক বজায় রাখি এবং সমস্ত সদস্যদের কাছে সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত উপায়ে পরিষেবা প্রদান ও নিশ্চিত করি। এটি সীমিত ইংরেজি দক্ষতা, বৈচিত্র্যময় সাংস্কৃতিক ও জাতিগত পটভূমি এবং বৈচিত্র্যময় বিশ্বাসী সম্প্রদায়ের লোকদের অন্তর্ভুক্ত করে কিন্তু এর মধ্যেই সীমাবদ্ধ থাকে না।

সেকশন VIII – সদস্যের অধিকার ও দায়িত্বসমূহ

Hamaspik Medicare Choice সমস্ত সদস্যদের মর্যাদা ও সম্মানের সাথে যাতে আচরণ করা হয় সে বিষয় নিশ্চিত করার জন্য সর্বাত্মক প্রচেষ্টা করবে। তালিকাভুক্তির করার সময়, আপনার কেয়ার ম্যানেজার আপনাকে আপনার অধিকার এবং দায়িত্বগুলি সম্পর্কে ব্যাখ্যা করবেন। আপনার ব্যাখ্যা পরিষেবার প্রয়োজন হলে আপনার কেয়ার ম্যানেজার সেগুলির ব্যবস্থা করবেন। কর্মীরা আপনার অধিকার প্রয়োগে আপনাকে সহায়তা করার জন্য সর্বাত্মক প্রচেষ্টা করবে।

সদস্যদের অধিকারসমূহ

- চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় কেয়ার পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।
- কেয়ার এবং পরিষেবাগুলিতে সময়মত অ্যাক্সেস পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।
- মেডিকেল রেকর্ড এবং যখন আপনি চিকিৎসা পান সে সম্পর্কে আপনার গোপনীয়তার অধিকার আপনার রয়েছে।
- আপনি যে ভাষা বোঝেন ঐ ভাষায় বিদ্যমান বিকল্প চিকিৎসা সম্পর্কে তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।
- আপনি যে ভাষা বোঝেন ঐ ভাষায় তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে; আপনি বিনামূল্যে কথোপকথন অনুবাদ পরিষেবা পেতে পারেন।
- চিকিৎসা শুরু করার আগে অবিহিত সম্মতি দেওয়ার জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।
- সম্মান এবং মর্যাদাপূর্ণ আচরণ পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।
- মেডিকেল রেকর্ডের একটি কপি সংগ্রহ করার এবং রেকর্ডগুলো সংশোধন বা সঠিক করতে বলার অধিকার আপনার রয়েছে।
- চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করার অধিকার সহ স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্তে অংশ নেওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।
- জ্বরদস্তি, শৃঙ্খলা, নিজের সুবিধা বা প্রতিশোধের জন্য যেকোনো ধরনের দূরে সরে থাকা থেকে নিজেকে বিরত রাখার অধিকার আপনার রয়েছে।
- লিঙ্গ পরিচয়, জাতি, স্বাস্থ্যের অবস্থা, রঙ, বয়স, জাতীয় উৎস, যৌন দৃষ্টিভঙ্গি, বৈবাহিক অবস্থা অথবা ধর্ম নির্বিশেষে কেয়ার পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।
- পরিচালিত দীর্ঘমেয়াদী কেয়ার প্ল্যান থেকে কোথায়, কখন এবং কিভাবে আমাদের কাছ থেকে আপনার প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলো পাবেন তা বলার অধিকার আপনার রয়েছে এবং যদি নেটওয়ার্কের বাইরের সরবরাহকারীরা নেটওয়ার্কের আওতায় না থাকে তাহলে কিভাবে আপনি তাদের কাছ থেকে অনুমোদিত

সুবিধা পেতে পারেন তা জানানো;

- প্রযোজ্য ক্ষেত্রে আপনার নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ বা আপনার স্থানীয় সমাজসেবা বিভাগের কাছে অভিযোগ করার অধিকার আছে; এবং প্রশাসনিক শুনানি অফিস এবং/অথবা নিউ ইয়র্ক স্টেট এক্সটার্নাল আপিলের মাধ্যমে ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করার অধিকার।
- আপনার যত্ন এবং চিকিৎসা সম্পর্কে আপনার পক্ষে কথা বলার জন্য যে কাউকে নিয়োগ করার অধিকার আপনার রয়েছে।
- অংশগ্রহণকারী অসুস্থসম্মান প্রোগ্রাম থেকে সহায়তা চাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।

সদস্যদের দায়িত্বসমূহ

- Hamaspik Medicare Choice থেকে আপনার পরিষেবা পাওয়ার দায়িত্ব আপনার আছে আপনার উচিত।
- নেটওয়ার্ক সরবরাহকারীদের উপলভ্য পরিমাণে অনুমোদিত সেবাগুলির জন্য Hamaspik Medicare Choice নেটওয়ার্ক সরবরাহকারীদের ব্যবহার করার দায়িত্ব আপনার আছে।
- পূর্ব-অনুমোদিত আওতাধীন পরিষেবাগুলো বা জরুরি পরিস্থিতি ব্যতীত সংশ্লিষ্ট আওতাধীন সেবাগুলোর জন্য পূর্ব অনুমোদন অর্জন করার দায়িত্ব আপনার রয়েছে।
- আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থায় পরিবর্তন ঘটলে আপনার চিকিৎসক কর্তৃক দেখার দায়িত্ব আপনার রয়েছে।
- আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের সাথে সম্পূর্ণ এবং সঠিক স্বাস্থ্য তথ্য শেয়ার করার দায়িত্ব আপনার রয়েছে।
- Hamaspik Medicare Choice কর্মীদের আপনার স্বাস্থ্যের কোনো পরিবর্তন সম্পর্কে অবহিত করা এবং আপনি যদি নির্দেশাবলী বুঝতে বা অনুসরণ করতে না পারেন তবে তা জানানোর দায়িত্ব আপনার রয়েছে।
- Hamaspik Medicare Choice কর্মীদের দ্বারা সুপারিশকৃত আপনার কেয়ার (আপনার ইনপুট সহ) প্ল্যান অনুসরণ করার দায়িত্ব আপনার রয়েছে।
- Hamaspik Medicare Choice কর্মীদের সহযোগিতা করা ও তাদের প্রতি শ্রদ্ধাশীল হওয়া এবং জাতি, রঙ, জাতীয় উৎস, ধর্ম, লিঙ্গ পরিচয়, বয়স, মানসিক বা শারীরিক ক্ষমতা, যৌন দৃষ্টিভঙ্গি বা বৈবাহিক অবস্থার কারণে Hamaspik Medicare Choice কর্মীদের বিরুদ্ধে কোনো রকম বৈষম্য না করার দায়িত্ব আপনার রয়েছে।
- আওতাধীন নয় এমন বা পূর্ব-অনুমোদিত নয় এমন পরিষেবাগুলো পাওয়ার দুই কার্যদিবসের দিনের মধ্যে Hamaspik Medicare Choice-কে অবহিত করার দায়িত্ব আপনার রয়েছে।
- You have the responsibility to notify your আপনি যখনই আপনার পরিষেবা বা কেয়ার নেওয়ার জন্য বাড়িতে না থাকলে তখন আগেই Hamaspik Medicare Choice হেলথ কেয়ার টিমকে জানিয়ে দেওয়ার দায়িত্ব আপনার রয়েছে।
- স্থায়ীভাবে পরিষেবা এলাকা থেকে সরে যাওয়া বা পরিষেবা এলাকায় দীর্ঘ সময় অনুপস্থিত থাকার আগে Hamaspik Medicare Choice-কে অবহিত করার দায়িত্ব আপনার রয়েছে।
- আপনি যদি চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করেন অথবা আপনার অনানুষ্ঠানিক তত্ত্বাবধায়কের নির্দেশাবলী অনুসরণ না করেন তবে আপনার পদক্ষেপের ফলাফলের দায়িত্ব আপনার রয়েছে।
- আপনার আর্থিক বাধ্যবাধকতাগুলি পূরণ করার দায়িত্ব আপনার রয়েছে।

আডভান্স ডাইরেক্টিভস

অ্যাডভান্স ডাইরেক্টিভস হলো আইনি নথি আপনি নিজের জন্য সিদ্ধান্ত নিতে না পারলে আপনার অনুরোধগুলো পূরণ হয়েছে কিনা তা নিশ্চিত করে। আডভান্স ডাইরেক্টিভস হেলথ কেয়ার প্রক্সি, লিভিং উইল বা ডু নট রিসাসিটেট

অর্ডার আকারে আসতে পারে। এই নথিগুলো নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে আপনি কী যত্ন নিতে চান তার নির্দেশনা প্রদান করতে পারে এবং/অথবা তারা আপনার পক্ষ থেকে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য একটি নির্দিষ্ট পরিবারের সদস্য বা বন্ধুকে অনুমোদন দিতে পারে।

আপনার ইচ্ছামত অগ্রিম নির্দেশনা প্রতিষ্ঠা করার অধিকার আপনার রয়েছে। অসুস্থতা বা আঘাতের কারণে আপনি যদি আর সরবরাহকারীদের সাথে যোগাযোগ করতে সক্ষম না হন তবে আপনি কিভাবে আপনার কেয়ার অব্যাহত রাখতে চান তা নথিভুক্ত করা আপনার জন্য সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ। অনুগ্রহ করে এই নথিগুলি পূরণ করতে সহায়তার জন্য আপনার কেয়ার ম্যানেজারের সাথে যোগাযোগ করুন। আপনার যদি ইতোমধ্যে একটি উন্নত নির্দেশ থাকে তবে দয়া করে আপনার কেয়ার ম্যানেজারের সাথে একটি অনুলিপি শেয়ার করুন।

অনুরোধের তথ্য উপলভ্য

- Hamaspik Medicare Choice-এর গঠন এবং কার্যক্রম সম্পর্কিত তথ্য।
- স্বাস্থ্য অবস্থার সাথে সম্পর্কিত নির্দিষ্ট ক্লিনিক্যাল পর্যালোচনা মানদণ্ড এবং অন্যান্য তথ্য যা Hamaspik Medicare Choice পরিষেবাগুলি অনুমোদন করার সময় বিবেচনা করে থাকে।
- সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য সম্পর্কিত নীতি ও পদ্ধতি।
- সাংগঠনিক ব্যবস্থা এবং গুণগতমান নিশ্চিতকরণ এবং পারফরম্যান্স ইমপ্রুভমেন্ট প্রোগ্রামের চলমান পদ্ধতির একটি লিখিত বিবরণ।
- সরবরাহকারী শংসাপত্রের নীতিসমূহ।
- Hamaspik Medicare Choice কর্তৃক প্রত্যয়িত আর্থিক বিবৃতি এবং কোনো সরবরাহকারীর যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য Hamaspik Medicare Choice কর্তৃক ব্যবহৃত নীতি ও পদ্ধতির একটি সাম্প্রতিক কপি।
- লিখিত তথ্য (প্ল্যান ডকুমেন্ট এবং নোটিশ সহ) ইংরেজি ছাড়া অন্য ভাষায়, বা শ্রবণ প্রতিবন্ধী বা দৃষ্টি প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য একটি ফরম্যাটে (যেমন বড় মুদ্রণ বা ব্রেইল)।

ভিন্ন ভাষা বা ফরম্যাটে আপনার তথ্যের অনুরোধ করতে, অথবা উপরে তালিকাভুক্ত যেকোন তথ্যের জন্য অনুরোধ করতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবাগুলিকে 888-426-2774 নম্বরে কল করুন। (TTY ব্যবহারকারীগণ, 711 নম্বরে কল করুন।)

ইলেকট্রনিক নোটিশ অপশন

Hamaspik Medicare Choice এবং আমাদের ভেল্ডররা ফোন বা মেইলের পরিবর্তে ইলেকট্রনিকভাবে পরিষেবা অনুমোদন, পরিকল্পনা আপিল, অভিযোগ এবং অভিযোগের আবেদন সম্পর্কে নোটিশ পাঠাতে পারে। এছাড়াও আমরা আপনাকে আপনার সদস্য হ্যান্ডবুক, আমাদের সরবরাহকারী ডিরেক্টরি এবং মেডিকেড পরিচালিত কেয়ারের সুবিধাগুলির পরিবর্তন সম্পর্কে ডাকযোগের পরিবর্তে ইলেকট্রনিকভাবে যোগাযোগ করতে পারি।

Hamaspik Medicare Choice এবং আমাদের ভেল্ডররা আপনাকে ইমেলের মাধ্যমে এই বিজ্ঞপ্তিগুলি পাঠাতে পারে। Hamaspik Medicare Choiceএ, আমাদের সমস্ত ইমেইল আপনার গোপনীয়তা রক্ষা করার জন্য এনক্রিপ্ট করা হয়, তাই আপনার নোটিশগুলি ইলেকট্রনিকভাবে পাওয়ার জন্য আপনার কোন বিশেষ সরঞ্জামের প্রয়োজন নেই। আপনার নোটিশগুলি pdf ফর্ম্যাটে ইমেইলের সাথে সংযুক্তি হিসাবে পাঠানো হবে। আপনি আপনার কম্পিউটারে সংযুক্তিটি সংরক্ষণ করতে পারেন এবং/অথবা একটি কপি প্রিন্ট করতে পারেন। আপনি যদি ইলেকট্রনিক নোটিশ গ্রহণ করতে চান তাহলে কোনো ফি নেই।

আপনি যদি এই নোটিশগুলি ইলেকট্রনিকভাবে পেতে চান তবে আপনাকে অবশ্যই আমাদের জানাতে হবে। ইলেকট্রনিক নোটিশের জন্য অনুরোধ করতে ফোন, ইমেল, ফ্যাক্স বা মেইলের মাধ্যমে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন:

ফোন.....	888-426-2774
ইমেইল.....	info@hamaspik.com
ফ্যাক্স.....	845-503-0999
ডাকযোগে.....	775 North Main Street Spring Valley, NY 10977

আমাদের সাথে যোগাযোগ করার সময় আপনাকে অবশ্যই:

- আমাদের বলুন যে আপনি কীভাবে নোটিশ পেতে চান যেগুলি সাধারণত ডাকযোগে পাঠানো হয়,
- আমাদের বলুন আপনি কীভাবে নোটিশ পেতে চান যেগুলি সাধারণত ফোন কলের মাধ্যমে করা হয়, এবং
- আমাদের আপনার যোগাযোগের তথ্য (মোবাইল ফোন নম্বর, ইমেইল ঠিকানা, ফ্যাক্স নম্বর, ইত্যাদি) দিন।

হামাস্পিক মেডিকেয়ার চয়েস আপনাকে মেইলের মাধ্যমে জানাবে যে আপনি ইলেকট্রনিকভাবে নোটিশ পেতে বলেছেন।

বৈষম্যহীনতা বিষয়ক বিজ্ঞপ্তি

Hamaspik Medicare Choice ফেডারেলের নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে। Hamaspik Medicare Choice জাতি, বর্ণ, জাতিগত উৎস, বয়স, প্রতিবন্ধিতা বা লিঙ্গগত কারণে কাউকে বাদ দেয় না বা তাদের সাথে বিরূপ আচরণ করে না।

Hamaspik Medicare Choice নিম্নলিখিত সুবিধাবলি প্রদান করে:

- আপনাকে আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে সাহায্য করার জন্য প্রতিবন্ধীদের বিনামূল্যে নিম্নোক্ত সাহায্য এবং পরিষেবা প্রদান করে:
 - সাইন ল্যাঙ্কুয়েজে যোগ্যতা সম্পন্ন দোভাষী
 - অন্যান্য ফরম্যাটে (বড় মুদ্রণ, অডিও, অ্যাক্সেসযোগ্য ইলেকট্রনিক ফরম্যাট, অন্যান্য ফরম্যাট) লিখিত তথ্য
- মাতৃভাষা ইংরেজি নয় এমন লোকদের জন্য বিনামূল্যে ভাষাগত পরিষেবা, যেমন:
 - যোগ্যতা সম্পন্ন দোভাষী
 - অন্যান্য ভাষায় লিখিত তথ্য

আপনার এইসব পরিষেবার প্রয়োজন হলে 888-426-2774 নম্বরে Hamaspik Medicare Choice-এ কল করুন। TTY পরিষেবার জন্য, 711 নম্বরে কল করুন।

আপনি যদি মনে করেন যে Hamaspik Medicare Choice আপনাকে এইসব পরিষেবা প্রদান করেনি বা জাতি, বর্ণ, জাতিগত উৎস, বয়স, প্রতিবন্ধিতা বা লিঙ্গগত কারণে আপনার সাথে বিরূপ আচরণ করেছে তাহলে নিম্নোক্ত উপায়ে Hamaspik Medicare Choice বরাবর আপনি একটি অভিযোগ দায়ের করতে পারেন:

ডাকযোগে: 58 Route 59, Suite #1
Monsey, NY 10952
ফোন: 888-426-2774 (TTY ব্যবহারকারীগণ, 711 নম্বরে কল করুন।)
ফ্যাক্স: 845-503-0999
সরাসরি ঠিকানা: 775 North Main Street
Spring Valley, NY 10977
ইমেইল: info@hamaspik.com

এছাড়াও আপনি নিম্নোক্ত উপায়ে ইউ.এস. ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেস, অফিস ফর সিভিল রাইটস বরাবর নাগরিক অধিকার সংশ্লিষ্ট অভিযোগ দায়ের করতে পারেন:

ওয়েব: অফিস ফর সিভিল রাইটস এর অভিযোগ পোর্টালে এখানে
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

ডাকযোগে: ইউ.এস. ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেস
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

অভিযোগ ফরমসমূহ পাওয়া যাবে এখানে:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

ফোন: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888-426-2774. TTY: 711.	ইংরেজি
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-426-2774. TTY: 711.	স্প্যানিশ
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 888-426-2774. TTY: 711.	চাইনিজ
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 888-426-2774. (رقم هاتف الصم والبكم) TTY: 711	আরবি
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 888-426-2774. TTY: 711. 번으로 전화해 주십시오.	কোরিয়ান
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 888-426-2774. (телетайп: TTY: 711).	রাশিয়ান
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 888-426-2774. TTY: 711.	ইতালীয়
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 888-426-2774. TTY: 711.	ফরাসি
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 888-426-2774. TTY: 711.	ফরাসি ক্রেওল
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 888-426-2774. TTY: 711.	য়িדיש
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 888-426-2774. TTY: 711.	পোলিশ
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 888-426-2774. TTY: 711.	তাগালগ
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১ ৮৮৮-৪২৬-২৭৭৪. TTY: 711.	বাংলা
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 888-426-2774. TTY: 711.	আলবেনিয়ান
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 888-426-2774. TTY: 711.	গ্রীক
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کری 888-426-2774. TTY: 711.	উر್ದو

Multi-Language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-426-2774. (TTY, call 711.) Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-426-2774. (TTY 711.) Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-426-2774。(TTY 711) 我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-426-2774。(TTY 711) 我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-426-2774. (TTY 711) Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-426-2774. (TTY 711) Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-426-2774 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí. (TTY 711)

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-426-2774. (TTY 711) Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-426-2774 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다. (TTY 711)

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-426-2774. (TTY 711) Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-2774-426-888. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية (TTY 711).

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-426-2774 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है। (TTY 711)

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-426-2774. (TTY 711) Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-426-2774. (TTY 711) Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-426-2774. (TTY 711) Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-426-2774. (TTY 711) Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、[1-888-426-2774]にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。(TTY 711)

অনুমোদিত ফরম
OMB# 0938-1421

ফরম CMS-10802
(মেয়াদ উত্তীর্ণ 12/31/25)