

# METROPLUSHEALTH MEMBER HANDBOOK



**METROPLUSHEALTH**  
**চাইল্ড হেলথ প্লাস মেম্বার**  
**হ্যান্ডবুক**

এপ্রিল 2023 সংশোধিত



# MetroPlus Health Plan

## দ্রুত রেফারেন্স গাইড

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| MetroPlusHealth মেম্বার সার্ভিস | 1-800-303-9626   |
| MetroPlusHealth 24-ঘন্টা হটলাইন | 1-800-442-2560   |
| MetroPlusHealth TDD টেলিফোন     | 1-800-881-2812   |
| MetroPlusHealth ওয়েবসাইট       | <a href="http://www.metroplus.org">www.metroplus.org</a> |

### একটি আপদকালীন অবস্থা কী?

উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে:

ভাঙ্গা হাড়, শ্বাসকষ্ট, খিঁচুনি (ফিট), গুরুতর রক্তপাত, ওষুধের অতিরিক্ত মাত্রা, চেতনা হারানো, পক্ষাঘাত, তীব্র বুক ব্যথা, হার্ট অ্যাটাক, স্ট্রোক।  
গর্ভবতী হলে: যোনিপথে রক্তপাত, প্রচণ্ড পেটে ব্যথা বা ক্র্যাম্প, পানি ভেঙ্গে যাওয়া বা লিক হওয়া।

**কী করতে হবে:** 911 এ কল করুন বা অবিলম্বে নিকটতম আপদকালীন কক্ষে যান।

### একটি জরুরি স্বাস্থ্য পরিচর্যা সমস্যা কী?

উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে:

একটি গুরুতর স্বাস্থ্য সমস্যা যার জন্য আপদকালীন কক্ষের প্রয়োজন নেই: ফ্লু, কানে ব্যথা, গলা ব্যথা।

**কী করতে হবে?** সোমবার থেকে শুক্রবার সকাল 8:30 থেকে বিকাল 5:30টার মধ্যে আপনার PCPs অফিসে কল করুন। অন্যান্য সময়ে উপরের 24-ঘন্টা স্বাস্থ্য সেবা হটলাইন নম্বরে কল করুন।

(MetroPlus Health Plan (মেট্রোপ্লাস হেলথ প্ল্যান নিউ ইয়র্ক সিটি হেলথ অ্যান্ড হাসপিটালস কর্পোরেশন দ্বারা পরিচালিত হয়)





## METROPLUSHEALTH সদস্যের বার্ষিক স্বাস্থ্যের মূল্যায়নের ফর্ম | আমাদের বলুন আপনি কেমন আছেন।

অনুগ্রহ করে পুরোপুরি পূরণ করুন ও এখানে আমাদের কাছে ডাকযোগে পাঠিয়ে দিন:  
MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004

প্লাম, পদবি: \_\_\_\_\_ মেম্বার আইডি#: \_\_\_\_\_

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: \_\_\_\_\_

ফোন: \_\_\_\_\_ জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_ উচ্চতা: \_\_\_\_\_ ফুট \_\_\_\_\_ ইঞ্চি ওজন: \_\_\_\_\_ পাউন্ড

পছন্দের ভাষা:  ইংরেজি  স্প্যানিশ  চীনা  ফ্রেঞ্চ  উর্দু  বাংলা  অন্যান্য: \_\_\_\_\_

জাতি:  স্বেতাঙ্গ  আমেরিকান-ইন্ডিয়ান  আলাস্কা নোটিভ  এশিয়ান  কৃষ্ণাঙ্গ/আফ্রিকান আমেরিকান  
 নোটিভ হাওয়াইয়ান/প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী  দুই বা ততোধিক জাতি  অন্যান্য: \_\_\_\_\_  জবাব দিতে চাই না

জাতিসত্তা:  হিস্পানিক বা লাতিনো  নন-হিস্পানিক বা লাতিনো  উত্তর দিতে ইচ্ছুক নই

সাধারণভাবে, আপনি কি বলবেন যে আপনার স্বাস্থ্য:  চমৎকার  ভালো  মোটামুটি  খারাপ

আপনি কি চান যে আমরা আপনাকে কোনো জরুরি স্বাস্থ্য সমস্যায় সাহায্য করতে ফোন করি?  হ্যাঁ  না

আপনি কি নিয়মিত কোনো চিকিৎসককে দেখান?  হ্যাঁ  না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আপনার ডাক্তার কি আপনাকে কিছু ব্যায়াম বা শারীরিক কার্যকলাপ শুরু, বৃদ্ধি বা বজায় রাখার পরামর্শ দিয়েছেন? (উদাহরণস্বরূপ, সিঁড়ি ব্যবহার করা, প্রতিদিন 10 খে)

হ্যাঁ  না

আপনার কী নিম্নলিখিতের মধ্যে কোনোটি আছে?  ডায়াবিটিস  হার্টের সমস্যা  উচ্চ রক্তচাপ  ক্যান্সার

শ্বাসকষ্ট (হাঁপানি বা COPD)  স্মৃতির সমস্যা  শোনার সমস্যা  দৃষ্টির সমস্যা

মানসিক/আবেগজনিত সমস্যা  প্রস্রাবের সমস্যা  এইচআইভি  মাদক বা মদ সমস্যা

অন্যান্য স্বাস্থ্য সমস্যা:

আপনি একদিনে কতরকমের ওষুধ নিয়ে থাকেন?  একটিও না  1-3  4-7  8 বা তার বেশি

প্রাথমিক কার্যকলাপের (যেমন, জামাকাপড় পরতে, স্নান করতে, খাবার খেতে, চেয়ারে বসতে/উঠতে) জন্য আপনার কি সাহায্যের প্রয়োজন হয়?  আমি সাহায্য ছাড়াই করতে পারি  আমি সাহায্য চাই এবং আমার প্রয়োজনীয় সাহায্য পাই

আমি সাহায্য চাই এবং আমার প্রয়োজনীয় সাহায্য পাই না

আপনার কি গোছগাছ করতে, ওষুধ নিতে, কেনাকাটা করতে, টাকাপয়সা ব্যবস্থাপনায়, খাবার তৈরি বা যাতায়াতে সাহায্যের প্রয়োজন হয়?  আমি সাহায্য ছাড়াই করতে পারি

আমি সাহায্য চাই এবং আমার প্রয়োজনীয় সাহায্য পাই  আমার সাহায্যের প্রয়োজন হয় এবং আমি প্রয়োজন মতো সাহায্য পাই না

গত 6 মাসে, আপনাকে কি কখনও স্বাস্থ্যসেবা ছাড়া থাকতে হয়েছে কারণ আপনার সেখানে যাওয়ার উপায় নেই?

হ্যাঁ  না

আপনি কি গত 6 মাসের মধ্যে কখনো পড়ে গেছেন?  হ্যাঁ  না

আপনার জীবনে কি অন্য কেউ আপনাকে আঘাত করেছেন, হুমকি দিয়েছেন, ভয় দেখিয়েছেন বা আপনাকে নিরাপত্তাহীন বোধ করিয়েছেন?

হ্যাঁ  না  জবাব দিতে চাই না

আপনি কি নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোনোটি ব্যবহার করেন?

ছড়ি  ওয়াকার  হুইলচেয়ার  হাসপাতালের বিছানা  অক্সিজেন  প্রতিরক্ষামূলক ব্রিফ/প্যাড (প্রাপ্তবয়স্কদের ডায়পার)

অন্যান্য \_\_\_\_\_

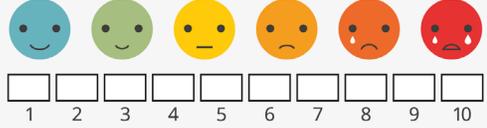
আপনার কি বারবার বা নিরবচ্ছিন্ন যন্ত্রণা রয়েছে?

হ্যাঁ  না  হ্যাঁ হলে, শুরুর তারিখ: \_\_\_\_\_

হ্যাঁ হলে, কোথায় যন্ত্রণা হচ্ছে? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

হ্যাঁ হলে, এখানে আপনার যন্ত্রণার মাত্রা চিহ্নিত করুন:



আপনার বসবাসের অবস্থা কেমন?

আমার বসবাসের একটি সুস্থিত জায়গা রয়েছে  আজ আমার বসবাসের একটি জায়গা রয়েছে, তবে আমি ভবিষ্যতে তা হারানোর ব্যাপারে উদ্বিগ্ন  আমার বসবাসের কোনও সুস্থিত জায়গা নেই (সাময়িকভাবে অন্যদের সঙ্গে রয়েছেন, কোনও হোটেল, আশ্রয়, বাইরে রাস্তায়, কোনও বীচে, কোনও পরিচর্যায়, পরিত্যক্ত ইমারতে, বাস বা ট্রেন স্টেশনে, পার্কে, অন্য কোনও জায়গায়)

আপনি কি উদ্বিগ্ন যে আপনি যে জায়গায় বাস করছেন তা আপনাকে অসুস্থ করে তুলছে? (অর্থাৎ ছত্রাক, ছারপোকা/তীক্ষ্ণদন্ত প্রাণী, জল/পানি লিক হওয়া, যথেষ্ট  হ্যাঁ  না  অন্যান্য: \_\_\_\_\_

আপনি কি বর্তমানে সরকারি সহায়তা পান (Food Stamps, Meals on Wheels, HEAP, EPIC, সরকারি বা নগদ সহায়তা, ইত্যাদি)?  হ্যাঁ  না  আমি জানি না

গতবছরে আপনি কি উদ্বিগ্ন ছিলেন যে আপনার আরও খাবার কেনার মতো অর্থ প্রাপ্তির আগেই খাবার শেষ হয়ে যাবে?

হ্যাঁ  না  জবাব দিতে চাই না

গতবছরে বিদ্যুৎ, গ্যাস, তেল বা জলের কোম্পানি কি আপনার বাড়িতে পরিষেবা বন্ধ করার হুমকি দিয়েছিল?

হ্যাঁ  না  আমি জানি না

আপনি কি সিগারেট, ভেপ (ই-সিগারেট) দিয়ে ধূমপান করেন বা তামাক ব্যবহার করেন?  বর্তমান  আগে  কখনোই নয়

আপনি কি এবছর ইনফ্লুয়েঞ্জা ভ্যাকসিন(ফ্লু শট) নিয়েছেন?  হ্যাঁ  না  আমি জানি না

অনুগ্রহ করে আপনার ওষুধপত্রের তালিকা দিন (প্রয়োজ্য হলে একটি অতিরিক্ত পাতায় অতিরিক্ত ওষুধপত্রের তালিকা দিন):

ওষুধের নাম: \_\_\_\_\_ ডোজ: \_\_\_\_\_ পুনরাবৃত্তির হার: \_\_\_\_\_

## ওষুধপত্রের তালিকা দিন (প্রয়োজ্য হলে একটি অতিরিক্ত পাতায় অতিরিক্ত ওষুধপত্রের তালিকা দিন):

ওষুধের নাম: \_\_\_\_\_ ডোজ: \_\_\_\_\_ পুনরাবৃত্তির হার: \_\_\_\_\_  
ওষুধের নাম: \_\_\_\_\_ ডোজ: \_\_\_\_\_ পুনরাবৃত্তির হার: \_\_\_\_\_  
ওষুধের নাম: \_\_\_\_\_ ডোজ: \_\_\_\_\_ পুনরাবৃত্তির হার: \_\_\_\_\_  
ওষুধের নাম: \_\_\_\_\_ ডোজ: \_\_\_\_\_ পুনরাবৃত্তির হার: \_\_\_\_\_



দুই সপ্তাহের ওপরে, আপনি কতবার কিছু করার সামান্য আগ্রহ বা চাপ অনুভব করেছেন?

- একেবারেই নয়  কিছু দিন  
 অর্ধেকেরও বেশি দিনে  প্রায় প্রত্যেকদিনই

গত 2 সপ্তাহের মধ্যে, আপনি কতবার বিপর্যস্ত, অবসাদগ্রস্ত বা নিরাশ বোধ

- একেবারেই নয়  কিছু দিন  
 অর্ধেকেরও বেশি দিনে  প্রায় প্রত্যেকদিনই

কেবলমাত্র 50 বছর ও তার কম বয়সের মহিলা: আপনি কি গর্ভবতী?  হ্যাঁ  না  আমি জানি না

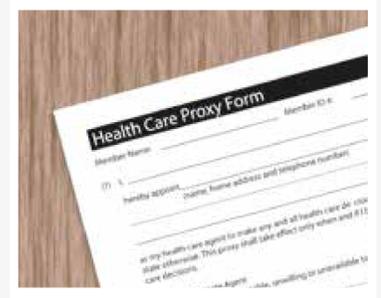
কেবলমাত্র 50-74 বছর বয়সী মহিলা: গত বছর বা এই বছর আপনি কী মেমোগ্রাম (ব্রেস্ট ক্যান্সার পরীক্ষা করার জন্য) করিয়েছেন?  হ্যাঁ  না  আমি জানি না

কেবলমাত্র সেই 50-75 বছর বয়সীরা: কোলন ক্যান্সার পরীক্ষা করার জন্য আপনি কী নিম্নলিখিত পরীক্ষাগুলো করিয়ে ছিলেন?

- কোলোনোস্কোপি (গত 10 বছরের মধ্যে)  সিগময়েডোস্কোপি (গত 5 বছরের মধ্যে)  
 মলে রক্তের উপস্থিতি পরীক্ষা (গত এক বছরের মধ্যে)

আপনার কী নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোনটি আছে?

- আগাম নির্দেশনা (Advance Directive) / জীবদ্দশার উইল (Living Will)  
(একটি নথি যাতে বলা থাকে যে আপনি নিজের হয়ে কথা বলতে না পারলে আপনি কী ধরণের চিকিৎসা পেতে চান)  
 স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রক্সি (Health Care Proxy) ( আপনি সক্ষম না হলে আপনার হয়ে স্বাস্থ্য পরিচর্যার সিদ্ধান্ত যিনি নেবেন)  
 না, কিন্তু উন্নত পরিচর্যা পরিকল্পনা নিয়ে আমার সাথে আলোচনা করা হয়েছিল  
 না, এবং উন্নত পরিচর্যা পরিকল্পনা নিয়ে আমার সাথে আলোচনা করা হয়নি  
 না, কিন্তু আমি আরও জানতে আগ্রহী:  হ্যাঁ\*  না  
\* আমরা আপনাকে আগাম নির্দেশনা ও স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রক্সির ফর্ম পাঠিয়ে দেব।



অনুগ্রহ করে পুরোপুরি পূরণ করুন ও এখানে আমাদের কাছে ডাকযোগে পাঠিয়ে দিন:  
MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004



প্রিয় Child Health Plus (CHPlus) সদস্য:

আপনার দাঁতের কভারেজ সম্পর্কে নীচের গুরুত্বপূর্ণ তথ্য অনুগ্রহ করে পড়ুন। এই তথ্যটি এই হ্যান্ডবুকের পৃষ্ঠা 15-এর তথ্য প্রতিস্থাপন করে।

## MetroPlus Health Plan দ্বারা কাভার্ড পরিষেবাগুলি

### ডেন্টাল বেনিফিট

MetroPlus Health Plan মনে করে যে আপনার সার্বিক স্বাস্থ্য-পরিচর্যার জন্য আপনাকে দস্তচিকিৎসা পরিচর্যা প্রদান করা জরুরি। আমরা DentaQuest এর সাথে একটি চুক্তির মাধ্যমে ডেন্টাল কেয়ার অফার করি, যা উচ্চ মানের দস্তচিকিৎসা প্রদানে বিশেষজ্ঞ। অন্তর্ভুক্ত পরিষেবাগুলির মধ্যে নিয়মিত এবং রুটিন ডেন্টাল পরিষেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যেমন প্রতিরোধমূলক ডেন্টাল চেক-আপ, পরিষ্কার করা, এক্স-রে, ফিলিংস এবং অন্যান্য পরিষেবাগুলি যা আপনার জন্য চিকিৎসা এবং/অথবা ফলো-আপ যত্নের প্রয়োজন হতে পারে কোনও পরিবর্তন বা অস্বাভাবিকতাগুলি পরীক্ষা করার জন্য। *একজন দস্ত চিকিৎসককে দেখাতে আপনার PCP-এর কাছ থেকে রেফারেলের প্রয়োজন নেই।*

### ডেন্টাল পরিষেবাগুলি কীভাবে অ্যাক্সেস করবেন:

MetroPlusHealth ডেন্টাল পরিষেবা প্রদান করতে DentaQuest ব্যবহার করে। DentaQuest-এর অংশগ্রহণকারী দস্ত প্রদানকারী রয়েছে যারা সাধারণ ডেন্টিস্ট্রি, পেডিয়াট্রিক ডেন্টিস্ট্রি, ওরাল সার্জারি, মাড়ির রোগ এবং অর্থোডোনশিয়াতে বিশেষজ্ঞ। প্রাথমিক যত্নের দস্ত চিকিৎসক বেছে নিতে 1-844-284-8819 নম্বরে DentaQuest কে কল করুন। আপনি আপনার প্রোভাইডার ডিরেক্টরিতে অংশগ্রহণকারী ডেন্টাল প্রদানকারীদের একটি তালিকা পাবেন, অনলাইনে [metroplus.org](http://metroplus.org), অথবা 1-800-303-9626 নম্বরে MetroPlusHealth মেম্বার সার্ভিসে কল করে অনুরোধের ভিত্তিতে আপনি একটি তালিকা পেতে পারবেন। আপনি সদা আপনার প্রাথমিক যত্নের দস্ত চিকিৎসক পরিবর্তন করতে পারবেন। আপনার বর্তমান প্রাথমিক যত্নের দস্ত চিকিৎসককে কল করুন যে তিনি DentaQuest-এর সাথে অংশগ্রহণ করেন কিনা।

- আপনার যদি একজন ডেন্টাল প্রোভাইডার খুঁজতে হয় বা আপনার প্রাথমিক যত্নের দস্ত চিকিৎসক পরিবর্তন করতে হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে DentaQuest-কে 1-844-284-8819 নম্বরে বা MetroPlus Health Plan 1-800-303-9626 নম্বরে কল করুন। গ্রাহক পরিষেবার প্রতিনিধিরা আপনাকে সাহায্য করার জন্য রয়েছেন। অনেকেই আপনার ভাষায় কথা বলেন।
- দস্তচিকিৎসার বেনিফিটগুলি লাভ করতে আপনার মেম্বার ID কার্ড দেখান। আপনি একটি পৃথক দস্তচিকিৎসার আইডি কার্ড পাবেন না। আপনি যখন আপনার প্রাথমিক যত্নের দস্ত চিকিৎসকের কাছে যাবেন, তখন আপনার প্ল্যান ID কার্ড দেখাতে হবে।
- আপনি কোনো ডেন্টাল ক্লিনিকেও যেতে পারেন যা কোনো রেফারেল ছাড়াই কোনো একাডেমিক ডেন্টাল সেন্টার দ্বারা পরিচালিত হয়। নিউ ইয়র্ক স্টেট হটলাইন 800-541-



2831 এ কল করুন এবং তারা আপনাকে "আপনার আশেপাশের দস্ত চিকিৎসকদের"  
একটি তালিকা পাঠাবে।

MBR 12.11b

নিউ ইয়র্ক স্টেটের হেলথ প্ল্যান বাচ্চাদের জন্য



# Child Health Plus

## গ্রাহক চুক্তি

MetroPlus Health Plan বেছে নেওয়ার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ। এই পুস্তিকাটিতে MetroPlus Health Plan-এর সাথে আপনার Child Health Plus চুক্তি এবং প্ল্যান সম্পর্কে অন্যান্য তথ্য রয়েছে যা আপনাকে আপনার Child Health Plus সুবিধাগুলি সর্বাধিক ব্যবহার করতে সাহায্য করবে। দয়া করে সময় নিয়ে ইহা মনোযোগ সহকারে পড়ুন।

### আপনার METROPLUS HEALTH PLAN চাইল্ড হেলথ প্লাস গ্রাহক চুক্তি।

এই পুস্তিকাটির প্রথম অংশ হল MetroPlus Health Plan সাথে আপনার Child Health Plus চুক্তি। এটি আপনাকে চুক্তিতে উল্লিখিত সুবিধাগুলির অধিকারী করে। আপনার আইডেন্টিফিকেশন কার্ডে উল্লিখিত কার্যকরী তারিখে কভারেজ শুরু হবে। এই চুক্তিটি চলতে থাকবে যদি না এটি চুক্তিতে বর্ণিত যেকোনও কারণে বাতিল করা হয়।

### 10-দিনের চুক্তি পরীক্ষা করার অধিকারের বিজ্ঞপ্তি

এই চুক্তি ফেরত দেওয়ার অধিকার আপনার আছে। এটি সাবধানে পরীক্ষা করুন। আপনি এটি ফেরত দিতে পারেন এবং আমাদের এটি বাতিল করতে বলতে পারেন। এই চুক্তিটি প্রাপ্ত তারিখের দশ (10) দিনের মধ্যে আপনার অবশ্যই লিখিতভাবে অনুরোধটি করতে হবে। আমরা আপনার দেওয়া যে কোনো প্রিমিয়াম ফেরত দেব। আপনি যদি এই চুক্তিটি ফেরত দেন, আমরা আপনাকে কোনো সুবিধা প্রদান করব না।

### গুরুত্বপূর্ণ বিজ্ঞপ্তি:

এই চুক্তির আওতায় থাকা সমস্ত পরিষেবা অবশ্যই আপনার প্রাথমিক যত্ন প্রদানকারীর দ্বারা প্রদত্ত, আয়োজিত বা অনুমোদিত হতে হবে। সুবিধাগুলি পাওয়ার জন্য আপনাকে অবশ্যই আপনার প্রাথমিক যত্ন প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করতে হবে, বিভাগ সাথে বর্ণিত আপদকালীন যত্ন, বিভাগ চারে বর্ণিত নির্দিষ্ট প্রসূতি ও গাইনোকোলজিকাল কেয়ার এবং এই চুক্তির বিভাগ ছয়ে বর্ণিত চক্ষু চিকিৎসা এবং দন্তচিকিৎসা ছাড়া।

## মডেল Child Health Plus গ্রাহক চুক্তির ভাষা

1 জানুয়ারি, 2023

এই রাইডার নিম্নলিখিত সুবিধাগুলি যোগ করে আপনার গ্রাহক চুক্তি সংশোধন করে:

**অ্যাসার্টিভ কমিউনিটি ট্রিটমেন্ট সার্ভিসেস** আমরা অ্যাসার্টিভ কমিউনিটি ট্রিটমেন্ট সার্ভিসেস (ACT), ইয়াং অ্যাডাল্ট ACT এবং ইয়ুথ ACT এর জন্য অর্থ প্রদান করব। শারীরিক বা মানসিক অক্ষমতার সর্বোচ্চ হ্রাস এবং একজন সুবিধাভোগীকে তার সম্ভাব্য সর্বোত্তম কার্যকরী স্তরে পুনরুদ্ধারের জন্য পরিষেবাসমূহ অবশ্যই একজন চিকিত্সক বা নিরাময় শিল্পের অন্যান্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রদানকারীকে রাষ্ট্রীয় আইন অনুসারে রেফার করতে হবে।

**চিকিৎসা সরঞ্জাম**। আমরা সেই চিকিৎসা সরঞ্জামের জন্য অর্থ প্রদান করব যা কোনো নির্দিষ্ট অসুস্থতার চিকিত্সার জন্য কোনো প্রদানকারী দ্বারা নির্দেশিত এবং যা সাধারণত ব্যবহারযোগ্য, অপুনর্ব্যবহারযোগ্য, নিষ্পত্তিযোগ্য এবং একটি নির্দিষ্ট উদ্দেশ্যে এবং সাধারণত কোন উদ্ধারযোগ্য মূল্য নেই।

**গুরুতর শারীরিকভাবে প্রতিবন্ধী ম্যালোকুলুশনের জন্য অর্থোডন্টিক পরিষেবা**। গুরুতর শারীরিকভাবে প্রতিবন্ধী ম্যালোকুলুশনের জন্য অর্থোডন্টিক পরিষেবার জন্য আমরা অর্থ প্রদান করব। অর্থোডন্টিয়া কভারেজের জন্য পূর্ব অনুমোদন প্রয়োজন। পরিষেবাগুলোর মধ্যে গুরুতর শারীরিকভাবে প্রতিবন্ধী ম্যালোকুলুশনের জন্য অর্থোডন্টিক যন্ত্র অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা কোনো সদস্যের ক্ষেত্রে সক্রিয় অর্থোডন্টিক যন্ত্রের জন্য সর্বোচ্চ তিন বছরের খরচ ও সেই সাথে এক বছরের পরিচর্যা প্রদান করা হবে রিলেপসড কেসের জন্য আবার চিকিত্সার খরচ এই পরিষেবার আওতায় দেয়া হয় না। চিকিত্সা অবশ্যই অনুমোদিত হতে হবে এবং সদস্যের 19 তম জন্মদিনের আগে সক্রিয় থেরাপি শুরু হতে হবে (অ্যাপ্লায়েন্স স্থাপন এবং সক্রিয়)।

**এয়ার অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবা**। আমরা বিপর্যয়কর, জীবন-হুমকিপূর্ণ অসুস্থতা বা অবস্থার জন্য এয়ার অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করব যখন; মৃত্যু বা রোগীর অবস্থার অবনতির ঝুঁকি কমাতে দ্রুত পরিবহন প্রয়োজন; স্থল পরিবহন রোগীর জন্য উপযুক্ত নয়; অথবা পরিবহনের সময় জীবন-সহায়ক সরঞ্জাম এবং উন্নত চিকিৎসা পরিচর্যার প্রয়োজন।

**কেন্দ্রসমূহের মধ্যে পরিবহন**। যখন এই ধরনের পরিষেবাসমূহ আপদকালীন পরিবহন হিসাবে বিবেচনা করা হয় তখন আমরা কেন্দ্রসমূহের মধ্যে বিমান এবং স্থল পরিবহনের জন্য অর্থ প্রদান করব। এর মধ্যে আপদকালীন রুম থেকে একটি মনোরোগ কেন্দ্রে পরিবহন অন্তর্ভুক্ত; আপদকালীন রুম থেকে ট্রমা/কার্ডিয়াক কেয়ার/বার্ন সেন্টারে পরিবহন; আপদকালীন রুম থেকে আপদকালীন রুমে পরিবহন এবং আপদকালীন রুম থেকে অন্য কেন্দ্রে পরিবহন। পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন নেই।

**শিশু ও পরিবার চিকিৎসা এবং সহায়তা পরিষেবা (Children and Family Treatment and Support Services, CFTSS)** আমরা শিশু ও পরিবার চিকিৎসা এবং সহায়তা পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করব। যে কমিউনিটিতে শিশু/যুবক বাস করে, স্কুলে যায় এবং/অথবা পরিষেবায় নিযুক্ত থাকে সেখানে পরিষেবাগুলো সরবরাহ করা হতে পারে। পরিষেবাগুলো হল: অন্যান্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত পেশাদারদের (OLP), ক্রাইসিস ইন্টারভেনশন, কমিউনিটি সাইকিয়াট্রিক সাপোর্ট অ্যান্ড ট্রিটমেন্ট (CPST), সাইকোসোশ্যাল রিহ্যাবিলিটেশন সার্ভিস, ফ্যামিলি পিয়ার সাপোর্ট সার্ভিস, ইয়ুথ পিয়ার সাপোর্ট দ্বারা প্রদত্ত পরিষেবা।

**মৌলিক সীমিত স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত পরিষেবা** আমরা একটি ভলেনটিয়ার ফস্টার কেয়ার এজেন্সি (VFCA) /29-1 স্বাস্থ্য কেন্দ্রে মৌলিক সীমিত স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত পরিষেবাসমূহের জন্য অর্থ প্রদান করব। স্বাস্থ্য এবং আচরণগত স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবাসমূহকে অবশ্যই স্বীকৃত স্বাস্থ্য সংস্থাগুলোর সাথে পরামর্শ করে রাষ্ট্র দ্বারা নির্ধারিত স্বাস্থ্য অনুশীলনের যুক্তিসঙ্গত এবং গ্রহণযোগ্য মান পূরণ করতে হবে। পরিষেবায় পাঁচটি মৌলিক সীমিত স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত পরিষেবা রয়েছে: দক্ষতা বৃদ্ধি সেবা; নার্সিং সেবা; চিকিৎসা পরিকল্পনা এবং স্রাব পরিকল্পনা; ক্লিনিক্যাল পরামর্শ/তত্ত্বাবধান পরিষেবা এবং VFCA Child Health Plus লিয়াজেঁ/প্রশাসক।

## CHPlus গ্রাহক চুক্তি বেনিফিট আপডেট

### ধর্মশালা পরিষেবা:

ধর্মশালা উপশমকারী এবং সহায়ক পরিচর্যা প্রদান করে যা টার্মিনাল অসুস্থতা এবং সম্পর্কিত অবস্থার সাথে সম্পর্কিত ব্যথা এবং লক্ষণ ব্যবস্থাপনার উপর দৃষ্টি নিবদ্ধ করে। আমরা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নিরাময়মূলক এবং সহায়ক পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব যা 21 বছর বয়স পর্যন্ত শিশুদের জন্য সুবিধা প্যাকেজের অন্তর্ভুক্ত যারা ধর্মশালায় পরিচর্যা পাচ্ছেন এবং যারা ছয় মাসের আয়ু সহ দীর্ঘস্থায়ীভাবে অসুস্থ হওয়ার জন্য ডাক্তার দ্বারা প্রত্যয়িত হয়েছে বা কম এই পরিষেবাগুলি যে সেটিংয়ে রেন্ডার করা হয় তা নির্বিশেষে।

MetroPlusHealth এমন একটি শিশুকে প্রদত্ত উপশমকারী এবং সহায়ক যত্নকে কভার করবে যা শারীরিক, মনস্তাত্ত্বিক, আধ্যাত্মিক, সামাজিক এবং অর্থনৈতিক চাপ থেকে উদ্ভূত বিশেষ চাহিদা পূরণ করে, যা অসুস্থতার চূড়ান্ত পর্যায়ে এবং মৃত্যু ও শোকের সময় অনুভব করা হয়। উপরন্তু, পরিবারের সদস্যরা শোক কাউন্সেলিং এর জন্য পাঁচটি পর্যন্ত ভিজিট করার জন্য যোগ্য।

সাশ্রয়ী মূল্যের কেয়ার আইনের ধারা 2302 শিরোনাম, "শিশুদের জন্য সমসাময়িক পরিচর্যা," সামাজিক নিরাপত্তা আইনের 1905(0)(1) এবং 2110(a)(23) ধারা সংশোধন করে চিলড্রেন'স হেলথ ইন্স্যুরেন্স প্রোগ্রাম (CHIP) এর জন্য উপযুক্ত শিশুদের ধর্মশালার বেনিফিট নির্বাচনের পরে একটি টার্মিনাল অসুস্থতার জন্য নিরাময়মূলক চিকিৎসা গ্রহণ করা থেকে বিরত থাকার নিষেধাজ্ঞা অপসারণ করে। নতুন বিধানের জন্য প্রয়োজন যে স্টেটগুলি যেন অন্য কোনও পরিষেবা ত্যাগ না করেই শিশুদের জন্য ধর্মশালা পরিষেবাগুলি উপলব্ধ করে যার জন্য শিশুটি CHIP-এর অধীনে টার্মিনাল অবস্থার চিকিৎসার জন্য উপযুক্ত।

নিউ ইয়র্ক স্টেট পাবলিক হেলথ আইনের ধারা 40 এর অধীনে ধর্মশালা পরিষেবা প্রোগ্রামগুলি অবশ্যই প্রত্যয়িত হতে হবে। সমস্ত পরিষেবা অবশ্যই যোগ্য কর্মচারী এবং ধর্মশালা প্রোগ্রামের স্বেচ্ছাসেবকদের দ্বারা বা যোগ্য কর্মীদের দ্বারা ফেডারেল এবং রাজ্যের প্রয়োজনীয়তা দ্বারা অনুমোদিত পরিমাণে চুক্তিভিত্তিক ব্যবস্থার মাধ্যমে প্রদান করতে হবে।

**অটিজম স্পেকট্রাম ডিসঅর্ডার।** আমরা নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলির জন্য কভারেজ প্রদান করব যখন এই ধরনের পরিষেবাগুলি একজন অংশগ্রহণকারী নেটওয়ার্ক লাইসেন্সপ্রাপ্ত চিকিৎসক বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত মনোবিজ্ঞানীর দ্বারা প্রেসক্রাইব করা বা আদেশ দেওয়া হয় এবং অটিজম স্পেকট্রাম ডিসঅর্ডারের স্ক্রীনিং, রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসার জন্য আমাদের দ্বারা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় বলে নির্ধারিত হয়। এই [বিভাগের] উদ্দেশ্যে, "অটিজম স্পেকট্রাম ডিসঅর্ডার" মানে অটিস্টিক ডিসঅর্ডার সহ পরিষেবা প্রদানের সময় মানসিক ব্যাধিগুলির ডায়াগনস্টিক এবং স্ট্যাটিস্টিক্যাল ম্যানুয়ালের সাম্প্রতিক সংস্করণে সংজ্ঞায়িত যেকোন ব্যাপক উন্নয়নমূলক ব্যাধি; অ্যাসপারগারের ব্যাধি; রেটের ব্যাধি; শৈশব বিচ্ছিন্ন ব্যাধি; এবং ব্যাপক উন্নয়নমূলক ব্যাধি অন্যথায় নির্দিষ্ট নয় (PDD-NOS)।।

**1. স্ক্রীনিং এবং রোগ নির্ণয়।** কারো অটিজম স্পেকট্রাম ডিসঅর্ডার আছে কিনা তা নির্ধারণ করতে আমরা ধার্যকরণ, মূল্যায়ন এবং পরীক্ষার জন্য কভারেজ প্রদান করব।

**2. সহায়ক যোগাযোগের ডিভাইস।** একটি সহায়ক যোগাযোগ যন্ত্রের প্রয়োজনীয়তা নির্ধারণ করতে আমরা একজন বক্তৃতা-ভাষা রোগ বিশেষজ্ঞের দ্বারা একটি আনুষ্ঠানিক মূল্যায়ন করার করব। আনুষ্ঠানিক মূল্যায়নের উপর ভিত্তি করে, আমরা লাইসেন্সপ্রাপ্ত চিকিৎসক বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত মনোবিজ্ঞানীর দ্বারা অর্ডার বা প্রেসক্রাইব করা হলে সহায়ক যোগাযোগ যন্ত্রের ভাড়া বা কেনার জন্য কভারেজ প্রদান করব, যখন মূল্যায়ন ইঙ্গিত করবে যে একটি সহায়ক যোগাযোগ ডিভাইস সদস্যকে উন্নত যোগাযোগ প্রদান করতে পারে, যারা স্বাভাবিক উপায়ে (যেমন, বক্তৃতা বা লেখার) মাধ্যমে যোগাযোগ করতে অক্ষম। সহায়ক যোগাযোগ যন্ত্রের উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে যোগাযোগ বোর্ড এবং বক্তৃতা জেনারেটর ডিভাইস। আমাদের কভারেজ ডেডিকেটেড ডিভাইসের মধ্যে সীমাবদ্ধ; আমরা কেবলমাত্র এমন ডিভাইসগুলি করার করব যা সাধারণত যোগাযোগের দুর্বলতার অনুপস্থিতিতে একজন ব্যক্তির জন্য উপযোগী নয়। ডিভাইসটি কেনা বা ভাড়া নেওয়া উচিত কিনা তা আমরা নির্ধারণ করব। আমরা ল্যাপটপ, ডেস্কটপ, বা ট্যাবলেট কম্পিউটারের মতো আইটেমগুলি করার করব না, তবে এগুলিতেই সীমাবদ্ধ থাকবো না। যাইহোক, আমরা এমন সফটওয়্যার অথবা অ্যাপ্লিকেশনগুলিকে করার করব যা একটি ল্যাপটপ, ডেস্কটপ, বা ট্যাবলেট কম্পিউটারকে একটি বক্তৃতা-জেনারেটিং ডিভাইস হিসাবে কাজ করতে সক্ষম করে। প্রোগ্রামের ইনস্টলেশন এবং প্রযুক্তিগত সহায়তা আলাদাভাবে পরিশোধযোগ্য নয়। এই ধরনের ডিভাইসের মেরামত এবং প্রতিস্থাপন করার করা হয় যখন তা স্বাভাবিক ঝড়টি-পড়তির দ্বারা প্রয়োজনীয় করা হয়। অপব্যবহার, দুর্ব্যবহার, বা চুরির কারণে ক্ষতি বা লোকসানের কারণে প্রয়োজনীয় মেরামত এবং প্রতিস্থাপন করা হয় না; যাইহোক, আমরা প্রতি যন্ত্রের প্রতি একটি প্রতিস্থাপন বা মেরামত করার করব যা আচরণগত সমস্যার কারণে প্রয়োজনীয়। সদস্যের বর্তমান কার্যকরী স্তরের জন্য সবচেয়ে উপযুক্ত ডিভাইসের জন্য কভারেজ প্রদান করা হবে। চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নয় এমন সরঞ্জাম বা আনুষঙ্গিকগুলির অতিরিক্ত খরচের জন্য কোনও কভারেজ দেওয়া হয় না। আমরা ডেলিভারি বা পরিষেবা চার্জ বা রুটিন রক্ষণাবেক্ষণের জন্য কভারেজ প্রদান করব না। সহায়ক যোগাযোগ ডিভাইসের পূর্বতোর অনুমোদন প্রয়োজন। আপনার চুক্তির পূর্বতোর অনুমোদনের পদ্ধতিগুলি পড়ুন।

**3. আচরণগত স্বাস্থ্য চিকিৎসা।** আমরা কাউন্সেলিং এবং চিকিৎসা প্রোগ্রামগুলির জন্য কভারেজ প্রদান করব যা একজন ব্যক্তির কার্যকারিতাকে সর্বাধিক ব্যবহারযোগ্য মাত্রায় বিকাশ, রক্ষণাবেক্ষণ বা পুনরুদ্ধার করার জন্য প্রয়োজনীয়। লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রদানকারীর দ্বারা প্রদান করা হলে আমরা এই ধরনের কভারেজ প্রদান করব। বিহেভিয়ার এনালিস্ট সার্টিফিকেশন বোর্ড বা এমন একজন প্রত্যয়িত বিহেভিয়ার এনালিস্টের তত্ত্বাবধানে থাকা এবং নিউ ইয়র্ক ডিপার্টমেন্ট অফ ফিন্যান্সিয়াল সার্ভিসেস দ্বারা প্রবর্তিত প্রবিধানের মানদণ্ডের সাপেক্ষে এমন একজন ব্যক্তি যিনি বিহেভিয়ার এনালিস্ট সার্টিফিকেশন বোর্ড অনুসারে প্রত্যয়িত বিহেভিয়ার এনালিস্ট দ্বারা সরবরাহ করা হলে আমরা প্রয়োগকৃত আচরণ এনালিসিসের জন্য কভারেজ প্রদান করব। নিউ ইয়র্ক ডিপার্টমেন্টস অফ হেলথ এন্ড এডুকেশনের সাথে পরামর্শ করে। "অ্যাপ্লায়েড বিহেভিয়ার এনালিসিস" মানে পরিবেশগত পরিবর্তনের নকশা, বাস্তবায়ন, এবং মূল্যায়ন, আচরণগত উদ্দীপনা এবং পরিণতি ব্যবহার করে, মানব আচরণে সামাজিকভাবে উল্লেখযোগ্য উন্নতি ঘটাতে, যার মধ্যে পরিবেশের এবং আচরণের মধ্যে সম্পর্কের সরাসরি পর্যবেক্ষণ, পরিমাপ এবং কার্যকরী বিশ্লেষণের ব্যবহার অন্তর্ভুক্ত। চিকিৎসা প্রোগ্রামটির অবশ্যই পরিমাপযোগ্য লক্ষ্যগুলি বর্ণনা করতে হবে যা শর্ত এবং কার্যকরী প্রতিবন্ধকতাকে মোকাবেলা করে যার জন্য হস্তক্ষেপ প্রয়োগ করতে হবে এবং উদ্দেশ্য এবং পরিমাপযোগ্য পদে হস্তক্ষেপের সময়কালের উপর একটি প্রাথমিক মূল্যায়ন এবং পরবর্তী অন্তর্বর্তী মূল্যায়নের লক্ষ্যগুলি অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। আমাদের প্রয়োগকৃত বিহেভিয়ার এনালিসিস সার্ভিসের কভারেজ প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে সদস্য প্রতি 680 ঘণ্টার মধ্যে সীমাবদ্ধ।

**4. মানসিক রোগ এবং মনস্তাত্ত্বিক পরিচর্যা।** আমরা একজন মনোরোগ বিশেষজ্ঞ, মনোবিজ্ঞানী, বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত ক্লিনিকাল সোশ্যাল ওয়ার্কার যারা এই স্টেটে অনুশীলন করছেন তাদের দ্বারা প্রদত্ত সরাসরি বা পরামর্শমূলক পরিষেবাগুলির জন্য কভারেজ প্রদান করব।

**5. থেরাপিউটিক কেয়ার।** অর্টিজম স্পেকট্রাম ডিসঅর্ডারের চিকিৎসার জন্য আমরা ব্যক্তিটির কার্যকারিতাকে সবচেয়ে বেশি ব্যবহারযোগ্যভাবে বিকাশ, রক্ষণাবেক্ষণ বা পুনরুদ্ধার করার জন্য প্রয়োজনীয় থেরাপিউটিক পরিষেবাগুলির জন্য কভারেজ প্রদান করব যখন এই ধরনের পরিষেবাগুলি লাইসেন্সপ্রাপ্ত বা প্রত্যয়িত স্পিচ থেরাপিস্ট, পেশাগত থেরাপিস্ট, শারীরিক থেরাপিস্ট এবং সামাজিক কর্মীদের দ্বারা প্রদান করা হবে এবং যখন এই ধরনের প্রদানকারীর দ্বারা প্রদত্ত পরিষেবাগুলি অন্যথায় এই চুক্তির আওতায় আসে তখন। আইন দ্বারা অন্যথায় নিষিদ্ধ করা ব্যতীত, এই অনুচ্ছেদের অধীনে প্রদত্ত পরিষেবাগুলি এই চুক্তির অধীনে এই ধরনের থেরাপিস্ট বা সামাজিক কর্মীদের পরিষেবাগুলির জন্য প্রযোজ্য যে কোনও সামগ্রিক ভিজিটের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত করা হবে।

**6. ফার্মেসির কেয়ার।** আমরা অর্টিজম স্পেকট্রাম ডিসঅর্ডারের চিকিৎসার জন্য প্রেসক্রিপশনের ওষুধের জন্য কভারেজ প্রদান করব যা শিক্ষা আইনের আর্ট শিরোনামের অধীনে আইনত অনুমোদিত একজন প্রদানকারী দ্বারা প্রেসক্রাইব করা হয়। এই ধরনের প্রেসক্রিপশন ওষুধের আমাদের কভারেজ আপনার চুক্তির অধীনে প্রেসক্রিপশন ওষুধের সুবিধাগুলিতে প্রযোজ্য সমস্ত শর্তাবলী, বিধান এবং সীমাবদ্ধতা সাপেক্ষে। যখন শিক্ষা আইনের অধীনে একটি স্বতন্ত্র শিক্ষা পরিকল্পনা অনুসারে এই ধরনের পরিষেবা বা চিকিৎসা

প্রদান করা হবে তখন আমরা উপরে উল্লিখিত কোনো প্ল্যান বা চিকিৎসার জন্য কভারেজ  
প্রদান করব না।

## CHPlus Ostomy ইকুইপমেন্ট এবং সাপ্লাই রাইডার

1 মে, 2015 থেকে কার্যকর

আমরা শিক্ষা আইনের শিরোনাম আটের অধীনে আইনত অনুমোদিত একজন লাইসেন্সপ্রাপ্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর দ্বারা প্রেসক্রাইব করা অস্টোমি উপকরণ এবং সরঞ্জামের জন্য অর্থ প্রদান করব।

## সুচিপত্র

### অংশ -I

### আপনার গ্রাহক চুক্তি

|                |   |         |
|----------------|---|---------|
| প্রথম বিভাগ 1  | ভূমিকা  | .....0  |
| প্রথম বিভাগ 2  | যারা কাভার্ড  | .....4  |
| প্রথম বিভাগ 3  | হাসপাতালের সুবিধা                                     | .....6  |
| প্রথম বিভাগ 4  | চিকিৎসা সেবা  | .....8  |
| প্রথম বিভাগ 5  | আপদকালীন পরিচর্যা                                     | .....12 |
| প্রথম বিভাগ 6  | মানসিক স্বাস্থ্য এবং পদার্থের ব্যবহার ব্যাধি পরিষেবা  | .....14 |
| প্রথম বিভাগ 7  | অন্যান্য কাভার্ড পরিষেবা                              | .....14 |
| প্রথম বিভাগ 8  | এই প্ল্যানটি কীভাবে কাজ করে সে সম্পর্কে অতিরিক্ত তথ্য | .....   |
| 23             |   |         |
| প্রথম বিভাগ 9  | সীমাবদ্ধতা এবং বর্জন                                  | .....25 |
| প্রথম বিভাগ 10 | এই চুক্তির জন্য প্রিমিয়াম                            | .....28 |
| প্রথম বিভাগ 11 | কভারেজ অবসান  | .....30 |
| প্রথম বিভাগ 12 | কর্ম এবং অভিযোগ                                       | .....32 |
| প্রথম বিভাগ 13 | সাধারণ বিধান  | .....42 |

### অংশ -II METROPLUSHEALTH ইনফরমেশন এবং স্পেশাল সার্ভিসেস

|   |  |    |
|---|--|----|
| A | MetroPlus Health Plan সম্পর্কে.....  | 35 |
| B | MetroPlusHealth এর সাথে শুরু করা হচ্ছে.....  | 35 |
| C | সদস্যের দায়িত্বসমূহ.....  | 37 |
| D | আপদকালীন এবং জরুরি পরিচর্যা.....   | 38 |
| E | বিশেষ পরিস্থিতিতে পরিচর্যা পাওয়া.....   | 40 |
| F | ইউটিলাইজেশন রিভিউ.....   | 41 |
| G | সদস্য সেবা থেকে সাহায্য পাওয়া.....  | 43 |
| H | যারা ইংরেজি বলতে পারেন না এবং যাদের শ্রবণশক্তি বা দৃষ্টিশক্তির প্রতিবন্ধকতা রয়েছে তাদের জন্য সহায়তা..... | 44 |
| I | প্রতারণা প্রতিরোধ.....   | 45 |
| J | পেশাদার চিকিৎসা পরিচালনার অফিস.....  | 45 |
| K | প্ল্যানের নীতি এবং পদ্ধতিতে সদস্য ইনপুট.....   | 45 |
| L | প্রদানকারীকে পেমেন্ট করার পদ্ধতি.....  | 45 |
| M | অনুরোধের ভিত্তিতে আপনার কাছে উপলব্ধ অন্যান্য তথ্য.....   | 46 |
| N | আপনার MetroPlusHealth সদস্য অধিকারপত্র.....  | 46 |
| O | গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর.....  | 48 |



## অংশ -I আপনার গ্রাহক চুক্তি

### প্রথম বিভাগ - ভূমিকা

- Child Health Plus প্রোগ্রাম।** এই চুক্তিটি নিউ ইয়র্ক স্টেটের অ-বীমাকৃত শিশুদের জন্য ভর্তুকিযুক্ত স্বাস্থ্য বীমা কভারেজ প্রদানের জন্য ডিজাইন করা একটি বিশেষ নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ (DOH) প্রোগ্রামের অনুসরণে জারি করা হচ্ছে। MetroPlus Health Plan আপনাকে Child Health Plus প্রোগ্রামে নথিভুক্ত করবে এবং আপনি এই চুক্তিতে বর্ণিত স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবার অধিকারী হবেন যদি আপনি নিউ ইয়র্ক স্টেটের দ্বারা প্রতিষ্ঠিত যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করেন। আপনি এবং সেই দায়বদ্ধ প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি, যেমনটি আবেদনে তালিকাভুক্ত হয়েছে, আমাদেরকে অবশ্যই আবাসিক, আয় বা অন্যান্য স্বাস্থ্য বীমার মতো অবস্থার পরিবর্তনের 60 দিনের মধ্যে রিপোর্ট করতে হবে যা আপনাকে Child Health Plus অংশগ্রহণের জন্য অযোগ্য করে তুলতে পারে।
- একটি HMO মাধ্যমে স্বাস্থ্য পরিচর্যা।** এই চুক্তি MetroPlus Health Plan মাধ্যমে কভারেজ প্রদান করে, যা একটি স্বাস্থ্য রক্ষণাবেক্ষণ সংস্থা (HMO) একটি HMO-তে, সমস্ত যত্ন অবশ্যই মেডিক্যালি প্রয়োজনীয় এবং আপনার প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী (PCP) দ্বারা অগ্রিম প্রদান, ব্যবস্থা বা অনুমোদিত হতে হবে। আপদকালীন পরিষেবা, নির্দিষ্ট প্রসূতি এবং গাইনোকোলজিকাল পরিষেবা, চক্ষু চিকিৎসা এবং দন্তচিকিৎসা ছাড়া, আপনার PCP-এর অনুমোদন ছাড়া আপনি যে পরিচর্যা পাবেন তার জন্য কোনও কভারেজ নেই। উপরন্তু, কভারেজ শুধুমাত্র কোনো আপদকালীন অবস্থা ছাড়া বা যখন আপনার PCP আপনাকে MetroPlusHealth-এর অনুমোদন সহ একজন অ-অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর কাছে রেফার করে তখন একটি অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী দ্বারা প্রদান করা পরিচর্যার জন্য প্রদান করা হয়।

**একটি PCP নির্বাচন করা।** আপনি যখন এই কভারেজের জন্য নাম নথিভুক্ত করবেন তখন PCP-এর MetroPlus Health Plan তালিকা থেকে একটি PCP নির্বাচন করা আপনার দায়িত্ব। একটি প্রদানকারী নতুন রোগীদের গ্রহণ করেছে কিনা তা জানতে কল করার জন্য তালিকাটিতে একটি ফোন নম্বর রয়েছে। আপনি MetroPlusHealth সদস্য সেবার টোল ফ্রি 1-800-303-

9626 নম্বরে কল করে আপনার PCP পরিবর্তন করতে পারেন। আপনি যে PCP-টি বেছে নিয়েছেন তা এই চুক্তি জুড়ে "আপনার PCP" হিসাবে উল্লেখ করা হয়েছে।

3. **আমাদের ব্যবহৃত শব্দ**। এই চুক্তি জুড়ে, MetroPlus Health Plan-কে "আমরা", "আমাদের" বা "আমাদিগের" হিসাবে উল্লেখ করা হবে। "আপনি", "আপনার" বা "আপনাদের" শব্দগুলি আপনাকে বোঝায়, সেই শিশুটি যাকে এই চুক্তি জারি করা হয়েছে এবং যার নাম পরিচয়পত্রে রয়েছে।
4. **সংজ্ঞা** নিম্নলিখিত সংজ্ঞাগুলি এই চুক্তিতে প্রযোজ্য:
  - A. **চুক্তি** মানে এই নথি। এটি আপনার এবং আমাদের মধ্যে আইনি চুক্তি গঠন করে। এই চুক্তিটি আপনার গুরুত্বপূর্ণ কাগজপত্রের সাথে রাখুন যাতে এটি আপনার রেফারেন্সের জন্য উপলব্ধ থাকে।
  - B. **আপদকালীন অবস্থা** মানে একটি চিকিৎসা বা আচরণগত অবস্থা, যার সূচনা হঠাৎ করে, যা তীব্র ব্যথা সহ পর্যাপ্ত তীব্রতার লক্ষণগুলির দ্বারা নিজেকে প্রকাশ করে, যে একজন বিচক্ষণ ব্যক্তি, ওষুধ এবং স্বাস্থ্য সম্পর্কে গড় জ্ঞানের অধিকারী, যুক্তিসঙ্গতভাবে তাৎক্ষণিক অনুপস্থিতির আশা করতে পারে। (A) এই ধরনের অবস্থাতে আক্রান্ত ব্যক্তির স্বাস্থ্যকে গুরুতর বিপদে ফেলার জন্য, বা আচরণগত অবস্থার ক্ষেত্রে এমন ব্যক্তির বা অন্যদের স্বাস্থ্যকে গুরুতর ঝুঁকির মধ্যে ফেলে দেওয়ার জন্য, বা (B) এই ধরনের গুরুতর প্রতিবন্ধকতা ব্যক্তির শারীরিক ক্রিয়াকলাপ; বা (গ) কোন শারীরিক অঙ্গ বা এই ধরনের ব্যক্তির অংশের গুরুতর কমহীনতা; বা (D) এই ধরনের ব্যক্তির গুরুতর বিকৃতি।
  - C. **আপদকালীন সার্ভিস** মানে জরুরী অবস্থার চিকিৎসার জন্য প্রয়োজনীয় চিকিৎসক এবং আউটপেশেন্ট হাসপাতালের পরিষেবা।
  - D. **হাসপাতাল** মানে একটি স্বল্পমেয়াদী, তীব্র, সাধারণ হাসপাতাল, যা:
    - প্রাথমিকভাবে চিকিৎসকদের দ্বারা বা অবিচ্ছিন্ন তত্ত্বাবধানে, ইনপেশেন্টদের, ডায়াগনস্টিক পরিষেবা এবং আহত বা অসুস্থ ব্যক্তিদের রোগ নির্ণয়, চিকিৎসা এবং যত্নের জন্য থেরাপিউটিক পরিষেবা প্রদানে নিযুক্ত;

- মেডিসিন এবং মেজর সার্জারির বিভাগগুলি সংগঠিত করেছে;
- প্রতিটি রোগীর অবশ্যই একজন চিকিৎসক বা ডেন্টাল প্রদানকারীর তত্ত্বাবধানে থাকা আবশ্যিক;
- একটি নিবন্ধিত পেশাদার নার্স (R.N.) দ্বারা বা তার তত্ত্বাবধানে 24-ঘন্টা নার্সিং পরিষেবা প্রদান করে;
- নিউ ইয়র্ক স্টেটে অবস্থিত হলে, কার্যকরী একটি হাসপাতালে ভর্তি পর্যালোচনা প্ল্যান এমন সব রোগীর জন্য প্রযোজ্য যা কমপক্ষে United States-এর পাবলিক ল 89-97 (42 USCA 1395x[k]) এর ধারা 1861 (k) তে বর্ণিত মানগুলি পূরণ করে;
- এই ধরনের হাসপাতালের লাইসেন্স দেওয়ার জন্য দায়বদ্ধ সংস্থা দ্বারা যথাযথভাবে লাইসেন্সপ্রাপ্ত; এবং
- ঘটনাক্রমে, বিশ্রামের স্থান, প্রাথমিকভাবে যক্ষমা চিকিৎসার জন্য একটি স্থান, বয়স্কদের জন্য একটি স্থান, মাদকাসক্ত, মদ্যপদের জন্য একটি স্থান, বা সুস্থতা, হেফাজত, শিক্ষা বা পুনর্বাসন পরিচর্যার জায়গা নয়।

E. **চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয়** সেই সমস্ত পরিষেবা এবং সরবরাহের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য যা ব্যক্তির অবস্থা প্রতিরোধ, নির্ণয়, সংশোধন বা নিরাময়ের জন্য প্রয়োজনীয় যা তীব্র যন্ত্রণার কারণ হয়, জীবনকে বিপন্ন করে, অসুস্থতা বা দুর্বলতা সৃষ্টি করে, স্বাভাবিক ক্রিয়াকলাপের জন্য এই জাতীয় ব্যক্তির ক্ষমতায় হস্তক্ষেপ করে, বা কিছু উল্লেখযোগ্য প্রতিবন্ধকতার হুমকি দেয়। এই পরিষেবাগুলি অবশ্যই (1) সদস্যের অবস্থা, রোগ, অসুস্থতা বা আঘাতের লক্ষণ বা নির্ণয় এবং চিকিৎসার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হতে হবে; (2) চিকিৎসক সম্প্রদায় দ্বারা স্বীকৃত এবং গৃহীত ভাল চিকিৎসা অনুশীলনের মানগুলির ক্ষেত্রে উপযুক্ত; (3) শুধুমাত্র সদস্য, তার প্রদানকারী, ঠিকাদার, বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সুবিধার জন্য নয়; এবং (4) ইনপেশেন্ট হাসপাতালের পরিষেবার ক্ষেত্রে, চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় বলতে বোঝায় যে আউটপেশেন্ট ভিত্তিতে বা কম নিবিড় চিকিৎসা ব্যবস্থায় যথাযথভাবে নিরাপদ এবং পর্যাপ্ত যত্ন প্রদান করা যায় না।

F. **অংশগ্রহণকারী হাসপাতাল** মানে একটি হাসপাতাল যা আমাদের সদস্যদের কভার পরিষেবা প্রদানের জন্য আমাদের সাথে একটি

চুক্তির অধীনে অনুমোদিত।

- G. **অংশগ্রহণকারী ফার্মেসি** মানে আমাদের সদস্যদের কভার সেবা প্রদানের জন্য আমাদের সাথে একটি চুক্তির অধীনে অনুমোদিত একটি ফার্মেসি।
- H. **অংশগ্রহণকারী চিকিৎসক** বলতে আমাদের সদস্যদের কভার সেবা প্রদানের জন্য আমাদের সাথে একটি চুক্তির অধীনে অনুমোদিত একজন চিকিৎসককে বোঝায়।
- I. **অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী** মানে যে কোনো অংশগ্রহণকারী চিকিৎসক, ডেন্টাল প্রদানকারী বা অন্যান্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত স্বাস্থ্যসেবা অনুশীলনকারী, হাসপাতাল, হোম হেলথ কেয়ার এজেন্সি, ল্যাবরেটরি, ফার্মেসি, বা অন্যান্য সত্তা, আমাদের সদস্যদের কভার সেবা প্রদানের জন্য আমাদের সাথে একটি চুক্তির অধীনে অনুমোদিত।
- J. **অ-অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী** মানে এমন একজন প্রদানকারী যিনি আমাদের সদস্যদের কভার পরিষেবা প্রদানের জন্য আমাদের সাথে একটি চুক্তির অধীনে অনুমোদিত নন। আপদকালীন অবস্থা ছাড়া বা যখন আপনার PCP আপনাকে আমাদের অনুমোদন নিয়ে সেই নন-পার্টিসিপেটিং প্রোভাইডারের কাছে পাঠাবে তখন আমরা কোনও নন-পার্টিসিপেটিং প্রোভাইডার থেকে স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করব না।
- K. **প্রিমিয়াম** মানে স্বাস্থ্য বীমা কভারেজের জন্য প্রদত্ত অর্থ। নিউ ইয়র্ক স্টেট আপনার প্রিমিয়ামের সমস্ত বা একটি অংশের জন্য অর্থ প্রদান করবে; আপনার আয়ের উপর নির্ভর করে আপনাকে অর্থপ্রদানের কিছু অংশ অবদান রাখতে হতে পারে। (আরও তথ্যের জন্য বিভাগ 9 দেখুন।)
- L. **প্রাথমিক যত্ন প্রদানকারী ("PCP")** মানে অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী (চিকিৎসক বা নার্স প্র্যাকটিশনার) যখন আপনি নথিভুক্ত করেন, বা তারপরে আমাদের নিয়ম অনুযায়ী পরিবর্তন করেন এবং যিনি আপনার সমস্ত কভার করা স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা প্রদান করেন বা ব্যবস্থা করেন।

M. **পরিষেবা এলাকা** মানে নিম্নলিখিত কাউন্টি: Manhattan, Bronx, Queens, এবং Brooklyn। এই চুক্তির আওতায় আসার জন্য আপনাকে অবশ্যই পরিষেবা এলাকায় থাকতে হবে।

## দ্বিতীয় বিভাগ - যারা কাভার্ড

1. **কারা এই চুক্তির আওতায় রয়েছে।** আপনি যদি নিম্নলিখিত সমস্ত প্রয়োজনীয়তা পূরণ করেন তবে আপনি এই চুক্তির আওতায় থাকবেন:
  - আপনি 19 বছরের কম বয়সী।
  - আপনার অন্য স্বাস্থ্যসেবা কভারেজ নেই।
  - আপনি Medicaid এর জন্য যোগ্য নন।
  - আপনি নিউ ইয়র্ক স্টেটের স্থায়ী বাসিন্দা এবং আমাদের পরিষেবা এলাকার বাসিন্দা।
2. **রিসার্টিফিকেশন।** আপনি Child Health Plus যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তা পূরণ করেন কিনা তা নির্ধারণ করতে আমরা কভারেজের জন্য আপনার আবেদন পর্যালোচনা করব। আপনাকে অবশ্যই পর্যায়ক্রমে আমাদের কাছে একটি আবেদন পুনরায় জমা দিতে হবে যাতে আমরা নির্ধারণ করতে পারি আপনি এখনও যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তা পূরণ করছেন কিনা। এই প্রক্রিয়াটিকে "**রিসার্টিফিকেশন**" বলা হয়। যদি আপনার পরিবারের একাধিক শিশু বর্তমানে আমাদের দ্বারা কভার করা হয়ে থাকে, তাহলে আপনার পরিবারের সকল শিশুর জন্য পুনরায় শংসাপত্রের তারিখটি আমাদের দ্বারা কভার করা সেই শিশুটির জন্য নির্ধারিত মাস যা **1 অক্টোবর, 2000** বা তার পরে নিকটতম রেসার্টিফিকেশনের তারিখ রয়েছে। আপনার পরিবারের অন্য কোনো শিশু আমাদের কাছে কভারেজের জন্য আবেদন না করে থাকলে আপনাকে অবশ্যই প্রতি বছর একবার পুনরায় শংসাপত্র দিতে হবে, তারপর সেই শিশু যখন কভারেজের জন্য আবেদন করবে তখন আপনাকে অবশ্যই সমস্ত শিশুকে পুনরায় শংসাপত্র দিতে হবে। তারপরে, আমাদের দ্বারা আওতাভুক্ত আপনার পরিবারের সমস্ত শিশু প্রতি বছর একই তারিখে পুনরায় শংসাপত্র দেবে।
3. **পরিস্থিতির পরিবর্তন।** আপনার আয়, বাসস্থান বা স্বাস্থ্যসেবা কভারেজের যে কোনো পরিবর্তনের বিষয়ে আপনাকে অবশ্যই আমাদের অবহিত করতে হবে যা হয়তো আপনাকে এই চুক্তির জন্য অযোগ্য করে তুলতে

পারে। পরিবর্তনের ষাট (60) দিনের মধ্যে আপনাকে অবশ্যই আমাদের এই বিজ্ঞপ্তিটি দিতে হবে। যদি আপনি আমাদের পরিস্থিতির পরিবর্তনের নোটিশ দিতে ব্যর্থ হন, তাহলে আপনাকে আপনার জন্য প্রদত্ত যে কোনো প্রিমিয়াম ফেরত দিতে বলা হতে পারে।

## তৃতীয় বিভাগ - হাসপাতালের সুবিধা

1. **একটি হাসপাতালে পরিচর্যা।** নিম্নলিখিত সমস্ত শর্ত পূরণ হলে আপনি একটি হাসপাতালে ইনপেশেন্ট হিসাবে চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় যত্নের জন্য কাভার্ড হন:
  - A. যদি আপনি আপদকালীন পরিষেবার জন্য একটি অ-অংশগ্রহণকারী হাসপাতালে ভর্তি হন বা আপনার PCP MetroPlusHealth দ্বারা অগ্রিম অনুমোদন নিয়ে একটি অ-অংশগ্রহণকারী হাসপাতালে ভর্তির ব্যবস্থা করেন তবে হাসপাতালটি অবশ্যই একটি অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী হতে হবে।
  - B. আপদকালীন পরিষেবাগুলি ব্যতীত MetroPlusHealth-এর দ্বারা আপনার ভর্তির আগে থেকেই অনুমোদিত হতে হবে।
  - C. একটি অসুস্থতা, আঘাত বা অবস্থার সঠিক চিকিৎসার জন্য আপনাকে অবশ্যই একজন নিবন্ধিত রোগী হতে হবে যা আউটপেশেন্ট ভিত্তিতে চিকিৎসা করা যায় না।
2. **কাভার্ড ইনপেশেন্ট পরিষেবা।** এই চুক্তির অধীনে ইনপেশেন্ট পরিষেবাগুলির মধ্যে নিম্নলিখিতগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:
  - A. দৈনিক বিছানা এবং বোর্ড, বিশেষ খাদ্য এবং পুষ্টির থেরাপি সহ;
  - B. সাধারণ, বিশেষ এবং ক্রিটিক্যাল কেয়ার নার্সিং পরিষেবা, কিন্তু ব্যক্তিগত দায়িত্ব নার্সিং পরিষেবা নয়;
  - C. অস্ত্রোপচার অপারেশন, পুনরুদ্ধারের সুবিধা, অ্যানেস্থেসিয়া এবং নিবিড় বা বিশেষ পরিচর্যার সুবিধা সম্পর্কিত সুবিধা, পরিষেবা, সরবরাহ এবং সরঞ্জাম;
  - D. অক্সিজেন এবং অন্যান্য ইনহেলেশন থেরাপিউটিক পরিষেবা এবং সরবরাহ;
  - E. ঔষুধ এবং চিকিৎসা যা পরীক্ষামূলক নয়;
  - F. সেরা, জীববিজ্ঞান, ভ্যাকসিন, শিরায় প্রস্তুতি, ড্রেসিং, কাস্ট এবং ডায়াগনস্টিক স্টাডির জন্য উপকরণ;

- G. রক্তের দ্রব্য, স্বেচ্ছাসেবক রক্ত প্রতিস্থাপন কর্মসূচিতে অংশগ্রহণ করা ছাড়া;
- H. ল্যাবরেটরি, প্যাথলজি, কার্ডিওগ্রাফিক, এন্ডোস্কোপিক, রেডিওলজিক এবং ইলেক্ট্রোএনসেফালোগ্রাফিক অধ্যয়ন এবং পরীক্ষা সহ কিন্তু সীমাবদ্ধ নয় ডায়াগনস্টিক স্টাডিজ এবং ফিজিওলজিক ফাংশনগুলির পর্যবেক্ষণ সম্পর্কিত সুবিধা, পরিষেবা, সরবরাহ এবং সরঞ্জাম;
- I. শারীরিক ঔষুধ এবং পেশাগত থেরাপি এবং পুনর্বাসন সম্পর্কিত সুবিধা, পরিষেবা এবং সরবরাহ;
- J. বিকিরণ এবং পারমাণবিক থেরাপি সম্পর্কিত সুবিধা, পরিষেবা এবং সরবরাহ এবং সরঞ্জাম;
- K. আপদকালীন চিকিৎসা পরিচর্যা সংক্রান্ত সুবিধা, পরিষেবা, সরবরাহ এবং সরঞ্জাম;
- L. কেমোথেরাপি;
- M. রেডিয়েশন থেরাপির; এবং
- N. যেকোন অতিরিক্ত চিকিৎসা, অস্ত্রোপচার, বা সম্পর্কিত পরিষেবা, সরবরাহ এবং সরঞ্জাম যা হাসপাতাল দ্বারা প্রথাগতভাবে সর্জিত করা হয়, এই চুক্তির দ্বারা বাদ দেওয়া ব্যতীত।

3. **মাতৃত্বের পরিচর্যা।** প্রসবকালীন জটিলতা ব্যতীত, সিজারিয়ান বিভাগ ব্যতীত অন্য যে কোনও প্রসবের জন্য আমরা শিশুর জন্মের কমপক্ষে 48 ঘন্টার জন্য ইনপেশেন্ট হাসপাতালের যত্নের জন্য অর্থ প্রদান করব। আমরা সিজারিয়ান সেকশনের পর অন্তত 96 ঘন্টার জন্য ইনপেশেন্ট হাসপাতালের যত্নের জন্য অর্থ প্রদান করব। মাতৃত্বের পরিচর্যার কভারেজের মধ্যে রয়েছে অভিভাবকের শিক্ষা, সহায়তা এবং স্তন বা বোতল খাওয়ানোর প্রশিক্ষণ এবং প্রয়োজনীয় মা ও নবজাতকের ক্লিনিকাল মূল্যায়নের কর্মক্ষমতা।

আপনার কাছে 48 ঘন্টার (সিজারিয়ান সেকশনের জন্য 96 ঘন্টা) আগে ছাড়ার বিকল্প রয়েছে। আপনি যদি দ্রুত ডিসচার্জ বাছাই করেন, তাহলে আমরা একটি হোম কেয়ার ভিজিটের জন্য অর্থ প্রদান করব যদি আপনি

আমাদের ডেলিভারির 48 ঘন্টার মধ্যে (সিঁজারিয়ান সেকশনের মাধ্যমে প্রসবের জন্য 96 ঘন্টা) বলেন। হোম কেয়ার ভিজিট হাসপাতাল থেকে আপনার ডিসচার্জের চিঠি বা হোম কেয়ারের জন্য আপনার অনুরোধের 24 ঘন্টার মধ্যে বিতরণ করা হবে। হোম কেয়ার ভিজিট এই চুক্তির বিভাগ ছয়ের আওতায় হোম কেয়ার ভিজিট ছাড়াও হবে।

4. **ইনপেশেন্ট মানসিক স্বাস্থ্য, অ্যালকোহল এবং পদার্থ অপব্যবহারের পরিষেবা।** মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা এবং অ্যালকোহল এবং পদার্থ অপব্যবহারের পরিষেবাগুলির ক্ষেত্রে, আমরা প্রদত্ত কভার করা ইনপেশেন্ট পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব: হাসপাতাল; মানসিক স্বাস্থ্যবিধি আইনের ধারা 7.17 এর অধীনে OMH দ্বারা পরিচালিত সুবিধা; এবং সুবিধাগুলি মানসিক স্বাস্থ্যবিধি আইনের ধারা 23 বা অনুচ্ছেদ 31 অনুসারে একটি অপারেটিং শংসাপত্র জারি করেছে। একটি আপদকালীন অবস্থা ব্যতীত, প্রদানকারীকে অবশ্যই অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী হতে হবে যদি না আমরা একটি নন-পার্টিসিপেটিং প্রদানকারীকে ভর্তির অনুমোদন দিই।

5. **সীমাবদ্ধতা এবং বর্জন**

- A. আপনি যেদিন হাসপাতালের বাইরে থাকবেন, এমনকি দিনের একটি অংশের জন্যও যদি বাইরে থাকেন, তার জন্য আমরা কোনো সুবিধা প্রদান করব না। আমরা এমন কোনো দিনের জন্য সুবিধা প্রদান করব না যখন ইনপেশেন্ট কেয়ার চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় না হয়।
- B. একটি আধা-ব্যক্তিগত রুমের জন্য বেনিফিট সম্পূর্ণরূপে প্রদান করা হয়। আপনি যদি একটি প্রাইভেট রুমে থাকেন, তাহলে একটি প্রাইভেট রুম এবং একটি সেমি-প্রাইভেট রুমের মূল্যের মধ্যে পার্থক্য আপনাকে অবশ্যই প্রদান করতে হবে যদি না প্রাইভেট রুমটি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় এবং আপনার চিকিৎসকের দ্বারা আদেশ করা হয়।
- C. আমরা অ-চিকিৎসা সামগ্রী যেমন টেলিভিশন ভাড়া বা টেলিফোন চার্জের জন্য অর্থ প্রদান করব না।

**চতুর্থ বিভাগ - চিকিৎসা সেবা**

1. **আপনার PCP-এর অবশ্যই সমস্ত চিকিৎসা পরিষেবা প্রদান, ব্যবস্থা বা**

**অনুমোদন করতে হবে।** আপদকালীন পরিষেবা বা কিছু নির্দিষ্ট প্রসূতি এবং গাইনোকোলজিকাল পরিষেবাগুলির জন্য ব্যতীত, যদি আপনার PCP পরিষেবাগুলি প্রদান করে, ব্যবস্থা করে বা অনুমোদন করে তবেই আপনি নীচে তালিকাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবাগুলির জন্য কভার করবেন। আপনি নিম্নলিখিত অবস্থানগুলির মধ্যে একটিতে প্রদত্ত চিকিৎসা পরিষেবা পাওয়ার অধিকারী:

- আপনার PCP এর অফিস।
- অন্য প্রদানকারীর অফিস বা একটি সুবিধা যদি আপনার PCP নির্ধারণ করে যে সেই প্রদানকারীর কাছ থেকে যত্ন নেওয়া বা সুবিধা আপনার অবস্থার চিকিৎসার জন্য উপযুক্ত।
- একটি হাসপাতালের আউটপেশেন্ট বিভাগ।
- একটি হাসপাতালে ইনপেশেন্ট হিসেবে, আপনি চিকিৎসা, অস্ত্রোপচার এবং এনেস্থেশিয়া সেবা পাওয়ার অধিকারী। MetroPlusHealth-কে অবশ্যই সমস্ত অ-আপদকালীন হাসপাতালে ভর্তির আগেই অনুমোদন দিতে হবে।

2. **কার্ড চিকিৎসা সেবা।** আমরা নিম্নলিখিত চিকিৎসা পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব:

- A. সাধারণ চিকিৎসা এবং বিশেষজ্ঞের পরিচর্যা, পরামর্শ সহ।
- B. **প্রতিরোধমূলক স্বাস্থ্য পরিষেবা এবং শারীরিক পরীক্ষা।** আমরা প্রতিরোধমূলক স্বাস্থ্য পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব যার মধ্যে রয়েছে:

- আমেরিকান একাডেমি অফ পেডিয়াট্রিক্স দ্বারা প্রতিষ্ঠিত পরিদর্শন সময়সূচী অনুসারে ভাল শিশু পরিদর্শন,
- পুষ্টি শিক্ষা এবং কাউন্সেলিং,
- শ্রবণ পরীক্ষা,
- চিকিৎসা সামাজিক সেবা,
- চক্ষু পরীক্ষা,
- টিকাদান অনুশীলন সংক্রান্ত উপদেষ্টা কমিটির সুপারিশ অনুসারে নিয়মিত টিকাদান,
- **টিউবারকুলিন পরীক্ষা,**
- ডেন্টাল এবং ডেভেলপমেন্টাল স্ক্রীনিং,
- ক্লিনিকাল পরীক্ষাগার এবং রেডিওলজিক্যাল পরীক্ষা, এবং

- লিড স্ক্রীনিং।
- C. **অসুস্থতা, আঘাত বা অন্যান্য অবস্থার নির্ণয় এবং চিকিৎসা।**  
আমরা অসুস্থতা বা আঘাতের নির্ণয় এবং চিকিৎসার জন্য অর্থ প্রদান করব যেগুলি এর মধ্যে রয়েছে:
- এনেস্থেসিয়া পরিষেবা সহ কোনও পরিষেবা প্রদানকারীর অফিসে বা অ্যান্থল্যারি সার্জারি সেন্টারে আউটপেশেন্ট বিভাগ রোগীর অস্ত্রোপচার করা হয়,
  - দুর্ঘটনার বারো মাসের মধ্যে ভালো প্রাকৃতিক দাঁতে দুর্ঘটনাজনিত আঘাতের ক্ষেত্রে দস্তচিকিৎসা,
  - ল্যাবরেটরি পরীক্ষা, এক্স-রে এবং অন্যান্য ডায়াগনস্টিক পদ্ধতি,
  - রেনাল ডায়ালিসিস,
  - রেডিয়েশন থেরাপি,
  - কেমোথেরাপি,
  - ইনজেকশন এবং ওষুধ একটি চিকিৎসকের অফিসে পরিচালিত,
  - একটি বোর্ড প্রত্যয়িত বিশেষজ্ঞ থেকে দ্বিতীয় অস্ত্রোপচার মতামত, এবং
  - চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় অডিওমেট্রিক পরীক্ষা।
- D. **শারীরিক এবং পেশাগত থেরাপি।** আমরা স্বল্প-মেয়াদী শারীরিক এবং পেশাগত থেরাপি পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব। থেরাপিটি অবশ্যই দক্ষ থেরাপি হতে হবে। স্বল্প-মেয়াদী মানে এক ক্যালেন্ডার বছরের মধ্যে চল্লিশটি (40) ভিজিট অতিক্রম না করা।
- E. **রেডিয়েশন থেরাপি, কেমোথেরাপি এবং হেমোডায়ালাইসিস।**  
আমরা রেডিয়েশন থেরাপি এবং কেমোথেরাপির জন্য অর্থ প্রদান করব, থেরাপির সময় দেওয়া ইনজেকশন এবং ওষুধ সহ। আমরা আপনার বাড়িতে বা কোনো সুবিধার জন্য হেমোডায়ালাইসিস পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করব, যা আমরা উপযুক্ত মনে করব।

- F. **আউটপেশেন্ট মানসিক স্বাস্থ্যের অবস্থার চিকিৎসা এবং মদ্যপান এবং পদার্থের অপব্যবহারের চিকিৎসার জন্য পরিদর্শন করে।**  
আমরা মানসিক স্বাস্থ্যের অবস্থা এবং পদার্থ ব্যবহারের ব্যাধিগুলির নির্ণয় এবং চিকিৎসার জন্য আউটপেশেন্ট রোগীদের পরিদর্শনের জন্য অর্থ প্রদান করব। পরিদর্শনের সংখ্যার সীমাবদ্ধতা ছাড়াই চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলি কভার করা হয়। পরিদর্শনগুলির মধ্যে অ্যালকোহল, ড্রাগ এবং মানসিক স্বাস্থ্যের জন্য পারিবারিক থেরাপি অন্তর্ভুক্ত থাকে যতক্ষণ না এই ধরনের থেরাপি সরাসরি নথিভুক্ত শিশুর অ্যালকোহল, ড্রাগ এবং মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসার সাথে সম্পর্কিত।
- G. **প্রসূতি এবং গাইনোকোলজিকাল পরিষেবা** প্রসবপূর্ব, লেবার এবং প্রসব এবং প্রসবোত্তর পরিষেবাগুলি গর্ভাবস্থার ক্ষেত্রে অন্তর্ভুক্ত। আপনি যদি প্রসূতি এবং গাইনোকোলজিক পরিষেবাগুলির একজন যোগ্য অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর কাছ থেকে পরিচর্যা নেন তবে গর্ভাবস্থা সম্পর্কিত পরিচর্যার জন্য আপনার PCP-এর অনুমোদনের প্রয়োজন নেই। আপনি আপনার PCP-এর অনুমোদন ছাড়াই প্রসূতি এবং স্ত্রীরোগ সংক্রান্ত পরিষেবাগুলির একজন যোগ্য অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর কাছ থেকে নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলিও পেতে পারেন:
- প্রাথমিক এবং প্রতিরোধমূলক প্রসূতি এবং স্ত্রীরোগ সংক্রান্ত পরিচর্যার জন্য দুটি বার্ষিক পরীক্ষা পর্যন্ত; এবং
  - বার্ষিক পরীক্ষার ফলে বা তীব্র গাইনোকোলজিকাল অবস্থার ফলে পরিচর্যার প্রয়োজন।
- H. **সার্ভিকাল ক্যান্সার স্ক্রীনিং।** আপনি যদি একজন মহিলা হন যার বয়স আঠারো বছর, বা তার কম এবং যৌনভাবে সক্রিয়, আমরা একটি বার্ষিক সার্ভিকাল ক্যান্সার স্ক্রীনিং, একটি বার্ষিক পেলভিক পরীক্ষা, প্যাপ স্মিয়ার এবং প্যাপ স্মিয়ারের মূল্যায়নের জন্য অর্থ প্রদান করব। আমরা যৌনবাহিত রোগের জন্য স্ক্রীনিংয়ের জন্যও অর্থ প্রদান করব।
- I. **বাচন থেরাপি।** থেরাপির প্রথম দিন থেকে শুরু করে, যখন একজন অডিওলজিস্ট, ভাষা প্যাথলজিস্ট, একজন স্পিচ থেরাপিস্ট এবং অটোল্যারিঙ্গোলজিস্ট দ্বারা সঞ্চালিত হয় তখন আমরা দুই মাসের মধ্যে উল্লেখযোগ্য ক্লিনিকাল উন্নতির জন্য উপযুক্ত শর্তের জন্য প্রয়োজনীয় স্পিচ থেরাপি পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব।

## পঞ্চম বিভাগ - আপদকালীন পরিচর্যা

1. **হাসপাতালের আপদকালীন কক্ষ পরিদর্শন।** আমরা হাসপাতালের আপদকালীন কক্ষে প্রদত্ত আপদকালীন পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব। পরিচর্যা পাওয়ার জন্য আপনি সরাসরি যেকোনো আপদকালীন কক্ষে যেতে পারেন। আপনাকে প্রথমে আপনার PCP কে কল করতে হবে না। আপদকালীন পরিচর্যা আমাদের পূর্ব অনুমোদন সাপেক্ষে নয়।

MetroPlusHealth সুপারিশ করে যে আপনি যদি আপদকালীন কক্ষে যান, তাহলে আপনি বা আপনার পক্ষ থেকে কেউ পরবর্তী কর্মদিবসের মধ্যে বা যত তাড়াতাড়ি ইহা যুক্তিসঙ্গতভাবে সম্ভব MetroPlusHealth ইউটিলাইজেশন ম্যানেজমেন্ট ডিপার্টমেন্টকে অবহিত করে। আমাদের অবহিত করতে, ইউটিলাইজেশন ম্যানেজমেন্ট টোল-ফ্রি টেলিফোন নম্বরে কল করুন: 1-800-303-9629।

যদি, আমাদের একমাত্র বিচারে, প্রদত্ত আপদকালীন কক্ষ পরিষেবাগুলি বিভাগ এক, পৃষ্ঠা 4-এ সংজ্ঞায়িত একটি জরুরী অবস্থার চিকিৎসার জন্য না হয়, জরুরী কক্ষে পরিদর্শন কভার করা হবে না।

2. **আপদকালীন হাসপাতালে ভর্তি।** আপনি যদি হাসপাতালে ভর্তি হন তাহলে আপনাকে বা আপনার তরফে কেউ অবশ্যই পরবর্তী কর্মদিবসের মধ্যে বা যত তাড়াতাড়ি যুক্তিসঙ্গতভাবে সম্ভব MetroPlusHealth ইউটিলাইজেশন ম্যানেজমেন্ট ডিপার্টমেন্টকে অবহিত করতে হবে। আপনি যদি একটি অ-অংশগ্রহণকারী হাসপাতালে ভর্তি হন, তাহলে আপনার অবস্থার অনুমতি পাওয়ার সাথে সাথে আমাদের আপনাকে একটি অংশগ্রহণকারী হাসপাতালে স্থানান্তরিত করার প্রয়োজন হতে পারে।

3. **অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবা।** জনস্বাস্থ্য আইনের ধারা 3005 অনুযায়ী কাজ করার জন্য একটি শংসাপত্র ইস্যু করা একটি অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবা দ্বারা সরবরাহ করা আপদকালীন অবস্থার দ্রুত মূল্যায়ন এবং চিকিৎসা এবং একটি হাসপাতালে অ-বায়ুবাহী পরিবহন সহ প্রাক-হাসপাতাল আপদকালীন চিকিৎসা পরিষেবার জন্য আমরা অর্থ প্রদান করব।

বিভাগ এক, পৃষ্ঠা 2-এ উল্লিখিত বিচক্ষণ লেপারসন স্ট্যান্ডার্ডের অধীনে সংজ্ঞায়িত আপদকালীন অবস্থার জন্য অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবাগুলি পেতে আপনার আমাদের পূর্ব অনুমোদনের প্রয়োজন নেই। যদি প্রাক-হাসপাতাল আপদকালীন চিকিৎসা পরিষেবা, যার মধ্যে মূল্যায়ন এবং চিকিৎসা এবং একটি

হাসপাতালে অ-বায়ুবাহী পরিবহন, বিচক্ষণ লেপারসন স্ট্যান্ডার্ডের অধীনে প্রয়োজন হয়, তাহলে সেগুলিকে কভার করা হবে। আপদকালীন অবস্থার অনুপস্থিতিতে প্রদত্ত অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবাগুলি কভার করা হবে না।

## ষষ্ঠ বিভাগ - মানসিক স্বাস্থ্য এবং পদার্থের ব্যবহার ব্যাধি পরিষেবা

1. **ইনপেশেন্ট মেন্টাল হেলথ এবং সাবস্ট্যান্স ইউজ ডিসঅর্ডার সার্ভিস**  
যতক্ষণ না চিকিৎসা সুবিধা রাষ্ট্রীয় নিয়মের অধীনে কাজ করে ততক্ষণ  
ইনপেশেন্ট মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা, ইনপেশেন্ট ডিটক্সিফিকেশন এবং  
ইনপেশেন্ট পুনর্বাসনের জন্য কোনও সীমাবদ্ধতা নেই।

আমরা ইনপেশেন্ট মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা এবং ইনপেশেন্ট পদার্থ ব্যবহার ব্যাধি পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব যখন এই ধরনের পরিষেবাগুলি একটি সুবিধার মধ্যে প্রদান করা হয়:

- মানসিক স্বাস্থ্যবিধি আইনের ধারা 7.17 এর অধীনে মানসিক স্বাস্থ্য অফিস দ্বারা পরিচালিত;
- মানসিক স্বাস্থ্যবিধি আইনের ধারা 23 বা অনুচ্ছেদ 31 অনুসারে একটি অপারেটিং; বা
- জনস্বাস্থ্য আইনের অনুচ্ছেদ 28-এ সংজ্ঞায়িত একটি সাধারণ হাসপাতালে শংসাপত্র জারি করা হয়েছে।

**মানসিক স্বাস্থ্যের অবস্থার চিকিৎসার জন্য এবং পদার্থ ব্যবহার ব্যাধির চিকিৎসার জন্য** আউটপেশেন্ট রোগীদের পরিদর্শন মানসিক স্বাস্থ্যের অবস্থা এবং পদার্থ ব্যবহারের ব্যাধিগুলির নির্ণয় এবং চিকিৎসার জন্য আমরা বহিরাগত রোগীদের পরিদর্শনের জন্য অর্থ প্রদান করব। এছাড়াও আমরা আপনার পরিবারের সদস্যদের জন্য আউটপেশেন্ট রোগীদের পরিদর্শনের জন্য অর্থ প্রদান করব যদি এই ধরনের পরিদর্শনগুলি আপনার মানসিক স্বাস্থ্য বা পদার্থ ব্যবহারের ব্যাধি চিকিৎসার সাথে সম্পর্কিত হয়।

## অষ্টম বিভাগ - অন্যান্য কাভার্ড পরিষেবা

1. **ডায়াবেটিক সরঞ্জাম এবং সরবরাহ।** আমরা ডায়াবেটিসের চিকিৎসার জন্য নিম্নলিখিত সরঞ্জাম এবং সরবরাহের জন্য অর্থ প্রদান করব যা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় এবং আপনার PCP বা নিউ ইয়র্ক রাজ্য শিক্ষা আইনের শিরোনাম ৪ এর অধীনে আইনত অনুমোদিত অন্যান্য অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী দ্বারা প্রেসক্রাইব করা বা সুপারিশ করা হয়েছে:

- রক্তের গ্লুকোজ মনিটর,

- আইনত অন্ধদের জন্য রক্তের গ্লুকোজ মনিটর,
- ডেটা ম্যানেজমেন্ট সিস্টেম,
- মনিটর এবং চাক্ষুষ পড়ার জন্য পরীক্ষা স্ট্রিপ,
- প্রস্রাব পরীক্ষার স্ট্রিপ,
- ইনজেকশন সাহায্য,
- আইনত অন্ধদের জন্য কার্তুজ,
- ইনসুলিন,
- সিরিঞ্জ,
- ইনসুলিন পাম্প এবং তার জন্য উপকরণ,
- ইনসুলিন আধান ডিভাইস,
- মৌখিক এজেন্ট, এবং
- ডায়াবেটিসের চিকিৎসার জন্য উপযুক্ত হিসাবে স্বাস্থ্য কমিশনার কর্তৃক মনোনীত অতিরিক্ত সরঞ্জাম এবং সরবরাহ।

2. **ডায়াবেটিস স্ব-ব্যবস্থাপনা শিক্ষা।** আমরা আপনার PCP বা অন্য অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী দ্বারা প্রদত্ত ডায়াবেটিস স্ব-ব্যবস্থাপনা শিক্ষার জন্য অর্থ প্রদান করব। ডায়াবেটিস নির্ণয়ের উপর শিক্ষা প্রদান করা হবে, আপনার অবস্থার একটি উল্লেখযোগ্য পরিবর্তন, এমন একটি অবস্থার সূচনা যা স্ব-ব্যবস্থাপনায় প্রয়োজনীয় পরিবর্তন করে বা যেখানে পুনরায় শিক্ষা আমাদের দ্বারা নির্ধারিত চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয়। চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন হলে আমরা হোম ভিজিটের জন্যও অর্থ প্রদান করব।

3. **টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম।**

A. **কভারেজের সুযোগ।** আপনার PCP বা অন্যান্য অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর দ্বারা নির্দিষ্ট মেডিকেল অবস্থার চিকিৎসার জন্য অর্ডার করা ডিভাইস এবং সরঞ্জামগুলির জন্য আমরা অর্থ প্রদান করব এবং যা:

- একটি দীর্ঘ সময়ের জন্য বারবার ব্যবহার করা প্রতিরোধ করতে পারে;
- প্রাথমিকভাবে এবং প্রথাগতভাবে চিকিৎসা উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত হয়;
- সাধারণত অসুস্থতা বা আঘাতের অনুপস্থিতিতে দরকারী নয়; এবং
- সাধারণত একটি নির্দিষ্ট ব্যক্তির ব্যবহারের জন্য লাগানো,

ডিজাইন করা বা ফ্যাশন করা হয় না, যদিও একজন ব্যক্তির দ্বারা ব্যবহারের উদ্দেশ্যে করা সরঞ্জামগুলি কাস্টম-মেড বা কাস্টমাইজড হতে পারে।

টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম অন্তর্ভুক্ত করে: শ্রবণ সহায়ক; কৃত্রিম যন্ত্রপাতি (যে ডিভাইসগুলি শরীরের কোনো অনুপস্থিত অংশ প্রতিস্থাপন বা কার্য সম্পাদন করে); অর্থোটিক ডিভাইস (শরীরের দুর্বল বা বিকৃত সদস্যকে সমর্থন করতে বা শরীরের অসুস্থ বা আহত অংশে গতি সীমিত বা নির্মূল করতে ব্যবহৃত ডিভাইস); হাসপাতালের বিছানা এবং আনুষঙ্গিক; অক্সিজেন এবং অক্সিজেন সরবরাহ; চাপ প্যাড; ভলিউম ভেন্টিলেটর, থেরাপিউটিক ভেন্টিলেটর, নেবুলাইজার এবং শ্বাসযন্ত্রের পরিচর্যার জন্য অন্যান্য সরঞ্জাম; ট্র্যাকশন সরঞ্জাম; হাঁটার বেত ক্রাচ; লুইলচেয়ার এবং আনুষঙ্গিক; কমোড চেয়ার; টয়লেট রেল; অ্যাপনিয়া মনিটর; রোগীর লিফট; পুষ্টি আধান পাম্প; অ্যাম্বুলারি ইনফিউশন পাম্প। আমরা ইকুইপমেন্ট সার্ভিসিং (লেবার এবং যন্ত্রাংশ) এর জন্যও অর্থ প্রদান করব।

B. **অংশগ্রহণকারী ফার্মেসি বা DME এর অন্যান্য অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী।** আপদকালীন অবস্থা ব্যতীত, টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জামের প্রেসক্রিপশন অবশ্যই একটি অংশগ্রহণকারী ফার্মেসি বা অন্যান্য অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী দ্বারা ভর্তি করতে হবে।

C. **বর্জন এবং সীমাবদ্ধতা।** এই বিভাগের অধীনে আমরা নিম্নলিখিতগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব না:

- পরীক্ষামূলক যন্ত্রপাতি এবং ডিভাইস;
- শুধুমাত্র খেলাধুলার সময় ব্যবহারের জন্য প্রেসক্রাইব করা অর্থোটিক ডিভাইস;
- ক্র্যানিয়াল প্রেস্বেসেস (উইগ); এবং
- ডেন্টাল প্রেস্বেসেস, ধ্বনি, প্রাকৃতিক ডেন্টাল দুর্ঘটনাজনিত আঘাতের কারণে প্রয়োজনীয় এবং দুর্ঘটনার 12 মাসের মধ্যে সরবরাহ করা, এবং জন্মগত অস্বাভাবিকতার চিকিৎসার জন্য বা পুনর্গঠনমূলক অস্ত্রোপচারের অংশ হিসাবে ডেন্টাল কৃত্রিম যন্ত্রগুলি ছাড়া।

4. **প্রেসক্রিপশন এবং নন-প্রেসক্রিপশন ড্রাগস।**

- A. **কভারেজের সুযোগ।** MetroPlusHealth Child Health Plus সূত্রে বর্ণিত প্রেসক্রিপশন এবং প্রেসক্রিপশন বহির্ভূত ঔষুধের প্রয়োজন মেডিক্যালি প্রয়োজনীয় FDA অনুমোদিত ঔষুধের জন্য আমরা অর্থ প্রদান করব। কভারেজের মধ্যে রয়েছে ঘরোয়া ব্যবহারের জন্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় এন্টারাল সূত্র (পুষ্টির সম্পূরক) (PKU, ব্রাঞ্চেড-চেইন কেটোনুরিয়া, গ্যালাকটোসেমিয়া এবং হোমোসিস্টিনুরিয়ার চিকিৎসার সূত্র সহ) এবং পরিবর্তিত কঠিন খাদ্য পণ্য যা কম প্রোটিন বা যা কিছু উত্তরাধিকারসূত্রে চিকিৎসার জন্য পরিবর্তিত প্রোটিন ধারণ করে। অ্যামিনো অ্যাসিড এবং জৈব অ্যাসিড বিপাকের রোগ। আমরা গর্ভনিরোধক ডিভাইস এবং ঔষুধের জন্যও অর্থ প্রদান করব।
- B. **অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী এবং ফার্মেসি।** আমরা শুধুমাত্র হাসপাতালের বাইরে ব্যবহারের জন্য প্রেসক্রাইব করা ঔষুধের জন্য অর্থ প্রদান করব। আপদকালীন অবস্থা ব্যতীত, প্রেসক্রিপশনটি অবশ্যই একজন অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী বা অ-অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর দ্বারা জারি করা উচিত যাকে আপনার PCP দ্বারা আমাদের অনুমোদনে রেফার করা হয়েছে। আপদকালীন অবস্থা ব্যতীত, প্রেসক্রিপশন অবশ্যই একটি অংশগ্রহণকারী ফার্মেসিতে ভর্তি করতে হবে।
- C. **বর্জন এবং সীমাবদ্ধতা।** এই বিভাগের অধীনে আমরা নিম্নলিখিতগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব না:
- কোনো ঔষুধের প্রশাসন বা ইনজেকশন,
  - হারানো বা চুরি হওয়া প্রেসক্রিপশনের প্রতিস্থাপন,
  - শুধুমাত্র প্রসাধনী উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত প্রেসক্রাইব করা ঔষুধ,
  - প্ল্যান মেডিকেল ডিরেক্টর বা বহিরাগত আপিল এজেন্ট দ্বারা অনুমোদিত না হলে পরীক্ষামূলক বা তদন্তমূলক ঔষুধ,
  - নন-FDA অনুমোদিত ঔষুধগুলি ব্যতীত আমরা একটি প্রেসক্রিপশন ঔষুধের জন্য অর্থ প্রদান করব যা ক্যান্সারের চিকিৎসার জন্য FDA দ্বারা অনুমোদিত হয় যখন ঔষুধটি অন্য ধরণের ক্যান্সারের জন্য প্রেসক্রাইব করা হয় যেটির জন্য FDA অনুমোদন প্রাপ্ত হয়েছিল। যাইহোক, ঔষুধটি অবশ্যই

ক্যান্সারের ধরণের চিকিৎসার জন্য স্বীকৃত হতে হবে যার জন্য এটি এই প্রকাশনাগুলির মধ্যে একটি দ্বারা প্রেসক্রাইব করা হয়েছে:

- (a) AMA ড্রাগ মূল্যায়ন,
- (b) আমেরিকান হাসপাতাল ফর্মুলারি সার্ভিস,
- (c) U.S. ফার্মাকোপিয়া ড্রাগ ইনফরমেশন, বা
- (d) একটি প্রধান পিয়ার-পর্যালোচিত পেশাদার জার্নালে একটি পর্যালোচনা নিবন্ধ বা সম্পাদকীয় মন্তব্য।

- পরিবার পরিকল্পনা বা গর্ভনিরোধক ডিভাইস, বেসাল থার্মোমিটার, পুরুষ এবং মহিলা কনডম এবং ডায়াফ্রাম ছাড়া যে কোনও ধরণের ডিভাইস এবং সরবরাহ।
- ভিটামিন এবং অন্যান্য পুষ্টিকর সম্পূরক, একটি নির্ণয় করা অসুস্থতা বা অবস্থার চিকিৎসার জন্য প্রয়োজন ছাড়া।
- ইরেক্টাইল ডিসফাংশন চিকিৎসার উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত প্রেসক্রিপশন ঔষুধগুলি কভার করা হয় না।

5. **হোম হেলথ কেয়ার।** আমরা প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে চল্লিশ (40) পর্যন্ত ভিজিটের জন্য একটি প্রত্যয়িত হোম হেলথ এজেন্সি দ্বারা প্রদত্ত হোম হেলথ কেয়ারের জন্য অর্থ প্রদান করব যা একটি অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী। আমরা হোম হেলথ কেয়ারের জন্য অর্থ প্রদান করব যদি হোম কেয়ার প্রদান না করা হলে আপনাকে হাসপাতালে ভর্তি হতে হয়।

হোম কেয়ারে নিম্নলিখিত এক বা একাধিক পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:

- একটি নিবন্ধিত পেশাদার নার্স দ্বারা বা তার তত্ত্বাবধানে খণ্ডকালীন বা বিরতিহীন হোম নার্সিং কেয়ার,
- খণ্ডকালীন বা বিরতিহীন হোম হেলথ এইড পরিষেবা যা প্রাথমিকভাবে রোগীর কেয়ার নিয়ে গঠিত,
- শারীরিক, পেশাগত বা বক্তৃত্তা থেরাপি যদি হোম হেলথ এজেন্সি দ্বারা সরবরাহ করা হয়, এবং
- একজন চিকিৎসক দ্বারা প্রেসক্রাইব করা চিকিৎসা সরবরাহ, ঔষুধ এবং ঔষুধ এবং প্রত্যয়িত হোম হেলথ এজেন্সির দ্বারা বা তার পক্ষে ল্যাবরেটরি পরিষেবাগুলি যে পরিমাণে এই ধরনের আইটেমগুলি কভার করা হত

যদি কভার করা ব্যক্তি একটি হাসপাতালে থাকতেন।

6. **প্রিডমিশন টেস্টিং।** যে হাসপাতালে অস্ত্রোপচার হওয়ার কথা রয়েছে সেখানে সঞ্চালিত হলে আমরা প্রিডমিশন পরীক্ষার জন্য অর্থ প্রদান করব, যদি:

- একটি হাসপাতালের বেডের জন্য এবং সেই হাসপাতালের একটি অপারেটিং রুমের জন্য রিজার্ভেশন করা হয়েছে, পরীক্ষার কার্য সম্পাদনের আগে;
- আপনার চিকিৎসক পরীক্ষার আদেশ দিয়েছেন; এবং
- সার্জারি আসলে এই ধরনের প্রিডমিশন পরীক্ষার সাত দিনের মধ্যে সঞ্চালিত হয়।

প্রিডমিশন পরীক্ষার ফলাফলের কারণে সার্জারি বাতিল করা হলে, আমরা এখনও এই পরীক্ষার খরচ কভার করব।

7. **দন্তচিকিৎসা।**

A. **কভারেজের সুযোগ।** আমরা একজন অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী দ্বারা প্রদত্ত জরুরী, প্রতিরোধমূলক এবং রুটিন ডেন্টাল পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব। আপনি যদি একজন যোগ্য অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর কাছ থেকে এই ধরনের পরিচর্যা চান তাহলে কভার দন্তচিকিৎসার জন্য আপনার PCP-এর অনুমোদনের প্রয়োজন নেই। কভারড ডেন্টাল পরিষেবাগুলির মধ্যে নিম্নলিখিতগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:

- ডেন্টাল রোগ বা ট্রমা দ্বারা সৃষ্ট ব্যথা এবং যন্ত্রণা কমানোর জন্য আপদকালীন চিকিৎসা প্রয়োজন,
- পদ্ধতি যা মৌখিক রোগ প্রতিরোধে সাহায্য করে, যার মধ্যে রয়েছে কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়: 6 মাসের ব্যবধানে প্রফিল্যাক্সিস (দাঁত স্কেলিং এবং পালিশ করা); 6 মাসের ব্যবধানে টপিকাল ফ্লোরাইড প্রয়োগ যেখানে স্থানীয় জল সরবরাহ ফ্লুওরাইডেটেড নয়; এবং অপরিবর্তিত স্থায়ী মোলার দাঁতে সিল্যান্ট।
- প্রাথমিক দাঁত ফেটে যাওয়ার পর, একটানা 6 মাসের মধ্যে একবার নিয়মিত দাঁতের পরীক্ষা করা হয়।
- এক্স-রে, 36 মাসের ব্যবধানে সম্পূর্ণ মুখের এক্স-রে এবং প্রয়োজনে, 6- থেকে 12-মাসের ব্যবধানে কামড়ানো এক্স-রে, অথবা প্রয়োজনে 36-মাসের ব্যবধানে প্যানোরামিক এক্স-রে, এবং অন্যান্য প্রাথমিক দাঁত ফেটে গেলে প্রয়োজনীয় এক্স-রে।

- সাধারণ নিষ্কাশন এবং অন্যান্য রুটিন ডেন্টাল সার্জারির জন্য সমস্ত প্রয়োজনীয় পদ্ধতির জন্য হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজন হয় না, যার মধ্যে অপারেটিভ কেয়ার এবং পোস্টোপারেটিভ কেয়ার অন্তর্ভুক্ত।
- অফিসে সচেতন অবসাদ।
- অ্যামালগাম, যৌগিক পুনরুদ্ধার এবং স্টেইনলেস-স্টীল ক্রাউন।
- শিশুদের জন্য উপযুক্ত অন্যান্য পুনরুদ্ধারকারী উপকরণ।
- রোগাক্রান্ত পাল্ল চেয়ার এবং সজ্জা খালের চিকিৎসার জন্য সমস্ত পদ্ধতি সহ এন্ডোডন্টিক পরিচর্যা, যেখানে হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজন নেই।
- পিরিয়ডন্টিক পরিষেবাগুলি, অর্থোডোনটিয়ার প্রত্যাশায় বা এর দিকে পরিচালিত করার জন্য সেই পরিষেবাগুলি ছাড়া।
- প্রস্টোডন্টিক্স, ছয় মাসের ফলো-আপ পরিচর্যা সহ অপসারণযোগ্য সম্পূর্ণ বা আংশিক দাঁতের পাটি এবং, যদি নিম্নলিখিত শর্তগুলির মধ্যে এক বা একাধিক পূরণ করা হয়, ফিক্সড ব্রিজেস:
  - প্রাকৃতিক, কার্যকরী এবং পুনরুদ্ধার করা দাঁতের অন্যথায় সম্পূর্ণ পরিপূরক সহ রোগীর একটি একক উপরের অগ্রভাগ (সেন্ট্রাল/পার্শ্বিক ইনসিসর বা কাসপিড) প্রতিস্থাপনের জন্য প্রয়োজনীয়; বা
  - ফাটল-তালু স্থিরকরণের জন্য প্রয়োজনীয়; বা
  - প্রয়োজনীয়, মেডিকেল ডকুমেন্টেশন দ্বারা প্রদর্শিত, কোনো স্নায়বিক বা শারীরবৃত্তীয় অবস্থার উপস্থিতির কারণে যা একটি অপসারণযোগ্য প্রস্টেসিস স্থাপনকে বাধা দেয়।
- প্রস্টোডন্টিক্সে শনাক্তকরণ স্লিপ, মেরামত, রিলাইন এবং রিবেস সন্নিবেশ করা।
- স্পেস রক্ষণাবেক্ষণকারী, একতরফা বা দ্বিপাক্ষিক, একটি পুনরুদ্ধার করা পতনশীল এবং মিশ্র দাঁতে স্থাপনের জন্য স্বাভাবিকভাবে স্থায়ী দাঁতের বিকাশের জন্য স্থান বজায় রাখার জন্য।

B. **বর্জন এবং সীমাবদ্ধতা।** আমরা অর্থোডন্টিয়া পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করব না।

8. **চক্ষু চিকিৎসা।**

- A. **কভারেজের সুযোগ।** আমরা আপদকালীন, প্রতিরোধমূলক, এবং রুটিন চক্ষু চিকিৎসার জন্য অর্থ প্রদান করব। কভার করা চক্ষু চিকিৎসার জন্য আপনার PCP-এর অনুমোদনের প্রয়োজন নেই যদি আপনি চক্ষু চিকিৎসা পরিষেবার একজন যোগ্য অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর কাছ থেকে এই ধরনের পরিচর্যা চান। কাভার্ড দৃষ্টি পরিষেবাগুলির মধ্যে নিম্নলিখিতগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:
- **দৃষ্টি পরীক্ষা।** সংশোধনমূলক লেন্সের প্রয়োজনীয়তা নির্ধারণের উদ্দেশ্যে এবং যদি প্রয়োজন হয়, সংশোধনমূলক লেন্সের জন্য একটি প্রেসক্রিপশন প্রদান করার উদ্দেশ্যে আমরা দৃষ্টি পরীক্ষার জন্য অর্থ প্রদান করব। আমরা যেকোন বারো (12) মাসের মধ্যে একটি দৃষ্টি পরীক্ষার জন্য অর্থ প্রদান করব, যদি না যথাযথ ডকুমেন্টেশনের সাথে আরও ঘন ঘন প্রয়োজন হয়। দৃষ্টি পরীক্ষা অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়: রোগীর স্বাস্থ্যাদির বিবরণ; চোখের বাহ্যিক পরীক্ষা বা চোখের অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা; অপথালমোস্কোপিক পরীক্ষা; প্রতিসরণকারী অবস্থা নির্ধারণ; বাইনোকুলার দূরত্ব; গ্লুকোমার জন্য টোনোমেট্রি পরীক্ষা; স্থূল চাক্ষুষ ক্ষেত্র এবং রঙ দৃষ্টি পরীক্ষা; সংক্ষিপ্ত ফলাফল এবং সংশোধনমূলক লেন্সের জন্য সুপারিশ।
  - **প্রেসক্রাইব করা লেন্স।** আমরা যেকোন বারো (12) মাসের সময়কালের মধ্যে একবার মানসম্পন্ন স্ট্যান্ডার্ড প্রেসক্রিপশন লেন্সের জন্য অর্থ প্রদান করব, যদি না যথাযথ ডকুমেন্টেশনের সাথে আরও ঘন ঘন প্রয়োজন হয়। প্রেসক্রিপশন লেন্সগুলি কাঁচ বা প্লাস্টিকের তৈরি হতে পারে।
  - **ফ্রেম।** আমরা যে কোনো বারো (12) মাসের সময়কালে একবার লেন্স ধরে রাখার জন্য পর্যাপ্ত স্ট্যান্ডার্ড ফ্রেমের জন্য অর্থ প্রদান করব, যদি না যথাযথ ডকুমেন্টেশনের সাথে আরও ঘন ঘন প্রয়োজন হয়।
  - **কন্টাক্ট লেন্স।** আমরা শুধুমাত্র তখনই কন্টাক্ট লেন্সের জন্য অর্থ প্রদান করব যখন চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় বলে মনে করা হবে।
- B. **বর্জন এবং সীমাবদ্ধতা।** চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নয় এমন

কন্টাক্ট লেন্সের জন্য আমরা অর্থ প্রদান করব না।

9. **ধর্মশালা সেবা।** আমরা শিশুদের (19 বছর বয়স পর্যন্ত) জন্য অনিরাশ্রয়মূলক চিকিৎসা এবং সহায়তা পরিষেবাগুলি (হয় বাড়িতে বা ইনপেশেন্ট হাসপাতালের সেটিংয়ে) প্রদানের জন্য একটি সমন্বিত ধর্মশালা প্রোগ্রামের জন্য অর্থ প্রদান করব যেগুলিকে একজন ডাক্তারের দ্বারা প্রত্যয়িত করা হয়েছে যে তাদের জীবনকাল ছয় মাস বা তার কম।

ধর্মশালা পরিষেবাগুলি এমন একটি শিশুকে প্রদত্ত উপশমকারী এবং সহায়ক পরিচর্যা কভার করবে যা শারীরিক, মানসিক, আধ্যাত্মিক, সামাজিক এবং অর্থনৈতিক চাপ থেকে উদ্ভূত বিশেষ চাহিদা পূরণ করে যা অসুস্থতার চূড়ান্ত পর্যায়ে এবং মৃত্যু এবং শোকের সময় অনুভব করা হয়। উপরন্তু, পরিবারের সদস্যরা শোক কাউন্সেলিং এর জন্য পাঁচটি পর্যন্ত ভিজিট করার জন্য যোগ্য।

নিউ ইয়র্ক স্টেট পাবলিক হেলথ আইনের ধারা 40 এর অধীনে ধর্মশালা পরিষেবা প্রোগ্রামগুলি অবশ্যই প্রত্যয়িত হতে হবে। সমস্ত পরিষেবা অবশ্যই যোগ্য কর্মচারী এবং ধর্মশালা প্রোগ্রামের স্বেচ্ছাসেবকদের দ্বারা বা যোগ্য কর্মীদের দ্বারা ফেডারেল এবং রাজ্যের প্রয়োজনীয়তা দ্বারা অনুমোদিত পরিমাণে চুক্তিভিত্তিক ব্যবস্থার মাধ্যমে প্রদান করতে হবে।

10. **বক্তৃত্তা এবং শ্রবণ।** আমরা বক্তৃত্তা এবং শ্রবণ পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব, যার মধ্যে শ্রবণযন্ত্র, হিয়ারিং এইড ব্যাটারি এবং মেরামত রয়েছে। এই পরিষেবাগুলির মধ্যে সংশোধনমূলক পদক্ষেপের প্রয়োজনীয়তা নির্ধারণের জন্য প্রতি বছর শ্রবণ পরীক্ষা অন্তর্ভুক্ত। প্রথম দিনের থেরাপি থেকে শুরু করে দুই মাসের মধ্যে উল্লেখযোগ্য ক্লিনিকাল উন্নতির জন্য উপযুক্ত অবস্থার জন্য প্রয়োজনীয় বক্তৃত্তা থেরাপি, যখন অডিওলজিস্ট, ভাষা রোগ বিশেষজ্ঞ, বক্তৃত্তা থেরাপিস্ট এবং অটোল্যারিঙ্গোলজিস্ট দ্বারা সঞ্চালিত হবে তখন কভার করা হবে।

## অষ্টম বিভাগ- এই প্ল্যানটি কীভাবে কাজ করে সে সম্পর্কে অতিরিক্ত তথ্য

1. **কখন একজন বিশেষজ্ঞ আপনার PCP হতে পারেন।** যদি আপনার কোনো জীবন-ছমকিপূর্ণ অবস্থা বা রোগ বা কোনো অবক্ষয় এবং অক্ষম অবস্থা বা রোগ থাকে, তাহলে আপনি একজন বিশেষজ্ঞ যিনি একজন অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী আপনার PCP হতে চাইতে পারেন। আমরা বিশেষজ্ঞ এবং আপনার পিসিপি-এর সাথে পরামর্শ করব এবং সিদ্ধান্ত নেব যে বিশেষজ্ঞের পক্ষে এই ক্ষমতায় পরিষেবা দেওয়া উপযুক্ত কিনা।
2. **একজন নেটওয়ার্ক বিশেষজ্ঞের কাছে স্ট্যান্ডিং রেফারেল।** যদি আপনার চলমান বিশেষ পরিচর্যার প্রয়োজন হয়, আপনি একজন অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী একজন বিশেষজ্ঞের কাছে "স্ট্যান্ডিং রেফারেল" পেতে পারেন। এর মানে হল যে প্রতিবার আপনাকে সেই বিশেষজ্ঞের সাথে দেখা করার জন্য আপনার PCP থেকে একটি নতুন রেফারেল নেওয়ার প্রয়োজন হবে না। আমরা বিশেষজ্ঞ এবং আপনার PCP এর সাথে পরামর্শ করব এবং সিদ্ধান্ত নেব যে আপনার পরিস্থিতিতে একটি "স্ট্যান্ডিং রেফারেল" উপযুক্ত হবে কিনা।
3. **স্পেশালিটি কেয়ার সেন্টারে স্ট্যান্ডিং রেফারেল।** যদি আপনার কোনো জীবন-ছমকিপূর্ণ অবস্থা বা রোগ বা কোনো অবক্ষয় এবং অক্ষম অবস্থা বা রোগ থাকে, তাহলে আপনি একটি বিশেষ পরিচর্যা কেন্দ্রে স্থায়ী রেফারেলের অনুরোধ করতে পারেন যে একজন অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী। এই ধরনের রেফারেল উপযুক্ত কিনা তা নির্ধারণ করতে আমরা আপনার PCP, আপনার বিশেষজ্ঞ এবং বিশেষ পরিচর্যা কেন্দ্রের সাথে পরামর্শ করব।

**কখন আপনার প্রদানকারী নেটওয়ার্ক ত্যাগ করেন।** যদি আপনার প্রদানকারী আমাদের নেটওয়ার্ক ছেড়ে চলে যাওয়ার পর আপনি চিকিৎসার কোর্সের মধ্য দিয়ে যাচ্ছেন, তাহলে আপনি প্রদানকারীর চলে যাওয়ার বিষয়ে আমাদের দ্বারা অবহিত হওয়ার পরে 90 দিন পর্যন্ত, কিছু ক্ষেত্রে, প্রাক্তন অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর কাছ থেকে পরিচর্যা নেওয়া চালিয়ে যেতে পারবেন। যদি আপনি গর্ভবতী হন এবং আপনার দ্বিতীয় ত্রৈমাসিকে, আপনি প্রসবের সাথে সরাসরি সম্পর্কিত প্রসব এবং প্রসবোত্তর কেয়ারের মাধ্যমে প্রাক্তন অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর সাথে পরিচর্যা চালিয়ে যেতে সক্ষম হতে পারেন। যাইহোক, আপনার জন্য 90 দিন পর্যন্ত বা একজন প্রাক্তন অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর সাথে গর্ভাবস্থার মাধ্যমে কেয়ার নেওয়ার জন্য,

প্রদানকারীকে অবশ্যই আমাদের অর্থপ্রদান গ্রহণ করতে এবং পরিচর্যা গুণমান নিশ্চিত করার জন্য আমাদের পদ্ধতি এবং নীতিগুলি মেনে চলতে সম্মত হতে হবে।

4. **কখন নতুন সদস্যরা চিকিৎসার একটি কোর্সে থাকে।** যদি আপনি আমাদের সাথে নথিভুক্ত করার সময় একটি অ-অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর সাথে চিকিৎসার কোর্সে থাকেন, আপনি এই চুক্তির আওতায় আসার তারিখ থেকে 60 দিন পর্যন্ত অ-অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর কাছ থেকে পরিচর্যা পেতে সক্ষম হবেন। চিকিৎসার কোর্সটি অবশ্যই একটি জীবন-ছমকির রোগ বা অবস্থা বা একটি অবক্ষয়কারী এবং অক্ষম অবস্থা বা রোগের জন্য হতে হবে। আপনি যদি গর্ভাবস্থার দ্বিতীয় ত্রৈমাসিকে থাকেন যখন আপনি এই চুক্তির আওতায় পড়েন তাহলে আপনি একজন অ-অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর সাথে পরিচর্যা নেওয়া চালিয়ে যেতে পারেন। আপনি ডেলিভারি এবং প্রসবের সাথে সরাসরি সম্পর্কিত যেকোনো পোস্ট-পার্টাম পরিষেবার মাধ্যমে পরিচর্যা নেওয়া চালিয়ে যেতে পারেন। যাইহোক, 60 দিন পর্যন্ত বা গর্ভাবস্থার মাধ্যমে আপনার কেয়ার চালিয়ে যাওয়ার জন্য, অ-অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীকে অবশ্যই আমাদের অর্থপ্রদান গ্রহণ করতে এবং পরিচর্যার গুণমান নিশ্চিত করার জন্য আমাদের নীতি ও পদ্ধতিগুলি মেনে চলতে সম্মত হতে হবে।

## নবম বিভাগ - সীমাবদ্ধতা এবং বর্জন

ইতিমধ্যে বর্ণিত সীমাবদ্ধতা এবং বর্জন ছাড়াও, আমরা নিম্নলিখিতগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব না:

- পরিচর্যা যা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নয়।** সাধারণভাবে, প্ল্যান কোনো স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবাকে কভার করবে না যে পরিকল্পনা, তার একমাত্র বিচারে, চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নয় তা নির্ধারণ করে। যদি রাষ্ট্র দ্বারা প্রত্যয়িত কোনো বহিরাগত আপিল এজেন্ট প্ল্যানের অস্বীকৃতিকে বাতিল করে দেয়, তবে, পরিকল্পনাটি পদ্ধতি, চিকিৎসা, পরিষেবা, ফার্মাসিউটিক্যাল পণ্য বা টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জামগুলিকে কভার করবে যার জন্য কভারেজ অস্বীকার করা হয়েছিল, সেই পরিমাণে, চিকিৎসা, পরিষেবা, ফার্মাসিউটিক্যাল পণ্য, বা টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম অন্যথায় এই গ্রাহক চুক্তির শর্তাবলীর অধীনে অন্তর্ভুক্ত। (বাহ্যিক আপিল সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, এই গ্রাহক চুক্তির বিভাগ 11 দেখুন।)
- গৃহীত মেডিকেল প্র্যাকটিস।** আপনি এমন পরিষেবাগুলির অধিকারী নন যেগুলি চিকিৎসার সময় কার্যকরী গৃহীত চিকিৎসা বা মানসিক অনুশীলন এবং মান অনুযায়ী নয়।
- পরিচর্যা যা আপনার PCP দ্বারা সরবরাহ করা, অনুমোদিত বা সাজানো নয়।** এই চুক্তিতে অন্যথায় উল্লিখিত ব্যতীত, আপনার PCP দ্বারা সরবরাহ করা, অনুমোদিত বা ব্যবস্থা করা হলেই আপনি পরিষেবাগুলির জন্য সুবিধা পাওয়ার অধিকারী। যদি আপনি আপনার PCP দ্বারা প্রদত্ত, অনুমোদিত বা ব্যবস্থা না করে এমন পরিচর্যা নেওয়া বেছে নেন, তাহলে আপনার যে কোনো খরচের জন্য আমরা দায়ী থাকব না।
- একটি নার্সিং হোমে ইনপেশেন্ট পরিষেবা, পুনর্বাসন সুবিধা, বা অন্য কোনও সুবিধা যা স্পষ্টভাবে এই চুক্তির দ্বারা কাভার্ড নয়।**
- চিকিৎসক পরিষেবাগুলি যখন একটি নার্সিং হোমের একজন ইনপেশেন্ট, পুনর্বাসন সুবিধা বা অন্য কোনও সুবিধা এই চুক্তির দ্বারা স্পষ্টভাবে কাভার্ড নয়।**
- পরীক্ষামূলক বা অনুসন্ধানমূলক পরিষেবা।** সাধারণভাবে, প্ল্যান

পরীক্ষামূলক বা তদন্তমূলক চিকিৎসা কভার করে না। যাইহোক, প্ল্যানটি রাজ্য দ্বারা প্রত্যয়িত একটি বহিরাগত আপীল এজেন্ট দ্বারা অনুমোদিত একটি পরীক্ষামূলক বা তদন্তমূলক চিকিৎসা কভার করবে। যদি বহিরাগত আপীল এজেন্ট একটি পরীক্ষামূলক বা তদন্তমূলক চিকিৎসার কভারেজ অনুমোদন করে যা একটি ক্লিনিকাল ট্রায়ালের অংশ, তবে প্ল্যানটি শুধুমাত্র ট্রায়ালের নকশা অনুযায়ী আপনাকে চিকিৎসা প্রদানের জন্য প্রয়োজনীয় প্ল্যানগুলির খরচগুলি কভার করবে। প্ল্যানটি তদন্তমূলক ঔষুধ বা ডিভাইসের খরচ, অ-স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবার খরচ, গবেষণা পরিচালনার খরচ, বা অ-পরীক্ষামূলক বা অ-তদন্তমূলক চিকিৎসার জন্য এই গ্রাহক চুক্তির অধীনে কভার করা হবে না, এমন খরচের জন্য দায়ী থাকবে না। (বাহ্যিক আপিল সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, এই গ্রাহক চুক্তির বিভাগ 11 দেখুন।)

7. **কসমেটিক সার্জারি।** আমরা কসমেটিক সার্জারির জন্য অর্থ প্রদান করব না, যদি না চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন হয়, তবে আমরা পুনর্গঠনমূলক অস্ত্রোপচারের জন্য অর্থ প্রদান করব:
  - ট্রমা, সংক্রমণ বা শরীরের অন্যান্য অংশের জড়িত রোগের ফলে সার্জারি করার সময়; বা
  - জন্মগত রোগ বা অসঙ্গতির ফলে একটি কার্যকরী ত্রুটি সংশোধন করার প্রয়োজন হলে।
8. **ভিট্রো ফাটিলাইজেশনে, কৃত্রিম প্রজনন বা গর্ভধারণের অন্যান্য সহায়ক উপায়ে।**
9. **প্রাইভেট ডিউটি নার্সিং।**
10. **অটোলোগাস রক্তদান।**
11. **ফিজিক্যাল ম্যানিপুলেশন সার্ভিসেস।** কাঠামোগত ভারসাম্যহীনতা সনাক্তকরণ এবং সংশোধন (ম্যানুয়াল বা যান্ত্রিক উপায়ে) সম্পর্কিত কোনো পরিষেবার জন্য; বা বিকৃতি; বা স্নায়ু হস্তক্ষেপ এবং এর প্রভাব অপসারণের উদ্দেশ্যে মানবদেহে সাবলাক্সেশনের জন্য আমরা অর্থ প্রদান করব না। এই বর্জন প্রযোজ্য হয় যখন স্নায়ুর হস্তক্ষেপের ফলে বা মেরুদণ্ডের কলামের বিকৃতি, বিকৃতকরণ, বা সাবলাক্সেশন বা এর সাথে সম্পর্কিত হয়।

12. **পায়ের রুটিন পরিচর্যা।**
13. **অন্যান্য স্বাস্থ্য বীমা, স্বাস্থ্য সুবিধা এবং সরকারী প্রোগ্রাম।** অন্যান্য স্বাস্থ্য বীমা, স্বাস্থ্য বেনিফিট প্ল্যান বা সরকারী প্রোগ্রামের অধীনে একই পরিষেবার জন্য আপনি যে পরিমাণ যোগ্য, আমরা এই চুক্তির অধীনে আমাদের অর্থপ্রদানগুলি হ্রাস করব। অন্যান্য স্বাস্থ্য বীমার মধ্যে বীমাকারীদের কভারেজ, ব্লু ক্রস এবং ব্লু শিল্ড প্ল্যান বা HMO বা অনুরূপ প্রোগ্রাম অন্তর্ভুক্ত। স্বাস্থ্য বেনিফিট প্ল্যানগুলির মধ্যে যে কোনও স্ব-বীমাকৃত বা অ-বীমাকৃত প্ল্যান যেমন নিয়োগকর্তা, ট্রাস্টি, ইউনিয়ন, নিয়োগকর্তা সংস্থা বা কর্মচারী বেনিফিট সংস্থাগুলির দ্বারা প্রদত্ত বা ব্যবস্থা করা হয়। ফিসিক্যালি হ্যান্ডিক্যাপড চিলড্রেনস প্রোগ্রাম এবং আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রাম ব্যতীত সরকারি প্রোগ্রামগুলির মধ্যে Medicare বা অন্য কোনও ফেডারেল, রাজ্য বা স্থানীয় প্রোগ্রাম অন্তর্ভুক্ত।
14. **নো-ফল্ট অটোমোবাইল বীমা।** বাধ্যতামূলক অটোমোবাইল নো-ফল্ট বেনিফিট দ্বারা কাভার্ড কোনও পরিষেবার জন্য আমরা অর্থ প্রদান করব না। নো-ফল্ট অটোমোবাইল ইন্স্যুরেন্সের অধীনে আপনি যে সুবিধা পাওয়ার অধিকারী তা দাবি না করলেও আমরা কোনো অর্থপ্রদান করব না।
15. **অন্যান্য বর্জন।** আমরা এর জন্য অর্থ প্রদান করব না:
- লিঙ্গ রূপান্তর পদ্ধতি; বা
  - কাস্টোডিয়াল কেয়ার।
16. **কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ।** শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ আইন বা অনুরূপ আইনের অধীনে যদি একটি দাবি দাখিল করা হয় এবং সুবিধাগুলি গৃহীত হয় তবে আমরা কোনও আঘাত, অবস্থা বা রোগের জন্য কোনও পরিষেবা বা যত্নের জন্য কভারেজ সরবরাহ করব না।

## দশম বিভাগ - এই চুক্তির জন্য প্রিমিয়াম

1. **প্রিমিয়ামের পরিমাণ।** এই চুক্তির জন্য প্রিমিয়ামের পরিমাণ আমাদের দ্বারা নির্ধারিত হয় এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটের সুপারিনটেনডেন্ট অফ ইন্স্যুরেন্স দ্বারা অনুমোদিত হয়।
2. **প্রিমিয়ামের দিকে আপনার অবদান।** নিউ ইয়র্ক স্টেট আইনের অধীনে, আপনাকে আপনার প্রিমিয়ামের খরচের জন্য অবদান রাখতে হতে পারে। আমরা প্রয়োজনীয় অবদানের বিষয়ে আপনাকে অবহিত করব, যদি থাকে।
3. **গ্রেস পিরিয়ড।** এই চুক্তির জন্য সমস্ত প্রিমিয়াম এক মাস আগে বকেয়া আছে। যাইহোক, আমরা প্রথম মাস ব্যতীত সমস্ত প্রিমিয়াম প্রদানের জন্য 30-দিনের গ্রেস পিরিয়ডের অনুমতি দেব। এর মানে হল, প্রতিটি সন্তানের জন্য প্রথম মাসের প্রিমিয়াম ব্যতীত, যদি আমরা অর্থপ্রদানের তারিখের 30 দিনের মধ্যে অর্থপ্রদান পাই, তাহলে আমরা এই চুক্তির অধীনে সম্পূর্ণ অর্থপ্রদানের সময়কালের জন্য কভারেজ চালিয়ে যাব। যদি আমরা 30-দিনের গ্রেস পিরিয়ডের মধ্যে পেমেন্ট না পাই, তাহলে এই চুক্তির অধীনে কভারেজটি পেমেন্ট দেওয়ার সময় মাসের শেষ দিনে শেষ হয়ে যাবে।
4. **প্রিমিয়াম পরিশোধ না করা হলে পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদানের চুক্তি।** প্রিমিয়াম পরিশোধ করা হয়নি এমন সময়ের জন্য আপনি কোনো পরিষেবার অধিকারী নন। যদি এই সময়ের মধ্যে পরিষেবাগুলি পাওয়া যায়, আপনি প্রাপ্ত পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করতে সম্মত হন।
5. **প্রিমিয়ামে পরিবর্তন।** যদি এই চুক্তির জন্য প্রিমিয়াম বা প্রিমিয়ামের প্রতি আপনার অবদান বৃদ্ধি বা হ্রাস করতে হয়, আমরা আপনাকে পরিবর্তনের কমপক্ষে ত্রিশ দিনের লিখিত নোটিশ দেব।
6. **আপনার আয় বা পরিবারের আকার পরিবর্তন।** আপনি অনুরোধ করতে পারেন যে যখনই আপনার আয় বা পরিবারের আকার পরিবর্তন হয় তখন আমরা আপনার পারিবারিক প্রিমিয়াম অবদান পর্যালোচনা করি। আপনি আমাদেরকে 1-800- 303-9626 নম্বরে কল করে অথবা 1-800-698-4543 নম্বরে Child Health Plus হটলাইনে কল করে পর্যালোচনার অনুরোধ করতে পারেন। সেই সময়ে, আমরা আপনাকে পর্যালোচনা পরিচালনা করার জন্য প্রয়োজনীয় ফর্ম এবং ডকুমেন্টেশনের প্রয়োজনীয়তা প্রদান করব। আমরা

আপনার পারিবারিক প্রিমিয়াম অবদানের পুনর্মূল্যায়ন করব এবং রিভিউ পরিচালনা করার জন্য প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টেশন এবং অনুরোধ প্রাপ্তির 10টি কার্যদিবসের মধ্যে ফলাফল সম্পর্কে আপনাকে অবহিত করব। যদি পর্যালোচনার ফলে আপনার পারিবারিক প্রিমিয়াম অবদানে কোনো পরিবর্তন হয়, তাহলে আমরা সম্পূর্ণ পর্যালোচনার অনুরোধ এবং সমর্থনকারী ডকুমেন্টেশন প্রাপ্তির 40 দিনের মধ্যে সেই পরিবর্তনটি প্রয়োগ করব।

## একাদশ বিভাগ - কভারেজ অবসান

1. **প্রিমিয়াম পরিশোধ না করার জন্য।** যদি আপনাকে এই চুক্তির জন্য একটি প্রিমিয়াম প্রদান করতে হয়, আমরা যদি আপনার অর্থপ্রদান না পাই তাহলে এই চুক্তিটি 30 দিনের গ্রেস পিরিয়ডের শেষে শেষ হয়ে যাবে।  
উদাহরণস্বরূপ, যদি আপনার প্রিমিয়াম 1 জুলাই বকেয়া হয়, এবং 31 জুলাই, 30-দিনের গ্রেস পিরিয়ডের শেষে এটি পরিশোধ না করা হয়, তাহলে 31 জুলাইয়ের পরে আপনাকে দেওয়া কোনো পরিষেবার জন্য এই চুক্তির অধীনে কোনো অর্থপ্রদান করা হবে না।
2. **আপনি যখন পরিষেবা এলাকার বাইরে যান।** আপনি যখন পরিষেবা এলাকায় স্থায়ীভাবে বসবাস করা বন্ধ করবেন তখন এই চুক্তিটি শেষ হয়ে যাবে।
3. **যখন আপনি আর যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তা পূরণ করবেন না।** এই চুক্তিটি নিম্নরূপ সমাপ্ত হবে:
  - A. যে মাসের শেষ দিনে আপনি 19 বছর বয়সে পৌঁছেছেন; বা
  - B. যে তারিখে আপনি Medicaid প্রোগ্রামে নথিভুক্ত হয়েছেন; বা
  - C. যে তারিখে আপনি অন্য একটি স্বাস্থ্য সুবিধা প্রোগ্রামের আওতায় আসবেন (একটি নিয়োগকর্তা গোষ্ঠী, ইউনিয়ন বা অন্যান্য সমিতির মাধ্যমে একটি বীমাকৃত বা স্ব-বীমাকৃত প্রোগ্রাম সহ)
4. **Child Health Plus প্রোগ্রামের সমাপ্তি।** এই চুক্তি স্বয়ংক্রিয়ভাবে শেষ হয়ে যাবে যে তারিখে নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন যা Child Health Plus প্রোগ্রাম প্রতিষ্ঠা করে বা রাষ্ট্র এই চুক্তিটি বাতিল করে বা যখন এই Child Health Plus প্রোগ্রামের জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট থেকে অর্থায়ন আমাদের কাছে আর উপলব্ধ থাকবে না।
5. **এই চুক্তি বাতিল করার জন্য আমাদের বিকল্প।** নিম্নলিখিত এক বা একাধিক কারণে আমরা যে কোনো সময় এই চুক্তি বাতিল করতে পারি:
  - A. এই চুক্তির অধীনে তালিকাভুক্তির জন্য আবেদন করা বা কোনো পরিষেবা গ্রহণের ক্ষেত্রে প্রতারণা।
  - B. এই ধরনের অবসানের সময় সুপারিনটেনডেন্ট অফ ইন্স্যুরেন্সের কাছে

ফাইলে থাকা অন্যান্য কারণগুলি এবং তার দ্বারা অনুমোদিত। এই ধরনের অন্যান্য কারণের একটি অনুলিপি আপনাকে ফরোয়ার্ড করা হবে। আমরা আপনাকে এই ধরনের সমাপ্তির কম ত্রিশ (30) দিনের আগে লিখিত নোটিশ দেব।

- C. চুক্তির শ্রেণীটি বন্ধ করা যার সাথে এই চুক্তিটি এই ধরনের সমাপ্তির পাঁচ মাস পূর্বে লিখিত নোটিশের সাথে সম্পর্কিত।
- D. আপনি ডকুমেন্টেশন প্রদান না করলে আমরা পুনরায় শংসাপত্রের জন্য অনুরোধ করি।

- 6. **এই চুক্তি বাতিল করার জন্য আপনার বিকল্প।** আপনি আমাদের কমপক্ষে এক মাসের পূর্ব নোটিশ দিয়ে যেকোনো সময় এই চুক্তিটি বাতিল করতে পারেন। আমরা এই চুক্তির জন্য প্রিমিয়ামের যেকোনো অংশ ফেরত দেব যা আপনার দ্বারা প্রিপেইড করা হয়েছে।
- 7. **আপনার মৃত্যুতে।** এই চুক্তিটি আপনার মৃত্যুর তারিখে স্বয়ংক্রিয়ভাবে শেষ হয়ে যাবে।

- 8. **সমাপ্তির পরে সুবিধা।** যদি এই চুক্তিটি শেষ হওয়ার তারিখে আপনি সম্পূর্ণরূপে অক্ষম হন এবং আপনি অসুস্থতার জন্য চিকিৎসা পরিশেষা পেয়ে থাকেন, আঘাত বা অবস্থা যা এই চুক্তির আওতায় থাকাকালীন সম্পূর্ণ অক্ষমতার কারণ হয়েছে আমরা নিম্নলিখিত তারিখের প্রথম তারিখ পর্যন্ত মোট অক্ষমতার একটি নিরবচ্ছিন্ন সময়ের মধ্যে অসুস্থতা, আঘাত বা মোট অক্ষমতা সম্পর্কিত অবস্থার জন্য অর্থ প্রদান করতে থাকব:

- যে তারিখে আপনি আমাদের একমাত্র বিচারে আছেন, আর সম্পূর্ণরূপে অক্ষম নন; বা
- এই চুক্তির সমাপ্তির তারিখ থেকে বারো (12) মাস।

এই চুক্তির অধীনে আপনার কভারেজ বন্ধ না হলে আমরা আপনার কাছ থেকে যতটা যত্ন নিতে পারতাম তার থেকে বেশি অর্থ প্রদান করব না।

- 9. **সমাপ্ত কভারেজ প্রতিস্থাপন।** MetroPlus Health Plan নিউ ইয়র্ক সিটি হেলথ অ্যান্ড হসপিটালস কর্পোরেশনের কর্মচারীদের জন্য একটি গ্রুপ পরিচালিত পরিচর্যা প্ল্যান ছাড়া বাণিজ্যিক বীমা পণ্য অফার করার জন্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত নয়। আপনি 19 বছর বয়সে পৌঁছানোর কারণে বা Child

Health Plus প্রোগ্রাম শেষ হওয়ার কারণে যদি এই চুক্তিটি শেষ হয়ে যায়, তাহলে আমরা আপনাকে অন্যান্য বীমা কোম্পানি সম্পর্কে তথ্য দেব যেগুলি পৃথক স্বাস্থ্য বীমা পলিসি বিক্রি করে।

## দ্বাদশ বিভাগ - কর্ম এবং অভিযোগ

### অ্যাকশন আপীল

কিছু চিকিৎসা ও পরিষেবা আছে যেগুলো আপনি পাওয়ার আগে বা পাওয়া চালিয়ে যেতে আপনাকে অনুমোদন নিতে হবে। এটিকে বলা হয় **পূর্ব অনুমোদন**। একটি চিকিৎসা বা পরিষেবার অনুমোদন চাওয়াকে বলা হয় **পরিষেবা অনুমোদনের অনুরোধ**। এই প্রক্রিয়াটি এই হ্যান্ডবুকে পরে বর্ণিত হয়েছে। পরিষেবা অনুমোদনের অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করার বা অনুরোধের চেয়ে কম পরিমাণের জন্য এটি অনুমোদন করার যে কোনও সিদ্ধান্তকে একটি **কর্ম বলে**।

আপনার পরিচর্যার ব্যাপারে আমাদের সিদ্ধান্তে আপনি সন্তুষ্ট না হলে আপনি কিছু পদক্ষেপ নিতে পারেন।

### আপনার প্রদানকারী পুনর্বিবেচনার জন্য জিজ্ঞাসা করতে পারেন:

যদি আমরা আপনার ডাক্তারের সাথে কথা না বলে আপনার পরিষেবা অনুমোদনের অনুরোধের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকি, তাহলে আপনার ডাক্তার প্ল্যানের মেডিকেল ডিরেক্টরের সাথে কথা বলতে পারেন। এক কর্মদিবসের মধ্যে মেডিক্যাল পরিচালক আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলবেন।

### আপনি একটি অ্যাকশন আপিল ফাইল করতে পারেন:

- আপনি যদি আমাদের নেওয়া কোনো পদক্ষেপে সন্তুষ্ট না হন বা আপনার পরিষেবা অনুমোদনের অনুরোধের বিষয়ে আমরা যা সিদ্ধান্ত নিয়েছি তাতে সন্তুষ্ট না হলে, আপিল করার জন্য আমাদের কাছ থেকে শোনার পর আপনার কাছে 90 ক্যালেন্ডার দিন আছে।
- আপনি নিজে এটি করতে পারেন বা আপনার বিশ্বস্ত কাউকে আপনার জন্য আপিল করতে বলতে পারেন। আপনি সদস্য সেবাতে কল করতে পারেন: 1-800-303-9626 তে যদি আপনার একটি আপিল ফাইল করার জন্য সাহায্যের প্রয়োজন হয়।

- আপনি একটি আপিল দায়ের করার কারণে আমরা আপনার সাথে অন্যরকম আচরণ করব না বা আপনার প্রতি খারাপ আচরণ করব না।
- আবেদন ফোনে বা লিখিতভাবে করা যেতে পারে। আপনি যদি ফোনে আবেদন করেন তবে তা অবশ্যই লিখিতভাবে অনুসরণ করতে হবে

**দ্রুত ট্র্যাক প্রক্রিয়ার অধীনে আপনার অ্যাকশন আপিল পর্যালোচনা করা হবে যদি:**

- যদি আপনি বা আপনার ডাক্তার ফাস্ট ট্র্যাক প্রক্রিয়ার অধীনে আপনার আপিল পর্যালোচনা করতে বলেন। বিলম্ব আপনার স্বাস্থ্যের জন্য কতটা ক্ষতিকর তা আপনার ডাক্তার ব্যাখ্যা করবেন। যদি ফাস্ট ট্র্যাকের জন্য আপনার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করা হয় তবে আমরা আপনাকে বলব এবং আপনার আপিল স্ট্যান্ডার্ড প্রক্রিয়ার অধীনে পর্যালোচনা করা হবে; বা
- আপনার অনুরোধ যদি প্রত্যাখ্যান করা হয় যখন আপনি পরিচর্যা নেওয়া চালিয়ে যেতে বলেন যে আপনি এখন পাচ্ছেন বা প্রদান করা হয়েছে এমন একটি পরিষেবা বাড়ানোর প্রয়োজন।
- ফাস্ট ট্র্যাক আপিল ফোনের মাধ্যমে করা যেতে পারে এবং লিখিতভাবে অনুসরণ করতে হবে না।

## আমরা আপনার আপিল পাওয়ার পর কী হবে:

- 15 দিনের মধ্যে আমরা আপনাকে একটি চিঠি লিখে জানিয়ে দেবো যে আমরা আপনার আপিল নিয়ে কাজ করছি।
- ক্লিনিকাল বিষয়ে অ্যাকশন আপিলের সিদ্ধান্ত যোগ্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাদারদের দ্বারা নেওয়া হবে যারা প্রথম সিদ্ধান্ত নেননি, যাদের মধ্যে অন্তত একজন হবেন একজন ক্লিনিক্যাল পিয়ার রিভিউয়ার।
- নন-ক্লিনিক্যাল সিদ্ধান্ত উচ্চতর পর্যায়ে কাজ করা লোকজনের ব্যবস্থা নেবেন, আপনার প্রথম সিদ্ধান্ত নেবার সময় যারা কাজ করেছেন তারা নন।
- আপিলের আগে এবং চলাকালীন আপনি বা আপনার মনোনীত ব্যক্তি আপনার কেস ফাইল দেখতে পারেন, যার মধ্যে মেডিকেল রেকর্ড এবং আপনার মামলার সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য ব্যবহৃত অন্য কোনো নথি এবং রেকর্ড রয়েছে;
- এছাড়াও আপনি নিজে এসে বা লিখিতভাবে সিদ্ধান্ত প্রণয়নে ব্যবহৃত হবে এমন তথ্য আপনি দিতেও পারেন।
- প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে আমাদের সিদ্ধান্তের কারণ ও আমাদের মূলনীতি আপনাকে দেওয়া হবে। আপনি যদি এখনও সন্তুষ্ট না হন, তাহলে আপনার কাছে থাকা আরও কোনো আপিলের অধিকার ব্যাখ্যা করা হবে অথবা আপনি বা আপনি বিশ্বাস করেন এমন কেউ নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ-এ 1-800-206-8125 নম্বরে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

## অ্যাকশন আপিলের সময়সীমা:

- স্ট্যান্ডার্ড আপিল: আমাদের কাছে প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য থাকলে আমরা আপনার আপিলের ত্রিশটি কার্যদিবসের মধ্যে আমাদের সিদ্ধান্ত জানাব। আমরা যখন সিদ্ধান্ত নেব তখন থেকে 2টি কার্যদিবসের মধ্যে আমাদের সিদ্ধান্তের একটি লিখিত নোটিশ পাঠানো হবে।
- ফাস্ট ট্র্যাক আপিল: আমাদের যে সকল তথ্য দরকার তা যদি আমাদের কাছে থাকে, তাহলে আপনি আপনার দ্রুত-গামী ব্যবস্থা গ্রহণ আবেদনের সিদ্ধান্ত, আপনার আবেদন করার 2 কর্মদিবসের মধ্যে পেয়ে যাবেন। আমাদের আরও তথ্যের প্রয়োজন হলে আমরা আপনার আপিল দেওয়ার পর 3টি কর্মদিবসের মধ্যে আপনাকে জানাব। আমরা ফোনের মাধ্যমে আমাদের সিদ্ধান্ত জানাবো এবং পরে

একটি লিখিত বিজ্ঞপ্তি পাঠাবো।

**আপনার অ্যাকশন আপিল সম্পর্কে স্ট্যান্ডার্ড বা ফাস্ট ট্র্যাক সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য যদি আমাদের আরও তথ্যের প্রয়োজন হয় আমরা বলব:**

- কোনো তথ্য প্রয়োজন হলে আপনাকে লিখে জানাবো। আপনার অনুরোধ ফাস্ট ট্র্যাক পর্যালোচনায় হয়, তাহলে আমরা আপনাকে সঙ্গে সঙ্গে ফোন করবো ও পরে একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠাবো।
- এই বিলম্ব কেন আপনার জন্য সবচেয়ে ভালো হবে তা জানাবো;
- আমরা তথ্য চাওয়ার দিন থেকে 14 দিনের মধ্যেই একটি সিদ্ধান্ত জানাবো।

আপনি, আপনার প্রোভাইডার বা আপনার বিশ্বাসযোগ্য কেউ হয়তো আমাদের আরো সময় নিয়ে সিদ্ধান্ত নেবার জন্য বলতে পারেন। কারণ হতে পারে যে আপনার কাছে প্ল্যানকে দেওয়ার মত আরো তথ্য আছে যা আপনার ঘটনায় সিদ্ধান্ত নিতে সাহায্য করতে পারে। এটি 1-800-303-9626 এতে কল করে বা লিখিত ভাবে করা যেতে পারে।

আপনি বা আপনার বিশ্বস্ত কেউ যদি আপনার অ্যাকশন আপিল পর্যালোচনা করার জন্য আমাদের সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হন তবে প্ল্যানে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন। আপনি বা আপনার বিশ্বস্ত কেউ 1-800-206-8125 নম্বরে কল করে নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথের কাছে পর্যালোচনার সময় সম্পর্কে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

যদি আমরা আপনার আপিলের বিষয়ে সিদ্ধান্ত না নিয়ে থাকি, তাহলে আপনার বিরুদ্ধে আসল সিদ্ধান্তটি স্বয়ংক্রিয়ভাবে বাতিল হয়ে যাবে, যার মানে আপনার পরিষেবা অনুমোদনের অনুরোধ অনুমোদিত হবে।

**আপনার পরিচর্যা সম্পর্কে সিদ্ধান্তের আবেদন করার সময় অব্যাহত রাখতে সহায়তা করুন:**

কিছু ক্ষেত্রে আপনি আপনার আপিল মামলার সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য অপেক্ষা করার সময় পরিষেবাগুলি চালিয়ে যেতে সক্ষম হতে পারেন। আপনি আপিল করলে যে পরিষেবাগুলি শেষ হওয়ার জন্য নির্ধারিত বা হ্রাস করা হয়েছে সেগুলি চালিয়ে যেতে সক্ষম হতে পারেন:

- আপনার অনুরোধ অস্বীকার করা হয়েছে বা পরিচর্যা পরিবর্তন হচ্ছে বলে জানানোর দশ দিনের মধ্যে; বা
- সময়সূচি অনুযায়ী আপনার পরিষেবা পরিবর্তন হওয়ার তারিখ থেকে।

যদি আপনার আপীল হয় তাহলে আপনাকে আপনার প্রাপ্ত যেকোনো অব্যাহত

সুবিধার খরচ দিতে হতে পারে।

## বহিস্থ আপিল

যদি প্ল্যানটি সিদ্ধান্ত নেয় যে আপনি এবং আপনার ডাক্তার যে চিকিৎসা পরিষেবার জন্য কভারেজ চেয়েছেন কারণ এটি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নয় বা এটি পরীক্ষামূলক বা তদন্তমূলক, তাহলে আপনি একটি স্বাধীন বাহ্যিক আবেদনের জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেটকে জিজ্ঞাসা করতে পারেন। এটিকে বাহ্যিক আপিল বলা হয় কারণ এটি পর্যালোচকদের দ্বারা সিদ্ধান্ত নেওয়া হয় যারা স্বাস্থ্য প্ল্যান বা রাষ্ট্রের জন্য কাজ করে না। এই পর্যালোচনাকারীগণ নিউইয়র্ক স্টেট দ্বারা অনুমোদিত যোগ্য লোক। পরিষেবাটি অবশ্যই প্ল্যানের বেনিফিট প্যাকেজে থাকতে হবে বা একটি পরীক্ষামূলক চিকিৎসা হতে হবে। আপনাকে বহিরাগত আপিলের জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে না।

আপনি স্টেটের কাছে আবেদন করার আগে:

1. আপনাকে অবশ্যই প্ল্যানের সাথে একটি অ্যাকশন আপিল দায়ের করতে হবে এবং পরিকল্পনার চূড়ান্ত প্রতিকূল সংকল্প পেতে হবে; **বা**
2. যদি আপনার একটি ফাস্ট ট্র্যাক অ্যাকশন আপিল থাকে এবং আপনি প্ল্যানের সিদ্ধান্তে সন্তুষ্ট না হন তবে আপনি প্ল্যানের সাথে একটি স্ট্যান্ডার্ড অ্যাকশন আপিল দায়ের করতে বা সরাসরি একটি বাহ্যিক আপিল করতে পারেন; **বা**
3. আপনি এবং প্ল্যানটি প্ল্যানের আপিল প্রক্রিয়াটি এড়িয়ে যেতে এবং সরাসরি বাহ্যিক আবেদনে যেতে সম্মত হতে পারেন

প্ল্যানের চূড়ান্ত প্রতিকূল সংকল্প পাওয়ার পর আপনার কাছে বাহ্যিক আপিলের জন্য জিজ্ঞাসা করার জন্য 45 দিন আছে। আপনি এবং প্ল্যান যদি প্ল্যানের আপিল প্রক্রিয়াটি এড়িয়ে যেতে রাজি হন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই সেই চুক্তি করার 45 দিনের মধ্যে বাহ্যিক আপিলের জন্য বলতে হবে।

আপনি যদি ব্যবহার করতে চান তাহলে অতিরিক্ত আপীল আপনার স্বাস্থ্য প্লানে উপলব্ধ থাকতে পারে। যাইহোক, যদি আপনি একটি বাহ্যিক আপিল চান, তাহলেও আপনাকে অবশ্যই প্ল্যানটি আপনাকে চূড়ান্ত প্রতিকূল সংকল্পের নোটিশ দেওয়ার সময় থেকে বা যখন আপনি এবং প্ল্যান প্ল্যানের আপিল প্রক্রিয়া মওকুফ করতে সম্মত হন তার 45 দিনের মধ্যে স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ ইন্স্যুরেন্সে আবেদন করতে হবে।

**আপনি যদি সময়মতো বহিরাগত আপিলের জন্য আবেদন না করেন তাহলে আপনি একটি বাহ্যিক আপিলের অধিকার হারাবেন।**

একটি বাহ্যিক আপিলের জন্য জিজ্ঞাসা করতে, একটি আবেদন পূরণ করুন এবং রাজ্য বীমা বিভাগে পাঠান। আপিল ফাইল করার জন্য সাহায্যের প্রয়োজন হলে আপনি সদস্য সেবাকে 1-800-303-9626 নম্বরে কল করতে পারেন। আপনি ও আপনার ডাক্তারকে আপনার চিকিৎসা সমস্যা সম্পর্কে তথ্য প্রদান করতে হবে।

আপিল করবার কিছু উপায় এখানে দেওয়া হলো:

- স্টেট বীমা বিভাগকে এখানে কল করুন: 1-800-400-8882
- রাজ্য বীমা বিভাগের ওয়েবসাইট [www.ins.state.ny.us](http://www.ins.state.ny.us)-এ যান।
- 1-800-303-9626 নম্বরে স্বাস্থ্য প্ল্যানের সাথে যোগাযোগ করুন

আপনার বাহ্যিক আপিলের সিদ্ধান্তটি 30টি কার্যদিবসের মধ্যে নেওয়া হবে। আরো সময় (পাঁচ কর্মদিবস পর্যন্ত) দরকার হতে পারে যদি বহিঃস্থ আপীল পর্যালোচনাকারী আরো তথ্য চান। সিদ্ধান্ত নেওয়ার দুই দিন পর আপনাকে ও প্ল্যানকে চূড়ান্ত সিদ্ধান্ত জানানো হবে।

আপনি দ্রুত সিদ্ধান্ত নিতে পারেন যদি আপনার ডাক্তার বলেন যে বিলম্ব আপনার স্বাস্থ্যের জন্য গুরুতর ক্ষতির কারণ হবে। একে **দ্রুত বাহ্যিক আপিল** বলা হয়। বাহ্যিক আপিল পর্যালোচক তিন দিন বা তার কম সময়ের মধ্যে একটি দ্রুত আপিলের সিদ্ধান্ত নেবেন। পর্যালোচনাকারী ফোনের বা ফ্যাক্স-এর মাধ্যমে সঙ্গে সঙ্গেই আপনাকে ও প্ল্যানকে সিদ্ধান্ত জানাবেন। পরবর্তীতে আপনাকে সিদ্ধান্ত জানানোর জন্য একটি চিঠি পাঠানো হবে।

## **অভিযোগ করার পদ্ধতি**

### **অভিযোগ:**

আমরা আশা করি যে আমাদের স্বাস্থ্য প্ল্যান আপনাকে ভালোভাবে সেবা দিতে পেরেছে। আপনার কোনো সমস্যা হলে, আপনার PCP-এর সাথে কথা বলুন বা মেম্বার সার্ভিসে কল করুন বা লিখুন। বেশিরভাগ সমস্যা সাথে সাথেই সমাধান করা যায় না। আপনার পরিচর্যা বা পরিষেবা নিয়ে আপনার কোনো সমস্যা বা ঝামেলা থাকে তাহলে আপনি প্ল্যানে অভিযোগ করতে পারেন। ফোনের মাধ্যমে সমস্যাগুলো সঙ্গে সঙ্গে সমাধান করা যায় না এবং চিঠির মাধ্যমে আসা যে কোনো অভিযোগ নিচে বর্ণিত উপায়ে আমাদের অভিযোগ কর্মপ্রক্রিয়ায় ব্যবস্থাপনা করা

হয়।

আপনি যাকে বিশ্বাস করেন তাকে (যেমন একজন আইনি প্রতিনিধি, পরিবারের সদস্য বা বন্ধু) আপনার হয়ে অভিযোগ দায়ের করতে বলতে পারেন। আপনার যদি শ্রবণশক্তি বা দৃষ্টিশক্তির প্রতিবন্ধকতার কারণে আমাদের সাহায্যের প্রয়োজন হয়, অথবা আপনার যদি অনুবাদ পরিষেবার প্রয়োজন হয়, অথবা ফর্মগুলি ফাইল করার জন্য সাহায্যের প্রয়োজন হয় তাহলে আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি। আমরা আপনার জন্য জিনিসগুলো কঠিন করব না বা অভিযোগ দাখিল করার জন্য আপনার বিরুদ্ধে কোনো ব্যবস্থা নেবো না।

**1-800-206-8125** নম্বরে আপনার অভিযোগের বিষয়ে নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথের সাথে যোগাযোগ করার বা এখানে লিখতে আপনার অধিকার রয়েছে: NYSDOH Office of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Coming Tower ESP, Albany, NY 12237। আপনি যেকোনো সময় আপনার অভিযোগ নিয়ে আপনার স্থানীয় সমাজসেবা বিভাগের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। আপনার অভিযোগ যদি বিলিং সমস্যায় জড়িত থাকে তাহলে আপনি নিউ ইয়র্ক স্টেট ইন্স্যুরেন্স ডিপার্টমেন্টকে **1-800-342-3736** নম্বরে কল করতে পারেন।

### **প্ল্যানের সাথে কীভাবে অভিযোগ দায়ের করবেন:**

ফোনে ফাইল করতে, সদস্য সেবাতে কল করুন **1-800-303-9626** এ সোমবার থেকে শনিবার সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা পর্যন্ত। যদি আপনি কর্মঘণ্টার পরে কল করেন তাহলে মেসেজ দিন। আমরা পরের কর্মদিবসে আপনাকে কল করব। যদি আমাদের সিদ্ধান্ত নিতে আরো বেশি তথ্যের দরকার হয়, তাহলে আমরা আপনাকে বলবো।

আপনি লিখিতভাবে আপনার অভিযোগ জমা দিতে পারেন। এটি চিঠি আকারে পাঠাতে হবে নিচের ঠিকানায়:

**MetroPlus Health Plan**  
**50 Water Street, 7th Floor**  
**New York, NY 10004**

**বিষয়: সদস্য সেবা**

## এরপরে কী হবে:

আমরা যদি ফোনে বা আপনার লিখিত অভিযোগ পাওয়ার পরেই সমস্যাটির সমাধান না করি, আমরা 15টি কার্যদিবসের মধ্যে আপনাকে একটি চিঠি পাঠাব। চিঠিতে যা থাকবে তা হল:

- আপনার অভিযোগ নিয়ে কে কাজ করছেন
- এই ব্যক্তির সাথে কিভাবে যোগাযোগ করা যায়
- আমাদের আরো বেশি তথ্যের দরকার আছে কিনা

আপনার অভিযোগ এক বা একাধিক যোগ্য ব্যক্তি দ্বারা পঠিত হবে। যদি আপনার অভিযোগের সাথে ক্লিনিক্যাল বিষয় জড়িত থাকে তবে আপনার কেস এক বা একাধিক যোগ্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার দ্বারা পর্যালোচনা করা হবে

## আমরা আপনার অভিযোগ পর্যালোচনা করার পরে:

- আপনার অভিযোগের উত্তর দেবার জন্য দরকারী সব তথ্য আমাদের কাছে থাকলে আমরা 45 দিনের মধ্যে আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্ত জানাবো, কিন্তু আমরা আপনার অভিযোগ পাওয়ার 60 দিনের মধ্যে আমাদের কাছ থেকে জানতে পারবেন। আমরা আপনার কাছে লিখিত বা মৌখিকভাবে আমাদের সিদ্ধান্তের কারণগুলো আপনাকে বলবো।
- বিলম্ব যদি আপনার স্বাস্থ্যের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ হয়ে থাকে, তাহলে অভিযোগের উত্তর দেবার জন্য সকল দরকারী তথ্য আমাদের কাছে থাকলে 48 ঘণ্টার মধ্যে আমরা আপনাকে সিদ্ধান্ত জানাবো, কিন্তু আমরা আপনার অভিযোগ পাওয়ার 7 দিনের মধ্যে আমাদের কাছ থেকে জানতে পারবেন। আমরা আপনাকে ফোন করব আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্ত জানাতে অথবা চেষ্টা করব আপনার কাছে পৌঁছে সিদ্ধান্ত জানাতে। 3 কর্মদিবসের মধ্যে আমাদের যোগাযোগের ফলো-আপের জন্য আপনি একটি চিঠি পাবেন।
- আপনি যদি সন্তুষ্ট না হয়ে থাকেন তাহলে কিভাবে আমাদের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে হবে তা আপনাকে বলা হবে ও আপনার দরকার হতে পারে এমন যে কোনো ফর্ম আমরা সংযুক্ত করে দেব।
- আমাদের কাছে পর্যাপ্ত তথ্য না থাকার কারণে যদি আমরা আপনার অভিযোগ সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে না পারি, তাহলে আমরা একটি চিঠি

পাঠাব এবং আপনাকে জানাব।

### **অভিযোগের আপিল:**

আপনার অভিযোগ সম্বন্ধে আমরা যে সিদ্ধান্ত নিয়েছি তাতে সম্মত না হলে, আপনি বা আপনার বিশ্বাসযোগ্য কেউ প্ল্যানে **অভিযোগ আপীল** দাখিল করতে পারেন।

### **অভিযোগের আপিল কীভাবে করবেন:**

- আমরা যা সিদ্ধান্ত নিয়েছি তাতে আপনি সন্তুষ্ট না হলে, আপিল করার জন্য আমাদের কাছ থেকে শুনানির পর আপনার কাছে 90টি ক্যালেন্ডার দিবস আছে;
- আপনি নিজে বা আপনার বিশ্বাসযোগ্য কাউকে আপনার হয়ে অভিযোগ দাখিল করতে বলতে পারেন;
- আপিলটি লিখিতভাবে করতে হবে। আপনি যদি ফোনে আবেদন করেন তবে তা অবশ্যই লিখিতভাবে অনুসরণ করতে হবে।

### **আমরা আপনার অভিযোগের আবেদন পাওয়ার পর কী হবে:**

আমরা আপনার অভিযোগ পাওয়ার পর 15 কর্মদিবসের মধ্যে আমরা একটি চিঠি আপনাকে পাঠাবো। চিঠিতে যা থাকবে তা হল:

- আপনার অভিযোগের আপিল নিয়ে কে কাজ করছেন
- এই ব্যক্তির সাথে কিভাবে যোগাযোগ করা যায়
- আমাদের আরো বেশি তথ্যের দরকার আছে কিনা

আপনার অভিযোগ সম্বন্ধে প্রথমে যারা সিদ্ধান্ত নিয়েছিলেন তাদের চেয়ে উচ্চতর যোগ্যতার এক বা অধিক লোকজন আপনার অভিযোগের আপিল পর্যালোচনা করবেন। আপনার অভিযোগের আপিল যদি চিকিৎসা সংক্রান্ত বিষয়ে হয়, তাহলে আপনার ঘটনাটি পর্যালোচনা করবেন এক বা অধিক স্বাস্থ্য পেশাগত ব্যক্তি যাদের মধ্যে কমপক্ষে একজন চিকিৎসক পর্যালোচক থাকবেন যিনি আপনার অভিযোগ সম্বন্ধে প্রথমবার সিদ্ধান্ত নেবার সাথে সংশ্লিষ্ট ছিলেন না।

আমাদের কাছে প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য থাকলে আপনি 30টি কার্যদিবসের মধ্যে আমাদের সিদ্ধান্তটি জানতে পারবেন। বিলম্ব যদি আপনার স্বাস্থ্যের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ হয়ে থাকে এবং যদি আবেদনের সিদ্ধান্ত নেবার জন্য প্রয়োজনীয় সকল তথ্য

আমাদের কাছে থাকে তাহলে আপনি 2 কর্মদিবসের মধ্যে আমাদের সিদ্ধান্ত জানতে পেরে যাবেন। প্রযোজ্য ক্ষেত্রে আমাদের সিদ্ধান্তের কারণ ও আমাদের মূলনীতি আপনাকে দেওয়া হবে। আপনি যদি এখনও সন্তুষ্ট না হন, তাহলে আপনি বা আপনার পক্ষ থেকে যে কোনো সময় নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ-এ 1-800-206-8125 নম্বরে অভিযোগ জানাতে পারেন।

## ত্রয়োদশ বিভাগ - সাধারণ বিধান

1. **কোন অ্যাসাইনমেন্ট নেই।** আপনি এই চুক্তির সুবিধা বরাদ্দ করতে পারবেন না। কোন নিয়োগ বা তা করার প্রচেষ্টা বিফল। অ্যাসাইনমেন্ট মানে এই চুক্তির দ্বারা প্রদত্ত সুবিধাগুলির জন্য আপনার অধিকারের অন্য ব্যক্তি বা সংস্থার কাছে হস্তান্তর।
2. **আইনি ব্যবস্থা।** আমরা এই চুক্তির অধীনে একটি পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করতে অস্বীকার করার তারিখ থেকে বারো (12) মাসের মধ্যে আপনাকে এই চুক্তির অধীনে আমাদের বিরুদ্ধে যেকোনো আইনি ব্যবস্থা নিতে হবে। আপনি যদি আমাদের বিরুদ্ধে ব্যক্তিগত আঘাত, অন্যায্যভাবে মৃত্যু বা প্রকৃত বা ব্যক্তিগত সম্পত্তির ক্ষতির দাবি করে কোনো আইনি ব্যবস্থা নিয়ে আসেন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই জেনারেল মিউনিসিপ্যাল ল বিভাগ 50-i দ্বারা প্রেসক্রাইব করা নব্বই (90) দিনের মধ্যে দাবির নোটিশ ফাইল করতে হবে।
3. **চুক্তি সংশোধন।** আমরা এই চুক্তি পরিবর্তন করতে পারি যদি পরিবর্তনটি নিউ ইয়র্ক স্টেটের সুপারিনটেনডেন্ট অফ ইন্স্যুরেন্স দ্বারা অনুমোদিত হয়। যেকোনো পরিবর্তনের জন্য আমরা আপনাকে কমপক্ষে 30 দিনের লিখিত নোটিশ দেব।
4. **মেডিকেল রেকর্ড।** আমরা আপনার মেডিকেল রেকর্ডের গোপনীয়তা রক্ষা করতে সম্মত। এই চুক্তি পরিচালনা করার জন্য, হাসপাতাল, চিকিৎসক বা অন্যান্য প্রদানকারী যারা আপনাকে চিকিৎসা করেছেন তাদের কাছ থেকে আপনার মেডিকেল রেকর্ড প্রাপ্ত করার জন্য আমাদের প্রয়োজন হতে পারে। আপনি যখন এই চুক্তির আওতায় আসবেন, তখন আপনি আমাদেরকে এই ধরনের রেকর্ডগুলি পাওয়ার এবং ব্যবহার করার অনুমতি দেবেন।
5. **কে এই চুক্তির অধীনে অর্থপ্রদান পাবে।** আমরা আপনাকে পরিষেবা প্রদানের জন্য সরাসরি অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীদের অর্থ প্রদান করব। আপনি যদি অন্য কোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে কভারড পরিষেবা পান, আমরা আপনাকে বা প্রদানকারীকে অর্থ প্রদান করার অধিকার সংরক্ষণ করব।
6. **বিজ্ঞপ্তি** এই চুক্তির অধীনে যেকোন বিজ্ঞপ্তি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের মেইল, ডাক প্রিপেইড, নিম্নরূপ সম্বোধন করে দেওয়া যেতে পারে:

যদি  
আমাদের  
কাছে: MetroPlus Health Plan  
50 Water Street, 7th Floor  
New York, NY 10004

যদি  
আপনার  
কাছে: তালিকাভুক্তি বা ঠিকানা  
পরিবর্তনের অফিসিয়াল  
ফর্মে আপনার দেওয়া  
সাম্প্রতিক ঠিকানায়।

## অংশ -II

### METROPLUSHEALTH ইনফরমেশন এন্ড স্পেশাল সার্ভিসেস

#### A-METROPLUS HEALTH PLAN সম্পর্কে

**MetroPlus Health Plan** হল একটি স্বাস্থ্য রক্ষণাবেক্ষণ সংস্থা (একটি "HMO") যা প্রতিরোধমূলক পরিচর্যার কভারেজ সহ অসুস্থতা এবং আঘাতের চিকিৎসার জন্য সম্পূর্ণ পরিসরে স্বাস্থ্যসেবা সুবিধা প্রদান করে। প্ল্যানটি নিউ ইয়র্ক সিটি হেলথ অ্যান্ড হসপিটালস কর্পোরেশন (HHC) এর মালিকানাধীন এবং পরিচালিত। আমাদের অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীদের মধ্যে HHC-এর অনেক হাসপাতাল এবং স্বাস্থ্য কেন্দ্রের পাশাপাশি আপনার কমিউনিটির অন্যান্য অনেক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

নিম্নলিখিত ঠিকানায় MetroPlus Health Plan ব্যবসায়িক অফিস রয়েছে:

MetroPlus Health Plan  
50 Water Street, 7th Floor  
New York, NY 10004

#### B - METROPLUS HEALTH এর সাথে শুরু করা হচ্ছে

**অভ্যর্থনা পত্র, সনাক্তকরণ (ID) কার্ড এবং প্রেসক্রিপশন কার্ড:** আপনার তালিকাভুক্তি প্রক্রিয়াকরণের পরে, আমরা আপনাকে একটি অভ্যর্থনা পত্র পাঠাব যে তারিখে আপনার কভারেজ শুরু হবে। আপনার সদস্যপদ কার্যকর হওয়ার স্বল্পকালের মধ্যেই আপনার MetroPlus Child Health Plus আইডেন্টিফিকেশন (আইডি) কার্ড এবং প্রেসক্রিপশন কার্ড পাওয়া উচিত। আপনার পরিচয়পত্র আপনার নাম, ঠিকানা, সনাক্তকরণ নম্বর, আপনার প্রাথমিক যত্ন প্রদানকারীর নাম এবং টেলিফোন নম্বর এবং আপনার "কার্যকর তারিখ" (আপনার বীমা কভারেজ শুরু হওয়ার তারিখ) দেখাবে। যদি এই তথ্যগুলির মধ্যে কোনটি ভুল হয় বা আপনি মেইলে একটি কার্ড না পান, তাহলে অনুগ্রহ করে সদস্য সেবাকে টোল-ফ্রি 1-800-303-9626 নম্বরে কল করুন। আপনার ID কার্ড আসার আগে আপনার পরিষেবার প্রয়োজন হলে, আপনি আপনার প্রদানকারীকে অভ্যর্থনা পত্রটি দেখাতে পারেন। আপনার কভারেজ নিশ্চিত করতে আপনার প্রদানকারী সদস্য সেবাতে কল করতে পারেন।

**নতুন সদস্যদের জন্য ওরিয়েন্টেশন সেশন:** আপনি MetroPlus Health Plan যোগদান করলে, আপনি নতুন সদস্যদের জন্য একটি ওরিয়েন্টেশন সেশনে আমন্ত্রণ জানিয়ে একটি চিঠি পাবেন। ওরিয়েন্টেশন সেশনটি আপনার কমুনিটির একটি সুবিধাজনক স্বাস্থ্যসেবা স্থলে অনুষ্ঠিত হবে। একজন MetroPlusHealth সদস্য সেবা প্রতিনিধি আপনাকে আপনার Child Health Plus সুবিধা এবং প্ল্যানটি কীভাবে ব্যবহার করবেন সে সম্পর্কে আরও জানাবেন। আমরা আশা করি আপনি উপস্থিত থাকবেন।

**বেসলাইন শারীরিক পরীক্ষা।** একটি "বেসলাইন" হলো একটি সম্পূর্ণ চেক-আপ। আমরা এটি সুপারিশ করি এবং এটির জন্য অর্থ প্রদান করি। আপনার PCP সম্পূর্ণ স্বাস্থ্য তথ্য সংগ্রহ করবে যাতে তিনি ফলো-আপ ভিজিটের সময়সূচী এবং সেইসাথে ইমিউনাইজেশন (রোগ প্রতিরোধ করার জন্য শট) সুপারিশ করতে সক্ষম হন। বেসলাইন পরীক্ষাও আপনার PCP জানার একটি ভাল উপায়। **গুরুত্বপূর্ণ তথ্য:** নির্ধারিত বেসলাইন পরীক্ষার আগে যদি কোনো চিকিৎসা সমস্যা দেখা দেয়, অনুগ্রহ করে PCP-কে কল করুন এবং আগে থেকে অ্যাপয়েন্টমেন্ট বুক করুন।

PCP-তে প্রথম পরিদর্শনে, আপনাকে অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের থেকে মেডিকেল রেকর্ড পেতে একটি সম্মতি ফর্মে স্বাক্ষর করতে বলা হতে পারে। এটা রুটিন। সম্পূর্ণ তথ্য থাকা প্রদানকারীদের সম্ভাব্য সর্বোত্তম যত্ন দিতে সাহায্য করে।

**অ্যাপয়েন্টমেন্টের সময়সূচী।** অ্যাপয়েন্টমেন্ট করতে বা পরিবর্তন করতে, আপনার স্বাস্থ্যসেবা সাইটে কল করুন। আপনি যদি এটি বাতিল বা পরিবর্তন করতে চান, দয়া করে যত তাড়াতাড়ি সম্ভব কল করুন। আপনি যদি পারেন, নির্ধারিত অ্যাপয়েন্টমেন্টের কমপক্ষে 24 ঘন্টা আগে কল করুন। এইভাবে, আপনি অন্য কারোর জন্য সময় খালি করবেন। আপনি যখন কল করবেন, তখন আপনার নাম, MetroPlusHealth Child Health Plus আইডি নম্বর এবং মেডিকেল রেকর্ড নম্বর দিতে প্রস্তুত থাকবেন।

### **C - সদস্যের দায়িত্বসমূহ**

আমরা আপনাকে দ্রুত, বিনয়ী, মানসম্পন্ন স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের জন্য প্রতিশ্রুতিবদ্ধ। আপনি আমাদের এটি করতে সাহায্য করতে পারেন:

1. আপনার MetroPlusHealth Child Health Plus আইডি কার্ড এবং ফার্মেসি বেনিফিট কার্ড সবসময় বহন করুন।
2. আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্ট রাখা এবং সময়মত তাদের জন্য পৌঁছানো। আপনি যদি একটি অ্যাপয়েন্টমেন্ট বাতিল করতে চান, তাহলে অনুগ্রহ করে অন্তত 24 ঘন্টা আগে অথবা যত তাড়াতাড়ি সম্ভব তা করুন।
3. আপনার PCP-কে গর্ভাবস্থার মতো মেডিকেল স্ট্যাটাসের কোনো পরিবর্তন সম্পর্কে জানানো।
4. প্রয়োজনে পূর্বের অনুমোদন এবং লিখিত রেফারেল প্রাপ্ত করা।
5. প্রতি বছর পুনর্পর্যায়ন করার কথা মনে রাখবেন যাতে আপনার সদস্যপদ চলতে থাকে।

6. আপনার ঠিকানা বা ফোন নম্বর পরিবর্তিত হলে সদস্য সেবাকে জানানো।

#### **D - আপদকালীন এবং জরুরি পরিচর্যা**

আপদকালীন অবস্থায়, 911 এ কল করুন এবং নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন বা অবিলম্বে নিকটতম আপদকালীন কক্ষে যান। এখানে আপদকালীন অবস্থার কিছু উদাহরণ রয়েছে:

- হাড় ভাঙা
- শ্বাসকষ্ট
- খিঁচুনি বা ফিট
- প্রচুর রক্তক্ষরণ
- একটি হাত বা পা হারানোর বিপদ
- ওষুধের অতিরিক্ত মাত্রা
- চেতনা হারানো
- পক্ষাঘাত
- বাকশক্তি হারানো
- তীব্র বুক ব্যথা
- হৃদরোগ
- স্ট্রোক

আপনি যদি গর্ভবতী হন, আপদকালীন লক্ষণগুলির মধ্যে যোনি থেকে রক্তপাত, তীব্র পেটে ব্যথা বা ক্র্যাম্প বা আপনার জল ভেঙ্গে যাওয়া বা লিক হওয়া এইগুলি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

**বিঃদ্রঃ:** আপনি যদি কোনো আপদকালীন কক্ষে যান (সেটি অংশগ্রহণকারী হাসপাতালে থাকুক বা না থাকুক), আপনাকে বা অন্য কাউকে অবশ্যই পরবর্তী ব্যবসায়িক দিনের মধ্যে 1-800-303-9626 নম্বরে গ্রাহক পরিষেবা বিভাগে কল করতে হবে। আমরা আপনার PCP-কে আপদকালীন কক্ষে পরিদর্শন সম্পর্কে বলব যাতে আপনি সঠিক ফলো-আপ পরিচর্যা পেতে পারেন।

**বেশ আপদকালীন নয় -- কিন্তু জরুরি!** একটি জরুরি সমস্যা গুরুতর, কিন্তু আপদকালীন কক্ষের পরিষেবার প্রয়োজন নেই। সমস্যাগুলির কিছু উদাহরণ যা সাধারণত জরুরি অবস্থার চেয়ে আপদকালীন সেগুলি হলো:

- একটি তীব্র ফলু
- জ্বর
- একটি তীব্র কানের ব্যথা

যদি কোন জরুরি সমস্যা হয় বা আপনি নিশ্চিত না হন যে সমস্যাটি কতটা গুরুতর, ব্যবসার সময়ে (সকাল 8:30 থেকে বিকাল 5:30) আপনার PCP-এর অফিসে কল করুন। আপনাকে PCP-এর সাথে জরুরি অ্যাপয়েন্টমেন্ট দেওয়া হবে বা একজন চিকিৎসা পেশাদার আপনাকে বলবেন কোন যত্নের প্রয়োজন আছে।

**PCP এর অফিস বন্ধ হলে কী হবে?** চিন্তা করবেন না। 1-800-442-2560 নম্বরে 24-ঘন্টা হেলথ কেয়ার হটলাইনে কল করুন। অপারেটরকে আপনার নাম, আপনার Child Health Plus ID নম্বর, আপনার PCP এর নাম এবং PCP এর অফিসের অবস্থান দিন। সমস্যাটি ব্যাখ্যা করুন। আমরা:

- আপনাকে একটি প্রদানকারীর সাথে সরাসরি যোগাযোগ করাবো, বা
- আপনাকে নিকটতম আপদকালীন কক্ষে যেতে নির্দেশ করব।

## E - বিশেষ পরিস্থিতিতে পরিচর্যা পাওয়া

**একজন বিশেষজ্ঞের কাছে রেফারেল।** একজন বিশেষজ্ঞকে দেখাতে, আপনাকে প্রথমে PCP থেকে একটি রেফারেল পেতে হবে। PCP আপনাকে কোন বিশেষজ্ঞের সাথে দেখা করতে হবে তা নির্ধারণ করে এবং একটি রেফারেল ফর্ম ভর্তি করে। রেফারেল ফর্মটি বিশেষজ্ঞের কাছে ফ্যাক্স বা মেইল দ্বারা পাঠানো হয় অথবা আপনি বিশেষজ্ঞের কাছে ফর্মটির একটি অনুলিপি নিতে পারেন। আপনার PCP আপনাকে বিশেষজ্ঞের সাথে অ্যাপয়েন্টমেন্ট করতে সাহায্য করতে পারেন। গ্রাহক চুক্তির বিভাগ 7 (এই পুস্তিকাটির অংশ 1) কখন একজন বিশেষজ্ঞ আপনার PCP হতে পারেন এবং বিশেষজ্ঞ এবং বিশেষ পরিচর্যা কেন্দ্রের কাছে স্থায়ী রেফারেল সম্পর্কে তথ্য প্রদান করে।

আমাদের যদি MetroPlusHealth নেটওয়ার্কে এমন একজন বিশেষজ্ঞ না থাকেন যিনি আপনাকে আপনার প্রয়োজনীয় পরিচর্যা দিতে পারেন, আমরা নেটওয়ার্কের বাইরে আপনার জন্য এমন একজনকে খুঁজে পাব। আপনি বিশেষজ্ঞের সাথে দেখা করার আগে, আপনার ডাক্তারকে অবশ্যই MetroPlusHealth কে রেফারেলের জন্য জিজ্ঞাসা করতে হবে। আপনার যদি অবিলম্বে একজন বিশেষজ্ঞের সাথে দেখা করার প্রয়োজন হয়, কারণ আপনার একটি আপদকালীন অবস্থা রয়েছে, আপনার ডাক্তারকে রেফারেলের জন্য ডাকতে হবে না।

রেফারেল পেতে, আপনার চিকিৎসক অবশ্যই আমাদেরকে কিছু তথ্য দেবেন। একবার আমরা এই সমস্ত তথ্য পেয়ে গেলে, আমরা 3টি কর্মদিবসের মধ্যে সিদ্ধান্ত নেব আপনি যদি নেটওয়ার্কের বাইরের বিশেষজ্ঞকে দেখাতে পারেন। কিন্তু, সিদ্ধান্ত করতে আপনার অনুরোধ পাওয়ার তারিখ থেকে আমরা কখনোই 14 দিনের বেশি সময় নেব না। যদি আপনার চিকিৎসক মনে করেন যে বিলম্ব আপনার স্বাস্থ্যের পক্ষে মারাত্মক ক্ষতি করবে তাহলে আপনি বা আপনার চিকিৎসক একটি ফাস্ট ট্র্যাক পর্যালোচনার জন্য বলতে পারেন। সেক্ষেত্রে, আমরা সিদ্ধান্ত নেব এবং 3টি কর্মদিবসের মধ্যে আপনার সাথে যোগাযোগ করব।

আপনি যদি MetroPlusHealth সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হন তবে আপনি একটি আপিল দায়ের করতে পারেন (কীভাবে এটি করতে হয় তার জন্য এই হ্যান্ডবুকের পৃষ্ঠা 28 দেখুন)। এছাড়াও আপনি MetroPlusHealth গ্রাহক পরিষেবাকে 1-800-303-9626 নম্বরে কল করতে পারেন।

যদি আপনার PCP বা MetroPlusHealth আপনাকে আমাদের নেটওয়ার্কের বাইরের কোনো প্রদানকারীর কাছে নির্দেশ করেন, তাহলে এই হ্যান্ডবুকে বর্ণিত কোনো সহ-

প্রদান ছাড়া অন্য কোনো খরচের জন্য আপনি দায়ী নন।

**Ob/Gyn পরিষেবার জন্য স্ব-রেফারেল।** MetroPlusHealth Ob/Gyn প্রদানকারীর সাথে অ্যাপয়েন্টমেন্ট নিতে আপনার PCP থেকে রেফারেলের প্রয়োজন নেই। এই প্রদানকারী একজন প্রসূতি বিশেষজ্ঞ, গাইনোকোলজিস্ট, নার্স প্র্যাকটিশনার বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত মিডওয়াইফ হতে পারেন।

**এইচআইভি পরীক্ষা এবং কাউন্সেলিং।** সমস্ত এইচআইভি পরীক্ষা এবং কাউন্সেলিং গোপনীয়। আপনি যদি পরীক্ষা করতে চান, আপনি একটি MetroPlusHealth প্রদানকারীর কাছে যেতে পারেন। অথবা, আপনি নিউ ইয়র্ক সিটি বা নিউ ইয়র্ক স্টেটের বেনামী পরীক্ষার প্রোগ্রামে যেতে পারেন যেখানে শুধুমাত্র আপনি আপনার পরীক্ষার ফলাফল জানতে পারবেন। যেভাবেই হোক, আপনার রেফারেলের প্রয়োজন নেই।

**আপনি গর্ভবতী হলে,** আপনি এবং আপনার শিশু Medicaid-এর জন্য উপযোগী হতে পারেন। এই যদি হয় তাহলে আমরা আপনাকে বলব কিভাবে খুঁজে বের করতে হবে। 1-800-303-9626 নম্বরে সদস্য সেবাতে কল করুন।

**মাস্টেক্টমি সম্পর্কিত পরিষেবা।** যদি আপনার মাস্টেক্টমি থাকে, তাহলে স্তন, কৃত্রিম অঙ্গ এবং মাস্টেক্টমি (লিম্ফেডেমা সহ) থেকে সৃষ্ট জটিলতার চিকিৎসার মাধ্যমে প্রতিসাম্য অর্জন করতে আপনি পুনর্গঠন এবং অস্ত্রোপচার সহ মাস্টেক্টমি-সম্পর্কিত পরিষেবা পেতে পারেন। আরও তথ্যের জন্য, সদস্য সেবাকে 1-800-303-9626 নম্বরে কল করুন।

## F - ইউটিলাইজেশন রিভিউ

ইউটিলাইজেশন রিভিউ হল চিকিৎসার জন্য প্রয়োজনীয় পরিচর্যা এবং MetroPlusHealth দ্বারা অনুমোদিত বা অর্থ প্রদান করা হবে কিনা তা সিদ্ধান্ত নেওয়ার প্রক্রিয়া। আমাদের UR কর্মীরা সোমবার থেকে শুক্রবার সকাল 8:30 টা থেকে বিকাল 5:00 টা পর্যন্ত উপলব্ধ।

আপনি সদস্য সেবাকে 1-800-303-9626 নম্বরে কল করতে পারেন অথবা আপনি 212-908-8521 নম্বরে ফ্যাক্সের মাধ্যমে ইউটিলাইজেশন পর্যালোচনার জন্য আপনার অনুরোধ পাঠাতে পারেন। একজন সদস্য সেবা প্রতিনিধি প্রক্রিয়া সম্পর্কে আপনার থাকার যে কোন প্রশ্নের উত্তর দেবেন এবং যদি প্রয়োজন হয় তাহলে আপনার কলটিকে ইউটিলাইজেশন রিভিউ (UR) ডিপার্টমেন্টে স্থানান্তরিত করবেন।

আমাদের কাছে একটি 24-ঘন্টা হেলথ কেয়ার হটলাইন নম্বর রয়েছে 1-800-442-2560  
আপনার যদি কোনো চিকিৎসা সমস্যায় তাৎক্ষণিক সহায়তার প্রয়োজন হয় তখন  
ব্যবহার করার জন্য। UR কর্মী পরের কর্মদিবসে আপনার বার্তাটির উত্তর দেবেন।

**পূর্ব অনুমোদন:** নির্দেশিত হিসাবে নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলি অবশ্যই আপনার PCP  
বা MetroPlusHealth দ্বারা অগ্রিম (প্রাক-অনুমোদিত) অনুমোদিত হতে হবে।

PCP-গুলি রেফারেল অনুমোদন করতে পারে:

- বিশেষত্ব পরিচর্যা
- টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম।
- রেডিওলজি (MRI, CT, ইত্যাদি সহ)
- পরীক্ষাগার সেবা।
- হোম কেয়ার।
- শ্রবণ পরীক্ষা/অডিওলজি।

PCPsকে অবশ্যই MetroPlusHealth থেকে পূর্বে অনুমোদন পেতে হবে:

- একজন বিশেষজ্ঞের কাছে একটি স্থায়ী রেফারেল।
- একটি নির্বাচনী হাসপাতালে ভর্তি।
- একটি নির্বাচনী আউটপেশেন্ট প্রক্রিয়া।
- MetroPlusHealth নেটওয়ার্কে নেই এমন একজন প্রদানকারীর কাছে রেফারেল।

পূর্বে অনুমোদনের জন্য অনুরোধ করা হলে, MetroPlusHealth সিদ্ধান্ত নেওয়ার  
জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য পাওয়ার পর তিনটি কর্মদিবসের মধ্যে একটি UR সিদ্ধান্ত  
নেওয়া হবে এবং আপনাকে (বা একজন মনোনীত প্রতিনিধি) এবং আপনার  
স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে জানানো হবে।

**সমসাময়িক UR:** যখন আপনি বর্তমানে যে অনুমোদিত চিকিৎসা গ্রহণ করছেন  
তা চালিয়ে যাওয়ার বা প্রসারিত করার জন্য অনুমোদনের অনুরোধ করা হয়, আমরা  
সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য পাওয়ার পর একটি ব্যবসায়িক দিনের মধ্যে  
আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে ফোনে এবং লিখিতভাবে একটি সিদ্ধান্ত নেওয়া  
হবে এবং জানানো হবে।

**সেবা প্রদানের পর:** যখন ব্যবহার পর্যালোচনা ইতিমধ্যে প্রাপ্ত পরিষেবাগুলির জন্য

অর্থপ্রদানের বিষয়ে উদ্বেগ প্রকাশ করে, তখন সমস্ত প্রয়োজনীয় তথ্য প্রাপ্তির পরে ত্রিশ দিনের মধ্যে একটি সিদ্ধান্ত নেওয়া হবে এবং প্রদানকারীকে লিখিতভাবে জানানো হবে।

**MetroPlusHealth দ্বারা প্রয়োজনীয় সময়ের মধ্যে একটি প্রাথমিক UR নির্ধারণ করতে ব্যর্থ হলে** তা আপিলের সাপেক্ষে একটি প্রতিকূল সংকল্প বলে বিবেচিত হবে।

**প্রতিকূল সংকল্পের বিজ্ঞপ্তি:** যদি MetroPlusHealth সিদ্ধান্ত নেয় যে যে পরিষেবাগুলির জন্য অনুমোদন বা অর্থপ্রদানের অনুরোধ করা হয়েছে সেগুলি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় ছিল বা ছিল না, তখন আমরা সিদ্ধান্তের কারণগুলি বর্ণনা করব এবং সন্তুষ্ট না হলে আপনি বা আপনার প্রদানকারী কীভাবে আপিল করতে পারেন তা ব্যাখ্যা করব।

**পুনর্বিবেচনা এবং আপিল:** আমরা যদি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সুপারিশকৃত পরিষেবাগুলি অনুমোদন না করার সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকি এবং আমরা সেই প্রদানকারীর সাথে কথা না বলি, তাহলে প্রদানকারী আমাদের সিদ্ধান্তটি পুনর্বিবেচনা করতে বলতে পারেন। অনুরোধের এক ব্যবসায়িক দিনের মধ্যে পুনর্বিবেচনা করা হবে। প্রতিকূল সিদ্ধান্তগুলি আপিল করা যেতে পারে। MetroPlusHealth UR আপিল এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটের বাহ্যিক আপিল সম্পর্কে তথ্যের জন্য এই পুস্তিকাটির (সাবস্ক্রাইবার কন্ট্রোল) অংশ I-এর বিভাগ 11 দেখুন।

MetroPlusHealth একটি প্রাক-অনুমোদিত চিকিত্সা পরিষেবা, বা পদ্ধতিকে পূর্ববর্তীভাবে বিপরীত করতে পারে, (1) যখন আমাদের কাছে উপস্থাপিত প্রাসঙ্গিক চিকিৎসা তথ্য প্রাক অনুমোদন পর্যালোচনার সময় উপস্থাপিত তথ্য থেকে বস্তুগতভাবে ভিন্ন হয়; এবং (2) প্রাক-অনুমোদনের সময় পূর্ববর্তী পর্যালোচনার সময় আমাদের কাছে উপস্থাপিত প্রাসঙ্গিক চিকিৎসা তথ্য বিদ্যমান ছিল কিন্তু আমাদের কাছে উপলব্ধ করা হয়নি বা আটকানো হয়েছে; এবং (3) প্রাক-অনুমোদন পর্যালোচনার সময় আমরা তথ্যের অস্তিত্ব সম্পর্কে সচেতন ছিলাম না; এবং (4) যদি আমরা এই তথ্য সম্পর্কে সচেতন থাকতাম, তবে অনুরোধ করা চিকিত্সা, পরিষেবা বা পদ্ধতি অনুমোদিত হত না। প্রাক অনুমোদন পর্যালোচনার সময় ব্যবহৃত একই নির্দিষ্ট মান, মানদণ্ড বা পদ্ধতি ব্যবহার করে সংকল্প করা হবে।

## **G - মেম্বার সার্ভিস সমূহ থেকে সাহায্য পাওয়া**

MetroPlusHealth সদস্য সেবা প্রতিনিধিরা আপনাকে সাহায্য করতে এখানে

আছেন। আপনার যদি কোনো সমস্যা, অভিযোগ বা শুধু তথ্যের প্রয়োজন হয়, এই পদক্ষেপগুলি অনুসরণ করুন:

1. টোল-ফ্রি নম্বর 1-800-303-9626 ব্যবহার করে সোমবার থেকে শনিবার সকাল ৪টা - বিকাল ৪টা পর্যন্ত সদস্য সেবাতে কল করুন। একজন সদস্য সেবা প্রতিনিধি সমস্যা সমাধান বা আপনার প্রয়োজনীয় তথ্য প্রদান করতে আপনাকে সাহায্য করবেন।
2. আপনি ব্যবসায়িক সময়ের বাইরেও একটি সদস্য সেবা সমস্যা নিয়ে কল করতে পারেন যা আপনি মনে করেন অপেক্ষা করতে পারবে না। একটি মেশিন আপনার কলের উত্তর দেবে এবং আপনাকে কী তথ্য সরবরাহ করতে হবে তা বলবে। একজন সদস্য সেবা প্রতিনিধি পরের ব্যবসায়িক দিনে আপনাকে ব্যক্তিগতভাবে কল করবেন।
3. মেম্বার সার্ভিসে কল করার মাধ্যমে আপনার যদি কোনো সমস্যা সমাধান না হয়, তাহলে আপনি আমাদের কাছে একটি আনুষ্ঠানিক অভিযোগ দায়ের করতে পারেন বা নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথের কাছে অভিযোগ করতে পারেন। (এটি কীভাবে করবেন সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য বিভাগ 11 দেখুন।)

যদিও আমাদের সদস্য সেবা প্রতিনিধিরা সর্বদা আপনার সমস্যা এবং উদ্বেগগুলি সমাধান করার জন্য আপনাকে সাহায্য করার চেষ্টা করবে, আপনার সর্বদা আপনার PCP-এর সাথে যোগাযোগ করা উচিত যে কোনো চিকিৎসা সমস্যা সম্পর্কে।

**H - যারা ইংরেজি বলতে পারেন না এবং যাদের শ্রবণশক্তি বা দৃষ্টিশক্তির প্রতিবন্ধকতা রয়েছে তাদের জন্য সহায়তা**

ইংরেজি ছাড়াও, এই পুস্তিকাটি স্প্যানিশ ভাষায়ও পাওয়া যায়। এটি ব্রেইলে এবং অডিওটেপেও পাওয়া যায়।

আমাদের প্রদানকারী ডিরেক্টরি ইংরেজি ছাড়াও প্রদানকারীদের দ্বারা কথ্য ভাষা তালিকাভুক্ত করেন। আমাদের অনেক প্রদানকারী সাইটে দোভাষী সেবা পাওয়া যায়। আমাদের সদস্য সেবার প্রতিনিধিরা আছেন যারা আপনাকে স্প্যানিশ, হাইতিয়ান ক্রেওল, রাশিয়ান এবং চাইনিজ ভাষায় সাহায্য করতে পারবেন। যদি প্রয়োজন হয় তাহলে, আমরা ATT ভাষা ব্যাক্কেসের মাধ্যমে দোভাষী পরিষেবার ব্যবস্থা করব।

TDD মেশিনে অ্যাক্সেস সহ শ্রবণ-প্রতিবন্ধী সদস্যরা প্রশ্ন সহ 1-800-881- 2812 কল

করতে পারেন।

## I - প্রতারণা প্রতিরোধ

আপনি স্বাস্থ্য সেবা জালিয়াতি প্রতিরোধ করতে সাহায্য করতে পারেন। আপনার MetroPlus Health Plan আইডেন্টিফিকেশন কার্ডটিকে আপনার ক্রেডিট কার্ডের মতো যত্ন করে রাখুন। অপরিচিত কাউকে আপনার ID নম্বর দেওয়ার ব্যাপারে সতর্ক থাকুন। কেউ আপনার কার্ড ব্যবহার করে জালিয়াতি করতে পারে। আপনার ID কার্ড হারিয়ে গেলে বা চুরি হয়ে গেলে, এখনই MetroPlusHealth মেম্বার সার্ভিসে কল করুন। এছাড়াও, আপনি যদি MetroPlusHealth-এর দ্বারা প্রদান করা পরিষেবাগুলির জন্য একটি বিল পান, সদস্য সেবাতে কল করুন।

## J - পেশাদার চিকিৎসা পরিচালনার অফিস

আপনার প্রদানকারীর লাইসেন্স সম্পর্কে আপনার প্রশ্ন থাকলে আপনি নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অফ প্রফেশনাল মেডিকেল কন্ট্রোল কল করতে পারেন। টোল ফ্রি কল করুন 1-800-663-6114 সোম থেকে শুক্রবার, সকাল 8:30 টা থেকে বিকাল 5 টার মধ্যে

## K - প্ল্যানের নীতি এবং পদ্ধতিতে সদস্য ইনপুট

MetroPlus Health Plan কে কিভাবে উন্নত করা যায় সে সম্পর্কে আমরা আপনার ধারণাকে স্বাগত জানাই। আমাদেরকে আপনার পরামর্শ দিতে, অনুগ্রহ করে কল করুন 1-800-303-9626 অথবা আমাদেরকে এখানে লিখুন:

MetroPlus Health Plan

50 Water Street, 7th Floor

New York, NY 10004

বিষয়: সদস্য সেবা বিভাগ (Member Services Department)

## L - প্রদানকারীকে পেমেন্ট করার পদ্ধতি

MetroPlusHealth দুটি উপায়ে পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করে। প্রাথমিক যত্নের জন্য, আমরা প্রতিটি MetroPlusHealth সদস্যের জন্য প্রতি মাসে একটি নির্দিষ্ট পরিমাণ অর্থ প্রদান করি। আপনি কতবার আপনার PCP পরিদর্শন করেন বা আপনি কতগুলি প্রাথমিক যত্নের পরিষেবা পান তা দ্বারা পরিমাণ প্রভাবিত হয় না। অন্যান্য সমস্ত পরিষেবার জন্য, প্রকৃতপক্ষে প্রদত্ত পরিষেবাগুলির জন্য আমাদের প্রদানকারীর দ্বারা বিল করা হয় এবং আমরা আমাদের চুক্তিতে নির্ধারিত হারে অর্থ

প্রদান করি। আমরা থামানো, লাভ ভাগাভাগি বা অন্যান্য অর্থপ্রদানের পদ্ধতি ব্যবহার করি না যা ডাক্তারদের কম পরিষেবা প্রদান করতে উৎসাহিত করতে পারে।

### **M - অনুরোধক্রমে আপনার কাছে উপলব্ধ অন্যান্য তথ্য**

নিম্নলিখিত তথ্য আপনার জন্য উপলব্ধ। এটির অনুরোধ করতে, অনুগ্রহ করে সদস্য সেবাতে কল করুন 1-800-303-9626.

- MetroPlusHealth অফিসার এবং পরিচালকদের নাম ও ঠিকানা।
- আমাদের অতি সম্প্রতি বার্ষিক আর্থিক বিবৃতির একটি অনুলিপি।
- বীমা ভোক্তা অভিযোগ তথ্য বিভাগ।
- MetroPlusHealth গোপনীয়তা সুরক্ষা পদ্ধতি।
- আমরা যে ঔষুধগুলির জন্য অর্থ প্রদান করব তার একটি তালিকা।
- মানসম্পন্ন পরিচর্যা নিশ্চিত করতে আমরা কী করি তার একটি বিবরণ।
- আমরা কীভাবে পরীক্ষামূলক বা তদন্তমূলক ঔষুধ, ডিভাইস বা চিকিৎসা অনুমোদন করার সিদ্ধান্ত নিই তার একটি বিবরণ।
- আমাদের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের MetroPlusHealth হাসপাতাল সম্পর্কিত তথ্য।
- MetroPlusHealth একটি নির্দিষ্ট অসুস্থতা বা চিকিৎসা সমস্যার জন্য যত্নের লিখিত চিকিৎসা মানদণ্ড (লিখিত অনুরোধের ভিত্তিতে)।
- MetroPlusHealth প্রদানকারী হওয়ার জন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের আবেদনের পদ্ধতি এবং ন্যূনতম যোগ্যতা।
- অগ্রিম নির্দেশাবলীর উপর অতিরিক্ত তথ্য।

### **N - MetroPlusHealth সদস্যদের অধিকারপত্র**

MetroPlus Health Plan সদস্যদের অধিকারপত্র যে সদস্যরা যে কোনও অংশগ্রহণকারী স্বাস্থ্য কেন্দ্রে পরিচর্যা পাচ্ছেন তাদের নিম্নলিখিত অধিকারগুলি দেয়:

1. আপনার শারীরিক এবং মানসিক অবস্থা নির্বিশেষে বিবেচনা, মর্যাদা এবং সম্মানের সাথে চিকিৎসা পাওয়ার অধিকার।
2. রোগ নির্ণয়, চিকিৎসা এবং ফলাফল সম্পর্কে সম্পূর্ণ তথ্য পাওয়ার অধিকার এমন একটি ভাষায় যা আপনি সহজেই বুঝতে পারবেন।
3. আপনার পরিচর্যার সাথে জড়িত যে কারো নাম, শিরোনাম এবং কার্যকারিতার সাথে সাথে তাদের পেশাগত যোগ্যতা সম্পর্কে তথ্য জানানোর অধিকার।
4. কোনো পদ্ধতি বা চিকিৎসা শুরু করার আগে অবহিত সম্মতি দেওয়ার জন্য

প্রয়োজনীয় তথ্য পাওয়ার অধিকার (আপদকালীন অবস্থা ছাড়া যখন অবহিত সম্মতি পাওয়া যায় না)।

5. আইন দ্বারা অনুমোদিত পরিমাণে চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করার অধিকার এবং চিকিৎসার অভাবের কারণে আপনি যে কোনও চিকিৎসা সমস্যা অনুভব করতে পারেন সে সম্পর্কে অবহিত করার অধিকার।
6. জরুরী কক্ষে পৌঁছানোর পরে প্রয়োজনীয় আপদকালীন চিকিৎসা সেবা পাওয়ার অধিকার।
7. গোপনীয় পরিচর্যা এবং চিকিৎসা পাওয়ার অধিকার এবং আইন দ্বারা প্রদত্ত ব্যতীত আপনার সমস্ত মেডিকেল রেকর্ডগুলি ব্যক্তিগত থাকার অধিকার।
8. ডিসচার্জ বা স্থানান্তরিত হওয়ার পরে আপনার থাকতে পারে এমন কোনো বিশেষ স্বাস্থ্য পরিচর্যার প্রয়োজন সম্পর্কে একজন ডাক্তার বা তার প্রতিনিধির দ্বারা বলার অধিকার।
9. আপনার সম্পূর্ণ জ্ঞান এবং সহমত না হওয়া পর্যন্ত আপনার পরিচর্যা বা চিকিৎসার অংশ হিসাবে গবেষণা এবং কোনো পরীক্ষামূলক চিকিৎসায় অংশ নিতে অস্বীকার করার অধিকার।
10. বয়স, জাতি, বর্ণ, ধর্ম, লিঙ্গ, যৌন অভিযোজন বা জাতীয় উৎস হিসাবে বৈষম্য ছাড়াই চিকিৎসা পাওয়ার অধিকার।
11. প্রতিশোধের ভয় ছাড়াই লিখিত অভিযোগ জানানোর অধিকার।
12. আপনার একটি অগ্রিম নির্দেশে অনুরোধ অনুযায়ী সিদ্ধান্ত নেওয়ার অধিকার।

## গুরুত্বপূর্ণ ফোন নম্বর

**MetroPlusHealth সদস্য সেবা থেকে সাহায্য পাওয়ার জন্য, 1-800-303-9626 (TDD: 1-800- 881-2812) এ কল করুন**

যদি আপনার কোনো প্রশ্ন বা অভিযোগ থাকে বা আপনার অন্য ধরনের সাহায্যের প্রয়োজন হয়, MetroPlusHealth সদস্য সেবাকে কল করুন (টোল ফ্রি) সকাল 8:00 টা থেকে রাত 8:00 টা। সোমবার থেকে শনিবার।

**ব্যবসার সময় স্বাস্থ্যসেবা (সকাল 8:30 থেকে বিকাল 5:30, সোমবার থেকে শুক্রবার পর্যন্ত)**

একটি অ্যাপয়েন্টমেন্ট নিতে বা তা পরিবর্তন করতে, অথবা যদি আপনার স্বাস্থ্য বা চিকিৎসা সম্পর্কে আপনার প্রশ্ন থাকে, আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে কল করুন। আপনার প্রদানকারীদের ফোন নম্বর এখানে লিখুন:

| নাম       | ফোন নম্বর |
|-----------|-----------|
| PCP:      |           |
| OB/GYN:   |           |
| অন্যান্য: |           |
| অন্যান্য: |           |

**স্বাভাবিক ব্যবসার সময়ের বাইরে, 24-ঘন্টা হেলথ কেয়ার হটলাইনে কল করুন: 1- 800-442-2560**

যদি আপনার ঘন্টার পর ঘন্টা বা সপ্তাহান্তে স্বাস্থ্য পরিচর্যার প্রয়োজন হয়, আমাদের 24-ঘন্টা হেলথ কেয়ার হটলাইনে কল করুন (টোল ফ্রি)। হটলাইন কর্মীরা আপনাকে আপনার PCP-এর সাথে যোগাযোগ করবে বা, যদি আপনার PCP-এর সাথে যোগাযোগ করা যায় না, অন্য MetroPlusHealth প্রদানকারী যে আপনার PCP এর সাথে কাজ করেন এবং আপনাকে সাহায্য করতে পারেন।

**আপদকালীন সেবা**

আপৎকালীন অবস্থায়, **911 এ কল করুন এবং নির্দেশাবলী অনুসরণ**

করুন বা নিকটস্থ আপদকালীন কক্ষে যান। আপদকালীন অবস্থা এবং  
আপদকালীন পরিষেবাগুলি পৃষ্ঠা 2 এ সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে।

## **MetroPlusHealth ইউটাইলাইজেশন রিভিউ**

চিকিৎসার জন্য প্রয়োজনীয় নয় এমন সিদ্ধান্তের পর্যালোচনার জন্য সদস্য সেবাকে 1-800-303-9626 নম্বরে কল করুন। একজন সদস্য সেবা প্রতিনিধি প্রক্রিয়া সম্পর্কে আপনার থাকা যে কোন প্রশ্নের উত্তর দেবেন এবং যদি প্রয়োজন হয় তাহলে আপনার কলটিকে ইউটাইলাইজেশন রিভিউ (UR) ডিপার্টমেন্টে স্থানান্তরিত করবেন।

**নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ কমপ্লেইন হটলাইন: 1-800-206-8125**



প্রিয় MetroPlusHealth সদস্য:

আজকাল অনেক লোকের মতো, আপনিও হয়তো ভাবছেন যে আপনার স্বাস্থ্য প্ল্যান গ্রহণ করা আপনার সম্পর্কে ব্যক্তিগত তথ্যের কী হবে। নিম্নলিখিত *গোপনীয়তা অনুশীলনের বিজ্ঞপ্তি* আপনাকে আপনার গোপনীয়তার অধিকার, MetroPlus Health Plan যে ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহ করে, সেই তথ্যের সাথে আমরা কী করি এবং এটিকে গোপনীয় ও সুরক্ষিত রাখার জন্য আমরা কী পদক্ষেপ গ্রহণ করি সে সম্পর্কে আপনাকে বলে।

গ্রাহকের গোপনীয়তার প্রতি আমাদের কোম্পানির প্রতিশ্রুতি নতুন নয়। MetroPlusHealth সদস্যরা যতদিন আমরা ব্যবসায় রয়েছি ততদিন তাদের ব্যক্তিগত তথ্য দিয়ে আমাদের বিশ্বাস করেছে। আমরা সেই বিশ্বাসকে মূল্য দিই এবং আপনার গোপনীয়তা রক্ষা করার জন্য আমাদের দায়িত্বকে গুরুত্ব সহকারে গ্রহণ করি।

দয়া করে নোটিশটি মনোযোগ সহকারে পড়ুন। কোন প্রতিক্রিয়ার প্রয়োজন নেই। আপনার যদি প্রশ্ন থাকে তবে আমরা তাদের উত্তর দিতে পেরে খুশি হব। অনুগ্রহ করে আমাদের সদস্য সেবা বিভাগকে **1-800-303-9626** নম্বরে কল করুন (TTY 1-800-881-2812)।

বিনীত,

MetroPlus Health Plan

## আপনার তথ্য।

## আপনার অধিকারসমূহ।

## আমাদের দায়িত্বসমূহ।

এই বিজ্ঞপ্তিতে আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য কীভাবে ব্যবহার করা ও প্রকাশ করা হতে পারে এবং কিভাবে আপনি এই তথ্য অ্যাক্সেস পেতে পারেন। **অনুগ্রহ করে এটি মন দিয়ে পড়ুন।**

### আপনার অধিকারসমূহ

আপনার স্বাস্থ্যের তথ্যের ক্ষেত্রে আপনার নির্দিষ্ট কিছু অধিকার রয়েছে। এই অংশটিতে আপনার অধিকার এবং আপনাকে সাহায্য করার ব্যাপারে আমাদের দায়িত্বসমূহের ব্যাখ্যা দেয়।

#### আপনার স্বাস্থ্য এবং দাবির রেকর্ডগুলির একটি প্রতিলিপি পান

- আপনি আপনার স্বাস্থ্যের ও দাবির রেকর্ডগুলির এবং আমাদের কাছে থাকা আপনার সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্যের একটি প্রতিলিপি দেখতে বা পেতে চাইতে পারেন। এটা কীভাবে করতে হয় আমাদের জিজ্ঞাসা করুন।
- আমরা আপনার স্বাস্থ্যের ও দাবির রেকর্ডের একটি প্রতিলিপি বা সারসংক্ষেপ, সাধারণতঃ আপনার অনুরোধের 30 দিনের মধ্যে, প্রদান করব। আপনার অনুরোধ করা প্রতিটি পৃষ্ঠার জন্য আমরা আপনাকে \$0.75 (75 সেন্ট) মূল্য ধার্য করব।

#### আমাদেরকে স্বাস্থ্যের ও দাবির রেকর্ডগুলি সংশোধন করতে বলুন।

- আপনি আমাদেরকে স্বাস্থ্যের ও দাবির রেকর্ডগুলি সংশোধন করতে বলতে পারেন, যদি আপনার মনে হয় যে সেগুলি বৈধ বা অসম্পূর্ণ। এটা কীভাবে করতে হয় আমাদের জিজ্ঞাসা করুন।
- আমরা আপনার অনুরোধে "না" বলতে পারি, কিন্তু কারণটি আমরা 60 দিনের মধ্যে লিখিতভাবে আপনাকে জানাব।

#### গোপনীয় যোগাযোগের অনুরোধ

- আপনি আমাদেরকে নির্দিষ্ট কোনো উপায়ে (উদাহরণস্বরূপ, বাড়ির বা দপ্তরের ফোনে) অথবা অন্য কোনো ঠিকানায় চিঠি দিয়ে যোগাযোগ করতে বলতে পারেন।
- আমরা যাবতীয় যুক্তিসঙ্গত অনুরোধ বিবেচনা করব এবং অবশ্যই "হ্যাঁ" বলব যদি আপনি বলেন যে আমরা না বললে আপনি বিপদে পড়তে পারেন।

পরের পৃষ্ঠায় চলবে

## আপনার অধিকারসমূহ (আগের পাতার পর)

- আমাদেরকে, আমরা কী ব্যবহার করতে বা শেয়ার করতে পারি, তা সীমায়িত করতে বলুন
- আপনি আমাদেরকে স্বাস্থ্যের নির্দিষ্ট কিছু তথ্য চিকিৎসার, অর্থপ্রদানের বা আমাদের ক্রিয়াকলাপের জন্য ব্যবহার বা শেয়ার না করতে বলতে পারেন।
  - আমাদের আপনার অনুরোধের সঙ্গে একমত হওয়ার প্রয়োজন নেই এবং আমরা "না" বলতে পারি যদি তা আপনার পরিচর্যাকে ব্যাহত করে

- আমরা যাদের সঙ্গে তথ্য শেয়ার করেছি তাদের একটি তালিকা পান
- আপনার বলা তারিখের ছয় বছর আগে আমরা কতবার আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য শেয়ার করেছি, আমরা কার সাথে এটি শেয়ার করেছি এবং কেন সেগুলির একটি তালিকা (অ্যাকাউন্টিং) চাইতে পারেন।
  - আমরা এর মধ্যে চিকিৎসার, অর্থপ্রদানের ও স্বাস্থ্য-পরিচর্যার ক্রিয়াকলাপের এবং অন্যান্য নির্দিষ্ট প্রকাশের সবগুলির উদ্ধৃতি অন্তর্ভুক্ত করবো (যেমন, আপনি আমাদেরকে যেমনটা করতে বলবেন)। আমরা বছরে একটি অ্যাকাউন্টিং বিনামূল্যে প্রদান করব কিন্তু আপনি যদি 12 মাসের মধ্যে অন্য একটির জন্য বলেন তবে একটি যুক্তিসঙ্গত, খরচ-ভিত্তিক ফি নেব।
  - গোপনীয় যোগাযোগের জন্য বলতে, আমাদের মেসজার সার্ভিস বিভাগকে 1-800-303-9626 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। এই ধরনের গোপনে কথাপকথনে কোনো পরিবর্তনের অনুরোধ করতে হলে নীচের ঠিকানায় লিখিত অনুরোধ করা আবশ্যিক।

- এই গোপনীয়তা বিজ্ঞপ্তির একটি প্রতিলিপি পান
- আপনি বৈদ্যুতিন মাধ্যমে এই বিজ্ঞপ্তিটি পাওয়ার জন্য সম্মত হলেও আপনি যেকোনো সময় এই বিজ্ঞপ্তিটির একটি কাগজে ছাপা প্রতিলিপি চাইতে পারেন। আমরা দ্রুত একটি কাগজে ছাপা প্রতিলিপি আপনাকে প্রদান করবো। আপনি আমাদের মেসজার সার্ভিস বিভাগে 1-800-303-9626 (TTY: 711) এ কল করার মাধ্যমে যেকোনো সময় এই বিজ্ঞপ্তির একটি কাগজের প্রতিলিপি পেতে পারেন।

- আপনার হয়ে কাজ করতে কাউকে বেছে নিন
- আপনি যদি কাউকে মেডিকেল পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি দিয়ে থাকেন বা কেউ যদি আপনার আইনি অভিভাবক হন তবে সেই ব্যক্তি আপনার অধিকারগুলি প্রয়োগ করতে পারেন এবং আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন।
  - আমরা কোনও পদক্ষেপ নেওয়ার আগে যাচাই করে নেব যে এই ব্যক্তির এই কর্তৃত্ব আছে কিনা এবং তিনি আপনার হয়ে কাজ করতে পারবেন কিনা।

- যদি আপনি মনে করেন যে আপনার অধিকারগুলি লঙ্ঘিত হয়েছে তাহলে একটি অভিযোগ দায়ের করুন
- যদি আপনি মনে করেন যে আমরা আপনার অধিকার লঙ্ঘন করেছি তবে আপনি পৃষ্ঠা 1 এর তথ্য ব্যবহার করে আমাদের সাথে যোগাযোগ করে আপনার অভিযোগ করতে পারেন।
  - আপনি মার্কিন নাগরিক অধিকারের জন্য স্বাস্থ্য ও মানব সেবা অফিস বিভাগ (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) কে 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 এর ঠিকানায় একটি চিঠি পাঠিয়ে, 1-877-696-6775 নম্বরে কল করে বা [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/) এ গিয়ে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন। আমরা অভিযোগ দায়ের করার জন্য আপনার বিরুদ্ধে প্রতিশোধ নেব না।

পরের পৃষ্ঠায় চলবে

## আপনার অধিকারসমূহ (আগের পাতার পর)

### প্রাক্তন সদস্যবৃন্দ

- MetroPlusHealth-এর সাথে আপনার সদস্যপদ শেষ হলে, বর্তমান সদস্যদের জন্য আমাদের নীতি ও পদ্ধতি অনুযায়ী আপনার তথ্য সুরক্ষিত থাকবে।

## আপনার পছন্দসমূহ

কিছু স্বাস্থ্য তথ্যের জন্য, আমরা যা শেয়ার করি সে সম্পর্কে আপনি আমাদের আপনার পছন্দ বলতে পারেন। নীচে বর্ণিত পরিস্থিতিগুলির ক্ষেত্রে আমরা আপনার তথ্য কীভাবে শেয়ার করবো তার জন্য আপনার স্পষ্ট পছন্দ থাকলে আমাদের সঙ্গে কথা বলুন। আপনি আমাদের মাধ্যমে কি করতে চান তা আমাদের বলুন, এবং আমরা আপনার নির্দেশাবলী অনুসরণ করব।

### এইসব ক্ষেত্রে, আপনার আমাদেরকে এগুলি বলার অধিকার এবং পছন্দ উভয়ই আছে:

- আপনার পরিবার, ঘনিষ্ঠ বন্ধু বা আপনার পরিচর্যার অর্থপ্রদানের সঙ্গে জড়িত অন্যান্যদের সঙ্গে তথ্য শেয়ার করুন।
- একটি দুর্যোগ ত্রাণ পরিস্থিতিতে তথ্য শেয়ার করুন  
*আপনি যদি আমাদের আপনার পছন্দ বলতে সক্ষম না হন, উদাহরণস্বরূপ যদি আপনি অজ্ঞান হয়ে থাকেন, আমরা এগিয়ে যেতে পারি এবং আপনার তথ্য শেয়ার করতে পারি যদি আমরা বিশ্বাস করি যে এটি আপনার সর্বোত্তম স্বার্থে। স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার জন্য একটি গুরুতর এবং আসন্ন হুমকি কমাতে প্রয়োজন হলে আমরা আপনার তথ্য শেয়ার করতে পারি।*

### এই ক্ষেত্রে, আপনি আমাদের লিখিত অনুমতি না দিলে আমরা কখনই আপনার তথ্য শেয়ার করি না:

- বিপণনের উদ্দেশ্য
- আপনার তথ্য বিক্রয়

## আমাদের ব্যবহার ও প্রকাশগুলি

আমরা সাধারণতঃ কীভাবে আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করি? আমরা সাধারণতঃ নিম্নলিখিত উপায়গুলিতে আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করে থাকি।

### আপনার পাওয়া স্বাস্থ্য-পরিচর্যা চিকিৎসার পরিচালনা করতে সাহায্য করুন

- আমরা আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য ব্যবহার করতে পারি এবং আপনার চিকিৎসা করা পেশাদারদের সাথে শেয়ার করতে পারি।
- স্বাস্থ্য সংক্রান্ত পণ্য ও কার্যক্রমগুলি: MetroPlusHealth পার্টায় যাতে আমরা অতিরিক্ত আপনাকে চিকিৎসা, প্রোগ্রাম পণ্য এবং পরিষেবার তথ্যপরিষেবাগুলির ব্যবস্থা করতে পারি। প্রদান করতে পারে।

**উদাহরণ:** একজন চিকিৎসক আমাদের আপনার রোগনির্ণয় এবং চিকিৎসা পরিকল্পনা সম্পর্কে তথ্য

পরের পৃষ্ঠায় চলবে

## আমাদের ব্যবহার ও প্রকাশগুলি (আগের পাতার পর)

এই প্রদত্ত তথ্য যেকোন আইনী নির্দেশ দ্বারা সীমাবদ্ধ থাকবে।

- অনুস্মারক: MetroPlusHealth আপনাকে চিকিত্সার জন্য একটি অ্যাপয়েন্টমেন্টের কথা মনে করিয়ে দেওয়ার জন্য বা আপনার নিয়মিত চেক-আপ বা ইমিউনাইজেশনের জন্য একটি অ্যাপয়েন্টমেন্ট নির্ধারণ করার, বা চিকিত্সার বিকল্প ("পছন্দ") বা অন্যান্য স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত সুবিধা এবং পরিষেবাগুলি সম্পর্কে তথ্য সরবরাহ করার জন্য আপনার জন্য PHI ব্যবহার এবং প্রকাশ করতে পারে (উদাহরণস্বরূপ, আপনাকে কল করে বা টেক্সট করে বা আপনাকে একটি চিঠি পাঠিয়ে) যা আপনার আগ্রহের হতে পারে।

### আমাদের সংস্থা চালান

- আমরা আমাদের সংস্থা চালানোর জন্য আপনার তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশ করতে পারি এবং প্রয়োজনে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারি।
- আমরা আপনাকে কভাবেজ এবং সেই কভাবেজের মূল্য দেব কিনা তা সিদ্ধান্ত নিতে আমাদের জেনেটিক তথ্য ব্যবহার করার অনুমতি নেই। এটি দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা প্ল্যানগুলির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়।

**উদাহরণ:** আমরা আপনার জন্য ভাল পরিষেবা তৈরি করতে আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য ব্যবহার করি।

MetroPlusHealth-এর কোয়ালিটি ম্যানেজমেন্ট ডিপার্টমেন্ট প্ল্যানের প্রোগ্রাম, ডেটা এবং ব্যবসায়িক প্রক্রিয়ার গুণমান উন্নত করায় সাহায্য করতে আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার করতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, সমস্ত প্ল্যান সদস্যদেরকে এবং আপনাকে দেওয়া পরিচর্যার গুণমান মূল্যায়ন করতে আপনার মেডিকেল রেকর্ড আমাদের গুণমান পরিচালন কর্মী বা চুক্তিবদ্ধ নার্স পর্যালোচকদের দ্বারা পর্যালোচনা করা হতে পারে।

পরের পৃষ্ঠায় চলবে

## আমাদের ব্যবহার ও প্রকাশগুলি (আগের পাতার পর)

আর কীভাবে আমরা আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করি? আমাদের আপনার তথ্য অন্য উপায়ে শেয়ার করার জন্য অনুমোদিত বা তা করার প্রয়োজন হয় – সাধারণত এমন উপায়ে যা জনস্বাস্থ্য ও গবেষণার মতো জনস্বাস্থ্যের জন্য অবদান রাখে। এই উদ্দেশ্যে আপনার তথ্য শেয়ার করার আগে আমাদের অবশ্যই আইনের অনেকগুলি শর্ত পূরণ করতে হবে। আরো তথ্যের জন্য: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html) দেখুন।

### আপনার প্ল্যান পরিচালনা করুন

প্ল্যান পরিচালনার জন্য আপনার হেলথ প্ল্যান স্পনসরের কাছে আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য প্রকাশ করতে পারি।

**উদাহরণ:** আপনার কোম্পানি একটি হেলথ প্ল্যান প্রদানের জন্য আমাদের সাথে চুক্তি করে এবং আমরা যে প্রিমিয়াম চার্জ করি তা ব্যাখ্যা করার জন্য আমরা আপনার কোম্পানিকে নির্দিষ্ট পরিসংখ্যান প্রদান করি।

### আপনার স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করা

আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করতে পারি যেহেতু আমরা আপনার স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য অর্থ চিকিৎসার জন্য অর্থপ্রদান সমন্বিত প্রদান করি।

**উদাহরণ:** আমরা আপনার দাঁতের করতে আপনার ডেন্টাল প্লানের সঙ্গে তথ্য শেয়ার করি।

### গুণমান সমৃদ্ধ পরিচর্যা এবং পরিষেবাগুলির দক্ষ ডেলিভারি প্রদান

Healthix দ্বারা পরিচালিত স্বাস্থ্য তথ্য বিনিময়ে MetroPlusHealth অংশগ্রহণ করে। Healthix হল একটি অলাভজনক সংস্থা যা ইলেকট্রনিকভাবে মানুষের স্বাস্থ্য সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করে এবং HIPAA ও নিউ ইয়র্ক স্টেট আইনের গোপনীয়তা ও নিরাপত্তা মানগুলি পূরণ করে। Healthix-এ অংশগ্রহণের অংশ হিসাবে, এই বিস্তৃতিটি আমাদের রোগীদের জানানোর জন্য, MetroPlusHealth ইলেকট্রনিকভাবে আমাদের রোগীদের সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য Healthix-এ পাঠায়/আপলোড করে।

উপরন্তু, MetroPlusHealth-এর কিছু কর্মী প্রযোজ্য সন্মতি বিধি সাপেক্ষে Healthix-এর মাধ্যমে রোগীর তথ্য অ্যাক্সেস করার জন্য অনুমোদিত। Healthix-এ অ্যাক্সেস করার সন্মতি সাধারণত একটি প্রতিষ্ঠান থেকে অন্য প্রতিষ্ঠান ভিত্তিতে দেওয়া হয়। যদিও, রোগীদের Healthix-এর সমস্ত সংস্থায় অ্যাক্সেস অস্বীকার করার বিকল্প রয়েছে। আপনি যদি আপনার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য অ্যাক্সেস করার জন্য সমস্ত Healthix সংস্থার সন্মতি অস্বীকার করতে ইচ্ছুক হন, তাহলে আপনি Healthix-এর ওয়েবসাইট [www.healthix.org](http://www.healthix.org)-এ গিয়ে অথবা 877-695-4749 নম্বরে Healthix-কে কল করে তা করতে পারেন। যেসব স্থান চিকিৎসা সেবা প্রদান করেছে বা স্বাস্থ্য বীমা তথ্যের মাধ্যমে রোগীদের সম্পর্কে Healthix-এ তথ্য আসে। এই ডেটা উত্সগুলির মধ্যে হাসপাতাল, চিকিত্সক, ফার্মেসি, ক্লিনিকাল ল্যাবরেটরি, স্বাস্থ্য বীমাকারী, Medicaid প্রোগ্রাম এবং অন্যান্য সংস্থাগুলি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে যা বৈদ্যুতিনভাবে স্বাস্থ্য তথ্য বিনিময় করে। এই ডেটা উত্সগুলির একটি আপডেট করা তালিকা Healthix থেকে পাওয়া যায়। রোগীরা যে কোনো সময় [www.healthix.org](http://www.healthix.org)-এ গিয়ে অথবা 1-877-695-4749 নম্বরে কল করে একটি আপডেট করা তালিকা পেতে পারেন।

পরের পৃষ্ঠায় চলবে

## আমাদের ব্যবহার ও প্রকাশগুলি (আগের পাতার পর)

|   |  |
|---|--|
| জনস্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তা বিষয়গুলিতে সহায়তা                                       | আমরা কিছু নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য শেয়ার করতে পারি যেমন: <ul style="list-style-type: none"><li>○ রোগ প্রতিরোধে</li><li>○ ওষুধের প্রতিকূল প্রতিক্রিয়া রিপোর্ট করতে</li><li>○ মন্দেহজনক অপব্যবহার, অবহেলা, বা গার্হস্থ্য সহিংসতার রিপোর্ট করতে</li><li>○ কারও স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার জন্য গুরুতর হুমকি প্রতিরোধ বা ত্রাস করা।</li></ul>   |
| গবেষণা সম্পাদন করা  | আমরা স্বাস্থ্য গবেষণার জন্য আপনার তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করতে পারি।  |
| আইন মেনে চলা  | স্টেট বা যুক্তরাষ্ট্রীয় আইনে প্রয়োজন হলে আমরা আপনার তথ্য শেয়ার করব, যার মধ্যে পড়ে স্বাস্থ্য ও মানব পরিষেবা বিভাগের সঙ্গে শেয়ার করা, যদি তারা আমরা যে যুক্তরাষ্ট্রীয় গোপনীয়তা আইন মেনে চলছি তা দেখতে চায়।   |
| শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ সংক্রান্ত, প্রশাসনিক এবং অন্যান্য সরকারি অনুবোধের ব্যবস্থা নিতে | আমরা আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করতে পারি: <ul style="list-style-type: none"><li>○ কর্মীদের ক্ষতিপূরণের দাবিগুলির ক্ষেত্রে</li><li>○ আইন বলবৎ করার উদ্দেশ্যে অথবা প্রশাসনিক সংস্থার কর্মকর্তার সাথে</li><li>○ আইনের দ্বারা অনুমোদিত স্বাস্থ্যের উপর নজর রাখার সংস্থাগুলির সঙ্গে</li><li>○ বিশেষ সরকারি কার্যক্রমের জন্য যেমন সামরিক, জাতীয় নিরাপত্তা, এবং রাষ্ট্রপতির সুরক্ষা পরিষেবার স্বার্থে</li></ul> |
| আইনি মামলা ও আইনি পদক্ষেপের জবাব  | আদালত বা আইনি প্রশাসনিক আদেশের জবাবে বা সাবপোনার জবাবে আমরা আপনার সম্পর্কে স্বাস্থ্য তথ্য শেয়ার করতে পারি   |
| নির্দিষ্ট কিছু প্রকারের তথ্যের জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেটের প্রকাশের আইন                 | MetroPlusHealth-কে অবশ্যই নিউ ইয়র্ক স্টেটের অতিরিক্ত আইনগুলি মেনে চলতে হবে যেগুলির ব্যক্তিগত তথ্যের জন্য উচ্চ স্তরের সুরক্ষা রয়েছে, বিশেষ করে HIV/AIDS স্থিতি বা চিকিত্সা সম্পর্কিত তথ্য; মানসিক স্বাস্থ্য; পদার্থ ব্যবহারের ব্যাধি; এবং পরিবার পরিকল্পনা।   |

পরের পৃষ্ঠায় চলবে

## আমাদের দায়িত্বসমূহ

- আমাদের আইনতঃ আপনার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের গোপনীয়তা এবং নিরাপত্তা বজায় রাখা প্রয়োজন।
- গোপনীয়তা বা আপনার তথ্যের নিরাপত্তা যদি কোনোভাবে লঙ্ঘিত হয় তবে অবিলম্বে আমরা আপনাকে তা জানাব।
- আমাদের এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত কর্তব্য এবং গোপনীয়তা নীতিগুলি অনুসরণ করা এবং আপনাকে এটির একটি প্রতিলিপি দেওয়া আবশ্যিক।

আমরা এখানে বর্ণিত ব্যক্তিরেকে অন্য কারোর সাথে আপনার তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করবো না, যদি না আপনি আমাদের লিখিতভাবে তা করার অনুরোধ করেন। যদি আপনি আমাদের তা বলে থাকেন তবে আপনি যেকোনো সময়ে নিজের মত পরিবর্তন করতে পারেন। আপনি মত পরিবর্তন করলে আমাদের তা লিখিতভাবে জানাবেন।

আরো তথ্যের জন্য: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html) দেখুন।

### এই বিজ্ঞপ্তির শর্তাবলীর পরিবর্তন

আমরা এই বিজ্ঞপ্তির শর্তাবলী পরিবর্তন করতে পারি, এবং সেই পরিবর্তনগুলি আমাদের কাছে থাকা আপনার সমস্ত তথ্যের উপর প্রয়োগ করা হবে। নতুন বিজ্ঞপ্তি অনুরোধের ভিত্তিতে আমাদের ওয়েবসাইটে পাওয়া যাবে, এবং আমরা একটি প্রতিলিপি আপনাকে ডাকযোগে পাঠাব।

এই বিজ্ঞপ্তিটি 19 জুলাই, 2022 থেকে কার্যকর হবে।

### গোপনীয়তা আধিকারিকের যোগাযোগের তথ্য

আমাদের গোপনীয়তার নীতিগুলি সম্পর্কে আপনার যদি কোন জিজ্ঞাস্য থাকে, অথবা যদি আপনি উপরে বর্ণিত ক্ষেত্রে অভিযোগ দায়ের করতে বা অধিকার প্রয়োগ করতে চান তবে অনুগ্রহ করে যোগাযোগ করুন:

#### Customer Services - MetroPlus Health Plan

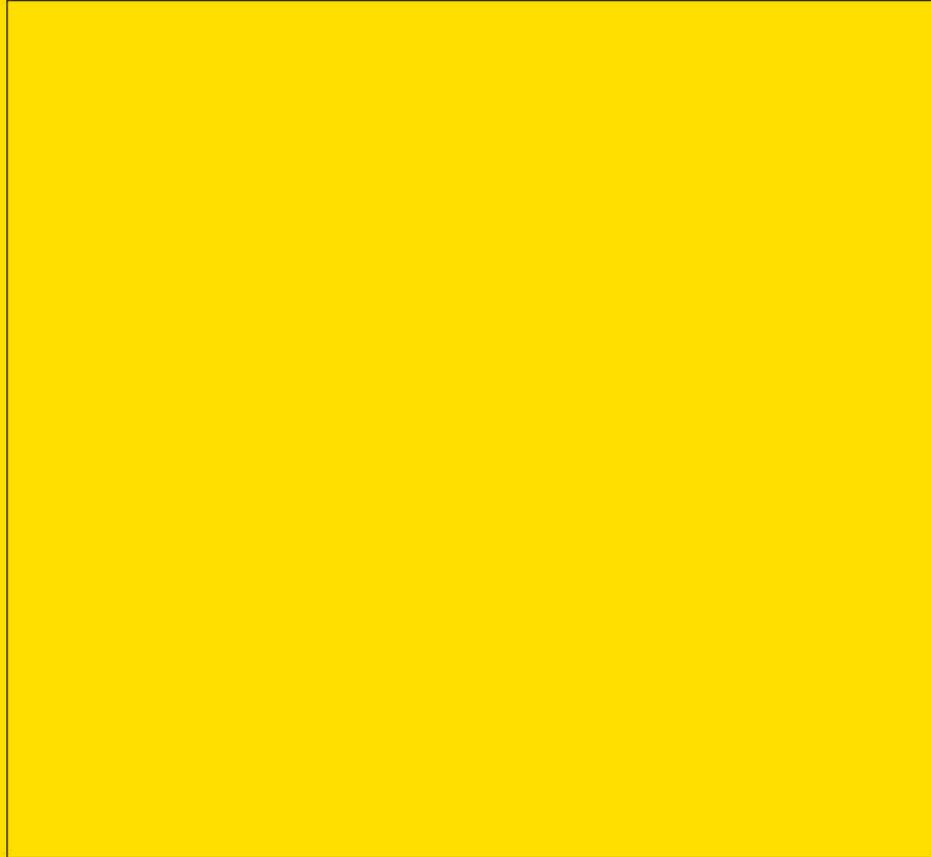
50 Water Street, 7th Floor

New York, NY 10004

- সাধারণ ফোন: 1-800-303-9626 নম্বরে, সপ্তাহে 7 দিন, সকাল 8:00 থেকে সন্ধ্যা 8:00 পর্যন্ত।
- Medicare সদস্যরা: 1-866-986-0356 নম্বরে, সপ্তাহে 7 দিন, সকাল 8:00 থেকে সন্ধ্যা 8:00 পর্যন্ত।
- TTY: 711
- ইমেল: [PrivacyOfficer@metroplus.org](mailto:PrivacyOfficer@metroplus.org)



50 Water St., 7<sup>th</sup> Floor • New York, NY 10004



### **MetroPlusHealth Customer Services:**

---

 **800.303.9626 (TTY: 711)**  
**After Hours: 800.442.2560**

---

 **metroplus.org**

---

 **Hours Of Operation:**  
**Monday to Friday, 8am - 8pm |**  
**Saturday, 9am - 5pm**