

सदस्य पुस्तिका



लागू भएको मिति: जुलाई 1, 2021

©2021 NH हेल्दी फेमेलिजमा सर्वाधिकार सुरक्षित
NH हेल्दी फेमेलिजलाई बेनाइट स्टेट हेल्थ प्लान Inc. 21-1078-R2 को बिमाले समेट्छ



nh healthy families™

न्यु ह्याम्पसाइर मेडिकएड स्याहार व्यवस्थापन कार्यक्रमका सदस्यता पुस्तिका

जुलाई 01, 2021 देखि लागू भएको



nh healthy families™

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)
सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि
साँझ 5:00 बजेसम्म ।

विषय सूची

| | | |
|-----------|---|----|
| अध्याय 1. | सदस्यको रूपमा सेवा लिन सुरु गर्ने तरिका..... | 7 |
| खण्ड 1.1 | स्वागतम्..... | 7 |
| | | 7 |
| खण्ड 1.2 | योजनाको सदस्य हुन तपाईंलाई केले योग्य बनाउँछ..... | 7 |
| खण्ड 1.3 | यो योजनाबाट के अपेक्षा गर्ने..... | 8 |
| | | 8 |
| खण्ड 1.4 | आफ्नो व्यक्तिगत तथा बिमासम्बन्धी जानकारी अद्यावधिक राख्ने तरिका..... | 10 |
| | | 10 |
| खण्ड 1.5 | अन्य बिमाले हाम्रो योजनामा कसरी काम गर्छ..... | 11 |
| अध्याय 2. | महत्वपूर्ण फोन नम्बर र श्रोतहरू..... | 13 |
| खण्ड 2.1 | NH हेल्दी फेमिलिजको ग्राहक सेवा विभागलाई सम्पर्क गर्ने तरिका..... | 13 |
| खण्ड 2.2 | सेवासम्बन्धी गरिएको निर्णयको बारेमा वा अपिल पेस गर्न योजनालाई सम्पर्क गर्ने तरिका..... | 14 |
| | | 14 |
| खण्ड 2.3 | उजुरी गर्न योजनालाई सम्पर्क गर्ने तरिका..... | 15 |
| खण्ड 2.4 | स्याहार संयोजनका बारेमा योजनालाई सम्पर्क गर्ने तरिका..... | 16 |
| खण्ड 2.5 | योजनाको नर्स परामर्श लाइनमा सम्पर्क गर्ने तरिका..... | 17 |
| खण्ड 2.6 | व्यवहारगत स्वास्थ्य सेवा (मानसिक स्वास्थ्य वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी सेवा) प्राप्त गर्न तरिका..... | 18 |

NH हेल्दी फेमिलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि



| | | |
|-----------|---|----|
| खण्ड 2.7 | आपत्कालिन बाहेकका चिकित्सकीय सेवा लिन जाने यातायात सेवाको लागि अनुरोध गर्ने तरिका | 19 |
| खण्ड 2.8 | NH DHHS को ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्ने तरिका | 21 |
| खण्ड 2.9 | NH को दीर्घकालीन स्याहारसम्बन्धी लोकपालमा सम्पर्क गर्ने तरिका | 22 |
| खण्ड 2.10 | NH DHHS को लोकपालमा सम्पर्क गर्ने तरिका | 23 |
| खण्ड 2.11 | ServiceLink जेष्ठ नागरिक तथा अपाङ्गतासम्बन्धी श्रोत केन्द्रमा सम्पर्क गर्ने तरिका | 24 |
| खण्ड 2.12 | जालसाजी, अनावश्यक प्रयोग वा गलत प्रयोगसम्बन्धी शंकास्पद घटनाको बारेमा रिपोर्ट गर्ने तरिका | 25 |
| खण्ड 2.13 | अन्य महत्वपूर्ण सूचना तथा श्रोतहरू | 27 |
| अध्याय 3. | समेटिने सेवा प्राप्त गर्न NH हेल्दी फेमेलिजको प्रयोग गर्ने तरिका | 29 |
| खण्ड 3.1 | तपाईंको प्राथमिक स्याहार प्रदायक (PCP) ले तपाईंलाई चिकित्सा सेवा दिनुका साथै तपाईंको सेवाको स्याहार व्यवस्थापन गर्छन् | 31 |
| खण्ड 3.2 | अग्रिम अनुमति नलिइकन तपाईंले प्राप्त गर्न सक्ने सेवाहरू | 33 |
| खण्ड 3.3 | विशेषज्ञ तथा अन्य सञ्जालका प्रदायकहरूबाट उपचार गराउने तरिका | 34 |
| खण्ड 3.4 | PCP, विशेषज्ञ वा सञ्जालका अन्य प्रदायकहरू योजनाबाट बाहिरिँदा के हुन्छ | 37 |
| खण्ड 3.5 | सञ्जाल बाहिरका अन्य प्रदायकहरूबाट उपचार गराउने तरिका | 39 |
| खण्ड 3.6 | आपत्कालिन, जरुरी वा बेसमयको सेवा | 39 |
| अध्याय 4. | समेटिने सेवाहरू | 45 |
| खण्ड 4.1 | सुविधा चार्ट सम्बन्धी जानकारी (समेटिने सेवाहरू) | 45 |
| खण्ड 4.2 | सुविधा चार्ट | 46 |



| | | |
|-----------|--|-----|
| खण्ड 4.3 | यो योजनाले उपलब्ध गराउने अतिरिक्त सुविधाहरू | 88 |
| खण्ड 4.4 | यो योजना बाहिरका समेटिने न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड सुविधा..... | 95 |
| खण्ड 4.5 | हाम्रो योजना वा न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले नसमेट्ने सुविधाहरू | 96 |
| अध्याय 5. | तपाईंको स्वास्थ्यको व्यवस्थापन गर्न NH हेल्दी फेमेलिजको तरिका | 98 |
| खण्ड 5.1 | स्वस्थ रहने तरिका | 98 |
| खण्ड 5.2 | स्याहार समन्वयसम्बन्धी सहयोग..... | 99 |
| खण्ड 5.3 | स्याहार स्थान परिवर्तन लगायत स्याहारको निरन्तरतासम्बन्धी जानकारी..... | 100 |
| खण्ड 5.4 | मानसिक स्वास्थ्य तथा लागु पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी समताको आश्वासन | 102 |
| अध्याय 6. | सेवाको अग्रिम स्वीकृतिसम्बन्धी नियमहरू | 104 |
| खण्ड 6.1 | चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवाहरू | 104 |
| खण्ड 6.2 | निश्चित सेवाको लागि योजनाबाट अनुमति लिने तरिका | 106 |
| खण्ड 6.3 | सञ्जाल बाहिरका अन्य प्रदायकहरूबाट उपचार गराउन अनुमति प्राप्त गर्ने तरिका | 109 |
| खण्ड 6.4 | आपत्कालिन अवस्थामा सञ्जाल बाहिरका अस्पतालमा भर्ना | 109 |
| खण्ड 6.5 | सञ्जालभित्र वा बाहिरका प्रदायकबाट परिवार नियोजन सेवा वा अस्थायी साधन प्राप्त गर्ने तरिका | 109 |
| खण्ड 6.6 | स्वास्थ्य स्थितिसम्बन्धी दोस्रो राय प्राप्त गर्ने तरिका | 110 |
| अध्याय 7. | समेटिने प्रेस्कृप्सन औषधीहरू प्राप्त गर्ने तरिका | 111 |
| खण्ड 7.1 | समेटिने औषधीसम्बन्धी नियम तथा सीमाहरू | 111 |
| खण्ड 7.2 | योजनाको औषधीको सूची वा सिफारिस गरिएको औषधीको सूची | 115 |



| | | |
|-----------------------|--|-----|
| खण्ड 7.3 | हामीले नसमेटने औषधीको प्रकार | 117 |
| खण्ड 7.4 | सञ्जालका औषधी पसलबाट औषधी प्राप्त गर्ने तरिका | 118 |
| खण्ड 7.5 | स्वास्थ्य संस्थामा हुने औषधी खर्चको बारेमा | 120 |
| खण्ड 7.6 गर्ने | सदस्यहरूलाई सुरक्षित रूपले औषधीको प्रयोग गर्न सहयोग कार्यक्रमहरू | 121 |
| खण्ड 7.7 | प्रेस्कृप्सन औषधीको सह-भुक्तानी | 121 |
| अध्याय 8. | हामीसँग भुक्तानी गरिदिने अनुरोध गर्ने तरिका | 123 |
| खण्ड 8.1 पाउँदैनन् | समेटिने सेवा दिए बापत सञ्जालभित्रका प्रदायकहरू तपाईंसँग रकम लिन 123 | |
| खण्ड 8.2 | भुक्तानीको अनुरोध कसरी र कहाँ पठाउने | 125 |
| खण्ड 8.3 | भुक्तानीको लागि तपाईं पठाउनुभएको अनुरोध प्राप्त भएपछि | 125 |
| खण्ड 8.4 | स्मरण गर्नुपर्ने भुक्तानीसम्बन्धी नियमहरू | 126 |
| अध्याय 9. | तपाईंका अधिकार तथा उत्तरदायित्वहरू | 127 |
| खण्ड 9.1 | तपाईंका अधिकारहरू | 127 |
| खण्ड 9.2 | तपाईंका दायित्वहरू | 128 |
| खण्ड 9.3 | तपाईंको स्वास्थ्य उपचारसम्बन्धी अग्रिम स्याहार योजना | 130 |
| अध्याय 10. | योजनाको कुनै निर्णय वा “कारबाही” विरुद्ध अपिल गर्नु पर्यो भने के गर्ने | 132 |
| खण्ड 10.1 | अपिल प्रक्रियाको बारेमा | 132 |
| खण्ड 10.2 | सामान्य अपिल दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने | 134 |
| खण्ड 10.3 | द्रुत अपिल दायर कसरी गर्ने र (पहिलो स्तरको द्रुत अपिल) दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने | 136 |



| | |
|---|-----|
| खण्ड 10.4 राज्य स्तरीय न्यायोचित सामान्य अपिल दायर कसरी गर्ने र (दोस्रो स्तरीय सामान्य अपिल) दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने | 138 |
| खण्ड 10.5 राज्य स्तरीय न्यायोचित द्रुत अपिल दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने (दोस्रो स्तरीय द्रुत अपिल) | 140 |
| खण्ड 10.6 अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा पछाडि के अपेक्षा गर्ने | 142 |
| खण्ड 10.7 उजुरी दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने..... | 144 |
| अध्याय 11. तपाईंको सदस्यता अन्त्य गर्ने तरिका..... | 145 |
| खण्ड 11.2 तपाईंलाई योजनाबाट निष्कासन गरिने अवस्था..... | 146 |
| अध्याय 12. कानुनी सूचनाहरू..... | 147 |
| गोपनीयता अभ्याससम्बन्धी सूचना..... | 147 |
| भेदभाव नगरिने प्रतिबद्धता..... | 154 |
| अध्याय 13. छोटकरी नाम र महत्वपूर्ण शब्दको परिभाषाहरू | 157 |
| खण्ड 13.2 महत्वपूर्ण शब्दहरूको परिभाषा | 158 |

अध्याय 1. सदस्यको रूपमा सेवा लिन सुरु गर्ने तरिका

खण्ड 1.1 स्वागतम्

तपाईं NH हेल्दी फेमेलिजमा सहभागी हुनुहुन्छ

तपाईं न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले व्यवस्थित गरेको स्याहार योजना NH हेल्दी फेमेलिजमार्फत न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले दिने प्रायजसो स्वास्थ्य स्याहार र प्रेस्कृप्सन औषधी प्राप्त गर्नु हुने छ । यो योजनाले समावेश गर्ने सेवाको सूचीका लागि कृपया खण्ड 4.1 (सुविधा चार्ट सम्बन्धी जानकारी (समेटिने सेवाहरू) र 4.2 (सुविधा चार्ट) पढ्नुहोस् ।

सुविधा अध्याय 4 (समेटिने सेवाहरू) मा उल्लिखित समेटिने सेवा प्रदान गर्ने प्रयोजनको लागि NH हेल्दी फेमेलिजले न्यु ह्याम्पशायरको स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (NH DHHS) सँग सम्झौता गरेको छ । यो योजनाले आफ्ना सदस्यहरूलाई समेटिने सेवाहरू प्रदान गर्न चिकित्सक, अस्पताल, औषधी पसल तथा अन्य प्रदायकहरूको सञ्जालसँग पनि सम्झौता गरेको छ । यो सञ्जालभित्र र बाहिरका प्रदायकहरूबाट कसरी सेवा लिन भन्ने बारेमा थप जानकारी प्राप्त गर्न अध्याय 3 (समेटिने सेवा प्राप्त गर्न NH हेल्दी फेमेलिजको प्रयोग गर्ने तरिका) हेर्नुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिजको सदस्यको रूपमा तपाईं हाम्रो योजना मार्फत न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड अन्तर्गत प्राप्त हुने स्वास्थ्य स्याहार तथा प्रेस्कृप्सन औषधी प्राप्त गर्नु हुने छ । हामीसँग तपाईंलाई आफ्नो स्वास्थ्यसम्बन्धी विशेष र/वा व्यवहारगत स्वास्थ्यसम्बन्धी आवश्यकता पूरा गर्न सहयोग गर्ने कार्यक्रमहरू पनि छन् । हामी तपाईंलाई यी आवश्यकताहरू पूरा गर्न सहयोग गर्न तपाईंलाई शिक्षा तथा प्रशिक्षण दिने काम गर्छौं ।

तपाईंले दिने प्रतिक्रिया हाम्रा लागि महत्वपूर्ण छ । NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईं जस्ता सदस्यहरूको मत सुन्न वर्षको धेरै पटक सदस्य परामर्श परिषदको बैठकको आयोजना गर्छ । तपाईं योजनाको सदस्य परामर्श परिषदमा सहभागी हुन चाहनुहुन्छ भने हाम्रो ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनमा सम्पर्क गर्नुहोस् (यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा टेलिफोन नम्बरहरू प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

खण्ड 1.2 योजनाको सदस्य हुन तपाईंलाई केले योग्य बनाउँछ

मेडिकएड कम आय तथा सीमित श्रोत भएका व्यक्तिहरूलाई आवश्यक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने प्रयोजनको लागि तयार गरिएको राज्य तथा संघव्यापी संयुक्त कार्यक्रम हो ।

निम्न अवस्था रहेसम्म तपाईं हाम्रो योजनामा सहभागी हुन योग्य हुनुहुन्छ:

- तपाईं न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडको लागि योग्य हुनुहुन्छ र योग्य रहिरहनुहुन्छ*
- रतपाईं न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड (NH हेल्दी फेमेलिजको सेवा क्षेत्र) मा बस्नुहुन्छ भने;
- रतपाईं अमेरिकी नागरिक हुनुहुन्छ वा अमेरिकामा कानुनी रूपमा बसोबास गरिरहनुभएको छ भने ।

तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ र बच्चा जन्मने बेला NH हेल्दी फेमेलिजको सदस्य हुनुहुन्छ भने तपाईंको बच्चा निजको जन्म मितिबाट स्वतः रूपमा NH हेल्दी फेमेलिजको सदस्य हुने छन् । बच्चा जन्मिएपछि वा NH हेल्दी फेमेलिज मेडिकएड र यसका कार्यक्रमको बारेमा थप जान्न NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्रको निःशुल्क टेलिफोन **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (TDD Relay Access: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बीचमा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

*तपाईं NH हेल्दी फेमेलिज मेडिकएडको लागि योग्य रहिरहनुभएको छ वा छैन भन्ने कुरा प्रत्येक छदेखि बाह्र महिनामा निर्धारण गरिने छ । तपाईंको सदस्यता नवीकरण गर्नुभन्दा छ हप्ताअगाडि NH DHHS ले तपाईंलाई हुलाकबाट एक पत्र र पुनर्निर्धारण आवेदन पठाउने छ । आफ्नो स्वास्थ्य उपचार वा सेवा कायम रहोस् भन्नाका लागि तपाईंले अनिवार्य रूपले उक्त पत्रमा तोकिए मितिभित्र सो आवेदन भरेर फिर्ता पठाइसक्नु पर्छ । तपाईंलाई फाराम भर्ने सहयोग चाहिन्छ भने NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्र (योग्यता) को निःशुल्क टेलिफोन (1-844-275-3447) (TDD Relay Access: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बजेसम्म सम्पर्क गर्नुहोस् ।

खण्ड 1.3 यो योजनाबाट के अपेक्षा गर्ने

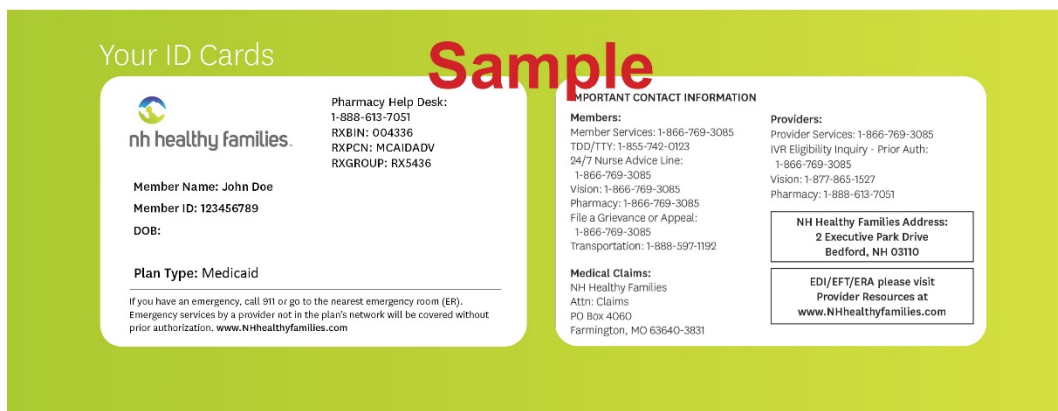
सदस्यता पुस्तिका

सदस्यता पुस्तिकाले यो योजनाले कसरी काम गर्छ भन्ने कुराको व्याख्या गर्छ । यो पुस्तिका बिहीवार, जुलाई 01, 2021 देखि लागू हुने गरी तपाईंको सदस्यता अवधिभर क्रियाशिल रहन्छ । सदस्यलाई दिइने यो जानकारी पुस्तिका www.NHhealthyfamilies.com मा पनि उपलब्ध छ ।

तपाईंको NH हेल्दी फेमेलिज सदस्यता कार्ड- यसको प्रयोग सबै समेटिने सेवा तथा प्रेस्कृप्सन औषधीको प्राप्त गर्न गर्नुहोस् ।

तपाईं यो योजनाको सदस्य रहेको बेला तपाईंले समेटिने सेवा वा प्रेस्कृप्सन औषधी प्राप्त गर्नु पर्ने भएमा अनिवार्य रूपले NH हेल्दी फेमेलिज सदस्यता कार्डको प्रयोग गर्नुपर्छ । तर तपाईंसँग योजनाको सदस्यता कार्ड नभएको अवस्थामा पनि प्रदायकले तपाईंलाई सेवा प्रदान गर्न इन्कार गर्न पाउँदैनन् । कुनै प्रदायकले तपाईंको उपचार गर्न नमानेमा हाम्रो ग्राहक सेवा विभागमा टेलिफोन गर्नुहोस् । हामी तपाईं उक्त प्रदायकबाट सेवा प्राप्त गर्न योग्य हुनुहुन्छ वा हुन्न भन्ने कुराको पुष्टि गर्ने छौं ।

तल सदस्यता कार्डको नमुना दिइएको छ:



तपाईं यो योजनाको सदस्य रहनुजेल तपाईंले समेटिने सेवा वा प्रेस्कृप्सन औषधी प्राप्त गर्नु पर्ने भएमा **अनिवार्य रूपले NH हेल्दी फेमेलिज सदस्यता कार्डको प्रयोग गर्नुपर्छ** । आफ्नो न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड कार्ड पनि आफूसँग राख्नुहोस् । हरेक पटक सेवा प्राप्त गर्दा आफ्नो सदस्यता कार्ड र न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड कार्ड **दुबै** देखाउनुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

तपाईंको योजनाको सदस्यता कार्ड हरायो, च्यातियो वा चोरियो भने तुरुन्तै ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् । हामी तपाईंलाई नयाँ कार्ड पठाउने छौं । (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।) तपाईं सुरक्षित सदस्य पोर्टलमा रहेको आफ्नो खातामा साइनइन गरेर पनि नयाँ कार्ड माग्न तथा प्रेस्कृप्सन औषधी किन्ने वा चिकित्सकसँगको अपोइन्टमेन्टमा लिएर जाने प्रयोजनको लागि 24 घण्टा प्रयोग गर्न मिल्ने अस्थायी कार्ड प्रिन्ट गर्न पनि सक्नुहुन्छ ।

स्वागत टेलिफोन कल

तपाईंको स्वास्थ्य तथा अन्य विशेष आवश्यकताको बारेमा बुझ्नु हाम्रा लागि महत्वपूर्ण हुन्छ । तपाईं NH हेल्दी फेमेलिजमा पहिलो पटक सहभागी हुँदा हामी तपाईंलाई योजनाको सदस्यको रूपमा स्वागत गर्न टेलिफोन गर्ने छौं । यो टेलिफोन कलमा हामी तपाईंलाई योजनाका नियमहरूको बारेमा बताउने छौं र यो योजनाको बारेमा तपाईंसँग भएका प्रश्नको उत्तर दिने छौं । हामी तपाईंलाई PCP को छनौट गर्न तथा स्वास्थ्य अवस्थाको आँकलन गर्न आफ्नो PCP को मा जान सहयोग गर्ने छौं । अन्यमा हामी तपाईंलाई स्वास्थ्य जोखिम मूल्याङ्कन स्क्रिनिङ (HRAS) फाराम भर्नुको औचित्य पनि बताउने छौं ।

स्वास्थ्य जोखिम मूल्याङ्कन स्क्रिनिङ (HRAS) फाराम

NH DHHS को निर्देशन अनुसार हामीले अनिवार्य रूपले तपाईंलाई स्वास्थ्य जोखिम मूल्याङ्कन स्क्रिनिङ (HRAS) फाराम भर्न लगाउनु पर्छ । तपाईंले HRAS मा प्रदान गर्ने जानकारीको आधारमा हामी तपाईंको उपचार आवश्यकता र दैनिक आवश्यकता पूरा गर्न आवश्यक योजना बनाउँछौं ।

HRAS मा तपाईंको चिकित्सा, व्यवहारगत, कार्यात्मक (दैनिक) तथा अन्य आवश्यकताहरू पहिचान गर्न सहयोग गर्ने खालका प्रश्नहरू हुन्छन् । हामी तपाईंलाई सम्पर्क गरेर HRAS फाराम भर्न लगाउँछौं । यो फाराम टेलिफोन, पत्राचार, NH हेल्दी फेमेलिजमा रहेको सुरक्षित सदस्य पोर्टलबाट वा सबै वालमार्टमा रहेका औषधी निकाल्ने कियोस्क (kiosks) मा भर्न सकिन्छ । यो फाराम तपाईंको स्वागतम् प्याकेटमा समावेश हुन्छ र यसमा हुलाक टिकटको रकम तिरिसकिएको (postage-paid) खाम पनि हुन्छ । तपाईं HRAS फाराम नभर्न पनि पाउनु हुन्छ । तर पनि हामी तपाईंलाई यो फाराम भरेर NH हेल्दी फेमेलिजलाई फिर्ता पठाउन अनुरोध गर्छौं ।

सुविधाको व्याख्यासम्बन्धी सूचना

हामी तपाईंलाई बेला बेलामा सुविधाको व्याख्या (EOB) भनिने रिपोर्ट पठाउँछौं ।

यसले तपाईं वा तपाईंको पक्षबाट अरूले कुनै विशेष सेवाका लागि खर्च गरेको कुल रकम कति भयो भन्ने बारेमा जानकारी दिन्छ । तपाईंले मागेको खण्डमा पनि हामी तपाईंलाई EOB उपलब्ध गराउँछौं । EOB प्राप्त गर्न ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) । तपाईं www.NHhealthyfamilies.com मा गएर पनि EOB प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ ।

सुरक्षित सदस्य पोर्टल

NH हेल्दी फेमेलिजका सबै सदस्यहरू सुरक्षित सदस्य पोर्टलबाट चौबीसै घण्टा र सातै दिन निःशुल्क आफ्नो खाताको जानकारी र उपयोगी कुराहरू हेर्न पाउँछन् ।

तपाईं NH हेल्दी फेमेलिजमा सहभागी भएर सक्रिय सदस्य बनेपछि तपाईं अनलाइन खाता खोल्न सक्नुहुन्छ र उक्त

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि



खातामार्फत तपाईं आफ्नो PCP परिवर्तन गर्ने, NH हेल्दी फेमेलिजको प्रतिनिधिलाई सुरक्षित तवरले इमेल गर्ने, आफ्नो स्वास्थ्य जोखिम मूल्याङ्कन स्क्रिनिङ फाराम भर्ने, आफ्नो सुविधाको सारांश हेर्ने लगायतका काम गर्न सक्नुहुन्छ । सुरक्षित सदस्य पोर्टलको प्रयोग गर्न www.NHhealthyfamilies.com मा जानुहोस् र सिरानमा रहेको “लगइन” बटनमा क्लिक गर्नुहोस् । स्क्रिनमा दिइएका निर्देशनहरूको पालना गर्नुहोस् । तपाईं यो पोर्टल पहिलो पटक प्रयोग गरिरहनु भएको छ र तपाईंले खाता खोल्नु पर्ने छ भने तपाईंले आफ्नो जन्म मिति र NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य परिचय संख्या प्रदान गर्नु पर्ने हुन्छ । तपाईंसँग कुनै जिज्ञासा छ वा तपाईं कुनै सहयोग चाहनुहुन्छ भने हाम्रो ग्राहक सेवाको टेलिफोन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस् (यो पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा टेलिफोन नम्बरहरू प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

खण्ड 1.4 आफ्नो व्यक्तिगत तथा बिमासम्बन्धी जानकारी अद्यावधिक राख्ने तरिका

हामीसँग तपाईंको सही जानकारी छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्ने तरिका

यो योजनामा रहेको तपाईंको सदस्यता अभिलेखमा तपाईंको ठेगाना तथा टेलिफोन नम्बर लगायतका NH DHHS ले प्रदान गर्ने जानकारी समावेश हुन्छ । तपाईंले उक्त जानकारी अद्यावधिक राख्नु पर्ने हुन्छ । आवश्यक परेको बेलामा तपाईंसँग सञ्चार गर्न सकियोस् भन्नका लागि सञ्जाल अन्तर्गतका प्रदायक तथा यो योजनासँग तपाईंको सही जानकारी हुनु पर्छ ।

निम्न परिवर्तन भएमा हामीलाई जानकारी दिनुहोस्:

- आफ्नो नाम, ठेगाना वा टेलिफोन नम्बरमा हुने परिवर्तन;
- निम्न लगायतका तपाईंसँग भएका अन्य बिमा सेवामा भएका परिवर्तनहरू:
 - रोजगारदाताले यो योजनाअन्तर्गत रहेको कर्मचारी वा अवकाशप्राप्त कर्मचारीलाई (तपाईं वा तपाईंको परिवारको अन्य सदस्य) लाई प्रदान गर्ने स्वास्थ्य बिमा;
 - कामसम्बन्धी बिमार वा चोटपटकको कारणले कामदारले पाएको क्षतिपूर्ति;
 - भुपु सेनालाई दिइने सुविधा वा अन्य प्रकारको सरकारी स्वास्थ्य योजनाले दिने सुविधा;
 - मेडिकेयर;
 - COBRA वा अन्य स्वास्थ्य बिमाको निरन्तर सुविधा । (COBRA एउटा यस्तो कानून हो जसले रोजगारदाताहरूलाई कर्मचारीले काम छोडेपछि वा आफ्नो रोजगारी परिवर्तन गरेपछि पनि निज तथा निजका आश्रितलाई निश्चित समयसम्म आफ्नो सामूहिक बिमा कायम राख्न दिन बाध्य पार्छ); वा
 - तपाईंले सवारी दुर्घटना जस्ता दुर्घटनाबापत क्षतिपूर्तिको दाबी गर्नुभएको छ भने ।
- तपाईंको आय वा आर्थिक अवस्थामा आएको अन्य परिवर्तन;
- तपाईंलाई नर्सिङ होममा भर्ना गरिएको छ भने;
- तपाईंले बच्चा जन्माउनु भयो भने;
- तपाईंले सेवा क्षेत्र वा सञ्जाल बाहिरको अस्पताल वा आपत्कालिन चिकित्सालयबाट सेवा लिनुभयो भने; वा
- तपाईंको अभिभावक, संरक्षक, अधिकृत प्रतिनिधि वा व्यक्तिगत प्रतिनिधि बदलियो वा तपाईंको टिकाउ अख्तियारनामा (Durable Power of Attorney) सक्रिय भयो भने ।

यी सूचनामध्ये कुनै सूचनामा परिवर्तन आएमा, कृपया हाम्रो ग्राहक सेवा विभागलाई टेलिफोन गर्नुहोस् ((ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) वा **NH DHHS** को NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि



ग्राहक सेवा केन्द्रको निःशुल्क टेलिफोन 1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (TDD Relay Access: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बीचमा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

सदस्यको व्यक्तिगत स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारीहरू गोप्य राखिने छन् ।

संघीय तथा राज्य कानून अनुसार हामीले तपाईंका चिकित्सा अभिलेख तथा व्यक्तिगत स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारीहरू गोप्य राख्नु पर्ने हुन्छ । यी कानूनले व्यवस्था गरेबमोजिम हामी तपाईंका सूचनाहरू सुरक्षित राख्छौं ।

खण्ड 1.5 अन्य बिमाले हाम्रो योजनामा कसरी काम गर्छ

तपाईंसँग अर्को पनि बिमा छ भने कुन बिमाले पहिला तपाईंको उपचार खर्च बहन गर्छ

मेडिकएड अन्तिम भुक्तानीकर्ता हो । यसको अर्थ हो तपाईंसँग अन्य बिमा (रोजगारदाताले दिने बिमा वा मेडिकेयर जस्ता) छन् भने पहिला ती बिमाहरूबाट तपाईंको उपचार खर्च भुक्तानी गरिनु पर्छ । यस्ता बिमालाई “प्राथमिक बिमा” भनिन्छ । सेवा प्राप्त गर्दा तपाईंले अनिवार्य रूपले प्राथमिक बिमासम्बन्धी सबै नियमहरूको पालना गर्नु पर्छ । तपाईंको प्राथमिक बिमाले नसमेट्ने सेवा वा वस्तुबापत NH हेल्दी फेमेलिजले भुक्तानी दिन सक्छ । त्यस्तै, NH हेल्दी फेमेलिजले सहभुक्तानी वा कटौती रकमको भुक्तानी पनि दिन सक्छ । सही तरिकाले भुक्तानी गर्न सकियोस् भन्नाका लागि तपाईंले तपाईंको प्राथमिक बिमा सञ्जाल र हाम्रो सञ्जाल भित्रका प्रदायकहरूको प्रयोग गर्नु पर्ने हुन्छ ।

तपाईंसँग अन्य स्वास्थ्य बिमा छ भने सेवा लिने बेलामा आफ्नो चिकित्सक, अस्पताल वा औषधी पसललाई सो कुराको जानकारी दिनुहोस् । तपाईंसँग प्राथमिक बिमा र न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड दुबै भएको अवस्थामा तपाईंको प्रदायकलाई NH हेल्दी फेमेलिजबाट कसरी भुक्तानी लिने भन्ने बारेमा जानकारी हुन्छ । तपाईंले समेटिने स्वास्थ्य सेवा बापत बिल प्राप्त गर्नुभयो भने अध्याय 8 (हामीसँग भुक्तानी गरिदिने अनुरोध गर्ने तरिका)

तपाईंसँग अन्य बिमा (रोजगारदाताले प्रदान गरेको बिमा वा मेडिकेयर जस्ता) छ र वैकल्पिक बिमाको रूपमा मेडिकएड बिमा सुविधा छ भने अर्को बिमाले भुक्तानी गरेपछि बाँकी भुक्तानी गर्न तपाईंसँग NH हेल्दी फेमेलिजको अग्रिम अनुमति चाहिँदैन । तपाईंसँग भएको अर्को बिमाले कुनै सेवा नसमेटेमा वा दिन नमानेमा र उक्त सेवा मेडिकएडले समेट्ने भएमा अग्रिम अनुमति लिनुभएको छ भने मात्र NH हेल्दी फेमेलिजले उक्त सेवा बापत भुक्तानी दिन सक्छ । अग्रिम अनुमति चाहिने सेवाको बारेमा जान्न अध्याय 4 (सुविधा चार्ट) हेर्नुहोस् ।

तपाईंसँग कुनै जिज्ञासा छ वा आफ्नो बिमासम्बन्धी जानकारी अद्यावधिक गर्न चाहनुहुन्छ भने हाम्रो ग्राहक सेवाको टेलिफोन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस् (यो पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा टेलिफोन नम्बरहरू प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

तपाईंलाई कुनै अर्को व्यक्ति वा पक्षको कारणले चोटपटक लागेको हो भने उपचार खर्च कसले ब्योहोर्छ

कुनै अर्को व्यक्ति वा पक्षको कारणले तपाईंलाई चोटपटक लागेको हो भने NH हेल्दी फेमेलिजले “प्रत्यासन (subrogation)” विधिको प्रयोग गर्छ । यसको अर्थ हो हामी निम्न व्यक्ति वा संस्थाबाट तपाईंको उपचार खर्च प्राप्त गर्न मेडिकएडमा आवेदन दिँदा तपाईंले हामीलाई दिनुभएको कानुनी अधिकारको प्रयोग गर्छौं:

- तपाईंलाई चोटपटक लगाउने व्यक्त(हरू); वा
- बिमा कम्पनी वा अन्य उत्तरदायी पक्ष ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि



अर्को पक्ष वा व्यक्ति तपाईंको उपचार खर्च तिर्न उत्तरदायी भएको अवस्थामा हामी तपाईंले हामीलाई दिनुभएको कानुनी अधिकारको प्रयोग गरी आफूले बहन गरेको खर्च असुल उपर गर्ने छौं । तपाईंले कुनै पनि परिस्थितिमा आफूले लिएको चिकित्सा सेवाको खर्च प्रत्यक्ष रूपमा भुक्तानी गर्नु पर्दैन ।

हामी तपाईंको सहमति लिएर वा नलिइकन सम्बन्धित पक्ष विरुद्ध कानुनी कारबाही गरी उपचार खर्च असुल उपर गर्ने छौं । चोटपटक लाग्ने व्यक्ति 18 वर्षभन्दा कम उमेरको छ भने पनि हामी प्रत्यासन अधिकार प्रयोग गर्न सक्छौं । अर्को पक्षले तपाईंलाई उपचार खर्च प्रत्यक्ष भुक्तानी गर्यो भने हामीसँग तपाईंबाट सो उपचार खर्च प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ ।

तपाईंसँग (अटो दुर्घटना बिमा जस्ता) अन्य दुर्घटना बिमा छन् भने चाँडोभन्दा चाँडो ग्राहक सहायता विभागमा टेलिफोन गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

कुनै वकिलले तपाईंलाई तपाईंको चोटपटकको सन्दर्भमा प्रतिनिधित्व गर्ने हो भने तपाईंले निजलाई आफूसँग NH हेल्दी फेमेलिजबाट प्राप्त हुने मेडिकएड बिमा भएको कुराको जानकारी दिनु पर्ने हुन्छ । तपाईंले अरू बीमा (आफ्नो वा अर्को पक्षको) कम्पनीलाई पनि आफूसँग NH हेल्दी फेमेलिजबाट प्राप्त हुने मेडिकएड बिमा भएको कुराको जानकारी दिनु पर्ने हुन्छ । त्यस्तै, हामीले कुनै माध्यमबाट तपाईंसँग अरू बिमा भएको कुरा थाह पायौं भने पनि हामी तपाईंलाई सम्पर्क गरेर तपाईंको दुर्घटना र अन्य बिमाको बारेमा जानकारी लिने छौं ।

तपाईंसँग कुनै जिज्ञासा छ वा आफ्नो बिमासम्बन्धी जानकारी अद्यावधिक गर्न चाहनुहुन्छ भने हाम्रो ग्राहक सेवाको टेलिफोन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस् (यो पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा टेलिफोन नम्बरहरू प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

अध्याय 2. महत्वपूर्ण फोन नम्बर र श्रोतहरू

खण्ड 2.1 NH हेल्दी फेमेलिजको ग्राहक सेवा विभागलाई सम्पर्क गर्ने तरिका

समेटिन सेवा, प्रदायक खोज्ने तरिका, दाबी, सदस्यता कार्ड वा अन्य विषयसम्बन्धी सहयोगको लागि कृपया NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभागलाई पत्राचार वा टेलिफोन गर्नुहोस् । हामी तपाईंलाई सहयोग गर्न हरदम तयार रहन्छौं ।

चिकित्सा वा व्यवहारगत स्वास्थ्यसम्बन्धी आपत्कालिन अवस्थामा- 911 मा टेलिफोन गर्नुहोस् वा नजिकैको आपत्कालिन चिकित्सालयमा जानुहोस् । आपत्कालिन सेवाको सूचीको लागि अध्याय 4 (सुविधा चार्ट) हेर्नुहोस् ।

| विधि | NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग- सम्पर्क विवरण |
|-----------------|--|
| टेलिफोनबाट | 1-866-769-3085 यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । सोमबार-बुधबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजे र बिहिबार- शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 5:00 बजे (सामान्यतया कार्यालय लाग्ने समय) सम्म टेलिफोन गर्न सकिन्छ । अंग्रेजी बोल्न नसक्नेहरू निःशुल्क दोभाषे सेवा पनि प्रयोग गर्न सक्छन् । |
| TTY/TDD | 1-855-742-0123 Relay 711 यो टेलिफोन प्रयोग गर्न विशेष टेलिफोन उपकरण चाहिन्छ र यो नम्बर सुन्ने र बोल्न नसक्नेहरूले मात्र प्रयोग गर्न पाउँछन् । यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । |
| फ्याक्स | 1-877-502-7255 |
| पत्राचार ठेगाना | NH Healthy Families 2 Executive Park Drive Bedford, NH 03110 |
| वेबसाइट | www.NHhealthyfamilies.com |

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

खण्ड 2.2 सेवासम्बन्धी गरिएको निर्णयको बारेमा वा अपिल पेस गर्न योजनालाई सम्पर्क गर्ने तरिका

सेवासम्बन्धी निर्णय भनेको हामीले यो योजना अन्तर्गत कुनै सेवा वा औषधी समेटिन्छ वा समेटिँदैन भनेर गरेको निर्णय हो । यो निर्णयमा प्रेस्कृप्सन औषधीबापत तपाईंले सहभुक्तानी गर्नु पर्ने रकमसम्बन्धी जानकारी पनि समावेश हुन्छ । तपाईं हामीले गर्ने यो निर्णयमा सहमत हुन सक्नुभएन भने तपाईं हाम्रो निर्णय विरुद्ध अपिल गर्न सक्नुहुन्छ ।

अपिल गर्नु भनेको हामीलाई आफ्नो निर्णय पुनर्विचार गरेर सो निर्णय परिवर्तन गरिदिन औपचारिक रूपमा अनुरोध गर्नु हो । अपिलसम्बन्धी थप जानकारीको लागि, अध्याय 10 (योजनाको कुनै निर्णय वा "कारबाही" विरुद्ध अपिल गर्नु पर्यो भने के गर्ने) हेर्नुहोस् ।

| विधि | समेटिने सेवासम्बन्धी निर्णय वा अपिल- सम्पर्क जानकारी |
|-----------------|--|
| टेलिफोनबाट | 1-866-769-3085 यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । सोमबार-बुधबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजे र बिहिबार- शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 5:00 बजेसम्म टेलिफोन गर्न सकिन्छ । अंग्रेजी बोल्न नसक्नेहरू निःशुल्क दोभाषे सेवा पनि प्रयोग गर्न सक्छन् । |
| TTY/TDD | 1-855-742-0123 Relay 711 यो टेलिफोन प्रयोग गर्न विशेष टेलिफोन उपकरण चाहिन्छ र यो नम्बर सुन्न र बोल्न नसक्नेहरूले मात्र प्रयोग गर्न पाउँछन् । यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । |
| फ्याक्स | 1-866-270-9943 |
| पत्राचार ठेगाना | NH Healthy Families Grievance and Appeals Department 2 Executive Park Drive Bedford, NH 03110 |
| वेबसाइट | www.NHhealthyfamilies.com |

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

खण्ड 2.3 उजुरी गर्न योजनालाई सम्पर्क गर्ने तरिका

उजुरी भन्नाले कुनै सदस्यले यो योजनाका कर्मचारी, प्रदायक, सेवा र सहभुक्तानीको बारेमा उजुरी गर्न प्रयोग गर्ने औपचारिक प्रक्रिया बुझिन्छ । उजुरी दायर गर्ने बारेमा थप जानकारीको लागि, अध्याय 10 (योजनाको कुनै निर्णय वा "कारबाही" विरुद्ध अपिल गर्नु पर्यो भने के गर्ने) हेर्नुहोस् ।

| विधि | उजुरी – सम्पर्क विवरण |
|-----------------|--|
| टेलिफोनबाट | 1-866-769-3085 यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । सोमबार-बुधबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजे र बिहिबार- शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 5:00 बजेसम्म टेलिफोन गर्न सकिन्छ । अंग्रेजी बोल्न नसक्नेहरू निःशुल्क दोभाषे सेवा पनि प्रयोग गर्न सक्छन् । |
| TTY/TDD | 1-855-742-0123 Relay 711 यो टेलिफोन प्रयोग गर्न विशेष टेलिफोन उपकरण चाहिन्छ र यो नम्बर सुन्न र बोल्न नसक्नेहरूले मात्र प्रयोग गर्न पाउँछन् । यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । |
| फ्याक्स | 1-866-270-9943 |
| पत्राचार ठेगाना | NH Healthy Families Complaint, Grievance and Appeal Department 2 Executive Park Drive Bedford, NH 03110 |

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)
सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

खण्ड 2.4 स्याहार संयोजनका बारेमा योजनालाई सम्पर्क गर्ने तरिका

स्याहार संयोजनले योजनाले सदस्यहरूलाई आवश्यक सेवा र सामुदायिक सहयोग लिन मद्दत गर्न गर्ने गरेको अभ्यासलाई जनाउँछ । स्याहार संयोजकहरू सदस्यको स्वास्थ्य स्याहार टोलीमा रहेका प्रदायकहरूसँग प्रत्येक प्रदायकले प्रदान गरेका सेवा लगायतका सदस्यलाई प्रदान गरिएका सबै सेवा तथा सहयोगको जानकारी छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्छन् । थप जानकारीको लागि खण्ड 5.2 (स्याहार समन्वयसम्बन्धी सहयोग) हेर्नुहोस् ।

| विधि | स्याहार समन्वय – सम्पर्क विवरण |
|-----------------|--|
| टेलिफोनबाट | 1-866-769-3085 यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । सोमबार-बुधबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजे र बिहिबार- शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 5:00 बजेसम्म टेलिफोन गर्न सकिन्छ । अंग्रेजी बोल्न नसक्नेहरू निःशुल्क दोभाषे सेवा पनि प्रयोग गर्न सक्छन् । |
| TTY/TDD | 1-855-742-0123 Relay 711 यो टेलिफोन प्रयोग गर्न विशेष टेलिफोन उपकरण चाहिन्छ र यो नम्बर सुन्न र बोल्न नसक्नेहरूले मात्र प्रयोग गर्न पाउँछन् । यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । |
| फ्याक्स | 1-877-502-7255 |
| पत्राचार ठेगाना | NH Healthy Families 2 Executive Park Drive Bedford, NH 03110 |
| वेबसाइट | www.NHhealthyfamilies.com |

खण्ड 2.5 योजनाको नर्स परामर्श लाइनमा सम्पर्क गर्ने तरिका

नर्स परामर्श लाइन NH हेल्दी फेमेलिजले प्रदान गर्ने चौबीसै घण्टा उपलब्ध निःशुल्क चिकित्सा परामर्श टेलिफोन सेवा हो । यो सेवामा आवद्ध नर्सहरू वर्षभरि चौबीसै घण्टा तपाईंका प्रश्नको जबाफ दिन तयार रहन्छन् । तपाईंसँग निम्न कुराको बारेमा प्रश्नहरू छन् भने नर्स परामर्श लाइनमा सम्पर्क गर्नुहोस्:

- चिकित्सा परामर्श
- स्वास्थ्य सूचनासम्बन्धी पुस्तकालय
- तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी प्रश्नहरूको जबाफ
- कुनै रोग वा चोटपटकको बारेमा परामर्श
- PCP सँग अपोइन्टमेन्ट लिने सहयोग

चिकित्सा वा व्यवहारगत स्वास्थ्यसम्बन्धी आपत्कालिन अवस्थामा- 911 मा टेलिफोन गर्नुहोस् वा नजिकैको आपत्कालिन चिकित्सालयमा जानुहोस् । आपत्कालिन सेवाको सूचीको लागि अध्याय 4 (सुविधा चार्ट) हेर्नुहोस् ।

| विधि | नर्स परामर्श लाइन – सम्पर्क विवरण |
|------------|---|
| टेलिफोनबाट | 1-866-769-3085 यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । नर्स परामर्श लाइन हप्तै भरि चौबीसै घण्टा खुला रहन्छ । अंग्रेजी बोल्न नसक्नेहरू निःशुल्क दोभाषे सेवा पनि प्रयोग गर्न सक्छन् । |
| TTY/TDD | 1-855-742-0123 Relay 711 यो टेलिफोन प्रयोग गर्न विशेष टेलिफोन उपकरण चाहिन्छ र यो नम्बर सुन्न र बोल्न नसक्नेहरूले मात्र प्रयोग गर्न पाउँछन् । यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । |

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

खण्ड 2.6 व्यवहारगत स्वास्थ्य सेवा (मानसिक स्वास्थ्य वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी सेवा) प्राप्त गर्न तरिका

व्यवहारगत स्वास्थ्य सेवा मानसिक स्वास्थ्य र/वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी सेवाको अर्को नाम हो । तपाईंसँग आफ्नो योजनाअन्तर्गत समेटिने सेवाहरू र/वा व्यवहारगत स्वास्थ्य तथा लागु पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी उपलब्ध प्रदायकहरूको बारेमा प्रश्नहरू छन् भने NH हेल्दी फेमेलिजलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।

तपाईंले कुनै चिकित्सकबाट रिफर गराइरहनु पर्दैन । तपाईं सेवा लिन NH हेल्दी फेमेलिजको सञ्जालमा रहेको जुन सुकै प्रदायकको मा जान सक्नुहुन्छ ।

व्यवहारगत स्वास्थ्यसम्बन्धी आपत्कालिन अवस्थामा- 911 मा टेलिफोन गर्नुहोस् वा नजिकैको आपत्कालिन चिकित्सालयमा जानुहोस् । आपत्कालिन सेवाको सूचीको लागि अध्याय 4 (सुविधा चार्ट) हेर्नुहोस् ।

| विधि | व्यवहारगत स्वास्थ्य सेवा (मानसिक स्वास्थ्य वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी सेवाहरू) – सम्पर्क विवरण |
|-----------------|---|
| टेलिफोनबाट | 1-866-769-3085 यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । सोमबार-बुधबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजे र बिहिबार-शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 5:00 बजेसम्म टेलिफोन गर्न सकिन्छ । अंग्रेजी बोल्न नसक्नेहरू निःशुल्क दोभाषे सेवा पनि प्रयोग गर्न सक्छन् । |
| TTY/TDD | 1-855-742-0123 Relay 711 यो टेलिफोन प्रयोग गर्न विशेष टेलिफोन उपकरण चाहिन्छ र यो नम्बर सुन्न र बोल्न नसक्नेहरूले मात्र प्रयोग गर्न पाउँछन् । यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । |
| पत्राचार ठेगाना | NH Healthy Families 2 Executive Park Drive Bedford, NH 03110 |
| वेबसाइट | www.NHhealthyfamilies.com |

तपाईं वा तपाईंले चिनेको कुनै व्यक्ति दुर्व्यसनीसँग लडिरहनुभएको छ र तपाईंहरूलाई चिकित्सा सेवाको आवश्यकता छ भने NH Statewide Addiction Crisis को टेलिफोन **2-1-1 मा सम्पर्क गर्नुहोस्** । दुर्व्यसनीसँग संघर्ष गरिरहेका व्यक्तिहरू चौबीसै घण्टा खुला रहने यो टेलिफोनमा सम्पर्क गर्न सक्छन् ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)
सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

खण्ड 2.7 आपत्कालिन बाहेकका चिकित्सकीय सेवा लिन जाने यातायात सेवाको लागि अनुरोध गर्ने तरिका

तपाईं प्रदायकको मा र खण्ड 4.2 मा रहेको समेटिने सेवाहरूमा सूचीकृत न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले समेट्ने चिकित्सकीय रूपले आवश्यक सेवा लिन स्वास्थ्य संस्थामा जाने गाडी भाडा तिर्न सक्नुहुन्न भने यो योजनाले यात्रा खर्च लगायतका आपत्कालिन बाहेकका चिकित्सकीय सेवा लिन जाने यातायात सेवा उपलब्ध गराउँछ (यातायात सेवा- आपत्कालिन बाहेकका चिकित्सा सेवाको लागि यातायात सेवा (NEMT) हेर्नुहोस्) ।

| विधि | आपत्कालिन बाहेकका चिकित्सा सेवाको लागि यातायात सेवा- सम्पर्क विवरण |
|-----------------|--|
| टेलिफोनबाट | Medical Transportation Management, Inc (MTM) 1-888-597-1192 |
| TTY/TDD | 711 यो टेलिफोन प्रयोग गर्न विशेष टेलिफोन उपकरण चाहिन्छ र यो नम्बर सुन्न र बोल्न नसक्नेहरूले मात्र प्रयोग गर्न पाउँछन् । यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । |
| फ्याक्स | 1-888-513-1610 |
| पत्राचार ठेगाना | Medical Transportation Management, Inc. 16 Hawk Ridge Drive Lake St. Louis, MO 63367 |
| वेबसाइट | https://mtm-prod.revealservices.net/www/member/#/login |

अपोइन्टमेन्टमा जाने सहयोग चाहिन्छ ?

तपाईंसँग कार छैन वा तपाईंलाई लिफ्ट दिने कुनै मान्छे छैन भने हामी तपाईंलाई तपाईंको चिकित्सा अपोइन्टमेन्ट र राज्यले समेट्ने दन्त रोगको अपोइन्टमेन्टमा पुग्न सहयोग गर्न सक्छौं । चिकित्सकीय रूपले आवश्यक सबै सेवा प्राप्त गर्न जाँदा यातायात सेवा उपलब्ध हुन्छ । निम्न लगायतका सेवा लिन जाँदा यातायात सेवा प्राप्त हुन्छ:

- तय गरिएको नियमित चिकित्सा अपोइन्टमेन्ट
- आपत्कालिन सेवा दिने संस्थाबाट अन्यत्र जान प्रयोग हुने यातायात (आपत्कालिन बाहेकका सेवा प्राप्त गर्न आपत्कालिन सेवा दिने संस्थामा जाँदा लाग्ने यातायात खर्च समेटिँदैन)
- अस्पताल वा अन्य चिकित्सा संस्थाबाट घर जाँदा प्रयोग हुने यातायात
- तय गरिएका राज्यले समेट्ने दन्त रोगसम्बन्धी अपोइन्टमेन्टहरू
- औषधी लिन औषधी पसलमा सवारी साधन रोक्ने सुविधा
- अस्पतालबाट डिस्चार्ज हुँदा औषधी पसलमा सवारी साधन रोक्ने सुविधा
- चिकित्सा अपोइन्टमेन्ट हुने बित्तिकै औषधी पसलमा सवारी साधन रोक्ने सुविधा

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

अपोइन्टमेन्टभन्दा कम्तीमा (3) दिन अगाडि यातायातको लागि अनुरोध पेस गरिनु पर्छ । सम्पर्क यातायातको व्यवस्था गर्न MTM को टेलिफोन 1-888-597-1192 मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

निम्न सेवाको लागि सेवा लिने दिनमै यातायातको लागि अनुरोध गर्न मिल्छ ।

- जरुरी यात्राको अनुरोध (जरुरी स्याहार क्लिनिकमा जाने यातायात वा प्रदायकले जरुरी ठहराएको अपोइन्टमेन्टमा जाने यातायात सुविधा)
- अस्पतालबाट डिस्चार्ज गर्न गरिने अनुरोध (अस्पतालमा कार्यरत डिस्चार्ज नर्सले यो कुरामा सहयोग गर्न सकिन्छ)
- पारिवारिक यातायात

टेलिफोन गर्दा मसँग कुन कुन जानकारी हुनुपर्छ ?

- तपाईंको मेडिकएड परिचय सङ्ख्या
- चढ्ने स्थल/गन्तव्यको ठेगाना र टेलिफोन नम्बर
- आफू जाने प्रदायक/स्वास्थ्य संस्थाको नाम
- अपोइन्टमेन्ट मिति र समयका साथै अपोइन्टमेन्ट अवधि
- MTM, चालक आदिले तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सक्ने सम्पर्क टेलिफोन
- तपाईं अपोइन्टमेन्ट स्थलमा जान (क्लिनिक, लैरो जस्ता) हिँड्न सहयोग गर्ने उपकरणहरूको प्रयोग गर्नुहुन्छ वा हुन्न भन्ने जानकारी ।

तपाईं 16-17 वर्षको हुनुहुन्छ र एकलै यात्रा गर्दै हुनुहुन्छ भने तपाईंसँग अनिवार्य रूपले अभिभावकीय सहमति फाराम हुनु पर्छ । तपाईं 15 वर्ष मुनिको व्यक्ति हुनुहुन्छ भने 18 वर्ष माथिको वयस्क तपाईंको साथमा हुनु पर्ने हुन्छ । चिकित्सा, भाषागत वा अन्य उचित सहयोगका लागि थप व्यक्तिहरूलाई लग्न सकिन्छ ।

यातायात खर्चको भुक्तानी

तपाईं सार्वजनिक सवारी साधनमा वा साथीभाइसँग लिफ्ट मागेर अपोइन्टमेन्टमा जानुभयो भने तपाईं सो यातायातमा भएको खर्च फिर्ता प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । तर तपाईंले यात्राअगाडि MTM को टेलिफोन 1-888-597-1192 मा सम्पर्क गर्नु पर्ने हुन्छ ।

टेलिफोन गर्दा मसँग कुन कुन जानकारी हुनुपर्छ ?

- तपाईंको मेडिकएड परिचय सङ्ख्या
- चढ्ने स्थल/गन्तव्यको ठेगाना र टेलिफोन नम्बर
- आफू जाने प्रदायक/स्वास्थ्य संस्थाको नाम
- अपोइन्टमेन्ट मिति र समय
- तपाईंलाई अपोइन्टमेन्ट स्थलमा लगेदिने व्यक्तिको नाम

तपाईंले यातायात खर्चको अनुरोध भर्नु पर्छ । यसमा तपाईंको प्रदायकको कार्यालयका कर्मचारीको हस्ताक्षर हुनुपर्छ । र यो अनुरोध हाम्रो यातायात सेवा प्रदायक Medical Transportation Management, Inc. (MTM) लाई पठाउनु पर्छ । यातायात बन्दोबस्त गर्न MTM लाई टेलिफोन गर्दा MTM प्रतिनिधिसँग यात्राको अभिलेख राख्ने लग माग्न सकिन्छ । अभिलेख राख्ने लग MTM सदस्य पोर्टलको वेबसाइट <https://www.mtm-inc.net/mileage-reimbursement/> र www.NHhealthyfamilies.com मा रहेको "सदस्यका श्रोतहरू" बाट पनि डाउनलोड गर्न सकिन्छ ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि



साथीभाइले यातायात सेवा दिए बापत प्राप्त हुने यातायात खर्चको बारेमा थप जान्न, यो हाते पुस्तिकाको खण्ड 4.2 (सुविधा चार्ट) मा उल्लिखित *आपत्कालिन बाहेकका अवस्थामा यातायात सुविधा (NEMT)* हेर्नुहोस् ।

खण्ड 2.8**NH DHHS को ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्ने तरिका**

न्यु ह्याम्पशायरको स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (NH DHHS) को ग्राहक सेवा केन्द्रले न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडको योग्यता, ग्रेनाइट एडभान्टेज (Granite Advantage) को योग्यता वा योजनामा भर्ना, ग्रेनाइट एडभान्टेजको रोजगारी तथा सामुदायिक सहभागितासम्बन्धी मापदण्ड, NH DHHS को वेबसाइट वा सुविधाले व्यवस्थित गर्ने खालको सहभागिता, खण्ड 4.4 (*योजना बाहिरका समेटिने न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड सुविधाहरू*) मा उल्लिखित NH DHHS ले प्रत्यक्ष रूपमा समेट्ने अन्य सेवाहरू सन्दर्भमा तपाईंसँग भएका प्रश्नहरूको जबाफ दिनका साथै तपाईंलाई नयाँ न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड कार्ड चाहिँदा वा पुरानो कार्ड बदलेर नयाँ कार्ड लिँदा सहयोग गर्छ । योजनाले तपाईंलाई अपिल वा उजुरी गर्न सहयोग गर्छ भने NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्रले पनि तपाईंलाई यी काम गर्दा मार्गदर्शन गर्छ ।

| विधि | NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्र – सम्पर्क विवरण |
|------------|---|
| टेलिफोनबाट | <p>1-888-901-4999 (योजनासम्बन्धी सूचनाको लागि) 1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (अन्य सूचनाको लागि)</p> <p>यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । तपाईंले सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बीचमा सम्पर्क गर्नु पर्ने हुन्छ ।</p> <p>अङ्ग्रेजी नबोल्नेहरूका लागि निःशुल्क दोभाषे सेवा उपलब्ध हुन्छ ।</p> |
| TTY/TDD | <p>1-800-735-2964</p> <p>यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । यो टेलिफोन प्रयोग गर्न विशेष टेलिफोन उपकरण चाहिन्छ र यो नम्बर सुन्न र बोल्न नसक्नेहरूले मात्र प्रयोग गर्न पाउँछन् ।</p> |

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

खण्ड 2.9 NH को दीर्घकालीन स्याहारसम्बन्धी लोकपालमा सम्पर्क गर्ने तरिका

न्यु ह्याम्पशाइरको दीर्घकालीन स्याहारसम्बन्धी लोकपालले NH DHHS ले प्रत्यक्ष रूपमा समेट्ने दीर्घकालीन स्वास्थ्य स्याहार सुविधा (नर्सिङ सुविधा पनि भनिने) सम्बन्धी उजुरी वा समस्याको सन्दर्भमा सहयोग गर्छ । आफ्नो समस्यालाई लिएर दीर्घकालीन स्याहारसम्बन्धी लोकपालमा सम्पर्क गर्नुअघि NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्रमा सम्पर्क गरेर उक्त समस्या समाधान गर्ने प्रयास गर्नुहोस् ।

| विधि | NH को दीर्घकालीन स्याहार लोकपाल – सम्पर्क विवरण |
|-----------------|---|
| टेलिफोनबाट | 1-800-442-5640 यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । तपाईंले सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:30 बजेदेखि साँझ 4:30 बीचमा सम्पर्क गर्नु पर्ने हुन्छ । |
| TTY/TDD | TDD Access Relay (NH): 1-800-735-2964 यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । यो टेलिफोन प्रयोग गर्न विशेष टेलिफोन उपकरण चाहिन्छ र यो नम्बर सुन्न र बोल्न नसक्नेहरूले मात्र प्रयोग गर्न पाउँछन् ।] |
| फ्याक्स | 603-271-5574 |
| पत्राचार ठेगाना | Office of the Long-Term Care Ombudsman Office of the Commissioner NH Department of Health and Human Services 129 Pleasant Street Concord, NH 03301 |
| वेबसाइट | https://www.dhhs.nh.gov/oltco/contact.htm |

खण्ड 2.10 NH DHHS को लोकपालमा सम्पर्क गर्ने तरिका

न्यु ह्याम्पशाइर स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (NH DHHS) को लोकपालले योजनाका सदस्य, विभागका कर्मचारी, सर्वसाधारणलाई मेडिकएडको योग्यता र यसले समेट्ने सवासम्बन्धी उजुरी र समस्या लगायतका मतभेद हटाउन सहयोग गर्छ । आफ्नो योजनाको सन्दर्भमा समस्या हुँदा NH DHHS लाई सम्पर्क गर्नुअगाडि अध्याय 10 मा उल्लिखित अपिल र उजुरी प्रक्रिया (*योजनाको कुनै निर्णय वा "कारबाही" विरुद्ध अपिल गर्नु पर्यो भने के गर्ने*) मार्फत उक्त समस्या समाधान गर्न खोज्नुहोस् ।

| विधि | NH DHHS को लोकपाल – सम्पर्क विवरण |
|-----------------|---|
| टेलिफोनबाट | 1-800-852-3345 , एक्टेन्सन 6941 यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । तपाईंले सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:30 बजेदेखि साँझ 4:30 बीचमा सम्पर्क गर्नु पर्ने हुन्छ । |
| TTY/TDD | TDD Access Relay (NH): 1-800-735-2964 यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । यो टेलिफोन प्रयोग गर्न विशेष टेलिफोन उपकरण चाहिन्छ र यो नम्बर सुन्न र बोल्न नसक्नेहरूले मात्र प्रयोग गर्न पाउँछन् ।] |
| फ्याक्स | 603-271-4632 |
| पत्राचार ठेगाना | Office of the Ombudsman Office of the Commissioner NH Department of Health and Human Services 129 Pleasant Street Concord, NH 03301 |
| वेबसाइट | https://www.dhhs.nh.gov/oos/contact.htm |

खण्ड 2.11 ServiceLink जेष्ठ नागरिक तथा अपाङ्गतासम्बन्धी श्रोत केन्द्रमा सम्पर्क गर्ने तरिका

ServiceLink आवश्यक दीर्घकालीन सेवा र सहयोग पहिचान गर्न र प्रयोग गर्न, पारिवारिक स्याहारकर्तासम्बन्धी जानकारी र सहयोग लिन र मेडिकेयर र मेडिकएडका सुविधाहरूको बारेमा जात्र सदस्यहरूलाई सहयोग गर्ने प्रयोजनले तयार गरिएको NH DHHS को कार्यक्रम हो । ServiceLink NH DHHS ले चलाएको कार्यक्रम हो ।

| विधि | ServiceLink जेष्ठता तथा अपाङ्गता श्रोत केन्द्र – सम्पर्क विवरण |
|-----------------|--|
| टेलिफोनबाट | <p>1-866-634-9412</p> <p>यो राष्ट्रिय नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । केही मोबाइल फोन वा न्यु ह्याम्पशाइर बाहिरबाट यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा NH DHHS को ग्राहक सेवामा टेलिफोन पुग्छ । त्यहाँ पुगेपछि तपाईंको टेलिफोन तपाईंको स्थानमा रहेको उचित ServiceLink कार्यालयको टेलिफोनमा ट्रान्सफर गरिन्छ ।</p> <p>तपाईंले सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:30 बजेदेखि साँझ 4:30 बजेका बीचमा सम्पर्क गर्नु पर्ने हुन्छ ।</p> <p>अङ्ग्रेजी नबोल्नेहरूका लागि निःशुल्क दोभाषे सेवा उपलब्ध हुन्छ ।</p> |
| TTY/TDD | तपाईंको स्थानीय कार्यालयमा उपलब्ध TTY/TDD सेवाको लागि माथिको नम्बरमा टेलिफोन गर्नुहोस् वा तलको वेबसाइटमा जानुहोस् । |
| फ्याक्स | तपाईंको स्थानीय कार्यालयको फ्याक्स नम्बर प्राप्त गर्न माथिको नम्बरमा टेलिफोन गर्नुहोस् वा तलको वेबसाइटमा जानुहोस् । |
| पत्राचार ठेगाना | तपाईंको स्थानीय कार्यालयको ठेगाना थाह पाउन माथिको नम्बरमा टेलिफोन गर्नुहोस् वा तलको वेबसाइटमा जानुहोस् । |
| वेबसाइट | http://www.servicelink.nh.gov/ |

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

खण्ड 2.12 जालसाजी, अनावश्यक प्रयोग वा गलत प्रयोगसम्बन्धी शंकास्पद घटनाको बारेमा रिपोर्ट गर्ने तरिका

तपाईं न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड कार्यक्रमको सत्यनिष्ठता कायम राख्न महत्वपूर्ण भूमिका खेल्न सक्नुहुन्छ । जालसाजी, अनावश्यक प्रयोग वा गलत प्रयोग पहिचान गर्न NH हेल्दी फेमेलिज NH DHHS, सदस्य, प्रदायक, स्वास्थ्य योजना तथा प्रहरी प्रशासन (कानून कार्यान्वयन एजेन्सी) सँग सहकार्य गर्छ । जालसाजी, अनावश्यक प्रयोग वा गलत प्रयोगको परिभाषाको लागि खण्ड 13.2 (महत्वपूर्ण शब्दका परिभाषाहरू) हेर्नुहोस् ।

जालसाजी, अनावश्यक प्रयोग वा गलत प्रयोगका उदाहरणमा निम्न कुरा पर्न सक्छन्:

- आफूले नपाएको सेवाको लागि बिल प्राप्त गर्नु ।
- सदस्यको स्वास्थ्य अभिलेखमा बिल काटिएको सेवा पुष्टि गर्ने जानकारी नहुनु ।
- अरूको लागि स्वास्थ्य सेवा र आपूर्ति वा प्रेस्क्रीप्सन औषधी लिन आफ्नो स्वास्थ्य बिमा कार्ड प्रयोग गर्न दिनु ।
- सेवाको भुक्तानी दिने कामलाई असर गर्ने खालका झूटा वा भ्रामक स्वास्थ्य जानकारी पेश गर्नु ।

तपाईंलाई जालसाजी, अनावश्यक प्रयोग वा गलत प्रयोग भएको शङ्का लागेमा तुरुन्तै रिपोर्ट गर्नुहोस् । कसैलाई न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडको सदस्य, प्रदायक वा योजनाले जालसाजी, अनावश्यक प्रयोग वा गलत प्रयोग गरेको छ भन्ने लागेमा निजले योजना र/वा न्यु ह्याम्पशायरको न्यायधिवक्ताको कार्यालयमा यो कुराको रिपोर्ट गर्न सक्छन् । यसो गर्दा आफ्नो नाम के हो बताउनु पर्दैन । तपाईंको बेनामी रहेर पनि यो काम गर्न सक्नुहुन्छ ।

| विधि | NH हेल्दी फेमेलिजलाई जालसाजी, अनावश्यक प्रयोग वा गलत प्रयोगको रिपोर्ट गर्ने – सम्पर्क विवरण |
|-----------------|---|
| टेलिफोनबाट | 1-866-685-8664 बेनामी भएर टेलिफोन गर्न मिल्ने यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । तपाईंले कार्यालय लाग्ने समय- सोमबार-शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 5:00 बजेसम्म सम्पर्क गर्नु पर्ने हुन्छ । अंग्रेजी बोल्न नसक्नेहरू निःशुल्क दोभाषे सेवा पनि प्रयोग गर्न सक्छन् । |
| TTY/TDD | 1-855-742-0123 Relay 711 यो टेलिफोन प्रयोग गर्न विशेष टेलिफोन उपकरण चाहिन्छ र यो नम्बर सुन्न र बोल्न नसक्नेहरूले मात्र प्रयोग गर्न पाउँछन् । यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । |
| पत्राचार ठेगाना | NH Healthy Families 2 Executive Park Drive Bedford, NH 03110 |
| वेबसाइट | www.NHhealthyfamilies.com |

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)
सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

| | |
|------------------------|---|
| विधि | न्यु ह्याम्पशाइरको न्यायधिवक्ताको कार्यालयमा जालसाजी, अनावश्यक प्रयोग वा गलत प्रयोगको रिपोर्ट गर्ने – सम्पर्क विवरण |
| टेलिफोनबाट | 603-271-3658 तपाईंले सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 5:00 बीचमा सम्पर्क गर्नु पर्ने हुन्छ । |
| TTY/TDD | TDD Access Relay (NH): 1-800-735-2964 यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । यो टेलिफोन प्रयोग गर्न विशेष टेलिफोन उपकरण चाहिन्छ र यो नम्बर सुन्न र बोल्न नसक्नेहरूले मात्र प्रयोग गर्न पाउँछन् ।] |
| फ्याक्स | 603-271-2110 |
| पत्राचार ठेगाना | Office of the Attorney General 33 Capitol Street Concord, NH 03301 |
| वेबसाइट | http://www.doj.nh.gov/consumer/complaints/index.htm |

खण्ड 2.13 अन्य महत्वपूर्ण सूचना तथा श्रोतहरू

- तपाईं अधिकृत प्रतिनिधि वा व्यक्तिगत प्रतिनिधि तोकन सक्नुहुन्छ – तपाईं आफ्नो प्रतिनिधित्व गर्ने व्यक्ति छात्र सक्नुहुन्छ । तपाईंको प्रतिनिधि योजनालाई जानकारी प्रदान गर्न र तपाईंको पक्षबाट योजनाले तपाईंलाई दिने सूचना प्राप्त गर्न सक्छन् । तपाईं लिखित रूपमा मात्र आफ्नो प्रतिनिधि तोकन सक्नुहुन्छ । यसो गर्दा तपाईंले हामीलाई तपाईंको प्रतिनिधिले तपाईंको प्रतिनिधित्व कसरी गर्ने छन् भन्ने बारेमा जानकारी दिनु पर्ने छ । तपाईंको स्वागत प्याकेटमा स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग तथा खुलासा गर्ने अधिकार नामक फाराम समावेश छ । अथवा तपाईं हाम्रो वेबसाइट www.NHhealthyfamilies.com बाट पनि उक्त फाराम डाउनलोड गर्न सक्नुहुन्छ । वेबसाइटमा गएर “मेडिकएड योजना” त्यसपछि “सदस्य श्रोत” त्यसपछि “सदस्यता पुस्तिका र फाराम” छात्रुहोस् र तपाईं “स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारीको प्रयोग तथा खुलासा गर्ने अधिकार नामक फाराम” को लिङ्कमा पुग्नु हुने छ । तपाईंले लिखित रूपमा आफूले तोकेको प्रतिनिधिबाट अधिकार नखोसे वा संशोधन नगरेसम्म ती व्यक्ति तपाईंको प्रतिनिधि रहिरहने छन् । अधिक जानकारीको लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।
- वैकल्पिक ढाँचा र दोभाषे सेवा – पढ्ने क्षमता सीमित भएका र दोभाषे सेवा चाहिने व्यक्तिहरू वैकल्पिक ढाँचामा पनि यो सूचना प्राप्त गर्न सक्छन् । तपाईं वैकल्पिक ढाँचामा यो सामाग्री चाहनुहुन्छ वा तपाईंलाई अध्याय 4 को सुविधा चार्टमा उल्लिखित सेवाहरू प्राप्त गर्न दोभाषे सेवा चाहिन्छ भने ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।
 - तपाईं मेडिकएडको लागि योग्य हुनुहुन्छ भने हामीले तपाईंलाई यो योजनाको बारेमा सुलभ र उपयोगी जानकारी निःशुल्क प्रदान गर्नु पर्ने हुन्छ । यो सूचना ब्रेल लिपी, ठूलो प्रिन्ट वा अन्य ढाँचामा उपलब्ध छ ।
 - अंग्रेजी नबोल्ने वा बोल्न असहज महसुस गर्ने सदस्यहरूलाई सहयोग गर्न NH हेल्दी फेमेलिजले निःशुल्क सेवा दिन्छ । तपाईं र तपाईंको प्रदायकले एक अर्काले बुझ्ने गरी तपाईंको चिकित्सा वा व्यवहारगत स्वास्थ्यसम्बन्धी समस्याको बारेमा छलफल गर्न सकेमा मात्र फलदायी हुने भएकाले NH हेल्दी फेमेलिजले प्रदान गर्ने यो सेवा महत्वपूर्ण छ । दोभाषे सेवा निःशुल्क प्रदान गरिन्छ । यो सेवा विभिन्न भाषामा उपलब्ध हुन्छ । यो सेवालै सांकेतिक भाषा पनि समेट्छ । दृष्टिसम्बन्धी समस्या भएका सदस्यहरूले ग्राहक सेवा विभागमा टेलिफोन गरेर दोभाषे सेवा उपलब्ध गराइदिन अनुरोध गर्न सक्छन् भने श्रवणसम्बन्धी समस्या भएकाले TDD/TTY लाइनमा टेलिफोन गर्नु पर्ने हुन्छ । ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोन 1-866- 769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123) हो । आफूसँग भाषिक समस्या वा अपाङ्गता भएका कारण तपाईंले कुनै सूचना प्राप्त गर्न सक्नुभएन भने कृपया NH DHHS को ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोन **1-844- ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (TDD Access Relay: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बजेसम्म सम्पर्क गर्नुहोस् ।
- योजनाको संरचना र सञ्चालनको बारेमा जानकारी NH हेल्दी फेमेलिजको रूपमा कारोबार गर्ने ग्रानाइट राज्य स्वास्थ्य सेवा योजना Bedford, NH मा रहेको मेडिकएडले व्यवस्थित गरेको स्याहार संगठन हो । तपाईंको सदस्यता पुस्तिकामा उल्लिखित सुविधा तथा सेवाहरू प्रदान गर्न हामी स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागसँग करार गर्छौं । हामी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक, अस्पताल र अन्य संगठनसँग करार गरेर प्रदायकहरूको आफ्नै सञ्जाल बनाएर चिकित्सा, व्यवहारगत, प्रेस्कृप्सन वा अन्य सहायक सेवा प्रदान
NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)
सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

गर्छौं । हाम्रो सञ्जाल राज्यव्यापी सञ्जाल हो र हाम्रो सञ्जालमा रहेका प्रदायकहरूको सूची www.NHhealthyfamilies.com मा प्राप्त गर्न सकिन्छ । “सदस्यहरूका लागि” छान्नुहोस्, त्यसपछि “मेडिकएड योजना” छानेर “प्रदायक खोज्नुहोस्” मा क्लिक गर्नुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिजको संरचना र सञ्चालनसम्बन्धी अधिक जानकारीको लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

- योजनाका प्रदायकको लागि उपलब्ध प्रोत्साहन र तलवसम्बन्धी सूचना – प्रदायकहरूले प्राप्त गर्ने प्रोत्साहनको जानकारीले प्रदायकहरू आफूले दिएको सेवा बापत कसरी रकम प्राप्त गर्न सक्छन् भन्ने कुरा बताउँछ । यसले बिरामीले गरेको प्रगति वा अन्य आधारमा प्राप्त गर्न योग्य बोनसको बारेमा पनि जानकारी दिन्छ ।

सदस्यहरू योजनासँग प्रदायकले पाउने प्रोत्साहन तथा रकमको बारेमा निम्न जानकारी माग््न सक्छन्:

- यो योजनाले रिफरल सेवाको प्रयोगलाई असर गर्ने प्रोत्साहन प्रयोग गर्छ वा गर्दैन;
- प्रदायकहरूलाई कस्तो प्रकारको प्रोत्साहन रकम भुक्तानी गरिन्छ भन्ने बारेमा जानकारी;
- बढी लागत लाग्ने सेवा लिन ग्राहकको हकमा स्टप-लस बिमा (stop-loss protection) ले प्रदायकहरूलाई राहत दिन्छ वा दिँदैन ।

यो सूचना माग््न ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

- सदस्यतासम्बन्धी सामाग्रीको माग – हाम्रो सदस्यता पुस्तिका, प्राथमिकतामा परेको औषधीहरूको सूची वा प्रदायकको डिरेक्टरीको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न NH हेल्दी फेमेलिजलाई सम्पर्क गर्नुहोस् । तपाईंले अनुरोध गर्नुभएको 5 दिन (बिदाका दिन बाहेक) भित्र यी कागजातहरू उपलब्ध गराइन्छन् । (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

अध्याय 3. समेटिने सेवा प्राप्त गर्न NH हेल्दी फेमेलिजको प्रयोग गर्ने तरिका

यो अध्यायले यो योजना अन्तर्गत समेटिने सेवा प्राप्त गर्न तपाईंले के गर्नु पर्छ भन्ने बारेमा जानकारी दिन्छ । यसमा केही निश्चित शब्दको परिभाषा र समेटिने सेवा प्राप्त गर्दा तपाईंले पालना गर्नु पर्ने नियमहरू पनि समावेश छ । थप परिभाषाहरू हेर्न खण्ड 13 (महत्वपूर्ण शब्दको छोटकरी नाम र परिभाषाहरू) हेर्नुहोस् ।

तपाईंले तालिम प्राप्त पेसाकर्मीहरूबाट आवश्यक चिकित्सा सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्नुहोस् र तपाईंसँग ती सेवाहरू प्राप्त गर्न आवश्यक ज्ञान र पहुँच होस् भन्नेका लागि NH हेल्दी फेमेलिज तपाईं र तपाईंको प्राथमिक स्याहार प्रदायक (PCP) सँग सहकार्य गर्छ ।

हाम्रो योजनाले समेटिने योजनासम्बन्धी जानकारीको लागि अध्याय मा रहेको सुविधा चार्ट हेर्नुहोस् ।

4. सुविधा चार्टमा रहेका समेटिने सेवाहरू प्राप्त गर्दा न्यु ह्याम्पशायरको स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागका नियमहरूको पालना गरिन्छ (अध्याय He-W, He-E, He-C, He-M, र He-P) । यी नियमहरू http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.htm मा उपलब्ध छन् ।

“सञ्जालभित्रका प्रदायक” र “समेटिने सेवाहरू” भनेको के हो ?

तपाईं यो योजनाको सदस्य भएवापत तपाईं कसरी समेटिने उपचार र सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ भन्ने कुरा तपाईंलाई बुझाउन यहाँ केही परिभाषाहरू दिइएका छन् ।

- **“प्रदायक”** भन्नाले चिकित्सा सेवा र उपचार प्रदान गर्ने प्रयोजनका लागि राज्यले अनुमति दिएका चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई बुझिन्छ । यो शब्दले अस्पताल र औषधी पसल जस्ता स्वास्थ्यसम्बन्धी अन्य निकाय पनि समेट्छ ।
- **“सञ्जालभित्रका प्रदायक”** भन्नाले यो योजनासँग सम्झौता गरेका, हामीले दिन भुक्तानी लिने, तपाईंले प्रेस्कृप्सन वापत गरेको आंशिक भुक्तानीलाई पूर्ण भुक्तानीको रूपमा स्वीकार गर्ने चिकित्सक, औषधी पसल र अन्य स्वास्थ्यकर्मी, चिकित्सा समूह, अस्पताल, टिकाउ चिकित्सा उपकरणको आपूर्तिकर्ता र स्वास्थ्यसम्बन्धी अन्य संस्थाहरू बुझिन्छ । हाम्रो सञ्जालमा रहेका प्रदायकहरूले आफूले तपाईंलाई दिएको सेवा बापत हामीसँग रकम लिन्छन् ।
- **“समेटिने सेवाहरू”** मा हाम्रो योजनाले समेट्ने सबै स्वास्थ्य स्याहार सेवा, प्रेस्कृप्सन औषधी, आपूर्ति र उपकरणहरू पर्छन् । समेटिने सेवाहरूको बारेमा थप जान्न अध्याय 4 मा उल्लिखित सुविधा चार्ट हेर्नुहोस् ।

योजनालाई तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार सेवा तथा औषधीको रकम तिर्न लगाउने नियम

NH हेल्दी फेमेलिज हामीले NH DHHS सँग गरेको करारमा उल्लिखित सबै सेवाहरू बापत भुक्तानी दिन्छ ।

NH हेल्दी फेमेलिजले निम्न अवस्थामा तपाईंको स्वास्थ्य स्याहारको खर्च ब्योहोरिरहन्छ:

- **तपाईंले प्राप्त गर्ने स्याहार सुविधा चार्टमा छ भने** (सुविधा चार्ट यो सदस्यता पुस्तिकाको अध्याय 4 मा छ ।)
- **तपाईंले प्राप्त गर्ने स्याहार चिकित्सकीय रूपले आवश्यक छ भने** । “चिकित्सकीय रूपले आवश्यक” सेवालै तपाईंको स्वास्थ्य अवस्था राम्रो पार्न, रोगको निदान र उपचार गर्न तथा चिकित्सा अभ्यासको मापदण्ड

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि



पूरा गर्न आवश्यक सेवा, आपूर्ति वा औषधीलाई जनाउँछ । चिकित्सकीय रूपले आवश्यक सेवाको बारेमा थप जानकारीको लागि, खण्ड 6.1 (चिकित्सकीय रूपले आवश्यक सेवा) हेर्नुहोस् ।

- **आवश्यक परेको खण्डमा समेटिने सेवाहरू प्राप्त गर्नुअगाडि तपाईं योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति पनि प्राप्त गर्नु पर्छ भने** कुन कुन सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृति लिनुपर्छ भन्ने कुराको जानकारी खण्ड 4.2 (सुविधा चार्ट) मा इटालिक अक्षरमा दिइएको छ ।
- **तपाईंसँग तपाईंको जाँच र उपचार गर्ने सञ्जालभित्रको प्राथमिक स्याहार प्रदायक (PCP) छ भने** हाम्रो योजनाको सदस्यको रूपमा तपाईंले अनिवार्य रूपले सञ्जाल भित्रको PCP को छनौट गर्नु पर्ने हुन्छ । यस बारेमा थप जानकारीको लागि खण्ड 3.1 मा भएको *तपाईंको प्राथमिक स्याहार प्रदायक (PCP) ले तपाईंलाई चिकित्सा सेवा दिनुका साथै तपाईंको सेवाको व्यवस्थापन गर्छ* हेर्नुहोस् ।
 - केही परिस्थितिमा तपाईंले सञ्जालभित्रका विशेषज्ञ, व्यवहारगत स्वास्थ्य सेवा प्रदायक, अस्पताल, सीपयुक्त नर्सिङ भवन वा गृह स्याहार सेवा जस्ता अन्य प्रदायकबाट सेवा लिनु पर्ने भएमा तपाईंको PCP ले अग्रिम रूपमा ती सेवाहरू लिने सिफारिस गरिदिन सक्छन् । सहभागी प्रदायकलाई भेट्न लिखित सिफारिस (रिफरल) को आवश्यकता पर्दैन । तपाईंको प्रदायकले हाम्रो योजनामा विशेष सेवा अनुमोदन गराउन "अग्रिम अनुमति" फाराम पेस गर्न सक्छन् । थप जानकारीको लागि अध्याय 6 (समेटिने सेवाहरू प्राप्त गर्दा पालना गर्नु पर्ने नियमहरू) हेर्नुहोस् । सञ्जालभित्रका विशेषज्ञ सेवा, व्यवहारगत स्वास्थ्य सेवा तथा अस्पतालहरू पत्ता लगाउन हाम्रो वेबसाइट www.NHHealthyFamilies.com मा रहेको प्रदायकको डिरेक्टरी हेर्नुहोस् ।
 - आपत्कालिन र जरुरी सेवा प्राप्त गर्न PCP सँग अनुमति मागिरहनु पर्दैन । तपाईं आफ्नो PCP बाट अग्रिम स्वीकृति प्राप्त नगरिकन अन्य केही प्रकारका सेवाहरू पनि प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । थप जानकारीको लागि खण्ड 4.2 हेर्नुहोस् ।
- **तपाईं सञ्जालभित्रको प्रदायकबाट सेवा लिनुहुन्छ भने** (थप जानकारीको लागि, खण्ड 3.3 (विशेषज्ञ तथा अन्य सञ्जालका प्रदायकहरूबाट उपचार गराउने तरिका) हेर्नुहोस् । हाम्रो योजनाले तपाईंले सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट लिने प्रायजसो सेवाहरू समेट्दैन । तर आपत्कालिन सेवा वा अग्रिम स्वीकृति लिएर लिएको सेवाको हकमा यो नियम लागू हुँदैन । कस्तो अवस्थामा सञ्जाल बाहिरका प्रदायकबाट लिइएका सेवाहरू समेटिन्छन् भन्ने बारेमा थप जानकारीको लागि खण्ड 3.5 (अन्य सञ्जालका प्रदायकहरूबाट उपचार गराउने तरिका) हेर्नुहोस् ।

यो नियमका पाँच वटा अपवादहरू तल दिइएका छन्:

- यो योजनाले सञ्जाल बाहिरका प्रदायकबाट तपाईंले लिने आपत्कालिन सेवा र जरुरी सेवा समेट्छ । आपत्कालिन सेवा र जरुरी सेवासम्बन्धी थप जानकारीको लागि खण्ड 3.6 (आपत्कालिन, जरुरी वा बेसमयको सेवा) हेर्नुहोस् ।
- न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले दिनु पर्ने भनी तोकेको सेवा हाम्रो योजनाभित्रका प्रदायकले दिन नसकेको अवस्थामा तपाईं उक्त सेवा सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट लिन सक्नुहुन्छ । तपाईंको PCP ले NH हेल्दी फेमेलिजसँग सहकार्य गरेर सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट सेवा लिन आवश्यक अग्रिम स्वीकृत लिन्छ । सञ्जाल बाहिरको चिकित्सकलाई भेट्दा कसरी स्वीकृति लिने भन्ने बारेमा थप जानकारीको लागि खण्ड 6.3 (सञ्जाल बाहिरको सेवा प्राप्त गर्ने तरिका) हेर्नुहोस् ।
- योजनाको सेवा क्षेत्र बाहिर हुँदा तपाईंले न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड मा सहभागी मेडिकेयरले प्रमाणित गरेको डाइलेसिस सेवा प्रदायकबाट मृगौलाको डाइलेसिस गर्नु भयो भने हाम्रो योजनाले उक्त डाइलेसिसको खर्च ब्योहोर्छ । अधिक जानकारीको लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

- तपाईं परिवार नियोजनसम्बन्धी समेटिने सेवा लिन न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड मा सहभागी चिकित्सक, क्लिनिक, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, अस्पताल, औषधी पसल वा परिवार नियोजन कार्यालयमा जान सक्नुहुन्छ । थप जानकारीको लागि अध्याय 4 (समेटिने सेवाहरू) मा उल्लिखित सुविधा चार्टमा रहेको "परिवार नियोजन सेवाहरू" हेर्नुहोस् ।
- NH हेल्दी फेमेलिजको व्यवहारगत स्वास्थ्य सञ्जालमा रहेका व्यवहारगत स्वास्थ्य सेवा प्रदायकबाट सेवा लिँदा प्राथमिक सेवा प्रदायक (PCP) को सिफारिस आवश्यक पर्दैन ।

खण्ड 3.1 तपाईंको प्राथमिक स्याहार प्रदायक (PCP) ले तपाईंलाई चिकित्सा सेवा दिनुका साथै तपाईंको सेवाको स्याहार व्यवस्थापन गर्छन्

"PCP" को हो र PCP ले तपाईंलाई कसरी सहयोग गर्छ ?

PCP भन्नाले तपाईंले छानेको, सञ्जाल भित्रको प्रदायक (वा तपाईंले आफ्नो प्रदायक छानुन्जेलसम्मका लागि योजनाले तपाईंको सेवाको लागि तोकेको प्रदायक) प्रदायक बुझिन्छ । तपाईंले आफ्ना स्वास्थ्यसम्बन्धी समस्या सर्वप्रथम ती प्रदायकसँग देखाउनु पर्छ । तपाईं स्वस्थ रहनुहोस् भन्नाका लागि यी प्रदायकले तपाईंलाई आवश्यक स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न सहयोग गर्छन् । उहाँले अन्य चिकित्सक र प्रदायकहरूसँग तपाईंको स्वास्थ्यको बारेमा छलफल गर्न पनि सक्नुहुन्छ । तपाईंको प्रदायकको दायित्व भनेको तपाईंको प्राथमिक स्वास्थ्य स्याहारको सुपरिवेक्षण, समन्वय गर्नु तथा प्रदान गर्नु हो । उहाँले आवश्यक परेको बेलामा तपाईंलाई विशेषज्ञको मा जाने सिफारिस गर्नुका साथै तपाईंले प्राप्त गरिरहनुभएको स्याहार कायम गर्ने काम पनि गर्नुहुन्छ ।

बालरोग विशेषज्ञ, पारिवारिक स्वास्थ्यकर्मी, साधारण स्वास्थ्यकर्मी, इन्टरनिस्ट, प्रसूति विशेषज्ञ वा महिला रोग विशेषज्ञ, सहायक स्वास्थ्यकर्मी (चिकित्सकको सुपरिवेक्षणमा काम गर्ने) वा उन्नत अभ्यास गर्ने पञ्जीकृत नर्स (APRN) ले तपाईंको PCP को रूपमा सेवा दिन सक्छन् । तपाईं PCP छात्रे वा बदल्ने सहयोग चाहनुहुन्छ भने हाम्रो ग्राहक सेवाको टेलिफोन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस् (यो पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा टेलिफोन नम्बरहरू प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

आफ्नो PCP सँग अपोइन्टमेन्ट लिन PCP को कार्यालयमा टेलिफोन गर्नुहोस् । तपाईंलाई अपोइन्टमेन्ट लिने सहयोग चाहिन्छ भने कृपया NH हेल्दी फेमेलिजको ग्राहक सदस्य सेवा विभागको टेलिफोन 1-866-769-3085 मा सम्पर्क गर्नुहोस् । तपाईं चिकित्सकसँगको अपोइन्टमेन्टमा जाने यातायात सुविधा चाहनुहुन्छ भने कृपया Medical Transportation Management, Inc. (MTM) को टेलिफोन 1-888-597-1192 मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

- **PCP को हो ?** PCP तपाईंले प्राप्त गर्ने सबै उपचार तथा स्याहारको व्यवस्थापन गर्ने चिकित्सक हुन् ।
- **कस्ता प्रकारका प्रदायकहरू PCP को रूपमा काम गर्छन् ? विशेषज्ञ पनि PCP को रूपमा काम गर्न सक्छन् ?** बालरोग विशेषज्ञ, पारिवारिक स्वास्थ्यकर्मी, साधारण स्वास्थ्यकर्मी, इन्टरनिस्ट, प्रसूति विशेषज्ञ वा महिला रोग विशेषज्ञ, सहायक स्वास्थ्यकर्मी (चिकित्सकको सुपरिवेक्षणमा काम गर्ने) वा उन्नत अभ्यास गर्ने पञ्जीकृत नर्स (APRN) ले तपाईंको PCP को रूपमा सेवा दिन सक्छन् । तपाईंले अनुरोध गरेको र आवश्यकता भएको अवस्थामा विशेषज्ञहरू पनि तपाईंको PCP हुन सक्छन् । थप जानकारीको लागि ग्राहक सेवा केन्द्रमा सम्पर्क गर्नुहोस् ।
- **तपाईंको योजनामा PCP ले कस्तो भूमिका खेल्छन् ?** PCP तपाईंलाई स्वास्थ्य सेवा दिने मुख्य व्यक्ति हुन् । यी चिकित्सक वा नर्सहरूले तपाईंको कल्याणलाई मध्यनजर गर्दै तपाईंलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवा दिन्छन् । PCP तपाईंलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने प्राथमिक साझेदार हुन् ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि



- **समेटिने सेवाहरू प्राप्त गर्दा PCP ले कस्तो भूमिका खेल्छन् ?** तपाईंको PCP ले तपाईंलाई चिकित्सकीय रूपले आवश्यक उपचार प्रदान गर्न तपाईंलाई विशेषज्ञहरूलाई रिफर गर्छन् । तपाईंले यस्ता सेवाहरू NH हेल्दी फेमेलिजको सञ्जालभित्रका प्रदायकबाट लिनु पर्ने हुन्छ । सहयोगको लागि ग्राहक सेवा केन्द्रमा सम्पर्क गर्नुहोस् ।
- **अग्रिम स्वीकृतिको बारेमा निर्णय लिने वा उक्त स्वीकृति प्राप्त गर्ने काममा PCP कस्तो भूमिका खेल्छन् ?** तपाईंको PCP ले तपाईंको चिकित्सा आवश्यकताको आधारमा तपाईंले विशेषज्ञ सेवा र अन्य प्रकारको सेवा लिनु पर्ने हुँदा अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन्छ ।
- **तपाईं NH हेल्दी फेमेलिज सञ्जाल बाहिरको PCP छान्न पाउनुहुन्छ ?** तपाईंले छान्ने PCP अनिवार्य रूपले हाम्रो सञ्जालभित्रको हुनु पर्छ ।
- **तपाईं आफ्नो PCP बाहेकको चिकित्सककोमा जान सक्नुहुन्छ ?** तपाईं हाम्रो सञ्जालभित्रका जुन सुकै प्रदायककोमा जान सक्नुहुन्छ ।
- **NH हेल्दी फेमेलिज अन्तर्गत गरिने सिफारिस (रिफरल) को मापदण्ड के हो ?** तपाईंको PCP ले सिफारिस गर्ने विशेषज्ञको सेवा लगायतका सेवा चिकित्सकीय रूपले आवश्यक सेवा हो भने तपाईंको PCP ले लिखित रूपमा सिफारिस गरिरहनु पर्दैन ।

तपाईंले आफ्नो PCP को छनौट कसरी गर्नु पर्छ ?

प्रदायकको डिरेक्टरीमा हाम्रो सञ्जालमा भएका सबै प्रदायकहरूको सूची छ । हाम्रो सञ्जालमा चिकित्सक, औषधी पसल र अस्पतालहरू समावेश छन् । प्रदायकको डिरेक्टरीमा विशेषज्ञ प्रदायक तथा व्यवहारगत स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी प्रदायकहरूको बारेमा सूचना पनि हुन्छ ।

PCP छान्दा निम्नमध्ये एक प्रकारको प्रदायकको छनौट गर्नुहोस्:

- बाल रोग विशेषज्ञ
- पारिवारिक वा साधारण स्वास्थ्यकर्मी
- आन्तरिक चिकित्सा
- प्रसूति विशेषज्ञ वा स्त्री रोग विशेषज्ञहरू
- पञ्जीकृत नर्स सेवा प्रदायकहरू
- सहायक स्वास्थ्यकर्मीहरू (चिकित्सकको सुपरिवेक्षणमा काम गर्ने)
- उन्नत पञ्जीकृत नर्स सेवा प्रदायकहरू (ARNP)

तपाईंले अनुरोध गरेको र आवश्यकता भएको अवस्थामा विशेषज्ञहरू पनि तपाईंको PCP हुन सक्छन् । यससम्बन्धी थप जानकारीको लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

हामी आफ्ना सदस्यहरूको फाइदालाई मध्यनजर गरी प्रदायकको उत्कृष्ट सञ्जाल बनाउने कुरामा सधैं अग्रसर छौं । नयाँ प्रदायकहरू थपिएका छन् वा छैनन् भन्ने कुरा जान्न तपाईं www.NHhealthyfamilies.com मा रहेको अनलाइन डिरेक्टरी हेर्न सक्नुहुन्छ । तपाईंले अनुरोध गरेको अवस्थामा विशेषज्ञहरू पनि तपाईंको PCP हुन सक्छन् ।

तपाईंले PCP को छनौट गर्नुभएन भने तपाईंको ठेगाना र PCP को उपलब्धताको आधारमा हामी स्वतः तपाईंको PCP तोकिदिन्छौं ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

प्रदायक छान्नुअगाडि तपाईं कुनै प्रदायकको बारेमा अधिक जान्न चाहनुहुन्छ भने ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन 1-866-769-3085 मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

PCP बदल्ने तरिका

तपाईं जुन सुकै बेला जुन सुकै कारणले आफ्नो PCP परिवर्तन गर्न सक्नुहुन्छ । त्यस्तै, तपाईंको PCP ले हाम्रो सञ्जाल छोडेमा पनि तपाईंले नयाँ PCP छान्नु पर्ने हुन्छ । तपाईंको प्रदायकहरू योजनाबाट बाहिरिँदा के हुन्छ भन्ने बारेमा थप जानकारीको लागि खण्ड 3.4 (PCP, विशेषज्ञ वा सञ्जालका अन्य प्रदायकहरू योजनाबाट बाहिरिँदा के हुन्छ) हेर्नुहोस् ।

तपाईंले आफ्नो PCP बदलेको खण्डमा अनिवार्य रूपमा हामीलाई जानकारी दिनु पर्छ । तपाईं निम्न तरिकाले हामीलाई यो कुराको जानकारी दिन सक्नुहुन्छ:

- ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन 1-866-769-3085 मा सम्पर्क गरी
- सुरक्षित सदस्य पोर्टल www.NHhealthyfamilies.com मा गई ।
- तपाईंले गरेको PCP को परिवर्तन अर्को दिनदेखि लागू हुन्छ ।

खण्ड 3.2 अग्रिम अनुमति नलिइकन तपाईंले प्राप्त गर्न सक्ने सेवाहरू

तपाईं आफ्नो PCP वा NH हेल्दी फेमेलिजबाट अग्रिम अनुमति नलिइकन तल सूचीकृत सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ ।

- स्तनको जाँच, मामोग्राम (स्तनको एक्स-रे) प्याप परीक्षण, योनाङ्गको जाँच र मातृत्व स्याहार लगायतका नियमित स्त्री रोगसम्बन्धी सेवाहरूमाथि महिलाको प्रत्यक्ष पहुँच । यी सेवा लिन PCP को सिफारिस वा अग्रिम अनुमतिको आवश्यकता पर्दैन ।
- फ्लुको खोप
- सञ्जालभित्र वा बाहिरका प्रदायकहरूबाट लिइने आपत्कालिन सेवा ।
- सञ्जालभित्रका प्रदायकहरू र तिनको अनुपस्थितिमा सञ्जाल बाहिरका प्रदायकहरू (उदाहरणको लागि योजनाको सेवा क्षेत्रमा नरहेको बेला तपाईंले सेवा लिनु पर्दा) बाट लिइने जरुरी स्वास्थ्य सेवाहरू ।
- न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड मा सहभागी परिवार नियोजन प्रदायकबाट परिवार नियोजन सेवाहरू प्राप्त गर्दा ।
- सबै रोकथामात्मक उपचार सेवा ।
- विशेष स्वास्थ्य आवश्यकता भएका र दीर्घकालीन सेवा चाहिने सदस्य (LTSS) को हकमा विशेषज्ञ माथिको प्रत्यक्ष पहुँच । सञ्जालभित्रका विशेषज्ञबाट यी सेवा लिन PCP को सिफारिस वा अग्रिम अनुमतिको आवश्यकता पर्दैन ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

खण्ड 3.3 विशेषज्ञ तथा अन्य सञ्जालका प्रदायकहरूबाट उपचार गराउने तरिका

तपाईंले हाम्रो योजनामा कुन कुन प्रदायक समावेश छन् भन्ने कुरा जान्नु पर्ने हुन्छ । केही अपवाद बाहेक समेटिने सेवाहरू लिन तपाईंले हाम्रो सञ्जाल अन्तर्गतका प्रदायकको प्रयोग गर्नुभयो भने मात्र यो योजनाले तपाईंको उपचार खर्च ब्योहोर्छ । आपत्कालिन अवस्थामा र सञ्जालका प्रदायकहरू उपलब्ध नहुँदा लिइने जरुरी सेवा लिँदा वा तपाईंले सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट सेवा लिने अग्रिम अनुमति लिनुभएको छ भने यो नियम लागू हुँदैन ।

विशेष रोग वा शरीरको विशेष भागको उपचार गर्ने चिकित्सकलाई विशेषज्ञ भनिन्छ । तपाईंको PCP लाई तपाईंले विशेषज्ञबाट उपचार गर्नुपर्छ जस्तो लाग्छ भने उहाँले तपाईंले सञ्जाल भित्रको विशेषज्ञको मा रिफर गर्नु हुने छ (वा ती विशेषज्ञलाई तपाईंको उपचारको जिम्मा दिनु हुने छ) । विशेषज्ञहरू धेरै प्रकारका हुन्छन् । तल केही उदाहरणहरू दिइएका छन्:

- अङ्गुलीजिष्टहरूले क्यान्सर रोगीको उपचार गर्छन् ।
- कार्डियोलोजिष्टहरूले मुटु रोगीको उपचार गर्छन् ।
- अर्थोपेडिष्टहरूले हड्डी, जोर्नी वा मांसपेशी रोगीको उपचार गर्छन् ।

तपाईं ग्राहक सेवा केन्द्रबाट प्रदायकको डिरेक्टरीको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।) प्रदायकको डिरेक्टरीमा सञ्जालभित्रका प्रदायकहरू सूची हुन्छ । त्यस्तै, तपाईं ग्राहक सेवा केन्द्रसँग प्रदायकहरूको योग्यता लगायतका बारेमा थप जानकारी माग्नु पनि सक्नुहुन्छ ।

तपाईं प्रदायक भेट्ने सहयोग गर्ने संयन्त्रबाट वा वेबसाइटबाट डाउनलोड गरेर पनि प्रदायकको डिरेक्टरी प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । यो संयन्त्रमा प्रदायक डिरेक्टरीसम्बन्धी निम्न लगायतका विवरणहरूको अद्यावधिक जानकारी हुन्छ: नाम, ठेगाना, टेलिफोन नम्बर, नयाँ बिरामीहरू हेरिरहेका छन् वा छैनन् भन्ने जानकारी, पेसागत योग्यता, बोल्ने भाषा, लिङ्ग, विशेषज्ञता, परिषदको प्रमाणिकता र शिक्षा । कुनै प्रदायकको चिकित्सा विद्यालय तथा रेसिडेन्सीको बारेमा थप जान्न ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

तपाईंको PCP लाई तपाईंले विशेषज्ञ सेवा लिनुपर्छ जस्तो लागेमा उहाँले तपाईंलाई कुनै विशेषज्ञलाई रिफर गर्नुहुन्छ वा (ती विशेषज्ञलाई भेट्ने अग्रिम अनुमति दिनुहुन्छ) । केही प्रकारका सिफारिस (रिफरल) का लागि तपाईंको PCP हाम्रो योजनाबाट अग्रिम अनुमति लिनु पर्ने हुन्छ । (यसलाई "अग्रिम स्वीकृति" लिनु भनिन्छ । कुन कुन सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृति लिनुपर्छ भन्ने कुराको जानकारी खण्ड 4.2 (सुविधा चार्ट) मा इटालिक अक्षरमा दिइएको छ ।

कुनै विशेषज्ञ वा सञ्जालको अन्य प्रदायकलाई भेट्नुअगाडि तपाईंको PCP ले अनिवार्य रूपले तपाईंलाई रिफर गर्नु पर्छ वा (अग्रिम अनुमति दिनु पर्छ) । तपाईंले सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट नसमेटिने सेवा लिनुभन्दा अगाडि अग्रिम स्वीकृति लिनुभएको छैन भने तपाईं आफैले सो सेवाको खर्च ब्योहोर्नु पर्ने हुन सक्छ । तपाईंसँग कुनै जिज्ञासा छ भने हाम्रो ग्राहक सेवाको टेलिफोन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस् (यो पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा टेलिफोन नम्बरहरू प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

तपाईंले हाम्रो योजनामा कुन कुन प्रदायक समावेश छन् भन्ने कुरा जान्नु पर्ने हुन्छ । केही अपवाद बाहेक समेटिने सेवाहरू लिन तपाईंले हाम्रो सञ्जाल अन्तर्गतका प्रदायकको प्रयोग गर्नुभयो भने मात्र यो योजनाले तपाईंको उपचार

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि



खर्च ब्योहोर्छ । आपत्कालिन अवस्थामा र सञ्जालका प्रदायकहरू उपलब्ध नहुँदा लिइने जरुरी सेवा लिँदा वा तपाईंले सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट सेवा लिने अग्रिम अनुमति लिनुभएको छ भने यो नियम लागू हुँदैन ।

तपाईंको PCP ले तपाईंलाई चिकित्सकीय रूपले आवश्यक उपचार प्रदान गर्न तपाईंलाई विशेषज्ञहरूलाई रिफर गर्छन् । तपाईंले यस्ता सेवाहरू NH हेल्दी फेमेलिज को सञ्जालभित्रका प्रदायकबाट लिनु पर्ने हुन्छ । सहयोगको लागि ग्राहक सेवा केन्द्रमा सम्पर्क गर्नुहोस् । तपाईंको उपचार गर्न सक्ने स्थानीय प्रदायक हाम्रो सञ्जालभित्र छैनन् भने तपाईंको PCP ले हामीसँग समन्वय गरेर सञ्जालबाहिरको प्रदायकलाई भेटेर सेवा लिन आवश्यक अग्रिम स्वीकृति प्राप्त गर्न सक्छन् ।

- तपाईंको PCP, विशेषज्ञ वा स्वास्थ्य संस्थाले अग्रिम स्वीकृतिको लागि अनुरोध पेश गरेर चिकित्सकीय रूपले आवश्यक सेवाहरूको बन्दोबस्त गर्नु पर्ने हुन्छ । यसरी पेश गरिएको अनुरोधमा कारबाही गर्ने अधिकार रेफरल विशेषज्ञ (RS) को हुन्छ । यी विशेषज्ञ उक्त अनुरोधमा भएको जानकारीको समीक्षा गर्ने तथा स्वीकृति प्रदान गर्ने काम गर्छन् । यो काम गर्ने प्रयोजनका लागि RS अनुरोध पेश गर्ने प्रदायकलाई सम्पर्क गरेर थप जानकारी प्राप्त गर्न सक्छन् । त्यसपछि उक्त अनुरोध एक नर्सबाट समीक्षा गराइन्छ ।
- ती नर्सले स्वास्थ्य जानकारीको समीक्षा गर्छन् र उक्त जानकारीलाई राज्यको हालको नीति, संगठनिक क्लिनिकल नीति र InterQual को चिकित्सकीय आवश्यकताको मापदण्डसँग तुलना गर्छन् । पेश गरिएको जानकारी पूर्ण छ र मापदण्ड पूरा भएको छ भने तपाईंको अनुरोध स्वीकृत हुन्छ । त्यसपछि ती नर्सले तपाईंको प्रदायक, तपाईं र तपाईंले सेवा लिन खोज्नुभएको प्रदायकलाई एक स्वीकृति पत्र पठाउँछन् । यो स्वीकृतिले तपाईंले गर्नुभएको अनुरोध चिकित्सकीय रूपले आवश्यक छ भन्ने कुरा पुष्टि गर्छ ।
- नर्सले स्वास्थ्य जानकारीको समीक्षा गरेर सो जानकारीले मापदण्ड पूरा नगर्ने कुरा निकर्षाल गरेमा चिकित्सा निर्देशक (MD) बाट तपाईंको अनुरोधको समीक्षा गराइन्छ । MD ले सबै जानकारीको समीक्षा गर्ने छन् र तपाईंको अनुरोध स्वीकार गर्ने वा नगर्ने निर्णय गर्ने छन् ।
- तपाईंको अनुरोध अस्वीकृत भएको खण्डमा MD ले अस्वीकृत हुनुको कारण र जुन चिकित्सा नीतिको आधारमा अस्वीकार गरिएको हो सो नीति उल्लेख गरेर पत्राचार गर्ने छन् । तपाईं प्रयोग व्यवस्थापन विभागको टेलिफोन 866-769-3085 मा टेलिफोन गरेर यस्तो निर्णय गर्न प्रयोग हुने सबै मापदण्डको सूची प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । प्रयोग हुने मापदण्डको उदाहरणमा क्लिनिक अवस्था र सदस्यको अद्वितीय आवश्यकता (जस्तै वयस्क, जेष्ठ नागरिक, बालक, किशोर वा किशोरी र व्यवहारगत स्वास्थ्य वा साइकोथेरापी) अनुसार उपयुक्त हुने Centene/NH Healthy Families क्लिनिकल नीतिहरू र InterQual® मापदण्ड
- अस्वीकृतिको मौखिक जानकारी प्रदान गरिसकेपछि तपाईं र तपाईंको प्रदायकलाई अस्वीकृति पत्र पठाइने छ । तपाईं (ठूलो प्रिन्ट, अर्कै भाषा जस्ता) वैकल्पिक ढाँचामा यो सामग्री माग्न सक्नुहुन्छ । तपाईं वैकल्पिक ढाँचामा यो सामग्री चाहनुहुन्छ वा तपाईंलाई दोभाषे सेवा चाहिन्छ भने ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।
- अनुरोध पेश गर्ने प्रदायक र हाम्रो योजनाको चिकित्सकीय निर्देशक बीच उक्त अनुरोधको बारेमा हुने वार्तालापलाई पिरय-टु-पियर समीक्षा भनिन्छ । यो समीक्षादौरान तपाईंको आवश्यकताको बारेमा थप छलफल गर्न सकिन्छ र तपाईंको प्रदायकले MD लाई थप स्वास्थ्य जानकारी प्रदान गर्न सक्छन् । यो छलफल पछि तपाईंको अनुरोध स्वीकृत हुन्छ भन्ने कुनै ग्यारेन्टी हुँदैन ।
- अस्वीकृतिको मौखिक सूचना प्राप्त गरेको **3 दिनभित्र (बिदाको दिन बाहेक)** तपाईंले प्रदायकले चिकित्सकीय निर्देशकको टेलिफोन 1-855-735-4397 मा सम्पर्क गरेर पिरय-टु-पियर समीक्षाको लागि अनुरोध पेश गर्नु पर्छ ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

**अस्पताल**

NH हेल्दी फेमेलिजले अन्तरङ्ग अस्पताल सेवा पनि प्रदान गर्छ । तपाईं आपत्कालिन अवस्थामा हुनुहुन्न तर तपाईंलाई अस्पताल भर्ना गर्नु पर्छ भने तपाईंको PCP वा विशेषज्ञले तपाईंलाई सञ्जालभित्रको अस्पताल जाने बन्दोबस्त गरिदिन्छन् तथा अन्य चिकित्सकले तपाईंको उपचार गर्ने भए पनि तपाईंको उपचारमा समन्वय गर्ने छन् । NH Healthy Families ले स्वीकृति दिएपछि मात्र यस्ता सेवाहरू लिन सकिन्छ । कुनै अस्पताल सञ्जालभित्र छ वा छैन भन्ने कुरा जान्न वा तपाईंसँग कुनै जिज्ञासाहरू छन् भने कृपया हाम्रो ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) वा www.NHhealthyfamilies.com मा रहेको प्रदायकहरूको सञ्जाल हेर्नुहोस् ।

तपाईंलाई आपत्कालिन अवस्थामा अस्पताल भर्ना गरियो भने तपाईं वा तपाईंको परिवारको सदस्य वा साथीले सकेसम्म चाँडो र ढिलोमा 24 भित्र तपाईंको PCP लाई सो कुराको जानकारी दिनु पर्छ ।

परिवार नियोजन

NH हेल्दी फेमेलिजले परिवार नियोजन सेवा पनि प्रदान गर्छ । तपाईं हाम्रो सञ्जालमा नरहेका प्रदायकहरूबाट पनि यी सेवा तथा आपूर्तिहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । यसका लागि अग्रिम स्वीकृति चाहिँदैन । यी सेवाहरू प्राप्त गर्दा शुल्क लाग्दैन । यी सेवाहरू स्वैच्छिक र गोपनीय हुन्छन् । परिवार नियोजन सेवाका केही उदाहरणहरू तल दिइएका छन्:

- सही छनौट गर्न सहयोग गर्न तालिम प्राप्त व्यक्तिबाट प्राप्त गरिने जानकारी र परामर्श
- जन्म निरोधकसम्बन्धी जानकारी
- शारीरिक जाँच
- फलो-अप भ्रमणहरू
- खोप सेवाहरू
- गर्भावस्था परीक्षणहरू
- परिवार नियोजनका साधनहरू
- सरुवा यौन रोगको परीक्षण तथा उपचार

दृष्टि रोग सेवा

NH हेल्दी फेमेलिजले प्रत्येक 12 महिनामा सदस्यहरूको आँखाको जाँच गरी चस्माको आवश्यकता छ वा छैन भन्ने कुरा निर्धारण गर्ने सेवा प्रदान गर्छ र सदस्यहरूलाई उपलब्ध फ्रेम र लेन्सहरू छात्रे अवसर प्रदान गर्छ । समेटिने दृष्टि रोग सेवासम्बन्धी थप जानकारीको लागि खण्ड 4.2 (सुविधा चार्ट) चार्ट हेर्नुहोस् ।

दन्त सेवा

हाम्रो योजनाले दन्त सेवा समेट्दैन । यी सेवाहरू न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडबाट प्राप्त गर्न सकिन्छ । दन्त रोगसम्बन्धी सेवाको बारेमा तपाईंसँग प्रश्नहरू छन् भने न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडको ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् । सम्पर्क विवरणको लागि खण्ड 2.8 (NH DHHS को ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्ने तरिका) र खण्ड 4.4 (यो योजना बाहिरका समेटिने न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड सुविधा) हेर्नुहोस् ।

यो योजनाले केही सदस्यहरूलाई फ्लोराइड भार्निश सेवा प्रदान भने गर्छ । सुविधा चार्टमा रहेको फ्लोराइड भार्निश हेर्नुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

मानसिक स्वास्थ्य सेवा

यो योजनाले बहिरङ्ग तथा अन्तरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्छ । थप जानकारीको लागि खण्ड 4.2 (सुविधा चार्ट) हेर्नुहोस् । अन्तरङ्ग सेवामा निम्न सेवाहरू समावेश हुन्छन्:

- कडा मनोरोगको मूल्याङ्कन तथा उपचार गर्न प्रदान गरिने अन्तरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवा
- सुधार गृह (व्यवस्थित आवास सेवा)*
- अन्तरङ्ग चिकित्सा एकाइ* मा हुने मनोरोग परामर्श

सामुदायिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, मनोरोग विशेषज्ञ, मनोरोग सेवा दिने पञ्जीकृत नर्स (APRN), मानसिक स्वास्थ्य थेरापी प्रदायक, मनोवैज्ञानिक, मान्यता प्राप्त साइकोथेरापी प्रदायक, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, संघीय रूपमा योग्य घोषित गरिएको केन्द्र (FQHC), ग्रामीण स्वास्थ्य केन्द्र (RHC) र सञ्जालभित्रको मानसिक स्वास्थ्यको बहिरङ्ग स्वास्थ्य केन्द्रबाट लिइने बहिरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू भने यो योजना अन्तर्गत समेटिन्छन् ।

समेतिने सेवामा निम्न सेवाहरू समावेश हुन्छन्:

- औषधी लिन गरिने भ्रमण
- व्यक्तिगत, सामूहिक र पारिवारिक थेरापी
- निदानात्मक मूल्याङ्कनहरू
- आंशिक अस्पताल भर्ना (PHP)*
- गहन बहिरङ्ग सेवा (IOP)*
- आपत्कालिन मनोरोग सेवाहरू
- इलेक्ट्रोकन्भल्सिभ थेरापी (ECT)*
- ट्रान्सक्रानिअल म्याग्नेटिक स्टिम्युलेसन *
- मानसिक स्वास्थ्य संकट हुँदा हस्तक्षेप
- वैयक्तिक सुधार तथा उपचार सेवाहरू (IROS)
- एसर्टिभ सामुदायिक उपचार (ACT) लगायतका रोग व्यवस्थापन सेवा
- मनोरोग परीक्षण*

* ले अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने सेवा जनाउँछ

खण्ड 3.4 PCP, विशेषज्ञ वा सञ्जालका अन्य प्रदायकहरू योजनाबाट बाहिरिँदा के हुन्छ

हामी वर्षेभरि हाम्रो सञ्जालमा रहेका अस्पताल, चिकित्सक र विशेषज्ञ (प्रदायकहरू) परिवर्तन गर्न सक्छौं । त्यस्तै, तपाईंको प्रदायक पनि योजनाबाट बाहिरिन सक्छन् । तपाईंको चिकित्सक, विशेषज्ञ वा तपाईंलाई नियमित सेवा दिने प्रदायक योजनाबाट बाहिरिएमा तपाईंसँग निम्न लिखित अधिकारहरू हुन्छन्:

- तपाईंको PCP वा तपाईंलाई नियमित सेवा दिने प्रदायक योजनाबाट बाहिरिँदा सम्भव भएसम्म हामी तपाईंलाई जानकारी दिने छौं । तपाईं समय मै अर्को प्रदायक छान्न सक्नुहोस् भन्नका लागि हामी कुनै प्रदायक बाहिरिने सूचना पाएको 15 दिनअगाडि वा प्रदायकसँगको करार सकिनुभन्दा 30 दिनअगाडि तपाईंलाई जानकारी दिने छौं ।
- हामी तपाईंलाई आफूले पाएको स्वास्थ्य सेवा कायम राख्न सहयोग गर्न योग्य प्रदायक छान्ने काममा मद्दत गर्ने छौं ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

- तपाईं आफूले पाउनु पर्ने चिकित्सा उपचार गरिरहनु भएको छ भने हामी तपाईंसँग सहकार्य गरेर तपाईं उक्त उपचार निर्बाध रूपमा प्राप्त गर्नुहोस् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्ने छौं । थप जानकारीको लागि खण्ड 5.3 (स्याहार परिवर्तन लगायत स्याहारको निरन्तरतासम्बन्धी जानकारी) हेर्नुहोस् । NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंलाई आफ्नो चिकित्सकले सञ्जाल छोडेको मितिले बढीमा 90 दिनसम्म ती चिकित्सकको मा जाने अनुमति दिन्छ । यो अवधिमा हामी तपाईंलाई नयाँ चिकित्सक खोज्न सहयोग गर्छौं । तपाईंको प्रदायकले दिएको सेवाको गुणस्तरहिनताको कारण निजलाई सञ्जालबाट हटाइँदै छ भने यो विकल्प उपलब्ध हुँदैन । तपाईंको चिकित्सक अनिवार्य रूपले निम्न कुरामा राजी हुनुपर्छ:
 - आवश्यकताअनुसार तपाईंको उपचार गर्ने
 - NH हेल्दी फेमेलिजले जुन दरमा भुक्तानी दिन्छ सो दर स्वीकार गर्ने
 - NH हेल्दी फेमेलिजको गुणस्तर मापदण्डको पालना गर्ने
 - NH हेल्दी फेमेलिजको अग्रिम स्वीकृतिसम्बन्धी नीतिको पालना गरी उपचार योजनाको प्रयोग गर्ने
 - तपाईंलाई आवश्यक चिकित्सा जानकारी प्रदान गर्ने

तपाईंको उपचारमा न्यूनतम रोकावट आओस् भन्नका लागि NH हेल्दी फेमेलिजले निम्न काम गर्ने छ:

- तपाईं निर्बाध रूपले सेवा प्राप्त गरिरहन सक्नुहोस् भन्नका लागि सञ्जालबाट प्रदायक बाहिरिएको बढीमा 90 दिन र तपाईंलाई अर्को प्रदायक खोज्न लाग्ने समय मध्ये जुन समय कम छ सो समयसम्म सञ्जालबाट बाहिरिने प्रदायकबाट नै सेवा लिने सुविधा प्रदान गर्छ (तपाईं गर्भवती भएको तीन महिना नाघी सकेको छ भने यो नियम लागू हुँदैन ।
- तपाईं गर्भवती भएको तीन महिना नाघी सकेको छ भने तपाईंलाई आफ्नो प्रसूति विशेषज्ञ वा तपाईंको दीर्घकालीन रोग वा जटिल रोग वा मनोरोगको उपचार गर्ने प्रदायकसँग सेवा लिने अनुमति दिन्छ । यो सेवा गर्भावस्थाको तीन महिनामा सुरु भएर प्रसूतिपछि पनि जारी रहन्छ ।

तपाईंलाई हामीले पुरानो प्रदायकको बदलामा योग्य प्रदायक उपलब्ध गराएका छैनौं वा तपाईं राम्रो स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरिरहनु भएको छैन जस्तो लाग्छ भने तपाईंसँग उजुरी दायर गर्ने वा हाम्रो निर्णय विरुद्ध अपिल गर्ने अधिकार हुन्छ ।

- तपाईंले आफ्नो प्रदायक वा विशेषज्ञ हाम्रो योजनाबाट बाहिरिँदै छन् भन्ने कुरा थाह पाउनुभयो भने कृपया हामीलाई सो कुराको जानकारी दिनुहोस् ताकी हामी तपाईंलाई नयाँ प्रदायक खोज्न सहयोग गर्न सकौं ।
- सम्भव भएसम्म तपाईं आफूले इच्छाएको हाम्रो सञ्जालभित्रका प्रदायक छान्न पाउनुहुन्छ ।
- तपाईं हाम्रो ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन 1-866-769-3085 मा सम्पर्क गरी वा सुरक्षित सदस्य पोर्टलको वेबसाइट www.NHhealthyfamilies.com मा गई आफ्नो PCP बदल्न सक्नुहुन्छ ।
- तपाईं कुनै सहभागी प्रदायकबाट अग्रिम रूपमा स्वीकृत लिएको सेवा प्राप्त गरिरहनुभएको छ तर ती प्रदायकले उक्त सेवा प्रदान गर्न छोडेका छन् भने योजनालाई यो कुराको जानकारी भएको 7 दिनभित्र तपाईंलाई सूचित गरिने छ । त्यस्तै, तपाईं निर्बाध सेवा प्राप्त गरिरहनुहोस् भन्नका लागि अस्थायी योजना बनाइने छ ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि

खण्ड 3.5 सञ्जाल बाहिरका अन्य प्रदायकहरूबाट उपचार गराउने तरिका

न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले दिनु पर्ने भनी तोकेको सेवा हाम्रो योजनाभित्रका प्रदायकले दिन नसकेको अवस्थामा तपाईं उक्त सेवा सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट लिन सक्नुहुन्छ । तर यस्तो अवस्थामा तपाईंको PCP ले अग्रिम स्वीकृति लिनुपर्छ ।

तपाईं संघीय रूपले पहिचान गरिएको अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काको रैथाने व्यक्ति वा इन्डियनलाई दिने स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न योग्य अर्को व्यक्ति हुनुहुन्छ भने तपाईं विशेष सुविधा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईं अग्रिम स्वीकृति नलिइकन सञ्जाल बाहिर रहेको इन्डियन स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिन सक्नुहुन्छ । अधिक जानकारीको लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

तपाईंले सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट सेवा लिन अग्रिम स्वीकृति लिएको अवस्थामा तपाईंले प्रेस्कृप्सन औषधीको सह-भुक्तानी रकम बाहेक अन्य रकम तिर्नु पर्दैन । तपाईंसँग समेटिने सेवा बापत भुक्तानी लिइयो भने ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

खण्ड 3.6 आपत्कालिन, जरुरी वा बेसमयको सेवा

“आपत्कालीन अवस्था” भनेको के हो र यस्तो अवस्थामा तपाईंले के गर्नु पर्छ ?

तपाईं वा स्वास्थ्यको औसत ज्ञान भएको कुनै व्यक्ति तुरुन्तै उपचार नगरेको खण्डमा कसैको ज्यान जान, अङ्गभङ्ग हुन वा शरीरको अङ्ग वा भागले काम गर्न छोड्छ भन्ने कुरामा विश्वास गर्नुहुन्छ भन्ने कुरामा विश्वास गर्नुहुन्छ भने “आपत्कालिन अवस्था” सृजित भएको मानिन्छ । वा बेथा लागेकी गर्भवती महिलाको हकमा ती महिलालाई अर्को अस्पतालमा लग्ने पर्याप्त समय छैन वा अर्को अस्पतालमा लगेको खण्डमा आमा तथा बच्चा दुबैको ज्यान जोखिममा पर्छ भने “आपत्कालिन अवस्था” सृजित भएको मानिन्छ ।

तपाईंमा चिकित्सकीय आपत्कालिन अवस्था आयो भने:

- **सकेसम्म चाँडो चिकित्सकीय सेवा प्राप्त गर्नुहोस् ।** सहयोगको लागि 911 मा सम्पर्क गर्नुहोस् वा नजिकैको आपत्कालिन चिकित्सा कक्ष वा अस्पताल जानुहोस् । आवश्यक भएमा एम्बुलेन्स बोलाउनुहोस् । यो सेवा लिन तपाईंले अग्रिम स्वीकृति वा PCP बाट सिफारिस प्राप्त गरिरहनु पर्दैन ।
- **सकेसम्म चाँडो योजनालाई आफ्नो आपत्कालिन अवस्थाको बारेमा जानकारी दिनुहोस् ।** हामीले तपाईंको आपत्कालिन स्याहारको व्यवस्थापन गर्नु पर्ने हुन्छ । तपाईं वा अन्य कुनै व्यक्तिले हामीलाई 48 घण्टाभित्र टेलिफोन गरेर तपाईंको आपत्कालीन अवस्थाको बारेमा जानकारी दिनु पर्छ । यसले तपाईंको PCP लाई तपाईंलाई आवश्यक हुन सक्ने फलो-अप उपचारको व्यवस्थापन गर्न सहयोग गर्छ । हामी तपाईंलाई फलो-अप उपचार सेवा प्राप्त गर्न पनि सहयोग गर्न सक्छौं । ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123, Relay 711) मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

चिकित्सकीय आपत्कालिन अवस्थामा समेटिने सेवाहरू के के हुन् ?

तपाईं अमेरिका वा यसका टेरिटोरी (क्षेत्र) भरि आवश्यक परेको बेला समेटिने आपत्कालीन स्वास्थ्य सेवाहरू प्राप्त

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ

5:00 बजेसम्म ।



गर्न सक्नुहुन्छ । अमेरिका वा यसका टेरिटोरी (क्षेत्र) बाहिर गरिने आपत्कालिन उपचार भने समेटिँदैन । तपाईं वा स्वास्थ्यसम्बन्धी औसत ज्ञान भएको कुनै व्यक्तिलाई आपत्कालीन उपचार कक्षमा तुरुन्तै नजानुले कसैको जीवन जोखिममा पर्छ भन्ने लागेको अवस्थामा प्रयोग गरिने एम्बुलेन्स सेवाको भुक्तानी योजनाले गरिदिन्छ ।

तपाईं बिरामी भएर आपत्कालीन सेवा लिनु पर्ने भयो भने योजना वा तपाईंको PCP तपाईंलाई आपत्कालिन सेवा दिने चिकित्सकसँग गफ गर्ने छन् ताकी तपाईंको उपचार वा फलो-अप उपचारको व्यवस्थापन गर्न सकियोस् । तपाईंलाई आपत्कालीन सेवा प्रदान गर्ने चिकित्सकले तपाईंको अवस्था स्थिर भए नभएको र आपत्कालिन सेवा जारी राख्नु पर्ने वा नपर्ने कुराको यकिन गर्छन् ।

तपाईंको स्वास्थ्य अवस्था स्थिर रहिरहोस् भन्नका लागि आपत्कालिन अवस्था सकिएपछि पनि तपाईं फलो-अप उपचार सेवा लिन पाउनुहुन्छ । उक्त उपचारको खर्च हाम्रो योजनाले ब्योहोर्छ । तपाईंलाई सञ्जाल बाहिरको प्रदायकले आपत्कालिन सेवा प्रदान गरेको छ भने तपाईंको आपत्कालीन अवस्था सकिने बित्तिकै यो योजना वा तपाईंको PCP ले तपाईंसँग छलफल गरेर फलो-अप उपचार सेवा दिने प्रयोजनको लागि सञ्जालभित्रको प्रदायकको व्यवस्था गर्ने छन् ।

थप जानकारीको लागि यो पुस्तिकाको अध्याय 4 मा रहेको सुविधा चार्ट (आपत्कालीन चिकित्सा उपचार) हेर्नुहोस् ।

आपत्कालीन अवस्था ठहराइएको अवस्था आपत्कालीन अवस्था रहेन छ भने के हुन्छ ?

कहिलेकाहीँ आपत्कालिन अवस्था र गैर-आपत्कालिन अवस्था बीच फरक छुट्याउन सकिँदैन । उदाहरणको लागि तपाईं आफ्नो ज्यान जोखिममा छ भनेर आपत्कालीन सेवा लिन जान सक्नुहुन्छ तर चिकित्सकलाई भने त्यस्तो नलाग्न सक्छ ।

चिकित्सा आपत्कालीन अवस्था उदाहरणहरू निम्न अनुसार छन्:

- हड्डी भाँचिनु
- ऍठन हुनु वा छोप्नु
- छाती धेरै दुख्नु वा हृदयघात
- गम्भीर दुर्घटना
- स्ट्रोक (आघात) (टाउको तल झर्नु, बोलन मुश्किल हुनु जस्ता लक्षण हुने)
- बेहोस हुनु
- अत्याधिक रक्तस्राव हुनु
- अत्याधिक टाउको दुख्नु वा अन्य अङ्गहरू दुख्नु
- रगत बान्ता हुनु वा निरन्तर बान्ता हुनु
- मूर्छा पर्नु वा रिङ्गटा लागिरहनु
- विष लाग्नु
- झड्का (पसिना आउने, तिर्खा लाग्ने, रिङ्गटा लाग्ने, छाला फिका हुने लक्षण हुने)
- अत्याधिक धेरै जल्नु

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ

5:00 बजेसम्म ।



- सास फेर्नु मुस्किल हुनु
- अचानक हेर्न, हिँडडुल गर्न वा बोल्ल नसक्नु
- आत्महत्या गर्ने बिचार, योजना र/वा काम
- ध्वनि तथा दृष्टिसम्बन्धी प्रथम भ्रामक अनुभव

तपाईंको अवस्था आपत्कालिन अवस्था थिएन भन्ने पुष्टि भएमा पनि तपाईंसँग आफ्नो स्वास्थ्य जोखिममा थियो भन्ने आधार थियो भने यो उपचारको खर्च ब्योहोरिन्छ । तर चिकित्सकले आपत्कालिन अवस्था नभएको कुरा बताएपछि तपाईंले अतिरिक्त उपचार तलका मध्ये दुई तरिकाबाट लिएमा मात्र हामी अतिरिक्त उपचारको खर्च ब्योहोर्छौं:

- तपाईं अतिरिक्त स्याहार लिन सञ्जालभिन्नको प्रदायकको मा जानुभयो भने;
- – वा – ती अतिरिक्त सेवाहरू “जरुरी सेवा” ठहरिएमा र तपाईंले ती सेवाहरू प्राप्त गर्दा पालना गर्नु पर्ने नियमहरूको पालना गर्नुभएको छ भने । थप जानकारीको लागि तल दिइएको निम्न शीर्षकहरू भएका जानकारीहरू हेर्नुहोस्: “तपाईंलाई बेसमयको जरुरी उपचार सेवा चाहिँदा तपाईं योजनाको कार्यक्षेत्रमा हुनुहुन्छ भने के हुन्छ ?” र “तपाईंलाई बेसमयको जरुरी उपचार सेवा चाहिँदा तपाईं योजनाको कार्यक्षेत्र बाहिर हुनुहुन्छ भने के हुन्छ ?”

“व्यवहारगत स्वास्थ्यसम्बन्धी आपत्कालीन अवस्था” भनेको के हो ”

“व्यवहारगत स्वास्थ्यसम्बन्धी आपत्कालीन अवस्था” यस्तो अवस्था हो जसमा कुनै व्यक्तिलाई सुरक्षित र थेरापेटिक वातावरणमा जाँचिनु र उपचार गरिनु पर्छ वा ती व्यक्ति आफू र अरूका लागि जोखिम भएका छन् वा ती व्यक्ति उपचारको लागि तयार छैनन् र तिनको व्यवहार सम्हाल्न नसकिने गरी बिग्रिएको छ ।

कुनै व्यक्तिले आफू वा आफू वरिपरिका व्यक्तिलाई हानी गर्ने अवस्था छ वा ती व्यक्ति आफ्नो सीप र उपलब्ध श्रोतको प्रयोग गरेर आफ्नो समस्या समाधान गर्न सकिरहेका छैनन् भने ती व्यक्ति मानसिक स्वास्थ्यसम्बन्धी समस्यासँग जुधिरहेका छन् । तनाव, शारीरिक रोग, कार्यस्थल वा विद्यालयको समस्या, पारिवारिक परिस्थितिमा आएको परिवर्तन, सामुदायिक आघात वा हिंसा जस्ता विविध कुराले मानसिक स्वास्थ्यसम्बन्धी समस्या सृजना गर्न सक्छन् । यी समस्याहरू सबैका लागि मुस्किल हुन्छन् तर मानसिक रोगसँग जुधिरहेका व्यक्तिहरूका लागि यी समस्याहरू झनै मुस्किल हुन्छ ।

तपाईंलाई व्यवहारगत स्वास्थ्यसम्बन्धी वा मानसिक स्वास्थ्यसम्बन्धी आपत्कालीन अवस्था आएमा:

- **सकेसम्म चाँडो चिकित्सकीय सेवा प्राप्त गर्नुहोस् ।** सहयोगको लागि 911 मा सम्पर्क गर्नुहोस् वा नजिकैको आपत्कालिन चिकित्सा कक्ष वा अस्पताल जानुहोस् । आवश्यक भएमा एम्बुलेन्स बोलाउनुहोस् । यो सेवा लिन तपाईंले अग्रिम स्वीकृति वा PCP बाट सिफारिस प्राप्त गरिरहनु पर्दैन ।
- **तपाईं मानसिक स्वास्थ्य संकटसँग जुधिरहनुभएको छ भने:**
 - राष्ट्रिय आत्महत्या रोकथाम लाइफलाइनको टेलिफोन (1-800-639-6095) मा चौबीसै घण्टा सातै दिन टेलिफोन गर्न सक्नुहुन्छ । यो लाइफलाइनले भावनात्मक संकटबाट गुञ्जिरहेका र आत्महत्याको बिचार आउने व्यक्तिहरूलाई निःशुल्क र गोपनीय सेवा प्रदान गर्छ ।
 - तपाईं वर्षेभरि चौबीसै घण्टा तल दिइएको सम्पर्क विवरणमा टेलिफोन गरेर सेवा लिन सक्नुहुन्छ । यो सेवा टेलिफोनबाट र प्रत्यक्ष उपस्थित भएर लिन सकिन्छ ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ

5:00 बजेसम्म ।

| समुदाय | आपत्कालिन सेवा प्रदायक | टेलिफोन |
|----------------------------|--|--|
| बर्लिन क्षेत्र | Northern Human Services | 603-752-7404 (24/7, 365 दिन) |
| कोलब्रोक क्षेत्र | Northern Human Services | 603-237-4955 (24/7, 365 दिन) |
| कनकर्ड क्षेत्र | Riverbend Community Mental Health Center | 1-844-743-5748 (1-844 7 HELP 4 U) (24/7, 365 दिन) |
| कनवे क्षेत्र | Northern Human Services | 603-447-2111 (सोमबार-शुक्रवार, बिहान 8:30 बजे- दिउँसो 4:30 बजे) बेसमयमा सेवा चाहियो भने Memorial Hospital के टेलिफोन 603-356-5461 मा सम्पर्क गरी आफूलाई "आपत्कालिन सेवा" चाहेको कुरा बताउनुहोस् । |
| एक्टर क्षेत्र | Seacoast Mental Health Center | 603-772-2710 (24/7, 365 दिन) |
| ह्यानभोर लेबनान क्षेत्र | West Central Behavioral Health | 1-800-564-2578 (24/7, 365 दिन) |
| किनी क्षेत्र | Monadnock Family Services | 603-357-4400 (24/7, 365 दिन) |
| लाकोनिया प्लाइमाउथ क्षेत्र | Lakes Region Mental Health | 603-524-1100 (24/7, 365 दिन) |
| लिटलटन क्षेत्र | Northern Human Services | 603-444-5358 (24/7, 365 दिन) |
| म्यानचेस्टर क्षेत्र | Mental Health Center of Greater Manchester | 603-668-4111 1-800-688-3544 (घुम्ती सेवा, 24/7, 365 दिन) |
| नाशुवा क्षेत्र | Greater Nashua | 1-800-762-8191 (24/7, 365 दिन) |
| पोर्ट्समाउथ क्षेत्र | Seacoast Mental Health Center | 603-431-6703 (24/7, 365 दिन) |
| रोचेस्टर डोभर क्षेत्र | Community Partners | 603-516-9300 (24/7, 365 दिन) |
| सालेम डेरी क्षेत्र | Center for Life Management | 603-434-1577 (24/7, 365 दिन) |
| उल्फेबोरो क्षेत्र | Northern Human Services | 603-569-1884 (सोमबार-शुक्रवार, बिहान 8:30 बजे- दिउँसो 4:30 बजे) बेसमयमा सेवा चाहियो भने Huggins Hospital को टेलिफोन 603-569-7500 मा सम्पर्क गरी आफूलाई "आपत्कालिन सेवा" चाहेको कुरा बताउनुहोस् । |

- सकेसम्म चाँडो योजनालाई आफ्नो आपत्कालिन अवस्थाको बारेमा जानकारी दिनुहोस् । हामीले तपाईंको आपत्कालिन स्याहारको व्यवस्थापन गर्नु पर्ने हुन्छ । तपाईं वा अन्य कुनै व्यक्तिले हामीलाई 48 घण्टाभित्र टेलिफोन गरेर तपाईंको आपत्कालीन अवस्थाको बारेमा जानकारी दिनु पर्छ । यसले हामीलाई तपाईंलाई चाहिन सक्ने फलो-अप उपचारको व्यवस्थापन गर्न सहयोग गर्छ । हामी तपाईंलाई फलो-अप उपचार सेवा प्राप्त गर्न पनि सहयोग गर्न सक्छौं । ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123. Relay 711) मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

तपाईं वा तपाईंले चिनेको कुनै व्यक्ति लत वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनीसँग संघर्ष गरिहेको छ भने के गर्ने ?

NH हेल्दी फेमेलिज लतलाई रोगको रूपमा लिन्छ र तुरुन्तै उपचार प्रदान गरेमा लतबाट निकाल्न सकिन्छ भन्ने कुरामा विश्वास गर्छ ।

- तपाईं लतसँग जुधिरहेको NH हेल्दी फेमेलिजको सदस्य हुनुहुन्छ र तपाईंलाई जरुरी उपचार सेवा चाहिएको छ भने *हामीलाई* सम्पर्क गर्नुहोस्; वा

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 5:00 बजेसम्म ।



- तपाईंले चिनेको कुनै व्यक्ति लत वा दुर्व्यसनीसँग संघर्ष गरिरहेको छ भने NH Statewide Addiction Crisis को चौबीसै घण्टा उपलब्ध हुने टेलिफोन **2-1-1 मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।**
- तपाईं वा तपाईंले चिनेको कुनै व्यक्ति विद्युतीय चुरोट वा भ्यापिङ लगायतका सुर्तीजन्य पदार्थको लत छोड्न खोजिरहनुभएको छ भने 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) हा टेलिफोन गर्नुहोस् वा www.QuitNowNH.org हेर्नुहोस् ।
- विद्युतीय चुरोट वा भ्यापिङ लगायतका सुर्तीजन्य पदार्थको लत छोड्न चाहने वयस्कहरूले 1-855-891-9989 मा टेलिफोन गर्नुहोस् वा यो नम्बरमा "Start My Quit" लेखी म्यासेज पठाउनुहोस् वा www.MyLifeMyQuit.com हेर्नुहोस् ।

तपाईंलाई बेसमयको जरुरी उपचार सेवा चाहिँदा तपाईं योजनाको कार्यक्षेत्रमा हुनुहुन्छ भने के हुन्छ ?

गैर-आपत्कालिन, अनपेक्षित रोग, चोटपटक वा उपचार नगरेको खण्डमा झन् खराब हुने खालको अवस्थाहरूको उपचार गर्न चाहिने सेवाहरूलाई जरुरी उपचार सेवा भनिन्छ । यस्ता अवस्थाहरू आपत्कालिन अवस्था नभए पनि यी अवस्थाको उपचार गरिनु पर्ने हुन्छ । तपाईंले प्रदायकबाट यस्ता सेवाहरू लिने प्रयास गर्नु पर्छ । तर प्रदायकहरू अस्थायी रूपमा उपलब्ध छैनन् र सञ्जालका प्रदायकबाट सेवा लिनका लागि कुनै उपयुक्त हुँदैन भने हामी तपाईंले प्राप्त गरेको उपचार सेवाको खर्च ब्योहोछौं ।

कुन कुन अवस्थामा आपत्कालिन उपचार कक्ष जाने र कुन अवस्थामा नजाने भन्ने बारेमा यहाँ केही उदाहरणहरू दिइएका छन्:

| आपत्कालीन उपचार कक्षमा जाने अवस्था | आपत्कालीन उपचार कक्षमा नजाने अवस्था |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • हड्डी भाँचिनु • बन्दुक वा चक्कुले लागेको चोटपटक • अनवरत रक्तस्राव हुनु • तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ र बेथा लागिरहेको छ र/वा रक्तस्राव भइरहेको छ • छाती धेरै दुख्नु वा हृदयघात • औषधीको ओभरडोज • विष लाग्नु • धेरै पोलेको अवस्था • झड्का (पसिना आउने, तिर्खा लाग्ने, रिङ्गटा लाग्ने, छाला फिका हुने लक्षण हुने) • एँठन हुनु वा छोट्टु • सास फेर्नु मुस्किल हुनु • अचानक हेर्न, हिँडडुल गर्न वा बोल्न नसक्नु | <ul style="list-style-type: none"> • फलु, रुघा, घाँटी दुख्नु, कान दुख्नु • शरीरको कुनै भाव मर्किनु • टाँका नलगाउनु पर्ने खालका चोटपटकहरू • औषधी थप्न वा सकिएको प्रेस्कृप्सन औषधी प्राप्त गर्न जानु • डाइपर सृजना गर्ने डाबर |

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बुधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहबार - शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ

5:00 बजेसम्म ।

तपाईं जरूरी उपचार सेवा लिँदै हुनुहुन्छ भने निम्न चरणहरूको पालना गर्नुहोस्:

- आफ्नो PCP लाई सम्पर्क गर्नुहोस् । तपाईंको PCP फोनबाट उपचार गर्ने तथा निर्देशन दिने काम गर्न सक्छन् । तपाईंलाई बेसमयको उपचार चाहियो र तपाईंले आफ्नो PCP लाई सम्पर्क गर्न सक्नुभएन भने NH हेल्दी फेमेलिजको टेलिफोन 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123, Relay 711) मा सम्पर्क गरी फोनमा दिइने निर्देशनहरूको पालना गर्नुहोस् । तपाईंको सम्पर्क एक जना नर्ससँग हुने छ । आफ्नो NH हेल्दी फेमेलिजको परिचय पत्र संख्या याद राख्नुहोस् । ती नर्सले तपाईंलाई टेलिफोनबाट सहयोग गर्ने छिन् वा तपाईंलाई अर्को प्रदायकको मा जाने सिफारिस गर्ने छिन् । तपाईंले उनलाई आफ्नो टेलिफोन दिनु पर्ने हुन सक्छ । कार्यालय समयमा भने नर्सले तपाईंलाई आफ्नो PCP सँग सम्पर्क गर्ने सहयोग गर्ने छिन् ।
- तपाईंलाई अर्को प्रदायक भेट्न वा नजिकैको आपत्कालीन उपचार कक्ष (अस्पताल) मा जान भनिएको छ भने आफ्नो NH हेल्दी फेमेलिज परिचय पत्र लिएर आउनुहोला । तपाईंलाई उपचार गर्ने चिकित्सकलाई आफ्नो PCP वा NH हेल्दी फेमेलिजलाई सम्पर्क गर्न लगाउनुहोस् ।

के गर्ने भन्ने कुरा थाह भएन भने तलका चरणहरूको पालना गर्नुहोस्:

- सक्नुहुन्छ भने पहिला आफ्नो चिकित्सकलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।
- तपाईंको अवस्था गम्भीर छ भने **911 मा टेलिफोन गर्नुहोस् वा नजिकैको अस्पताल जानुहोस्** । यसका लागि चिकित्सकको स्वीकृति चाहिँदैन । त्यस्तै, आपत्कालीन अवस्थामा तपाईं हाम्रो सञ्जालमा नरहेका अस्पतालमा पनि जान सक्नुहुन्छ ।
- आपत्कालीन अवस्था हो होइन निश्चित छैन ? आफ्नो PCP लाई सम्पर्क गर्नुहोस् । तपाईंको PCP ले के गर्ने बताउने छन् । तपाईंको PCP उपलब्ध छैनन् भने तपाईंको टेलिफोन उठाउने व्यक्तिले सहयोग गर्न सक्ने छन् । तपाईं अब के गर्ने भन्ने बारेमा जानकारी भएको सन्देश पनि प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ ।
- तपाईंसँग कुनै प्रश्न छन् भने **हाम्रो 24 घण्टा खुला हुने नर्स परामर्श लाइनको टेलिफोन 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123, Relay 711) मा सम्पर्क गर्नुहोस्** र “नर्स” भन्नुहोस् ।
- **जरूरी स्याहार आपत्कालीन स्याहार होइन ।**
- **आपत्कालीन अवस्थामा मात्र आपत्कालीन उपचार कक्षमा जानु पर्छ ।**

तपाईं वा तपाईंको साथीभाइ कसैले भर्ना भएको 48 घण्टाभित्र अनिवार्य रूपले तपाईंको PCP वा NH हेल्दी फेमेलिजलाई सम्पर्क गर्नु पर्छ । यसले तपाईंको PCP लाई तपाईंलाई आवश्यक हुन सक्ने फलो-अप उपचारको व्यवस्थापन गर्न सहयोग गर्छ । हामी तपाईंलाई फलो-अप उपचार सेवा प्राप्त गर्न पनि सहयोग गर्न सक्छौं । हामीलाई 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123, Relay 711) मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

तपाईंलाई बेसमयको उपचार सेवा चाहिँदा तपाईं योजनाको कार्यक्षेत्र बाहिर हुनुहुन्छ भने के हुन्छ ?

तपाईं सेवा क्षेत्रभन्दा बाहिर हुनुहुन्छ र सञ्जालभित्रका प्रदायकबाट उपचार गराउन सक्नुहुन्न भने हाम्रो योजनाले तपाईंले सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट लिनुभएको सेवाको खर्च ब्योहोर्छ । तर तपाईंले अमेरिका वा यसका टेरिटोरीभन्दा बाहिर लिनुभएको जरूरी र अन्य सेवाको खर्च भने ब्योहोरिदैन ।

अध्याय 4. समेटिने सेवाहरू

खण्ड 4.1 सुविधा चार्ट सम्बन्धी जानकारी (समेटिने सेवाहरू)

यो अध्यायले NH हेल्दी फेमेलिजले समेटिने सेवाहरूको बारेमा जानकारी दिन्छ । केही अपवादको अवस्थामा बाहेक यो पुस्तिकामा उल्लेख भएअनुसार तपाईं योजनाको सञ्जालभित्र रहेका प्रदायकहरूबाट समेटिने सेवाहरू लिन सक्नुहुन्छ । केही समेटिने सेवाहरू लिन अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन सक्छ । कुन कुन सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृति लिनुपर्छ भन्ने कुराको जानकारी खण्ड 4.2 (सुविधा चार्ट) मा दिइएको छ ।

यो अध्यायमा रहेको सुविधा चार्टले सेवाहरूको सीमा तथा आवश्यक अग्रिम स्वीकृतिको बारेमा जानकारी दिन्छ । सुविधा चार्टमा रहेका समेटिने सेवाहरू प्राप्त गर्दा न्यु ह्याम्पशायरको स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागका नियमहरूको पालना गरिन्छ (अध्याय He-W, He-E, He-C, He-M, र He-P). यी नियमहरू http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.htm मा उपलब्ध छन् ।

समेटिने सेवाहरूको बारेमा:

- सुविधा चार्टले NH हेल्दी फेमेलिज ले खर्च ब्योहोर्ने सेवाहरूको सूची प्रदान गर्छ । यो चार्ट तपाईंलाई सामान्य जानकारी दिने हेतुले मात्र बनाइएको हो । यसमा तपाईंले प्राप्त गर्ने सबै सेवाहरू नसमेटिन सक्छन् । आफ्नो सेवासम्बन्धी कुनै प्रश्न भएमा NH हेल्दी फेमेलिजको ग्राहक सेवा केन्द्रमा सम्पर्क गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)
- **निम्न मापदण्ड पूरा भएको खण्डमा मात्र** सुविधा चार्टमा सूचीकृत सेवाको खर्च ब्योहोरिन्छ:
 - लिइने सेवाहरू न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले स्थापित गरेका निर्देशिका अनुरूप हुनु पर्छ ।
 - ती सेवाहरू चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक हुनु पर्छ । चिकित्सकीय रूपले आवश्यक सेवाको बारेमा थप जानकारीको लागि, खण्ड 6.1 (*चिकित्सकीय रूपले आवश्यक सेवा*) हेर्नुहोस् ।
 - यो पुस्तिकामा उल्लेख भएका केही अपवाद बाहेक सञ्जालभित्रका प्रदायकले मात्र यी सेवाहरू दिइनु पर्छ । प्रायजसो अवस्थामा तपाईंले अग्रिम स्वीकृति लिनुभएको छैन भने सञ्जाल बाहिरका प्रदायकहरूबाट लिइएको सेवाको खर्च ब्योहोरिदैन । यो सञ्जालभित्र र बाहिरका प्रदायकहरूबाट कसरी सेवा लिने भन्ने बारेमा थप जानकारी प्राप्त गर्न अध्याय 3 (*समेटिने सेवा प्राप्त गर्न NH हेल्दी फेमेलिजको प्रयोग गर्ने तरिका*) हेर्नुहोस् ।
 - तपाईंसँग तपाईंको जाँच र उपचार गर्ने सञ्जालभित्रको प्राथमिक स्याहार प्रदायक (PCP) हुनु पर्छ । तपाईंको चिकित्सक वा सञ्जालको अन्य प्रदायकले अग्रिम अनुमति ("अग्रिम स्वीकृति" भनिने) लिएको अवस्थामा मात्र यो अध्यायमा उल्लिखित सुविधा चार्टमा भएका केही सेवाहरूको खर्च ब्योहोरिन्छ । कुन कुन सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृति लिनुपर्छ भन्ने कुराको जानकारी खण्ड 4.2 (सुविधा चार्ट) मा इटालिक अक्षरमा दिइएको छ ।
- तपाईंले यो पुस्तिकामा उल्लिखित नियमहरूको पालना गर्नुभएको छ भने सुविधा चार्टमा उल्लिखित सेवा लिँदा कुनै रकम तिर्नु पर्दैन । तर तिर्नु पर्ने सहभुक्तानी बापतको रकम भने तिर्नु पर्ने हुन सक्छ । अहिलेको अवस्थामा तपाईंले प्रेस्कृप्सन औषधीबापत मात्र सहभुक्तानी गर्नु पर्छ ।
- न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडका सुविधाहरू भविष्यमा परिवर्तित हुन सक्छन् । कुनै परिवर्तन भएमा तपाईंलाई जानकारी दिइने छ ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



समेटिने सेवाहरूको बारेमा तपाईंसँग कुनै जिज्ञासा छ भने हाम्रो ग्राहक सेवाको टेलिफोन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस् (यो पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा टेलिफोन नम्बरहरू प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

खण्ड 4.2 सुविधा चार्ट

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

एब्डोमिनल एरोटिक एन्युरिजम (AAA)

यो योजनाले कहिल्यै धूम्रपान नगरेका 65-75 वर्षका लोभ्रे मान्छेहरूको एक पटक अल्ट्रासाउन्ट गर्ने खर्च ब्योहोर्छ ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृति चाहिँदैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

गर्भपतन सेवा

यो योजनाले निम्न अवस्थामा मात्र गर्भपतन सेवाको खर्च ब्योहोर्छ:

- बलात्कार वा हाड नाता करणीको कारणले गर्भ बसेको हो भने; वा
- कुनै महिलाको शारीरिक अवस्था वा स्वास्थ्य यति जटिल छ (वा गर्भावस्थाको कारण यति बिग्रिएको छ) कि चिकित्सकका अनुसार ती महिलाले बच्चा जन्माएमा वा गर्भपतन नगराएमा ती महिलाको ज्यानै जाने सम्भावना छ भने ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

वयस्कको दिवा चिकित्सा स्याहार सेवा

यो योजनाले मान्यता प्राप्त दिवा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको खर्च ब्योहोर्छ । यस्ता सेवाहरू स्वतन्त्र रूपमा जीवन निर्वाह गर्न नसक्ने 18 वर्ष पुगेका वयस्कलाई प्रदान गरिनु पर्छ ।

यो सेवा प्राप्त गर्ने व्यक्तिहरूलाई नियमित रूपले दिनको कम्तीमा चार (4) घण्टा दिवा चिकित्सा स्याहार सेवा आवश्यक हुनु पर्छ तर यो सेवा दिनको 12 घण्टाभन्दा बढी अवधिको लागि उपलब्ध हुँदैन ।

समेटिने सेवामा निम्न सेवाहरू समावेश हुन्छन्:

- नर्सिङ सेवा तथा स्वास्थ्य अवस्थाको सुपरिवेक्षण
- स्वास्थ्य स्थिति कायम राख्न गरिने थेरापीहरू
- पोषण तथा खाद्यान्नसम्बन्धी सेवाहरू
- मनोरञ्जन, सामाजिक र संज्ञानात्मक क्रियाकलापहरू
- दैनिक जीवनमा गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरू गर्न सहयोग
- चिकित्सा आपूर्तिहरू
- स्वास्थ्य तथा सुरक्षासम्बन्धी सेवाहरू

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

रक्सीको लतको जाँच र परामर्श

यो सुविधा चार्टमा रहेको लागु पदार्थ दुर्व्यसनी (SUD) उपचार सेवा हेर्नुहोस् ।

एलर्जीको परीक्षण तथा उपचार

लक्षणहरू धेरै छन् र उपलब्ध थेरापीले काम गरेको छैन भने यो योजनाले एलर्जीको परीक्षण गरेको खर्च ब्योहोर्छ । एलर्जी परीक्षणले एलर्जीको कारण, मात्रको पहिचान गर्ने काम गर्छ र उपचार विधि सुझाउँछ ।

समेटिने परीक्षण सेवामा एलर्जिक तत्व तयार गर्ने र प्रयोग गर्ने पेसागत सेवा समावेश हुन्छ ।

एलर्जी सृजना गर्ने तत्व पहिचान भएको अवस्थामा औषधी तथा इम्युनोथेरापीको खर्च ब्योहोरिन्छ ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

एम्बुलेन्स सेवाहरू- आपत्कालीन अवस्था

तपाईंमा आपत्कालीन चिकित्सा अवस्था आएमा र अन्य प्रकारका यातायात सेवा प्रयोग गर्दा तपाईंको ज्यानलाई खतरा हुने भएमा यो योजनाले एम्बुलेन्स सेवाको खर्च ब्योहोर्छ ।

समेटिने एम्बुलेन्स सेवामा निम्न सेवाहरू समावेश हुन्छन्:

- सडक एम्बुलेन्स सेवा; र
- निम्न अवस्थामा हवाई एम्बुलेन्स सेवा:
 - सडकको प्रयोग गर्दा तपाईंलाई सुरक्षित रूपले समय मै अस्पताल पुर्याउन सकिँदैन भने; र
 - सबै भन्दा द्रुत गतिको यातायातको प्रयोग नगर्दा तपाईंको ज्यान जाने वा अङ्गभङ्ग हुने सम्भावना छ भने ।

आपत्कालीन एम्बुलेन्सले तपाईंलाई सबैभन्दा नजिकैको अस्पतालमा लग्छ ।

आपत्कालीन एम्बुलेन्स सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृतिको आवश्यकता पर्दैन ।

अमेरिका र यसको टेरिटोरी बाहिर लिइने एम्बुलेन्स सेवाको खर्च भने ब्योहोरिँदैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

एम्बुलेन्स सेवाहरू- आपत्कालीन बाहेकको अवस्था

अन्य प्रकारको यातायात सेवा प्रयोग गर्दा तपाईंको ज्यान जाने वा स्वास्थ्यमा जोखिम हुने सम्भावना छ भने मेडिकएडले समेट्ने सेवा लिन जाँदा प्रयोग हुने एम्बुलेन्स सेवाको खर्च ब्योहोरिन्छ ।

समेटिने एम्बुलेन्स सेवामा निम्न सेवाहरू समावेश हुन्छन्:

- सडक एम्बुलेन्स सेवा
- निम्न अवस्थामा हवाई एम्बुलेन्स सेवा:
 - सडकको प्रयोग गर्दा तपाईंलाई सुरक्षित रूपले समय मै अस्पताल पुर्याउन सकिँदैन भने; र
 - सबै भन्दा द्रुत गतिको यातायातको प्रयोग नगर्दा तपाईंको ज्यान जाने वा अङ्गभङ्ग हुने सम्भावना छ भने ।

आपत्कालीन बाहेकका सेवाको लागि लिइने एम्बुलेन्स सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृतिको आवश्यकता पर्छ ।

अमेरिका र यसको टेरिटोरी बाहिर लिइने एम्बुलेन्स सेवाको खर्च भने ब्योहोरिँदैन । थप

जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

| |
|--|
| <p>योजनाले समेट्ने सेवाहरू</p> |
| <p>उपचारका लागि बेहोस बनाउने सेवा</p> <p>यो सुविधा चार्टमा रहेको <i>फिजिसियन सेवाहरू</i> हेर्नुहोस् ।</p> |
| <p>अडियोलोजिष्ट सेवाहरू</p> <p>योजनाले श्रवण सहयोगी उपकरण चाहिन्छ वा चाहिँदैन भन्ने कुरा निर्धारण गर्न गरिने श्रवण परीक्षण तथा मूल्याङ्कनको खर्च ब्योहोर्छ । 21 वर्ष माथिका सदस्यको हकमा यो श्रवण सहयोगी उपकरणको मूल्याङ्कन तथा परामर्श 24 वर्षमा एक पटक लिन सकिन्छ भने 21 वर्ष मुनिका सदस्यको हकमा जति पटक आवश्यक पर्छ त्यति पटक लिन सकिन्छ ।</p> <p><i>सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।</i></p> <p>सम्बन्धी सेवा तथा श्रवण सहयोगी उपकरणको बारेमा थप जानकारीको लागि “श्रवण सेवाहरू” हेर्नुहोस् ।</p> <p>थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।</p> |
| <p>बारियाट्रिक शल्यक्रिया (वजन घटाउने शल्यक्रिया)</p> <p>यो योजनाले मोटापा घटाउन गरिने विविध प्रकारका बारियाट्रिक शल्यक्रिया गर्ने खर्च ब्योहोर्छ ।</p> <p>यो सेवाको लागि योग्य हुन तपाईंको शरीर पिण्ड सूचकाङ्क (BMI) 35 भन्दा बढी हुनु पर्छ र तपाईंमा मधुमेह, निन्द्रामा हुने ऍठन, उच्च रक्तचाप वा मुटु रोग जस्ता मोटापाले निम्ताउने रोगहरू हुनु पर्छ ।</p> <p><i>योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।</i></p> <p>थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।</p> |
| <p>व्यवहारगत स्वास्थ्य सेवा</p> <p>यो सुविधा चार्टमा रहेको <i>अन्तरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू</i> हेर्नुहोस् । यो सुविधा चार्टमा रहेको <i>बहिरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू</i> हेर्नुहोस् ।</p> <p>यो सुविधा चार्टमा रहेको <i>लागु पदार्थ दुर्व्यसनी (SUD) उपचार सेवा</i> हेर्नुहोस् ।</p> |
| <p>हड्डी पिण्ड मापन (हड्डीको स्वास्थ्यता जाँच)</p> <p>यो योजनाले निश्चित प्रकारका हड्डी पिण्ड मापन सेवाहरू प्रदान गर्छ ।</p> <p><i>सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।</i></p> <p>थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।</p> |

| |
|--|
| <p>योजनाले समेट्ने सेवाहरू</p> |
| <p>स्तन क्यान्सर परीक्षण (म्यामोग्राम)</p> <p>यो योजनाले प्रत्येक एक वा दुई वर्षमा 40 वर्ष पुगेका महिलाहरूको स्तनको म्यामोग्राम र परीक्षण गरेको खर्च ब्योहोर्छ । तपाईंको PCP ले सिफारिस गरेको खण्डमा एक वर्षभन्दा अगाडि पनि म्यामोग्राम र स्तनको परीक्षण गर्न पाइन्छ ।</p> <p><i>सञ्जालभित्रका प्रदायकले प्रदान गर्ने सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन तर तोकिएको समयभन्दा अगावै यस्तो परीक्षण गर्नु पर्यो भने अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन्छ ।</i></p> <p>थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।</p> |
| <p>हृदय (मुटु) सम्बन्धी पुनर्सुधार सेवा</p> <p>यो योजनाले मुटुलाई पहिलाको अवस्थामा लग्न चाहिने व्यायाम, शिक्षा तथा परामर्श जस्ता सेवाहरूको खर्च ब्योहोर्छ । यो योजनाले मुटुको गहनपुनर्सुधार कार्यक्रमको खर्च पनि ब्योहोर्छ ।</p> <p><i>योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।</i></p> <p>थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।</p> |
| <p>मुटुसम्बन्धी रोगको जोखिम कम गर्न गरिएको भ्रमण (हृदय रोगको लागि थेरापी)</p> <p>तपाईं मुटु रोगको सम्भावना कम गर्ने प्रयोजनका लागि आफ्नो PCP को मा जानुभयो भने यो योजनाले सोको खर्च ब्योहोर्छ । यो भ्रमणदौरान तपाईंको चिकित्सकले निम्न कुराहरू गर्न सक्छन्:</p> <ul style="list-style-type: none"> • एस्प्रिनको प्रयोगको बारेमा छलफल • तपाईंको रक्तचापको मापन • के कुरा खाँदा राम्रो हुन्छ भन्ने बारेमा जानकारी <p><i>सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।</i></p> <p>थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।</p> |
| <p>मुटुसम्बन्धी (मुटु र रक्त नली) रोगको परीक्षण</p> <p>यो योजनाले मुटु (मुटु तथा रक्त नली तथा यीसँग सम्बन्धित रोगहरू छ वा छैन भन्ने यकिन गर्ने गरिने रक्त परीक्षणको खर्च ब्योहोर्छ ।</p> <p><i>सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।</i></p> <p>थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।</p> |

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

सर्भिकल र योनीको क्यान्सर परीक्षण

यो योजनाले चिकित्सक वा मान्यता प्राप्त अन्य स्वास्थ्यकर्मीले गर्नु भनेको प्याप परीक्षण र पेल्भिक परीक्षणको खर्च ब्योहोर्छ । प्याप परीक्षण प्रत्येक 3 वर्षमा गर्न मिल्छ । तर आवश्यक पर्दा सोभन्दा अगावै पनि गर्न मिल्छ । जुन सुनै अवस्थामा पनि यो परीक्षण गर्दा लागेको खर्च ब्योहोरिन्छ । पेल्भिक परीक्षण वार्षिक रूपमा गर्ने सिफारिस गरिन्छ ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

केमोथेरापी

यो योजनाले क्यान्सर उपचार गर्न गरिने केमोथेरापीको खर्च ब्योहोर्छ । केमोथेरापी तपाईंको घर, चिकित्सकको कार्यालय, अस्पतालको बहिरङ्ग वा अन्तरङ्ग विभागमा गर्न मिल्छ ।

यो सेवाअन्तर्गत निम्न सेवाहरू समावेश हुन्छन्:

- औषधी
- औषधी दिन चाहिने विज्ञ सेवा
- अस्पताल शुल्क
- फलोअपका लागि चाहिने एक्स-रे र प्रयोगशालामा गरिने परीक्षणहरू

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन सक्छ । थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

मलद्वारको क्यान्सरको परीक्षण

50 वर्ष पुगेका सदस्यहरूले प्रत्येक वर्ष निम्न जाँचहरू एक पटक गर्दा लागेको खर्च ब्योहोरिन्छ ।

- गुआइक-बेस्ट दिसाको अकल्ट रक्त परीक्षण
- दिसाको इम्युनोकेमिकल परीक्षण
- बारिअन एनिमाको परीक्षण
- लचकदार सिग्मिडोस्कोपी
- कोलोनोस्कोपी

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

सामुदायिक स्वास्थ्य सेवाबाट प्राप्त हुने सेवाहरू

यो योजनाले सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रले प्रदान गर्ने सेवाहरूको खर्च ब्योहोर्छ

। ती सेवाहरूमा निम्न कुराहरू समावेश हुन्छन्:

- प्राथमिक स्याहार तथा व्यवहारगत स्वास्थ्य सेवा लिन गरिने भ्रमण
- प्रसूति वा स्त्री रोगसम्बन्धी (OB/GYN) सेवा लिन गरिने भ्रमण
- स्वास्थ्य शिक्षा
- चिकित्सकीय सामाजिक सेवाहरू
- आफैले मधुमेहको खाद्यान्न तयार गर्ने तरिका तथा चिकित्सकीय पोषण थेरापी लगायतका पोषणसम्बन्धी सेवाहरू
- सुर्ती छुटाउन दिइने सेवाहरू
- देश बाहिर जाँदा लगाइने खोप बाहेकका खोपहरू

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

धूम्रपान वा सुर्ती सेवन छोड्न दिइने परामर्श

यो योजनाले धूम्रपान र सुर्ती सेवन छोड्नका लागि लिइने परामर्शको खर्च ब्योहोर्छ । (सुविधा चार्टमा रहेको "सुर्ती छोड्ने सेवा" पनि हेर्नुहोस् ।)

सुर्ती छोड्न सहयोग गर्ने कार्यक्रमले सुर्ती छोड्न सहयोग गरेर उच्च रक्तचाप, हृदय रोग र निश्चित प्रकारका क्यान्सर जस्ता सुर्तीसँग सम्बन्धित रोग न्युनीकरण गर्न टेलिफोनबाट शिक्षा र सहयोग प्रदान गर्छ ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

दन्त सेवा

हाम्रो योजनाले दन्त सेवा समेट्दैन । दन्त सेवाहरू न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडबाट प्राप्त गर्न सकिन्छ । दन्त रोगसम्बन्धी सेवाको बारेमा तपाईंसँग प्रश्नहरू छन् भने न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडको ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् । सम्पर्क विवरणको लागि खण्ड 2.8 (NH DHHS को ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्ने तरिका) र खण्ड 4.4 (यो योजना बाहिरका समेटिने न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड सुविधा) हेर्नुहोस् ।

यो योजनाले केही सदस्यहरूलाई फ्लोराइड भार्निश सेवा प्रदान भने गर्छ । सुविधा चार्टमा रहेको फ्लोराइड भार्निश हेर्नुहोस् ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

डिप्रेसनको परीक्षण

यो योजनाले बालबालिका तथा वयस्कहरूमा डिप्रेसन छ वा छैन भन्ने कुरा यकिन गर्ने गरिने परीक्षणको खर्च ब्योहोर्छ ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

मधुमेहसम्बन्धी आपूर्ति तथा तालिमहरू

तपाईंको मधुमेहको बिरामी हुनुहुन्छ वा तपाईंको मधुमेह भर्खरै सुरु भएको छ भने (तपाईं इन्सुलिन प्रयोग गर्नुहुन्न भने पनि) यो योजनाले यो रोगसम्बन्धी निम्न सेवाहरूको खर्च ब्योहोर्छ ।

- रगतमा ग्लुकोजको मात्राको जाँच गर्न गरिने आपूर्तिहरूमा निम्न कुराहरू समावेश हुन्छन्:
 - रगतको ग्लुकोजको मात्रा जाँचे यन्त्र
 - रगतको ग्लुकोजको मात्रा परीक्षण गर्ने स्ट्राइपहरू
 - ल्यान्केट यन्त्र तथा ल्यान्केटहरू
 - परीक्षण स्ट्राइफ र मोनिटरको सटीकता जाँच प्रयोग हुने ग्लुकोज नियन्त्रण घोल
- तपाईंको खुट्टामा गम्भीर प्रकारको मधुमेह (को प्रभाव) छ भने थेरापेटिक र तपाईंको आवश्यकता अनुसारको जुता तथा त्यसका उपकरणहरू ।
- इन्सुलिन प्रयोग नगर्ने व्यक्तिहरू 90 दिनमा 100 वटा परीक्षण स्ट्राइफ प्राप्त गर्न सक्छन् ।

मधुमेहसम्बन्धी शिक्षा कार्यक्रमले रगतको ग्लुकोज, रक्त चाप, लिपिडलाई सही राखेर मधुमेहसम्बन्धी जटिलताहरू विकास हुन र/वा बढ्न नदिन टेलिफोनबाट शिक्षा र सहयोग प्रदान गर्छ ।

तपाईं तोकिएको बाहेकका ग्लुकोज मिटर वा आपूर्तिहरूको प्रयोग गर्नु हुन्छ भने योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन सक्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

डाइलेसिस र मृगौलासम्बन्धी अन्य रोग तथा आपूर्तिहरू

यो योजनाले निम्न सेवाको खर्च ब्योहोर्छ:

- मृगौलाको स्याहार गर्ने र उक्त स्याहारको बारेमा सही निर्णय लिन सहयोग गर्ने मृगौला रोग शिक्षा सेवा
- तपाईं यो योजनाको कार्यक्षेत्र बाहिर रहेको अवस्थामा बहिरङ्ग विभागमा दिइने डाइलेसिस सेवा
- तपाईं अस्पताल वा विशेष स्याहार संस्थामा भर्ना भएको अवस्थामा अन्तरङ्ग विभागमा दिइने डाइलेसिस सेवा
- आफ्नो डाइलेसिस आफ्नो गर्न तपाईं वा तपाईंलाई सहयोग गर्ने व्यक्तिलाई तालिम
- घरमा डाइलेसिस गर्न चाहिने उपकरण तथा आपूर्तिहरू
- घरमा गरिने डाइलेसिस कस्तो भइरहेको छ भन्ने कुरा जाँच्ने, आपत्कालीन अवस्थामा सहयोग गर्ने तथा डाइलेसिस गर्ने तपाईंको यन्त्र तथा पानीको आपूर्तिको जाँच्ने प्रयोजनका लागि हुने तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरूको भ्रमण

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन । तर सञ्जाल बाहिरका प्रदायकहरूबाट सेवा लिइने हो भने अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

पाट पुर्जा बदली, यन्त्रको समायोजन, मर्मत तथा तालिम जस्ता टिकाउ चिकित्सा उपकरण (DME)

यो योजनाले निम्न प्रकारका टिकाउन चिकित्सा उपकरण (DME) को खर्च ब्योहोर्छ:

- टिकाउ र बारम्बार प्रयोग गर्न मिल्ने;
- मुख्य रूपले जटिल वा दीर्घकालीन रोग वा चोटपटकको उपचारको प्रयोजनको लागि प्रयोग हुने; र
- मुख्य रूपले जटिल वा दीर्घकालीन रोग वा चोटपटक नभएको बेला प्रयोग गर्न नमिल्ने ।
- समावेश हुने DME मा निम्न कुराहरू पर्छन्:
 - व्हिलचेयर
 - बैसाखी
 - अस्पतालको बेड
 - (स्वास्थ्य) अनुगमन गर्ने उपकरण
 - विशेष प्रकारका ओछ्यान
 - लौरो
 - कमोड
 - नेबुलाइजर
 - अक्सिजन दिने उपकरण
 - IV दिन पम्पहरू
 - वाकर
 - वाक सृजना गर्ने यन्त्रहरू (वैकल्पिक तरिकाले सञ्चार गर्ने प्रयोग हुने (AAC) यन्त्रहरू
 - चिकित्सकीय रूपले आवश्यक अन्य DME
- पाट पुर्जाको बदली, संशोधन तथा तालिम

निश्चित प्रकारका उपकरणको हकमा अग्रिम स्वीकृति चाहिन सक्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

समय मै र आवधिक रूपमा गरिने परीक्षण, निदान र उपचार (EPSDT) सम्बन्धी सेवाहरू

यो योजनाले 21 वर्ष मुनिका अटिज्म भएका सदस्यहरूको प्रयोगात्मक व्यवहारगत विश्लेषण (ABA) लगायतका EPSDT सेवाहरूको खर्च ब्योहोर्छ ।

EPSDT बालबालिकाको स्वास्थ्य तथा विकासजनक आवश्यकताहरू पूरा गर्न दिइने विस्तृत स्वास्थ्य सुविधा हो । यस अन्तर्गत निश्चित समयमा (बालबालिकाको चिकित्सकीय जाँच (well-child check-up) दौरान सिफारिस गरिने) वा समस्या आएको बखत प्रदान गरिने उमेर सुहाउँदो चिकित्सा, दन्त, दृष्टि र श्रवणसम्बन्धी परीक्षण सेवाहरू समावेश हुन्छन् । परीक्षणका अतिरिक्त EPSDT ले बच्चाको शारीरिक वा मानसिक रोग निको पार्न वा उपचार गर्ने दिइने चिकित्सकीय रूपले आवश्यक सबै निदानात्मक र उपचार सेवाहरू समावेश हुन्छन् । यो विशेष आवश्यकता र अपाङ्गता भएका बालबालिकाहरूको लागि अति उपयोगी हुन्छ ।

विशेष उपचार वा सेवाको लागि योजनाको विशेष आवश्यकता संयोजकलाई सम्पर्क गर्नुहोस् । कार्यालय समयमा यो पृष्ठको पुछारमा रहेको टेलिफोनमा कल गरी ग्राहक सेवा केन्द्रमा सम्पर्क गर्नुहोस् र विशेष आवश्यकता संयोजकसँग कुरा गर्न चाहेको कुरा बताउनुहोस् ।

EPSDT परीक्षणको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन । तर केही प्रकारका सेवाहरू लिँदा भने अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया NH हेल्दी फेमेलिजको विशेष आवश्यकता संयोजकलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

आपत्कालिन चिकित्सा स्याहार

यो योजनाले आपत्कालिन चिकित्सा स्याहारको खर्च ब्योहोर्छ । तपाईं वा स्वास्थ्यको औसत ज्ञान भएको कुनै व्यक्तिलाई तुरुन्तै उपचार नगरेको खण्डमा निम्न कुराहरू हुन सक्छ भन्ने लागेमा “आपत्कालिन अवस्था” सृजित भएको मानिन्छ:

- तपाईं वा तपाईंको पेटमा रहेको बच्चाको स्वास्थ्यमा गम्भीर जोखिम;
- शरीरको क्रियाशिलतामा गम्भीर जोखिम;
- शरीरको अङ्ग वा भागमा गम्भीर समस्या; वा
- गर्भवती महिलाको हकमा बेथा लाग्न थाल्नु:
 - तपाईंलाई प्रसूतिपूर्व अर्को स्थानमा सुरक्षित तरिकाले सार्ने समय छैन भने; वा
 - यसरी सार्दा तपाईं वा तपाईंको पेटमा रहेको बच्चाको स्वास्थ्यमा गम्भीर समस्या आउने सम्भावना छ भने ।

अमेरिका वा यसका टेरिटोरी (क्षेत्र) भरि लिइने सबै आपत्कालीन स्वास्थ्य सेवाहरूको खर्च ब्योहोरिन्छ । अमेरिका वा यसका टेरिटोरी (क्षेत्र) बाहिर लिइने आपत्कालिन उपचारको खर्च भने ब्योहोरिदैन ।

तपाईंले सञ्जाल बाहिरको अस्पतालबाट आपत्कालिन चिकित्सा स्याहार प्राप्त गर्नुभयो र तपाईंको स्वास्थ्य स्थिति स्थिर हुन केही समय लाग्छ भने तपाईं आपत्कालिन चिकित्सा स्याहार प्राप्त गरेपछि सञ्जालभित्रको अस्पतालमा फर्किनु भयो भने मात्र सो सेवाको खर्च ब्योहोरिन्छ । तर योजनाले स्वीकृत दिइएको खण्डमा सञ्जाल बाहिरको अस्पतालबाट लिइएको सेवाको खर्च पनि ब्योहोरिन्छ ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवा र सञ्जाल बाहिरको अस्पतालबाट लिइएको आपत्कालिन चिकित्सा स्याहारको लागि अग्रिम स्वीकृति चाहिँदैन । तर आपत्कालिन चिकित्सा स्याहार लिइसकेपछि सञ्जाल बाहिरको अस्पतालमा बस्नु पर्यो भने अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

परिवार नियोजन सेवाहरू

तपाईं सञ्जालभित्र वा बाहिर रहेको जुन सुकै न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड सहभागी चिकित्सक, क्लिनिक, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, अस्पताल, औषधी पसल वा परिवार नियोजन कार्यालयबाट यस्तो सेवा लिन सक्नुहुन्छ । यस्तो सेवा लिन सिफारिस चाहिँदैन ।

निम्न सेवाको खर्च ब्योहोरिन्छ:

- परिवार नियोजन परीक्षण र चिकित्सा उपचार
- प्रयोगशालामा गरिने परिवार नियोजनसम्बन्धी परीक्षण वा निदानात्मक जाँच
- परिवार नियोजन विधि (जन्म निरोधक चक्की, प्याच, औँठी, IUD, सुई वा इमप्लान्ट)
- सिफारिस गरिए अनुसारको परिवार नियोजनसम्बन्धी आपूर्तिहरू (कन्डम, स्पोज, फोम, फिल्म, डायफ्राम वा क्याप)
- प्रारम्भिक, नियमित वा फलोअपको रूपमा गरिने परिवार नियोजनसम्बन्धी चिकित्सकीय भेटघाटमा सरुवा यौन रोग (STI), एड्स वा एचआइभीसम्बन्धी अन्य अवस्थाको बारेमा दिइने परामर्श र परीक्षण
- सरुवा यौन रोग (STI), एड्स वा एचआइभीको उपचारमा सुविधा चार्टमा उल्लिखित *चिकित्सक सेवा* नामक नीतिहरू लागू हुन्छन् ।
- स्वैच्छिक स्थायी बन्ध्याकरण तपाईं 21 वर्ष पुग्नुभएको छ र मानसिक रूपले सबल हुनुहुन्छ भने मात्र स्थायी बन्ध्याकरण फाराममा हस्ताक्षर गर्न पाउनुहुन्छ । तपाईंले उक्त फाराममा हस्ताक्षर गरेको 30 दिन भएपछि र 180 दिनअगाडि मात्र स्वैच्छिक बन्ध्याकरण गर्न सकिन्छ ।

यो सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

फ्लोराइड भार्निश

यो योजनाले 6 महिनादेखि 5 वर्षका सदस्यहरूले लिएको फ्लोराइड भार्निश सेवाको खर्च ब्योहोर्छ । तर यो सेवा वर्षको दुई पटकमात्र लिन मिल्छ ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

लिङ्ग परिवर्तन गर्ने शल्यक्रिया

यो योजनाले लिङ्ग परिवर्तन गर्ने सेवाको खर्च ब्योहोर्छ:

समेटिने सेवामा निम्न सेवाहरू समावेश हुन्छन्:

- म्याटेकटमी
- स्तनको आकार बढाउने सेवा
- हाइस्टरेक्टोमी (पाठेघर झिक्ने शल्यक्रिया)
- साल्पिङ्गेक्टोमी
- ओफेरेक्टोमी
- यौनाङ्ग पुनर्निर्माण गर्न गरिने शल्यक्रिया

हाम्रो योजनाले कस्मेटिक सर्जरीको खर्च ब्योहोर्दैन ।

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

(शारीरिक) क्षमता अभिवृद्धि सेवा

यो योजनाले बालबालिका तथा वयस्कहरूलाई दैनिक जीविकोपार्जनको लागि आवश्यक क्षमता अभिवृद्धि गर्न तथा सिक्न प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवाको खर्च ब्योहोर्छ । यी सेवाहरूमा बहिरङ्ग विभागमा अपाङ्गता भएका सदस्यहरूलाई दिइने पेसागत, शारीरिक र वाक थेरापी र अन्य सेवाहरू समावेश हुन्छ । यसको उदाहरणमा अपेक्षित उमेरमा बोल्न वा हिँड्न नसक्ने वा बोल्न नसक्ने बच्चालाई दिइने थेरापी र मांसपेशीको आकार (tone) कायम राख्न वयस्कहरूलाई दिइने थेरापी पर्न सक्छ ।

यो योजनाले बहिरङ्ग विभागमा गरिने फिजिकल थेरापी (PT), पेसागत थेरापी (OT) र वाक थेरापी (ST) सेवाको खर्च ब्योहोर्छ । यी प्रत्येक सेवा वर्षको 20 पटक लिन सकिन्छ । यसका सीमाहरू क्षमता अभिवृद्धि सेवा र बहिरङ्ग सुधार सेवाहरूको बीचमा बाँडिन्छ ।

यी सेवाहरू घर, प्रदायकको कार्यालय, अस्पतालको बहिरङ्ग विभाग वा सुधार केन्द्रमा लिन सकिन्छ ।

प्रारम्भिक मूल्याङ्कनपछि सेवा प्रदान गरियो भने अग्रिम अनुमति लिइनु पर्ने हुन्छ ।

20 चोटिभन्दा बढी सेवा लिनु परेका योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

श्रवणसहयोगी उपकरणसहितका श्रवण सेवाहरू

यो योजनाले सञ्जालभित्रको चिकित्सक, अडियोलिजिस्ट वा अन्य योग्य प्रदायकबाट गराइने श्रवण क्षमता परीक्षणको खर्च ब्योहोर्छ ।

यो योजनाले निम्न सेवाको पनि खर्च ब्योहोर्छ:

- श्रवण परीक्षण, सन्तुलन परीक्षण र सम्बन्धित परामर्शहरू
- सुहाउँदो श्रवण सहयोगी यन्त्रको जाँच (इयर मोल्ड तथा इयर इम्प्रेसन पनि समावेश हुने)
- बाइनेउरलसहितका श्रवण सहयोग उपकरणहरू
- श्रवण सहयोगी यन्त्र, तिनको ब्याट्री र सहयोगी उपकरणहरू उपलब्ध गराउने
- श्रवणसहयोगी यन्त्रको प्रयोग, स्याहार र व्यवस्थापनसम्बन्धी तालिम
- श्रवण सहयोगी उपकरणहरूले सही काम गरेको छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न गरिने फलो-अप भ्रमणहरू
- आवश्यक परेको बेलामा श्रवणसम्बन्धी उपकरण पैँचो (उधारो) दिने

21 वर्ष पुगेको सदस्यको हकमा यो सेवा (श्रवण जाँच र श्रवणसहयोगी उपकरणसम्बन्धी परामर्श) 2 वर्षको एक पटक लिन सकिन्छ भने 21 वर्षभन्दा कम उमेरको सदस्यको हकमा आवश्यक परेको बेला लिन सकिन्छ ।

सञ्जालभित्रका प्रदायकले प्रदान गर्ने सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन तर श्रवण सहयोगी यन्त्र प्राप्त गर्न, त्यसको मर्मत तथा प्रतिस्थापन गर्न अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन सक्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

हेपाटाइटिस बी को परीक्षण

कुनै PCP ले किशोर किशोरी र वयस्कले गर्नु पर्ने भनी सिफारिस गरेको हेपाटाइटिस बीको परीक्षण गर्दा लाग्ने खर्च ब्योहोरिन्छ ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

हेपाटाइटिस सी भाइरस (HCV) परीक्षण

PCP ले निम्न अवस्था भएका वयस्कहरूको HCV को परीक्षण गरेमा सोको खर्च ब्योहोरिन्छ:

- 1992 भन्दा अगाडि रगत चढाएका व्यक्ति लगायतका हेपाटाइटिस सी भाइरसको संक्रमणको सम्भावना बढी भएका व्यक्तिहरू; वा
- 1945 देखि 1965 बीचमा जन्मिएका वयस्कहरूमा गरिने एउटा परीक्षण

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

एचआइभी परीक्षण

कुनै PCP ले किशोर किशोरी र वयस्कले गर्नु पर्ने भनी सिफारिस गरेको एचआइभी परीक्षण गर्दा लाग्ने खर्च ब्योहोरिन्छ ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

घरमा आएर दिइने स्वास्थ्य सेवाहरू

यो योजनाले घरमा आएर सेवा दिने एजेन्सीले प्रदान गर्ने निम्न लगायतका सेवाहरूको खर्च ब्योहोर्छ ।

- पार्ट-टाइम नर्स वा गृह स्वास्थ्य सहयोगीले दिने सेवाहरू
- फिजिकल थेरापी, पेसागत थेरापी र वाक थेरापी
- टिकाउ चिकित्सा उपकरण तथा आपूर्तिहरू

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

घरमा आएर इन्फ्युजन (सुईबाट औषधी दिने) काम

यो योजनाले घरमा आएर इन्फ्युजन गर्ने सेवाको खर्च ब्योहोर्छ । यो सेवामा पोषक तत्व, एन्टिबायोटिक र अन्य औषधी तथा तरल पदार्थ सुईको माध्यमबाट दिने सेवा समावेश हुन्छ । यस अन्तर्गत समेटिने सेवाहरूमा चिकित्सकीय रूपले आवश्यक पेसागत सेवा, आपूर्ति तथा उपकरणहरू समावेश हुन्छ ।

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

हस्पाइस स्याहार (मृत्यु निश्चित भएका व्यक्तिहरूलाई राख्ने होस्टेल)

यो योजनाले मृत्यु निश्चित भएका व्यक्तिहरूको पिडा, लक्षण वा जटिलता कम गर्न प्रदान गरिने उचित र आवश्यक हस्पाइस सेवाको खर्च ब्योहोर्छ । तपाईंको प्रदायक र हस्पाइससम्बन्धी चिकित्सा निर्देशकले तपाईं अन्तिम अवस्थामा पुग्नुभएको छ भन्ने कुरा निर्धारण गरेमा तपाईंसँग हस्पाइसको सेवा लिन अधिकार हुन्छ । अन्तिम अवस्थाले रोग यही तरिकाले चलेमा तपाईंको मृत्यु बढीमा 6 महिनाभित्र हुन्छ भन्ने अर्थ दिन्छ ।

समेटिने सेवामा निम्न सेवाहरू समावेश हुन्छन्:

- नर्सिङ स्याहार
- चिकित्सकीय सामाजिक सेवाहरू
- हस्पाइसको चिकित्सक वा सदस्यको PCP ले प्रदान गर्ने चिकित्सकीय सेवा
- पोषणसम्बन्धी परामर्श लगायतका परामर्श सेवाहरू
- दुखाइ नियन्त्रण वा लक्षण व्यवस्थापनको लागि अन्तरङ्ग विभागमा दिइने सेवा जुन बहिरङ्ग विभागमा दिन मिल्दैन
- नर्सिङ संस्थामा बसोबास नगर्ने सदस्यहरूलाई दिइने अन्तरङ्ग विभागमा आराम (respite) गराउने काम
- सम्बन्धित व्यक्तिको प्राणघातक रोग वा सो रोगसँग सम्बन्धित अवस्थाहरूको लक्षण तथा प्रभावहरू कम पार्न वा व्यवस्थापन गर्न सहयोग गर्न प्रदान गरिने चिकित्सा उपकरण तथा आपूर्तिहरू
- सम्बन्धित व्यक्तिको प्राणघातक रोग वा सो रोगसँग सम्बन्धित अवस्थाहरूको लक्षण तथा प्रभावहरू कम पार्न वा व्यवस्थापन गर्न सहयोग गर्न प्रदान गरिने औषधीहरू
- घरमा आएर सेवा दिने सुसारे तथा स्याहारकर्ता
- सदस्यको लक्षण नियन्त्रण गर्न तथा दैनिक क्रियाकलाप तथा आधारभूत कुराहरू गर्ने क्षमता कायम गर्ने प्रयोजनको लागि निजलाई सहयोग गर्न दिइने फिजिकल थेरापी, पेसागत थेरापी र वाक थेरापी
- एम्बुलेन्स र व्हिलचेयर भ्यानबाट गरिने यातायात सुविधा
- सम्बन्धित सदस्यको घातक रोगको प्रभाव कम गर्न निजको योजनामा उल्लेख भएअनुसार निजलाई दिनु पर्ने अरू उचित र आवश्यक सबै सेवाहरू

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

हाइस्टरेक्टोमी (पाठेघर झिक्ने शल्यक्रिया)

यो योजनाले पाठेघर झिक्ने शल्यक्रिया गरेको खर्च ब्योहोर्छ । तर स्थायी बन्ध्याकरण गर्ने प्रयोजनको लागि गरिएको यस्तो शल्यक्रियाको भने खर्च ब्योहोर्दैन ।

संघीय कानून अनुसार सम्बन्धित व्यक्तिले पाठेघर झिक्ने शल्यक्रिया गर्ने फाराममा हस्ताक्षर गरेपछि र मौखिक र लिखित रूपमा आफू अब उप्रान्त आमा बन्न नसक्ने कुरा बुझेको स्वीकार गरेपछि मात्र पाठेघर निकाल्ने शल्यक्रिया गर्न मिल्छ ।

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

खोप

यो योजनाले निम्न लगायतका निश्चित प्रकारका खोप लगाएको खर्च ब्योहोर्छ:

- न्युमोनियाको खोप
- फ्लुको खोप
- हेपाटाइटिस बि को केही वा उच्च जोखिम छ भने हेपाटाइटिस बी को खोप
- बाल्यावस्था/किशोर अवस्थामा लगाइने खोप
- दाद (हर्पेस जोष्टर) को खोप
- हुमन पापिलोमा भाइरस (HPV)

यो सेवा अन्तर्गत देश बाहिर जाँदा लगाइने खोप समावेश हुँदैन ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

बाँझोपनासम्बन्धी सेवाहरू

यो योजनाले बाँझोपना सृजित गर्ने चिकित्सा अवस्थाको कारण पत्ता लगाउन र सोको उपचार गर्न प्रदान गरिने सेवाको मात्र खर्च ब्योहोर्छ ।

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन सक्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

अन्तरङ्ग विभागमा गरिने उपचार (जटिल खाले पुनर्वास सेवाहरूसहितका)

यो योजनाले निम्न लगायतका अन्तरङ्ग विभागबाट लिइने सेवाको खर्च ब्योहोर्छ:

- अर्ध-निजी कोठा (आवश्यक भएमा निजी कोठा)
- खाना (विशेष प्रकारको खाना सहितका)
- नर्सिङ सेवा
- आइसियु वा सिसियु जस्ता विशेष प्रकारका सेवाको लागत
- औषधी
- प्रयोगशालामा गरिने परीक्षण
- एक्स-रे र रेडियोलोजीसम्बन्धी अन्य सेवाहरू
- शल्यक्रिया र चिकित्सासम्बन्धी आपूर्तिहरू
- व्हिलचेयर जस्ता टिकाउन चिकित्सा उपकरणहरू
- शल्यक्रिया कक्ष र रिकोभरी कक्षमा दिइने सेवाहरू
- फिजिकल थेरापी, पेसागत थेरापी र वाक थेरापी
- रगतसम्बन्धी उत्पादनको प्रयोग
- बेहोस बनाउने काम लगायतका सेवाहरू

आपत्कालीन बाहेकका सेवाको लागि लिइने अग्रिम स्वीकृतिको आवश्यकता पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

अन्तरङ्ग विभागबाट लिइने मानसिक स्वास्थ्य सेवा

यो योजनाले निम्न लगायतका अन्तरङ्ग विभागबाट लिइने मानसिक स्वास्थ्य सेवाको खर्च ब्योहोर्छ:

- कडा मनोरोगको मूल्याङ्कन तथा उपचार गर्न प्रदान गरिने अन्तरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवा*
- अन्तरङ्ग चिकित्सा एकाइ* मा हुने मनोरोग परामर्श

*केही प्रकारका सेवाको हकमा विशेष नियमहरू लागू हुन्छन् । तपाईं 21-64 वर्षको हुनुहुन्छ भने आफू यो सेवा पाउन योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भन्ने कुरा थाह पाउन ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

अन्तरङ्ग विभागबाट लिइने यो सेवा जीवनभरिमा जति पटक पनि लिन सकिन्छ ।

यो सुविधा चार्टमा रहेको *बहिरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू* पनि हेर्नुहोस् ।

यो सुविधा चार्टमा *रहेको लागु पदार्थ दुर्व्यसनी (SUD) उपचार सेवा* पनि हेर्नुहोस् ।

आवासीय र आपत्कालीन बाहेकका सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृतिको आवश्यकता पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

प्रयोगशाला सेवाहरू

कुनै चिकित्सक वा अनुमतिप्राप्त स्वास्थ्यकर्मीले सिफारिस गरेको र सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको प्रयोगशाला सेवाहरूको खर्च ब्योहोरिन्छ ।

अग्रिम स्वीकृति चाहिन सक्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

प्रसूति सेवाहरू

यो योजनाले प्रसूति अगाडि, प्रसूति, स्तनपान र प्रसूति पछि दिइने सेवाहरूको खर्च ब्योहोर्छ । अस्पताल वा प्रसूति गृह (प्रसूति गृह होस् वा सूडेनीको उपस्थितिमा घरमा होस्) र घरमा गरिने प्रसूतिको खर्च ब्योहोरिन्छ । आवश्यक सबै परीक्षण तथा भिडियो एक्स-रेको खर्च पनि ब्योहोरिन्छ ।

घरमा आउने NH र विस्तृत पारिवारिक सहयोग सेवासम्बन्धी कार्यक्रमबाट लिइने मातृत्वसम्बन्धी सेवाको खर्च पनि ब्योहोरिन्छ । यी कार्यक्रमसम्बन्धी थप जानकारीको लागि सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाको NH प्रभावको निःशुल्क टेलिफोन **1-800-852-3345**, एक्सटेन्सन. 4501 (TDD Access Relay: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:30 पूर्वाह्न बजेसम्म सम्पर्क गरी सो कुराको जानकारी दिनुहोस् ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

चिकित्सा आपूर्तिहरू

यो योजनाले चिकित्सा आपूर्तिहरूको खर्च ब्योहोर्छ । विशेष, स्वास्थ्य अवस्था, रोग वा चोटपटक निको पार्न प्रयोग हुने लामो समय नटिक्ने वस्तुहरूलाई चिकित्सा आपूर्ति भनिन्छ ।

चिकित्सा आपूर्तिमा निम्न कुराहरू समावेश हुन्छन्

- ओस्टोमीसम्बन्धी आपूर्तिहरू
- क्याथेटर
- दिसा पिसाब चुहेको सोस्ने डाइपर (Incontinence products)
- स्पिलिन्टहरू
- ट्याचिओटोमीसम्बन्धी आपूर्तिहरू

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन सक्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

| |
|--|
| <p>योजनाले समेट्ने सेवाहरू</p> |
| <p>चिकित्सकीय पोषण थेरापी</p> <p>21 वर्ष वा सोभन्दा कम उमेरको सदस्यलाई EPSDT सेवाको भागको रूपमा प्रदान गरिने चिकित्सकीय रूपले आवश्यक चिकित्सकीय पोषण थेरापीको खर्च ब्योहोरिन्छ तर यो सेवा मान्यता प्राप्त पोषणविदले प्रदान गरेको र चिकित्सकले सिफारिस गरेको हुनु पर्छ । चिकित्सकीय पोषण सेवाहरू अन्तर्गत निम्न लगायतका सेवाहरूको खर्च ब्योहोरिन्छ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • तपाईंको खाद्यान्नको वैज्ञानिक जाँच • खाद्यान्न परिवर्तनसम्बन्धी सिफारिसहरू • पोषणको परीक्षण • रोकथामात्मक वा थेरापेटिक पोषण थेरापी <p>अग्रिम रूपमा स्वीकृति लिएको अवस्थामा बाहेक मान्यता प्राप्त पोषणविदले प्रदान गरेको र NH हेल्दी फेमेलिजमा सहभागी चिकित्सकले सिफारिस गरेको सेवाको मात्र खर्च ब्योहोरिन्छ ।</p> <p><i>21 वर्ष वा सोभन्दा कम उमेरको सदस्यको EPSDT सेवाको अंशको रूपमा प्रदान गरिएको पोषणसम्बन्धी चिकित्सकीय सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृति चाहिँदैन । जुनसुकै उमेरका गर्भवती महिलालाई दिइने विस्तारित सेवाको अंशको रूपमा प्रदान गरिएको पोषणसम्बन्धी चिकित्सकीय सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृति चाहिँदैन ।</i></p> <p>थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।</p> |
| <p>मानसिक स्वास्थ्य सेवा</p> <p>यो सुविधा चार्टमा रहेको अन्तरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू हेर्नुहोस् । यो सुविधा चार्टमा रहेको बहिरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू हेर्नुहोस् । यो सुविधा चार्टमा रहेको लागु पदार्थ दुर्व्यसनी (SUD) उपचार सेवा हेर्नुहोस् ।</p> |
| <p>मोटापाको परीक्षण तथा वजन कम गर्ने थेरापी</p> <p>यो योजनाले मोटापाको परीक्षण गरेको तपाईंलाई आफ्नो वजन कम गर्न सहयोग गर्ने थेरापी सेवा लिएको खर्च ब्योहोर्छ । थप जानकारीको लागि आफ्नो चिकित्सकसँग गफ गर्नुहोस् ।</p> <p><i>सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।</i></p> <p>थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।</p> |
| <p>पेसागत थेरापी सेवाहरू</p> <p>सुविधा चार्टमा रहेको बहिरङ्ग पुनर्वास सेवा (फिजिकल थेरापी, पेसागत थेरापी, वाक वा भाषा थेरापी) हेर्नुहोस् ।</p> |

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

अङ्ग तथा तन्तु फेर्ने काम

यो योजनाले निम्न अङ्ग तथा तन्तु फेरेको खर्च ब्योहोर्छ

- मृगौला फेरेको
- मुटु फेरेको
- मुटु तथा फोक्सो फेरेको
- फोक्सो फेरेको
- बोन म्यारो
- स्टेम कोष
- कलेजो फेरेको
- प्यान्क्रियाज फेरेको
- प्यान्क्रियाज र मृगौला फेरेको
- कोर्निया फेरेको
- छाला फेरेको (कपाल फेर्ने सेवा समावेश नहुने)
- हड्डी ग्राफ्ट

तपाईंले कुनै अङ्ग फेर्नु छ भने यो योजनाले अनुमति दिएको अङ्ग फेर्ने केन्द्रले तपाईंको मुद्दाको समीक्षा गर्ने छ र तपाईंलाई यो सेवा चाहिएको छ वा छैन भन्ने कुरा यकिन गर्ने छ ।

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

अर्थोप्टिक (हड्डी रोगमा उपयोगी हुने) यन्त्रहरू

निम्न प्रयोजनका लागि शरीरमा लगाउने हड्डीसम्बन्धी समस्या उपयोगी हुने यन्त्रहरूको खर्च ब्योहोरिन्छ:

- चोटपटकबाट बचाउने
- शरीरको कमजोर वा बिग्रिएको भागलाई समर्थन गर्ने; वा
- शारीरिक चोटपटक वा अङ्गको समस्या निको पार्ने

अर्थोप्टिक यन्त्रहरूमा निम्न कुराहरू:

- स्कोलियोसिस मेरुदण्ड ब्रास
- खुट्टाको ब्रास
- हातको अर्थोप्टिक्स
- मधुमेह, पेरिफेरल भास्कुलर रोग वा मेटाबोलिक, स्नायुगत समस्या वा चोटपटक, रोग आदिको कारणले खुट्टाको समस्या भएका व्यक्तिहरूको हकमा खुट्टा र जुत्ताको अर्थोप्टिक्सको खर्च ब्योहोरिन्छ ।

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

बहिरङ्ग विभागबाट लिइने मानसिक स्वास्थ्य सेवा

सामुदायिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, मनोरोग विशेषज्ञ, मनोरोग सेवा दिने पञ्जीकृत नर्स (APRN), मानसिक स्वास्थ्य थेरापी प्रदायक, मनोवैज्ञानिक, मान्यता प्राप्त साइकोथेरापी प्रदायक, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, संघीय रूपमा योग्य घोषित गरिएको केन्द्र (FQHC), ग्रामीण स्वास्थ्य केन्द्र (RHC) र सञ्जालभित्रको मानसिक स्वास्थ्यको बहिरङ्ग स्वास्थ्य केन्द्रबाट लिइने बहिरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू यो योजना अन्तर्गत समेटिन्छन् ।

समेटिने सेवामा निम्न सेवाहरू समावेश हुन्छन्:

- औषधी लिन गरिने भ्रमण
- व्यक्तिगत, सामूहिक र पारिवारिक थेरापी
- निदानात्मक मूल्याङ्कनहरू
- आंशिक अस्पताल भर्ना (PHP)
- गहन बहिरङ्ग सेवा (IOP)* *
- आपत्कालीन मनोरोग र साइकोथेरापी सेवाहरू*
- इलेक्ट्रोकन्भल्सिभ थेरापी (ECT)**
- ट्रान्सक्रानिअल म्याग्नेटिक स्टिम्युलेसन **
- संकट हुँदा हस्तक्षेप र संकटको उपचारपछि व्यवस्थापनको लागि चाहिने सेवाहरू*
- वैयक्तिक सुधार तथा उपचार सेवाहरू (IROS)
- एसर्टिभ सामुदायिक उपचार (ACT) लगायतका रोग व्यवस्थापन सेवा
- मनोरोग परीक्षण*

*संकट हुँदा हस्तक्षेप गर्ने र सो संकटको उपचारपछि व्यवस्थापनको लागि चाहिने सेवाहरू, र आपत्कालीन मनोरोग र साइकोथेरापी सेवाहरू सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य केन्द्र द्रुत प्रतिकार्य टोलीले दिएको हो भने सो सेवा सञ्जालबाहिरबाट लिँदा पनि सो सेवाको खर्च ब्योहोरिन्छ । थप जानकारीको लागि खण्ड 4.4 (प्रदान गरिने योजना बाहिरका न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड सेवाहरू) ।

यो सुविधा चार्टमा रहेको अन्तरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू पनि हेर्नुहोस् ।

यो सुविधा चार्टमा रहेको लागु पदार्थ दुर्व्यसनी (SUD) उपचार सेवा पनि हेर्नुहोस् ।

*** चिन्ह लगाएका सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।*

यो सुविधा चार्टमा रहेको अन्तरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू पनि हेर्नुहोस् ।

यो सुविधा चार्टमा रहेको लागु पदार्थ दुर्व्यसनी (SUD) उपचार सेवा पनि हेर्नुहोस् ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

बहिरङ्ग सेवाहरू

यो योजनाले कुनै चोटपटकको निदान गर्न (कारण पत्ता लगाउन) वा उपचार गर्न बहिरङ्ग विभागबाट लिइने सेवाको खर्च ब्योहोर्छ । समेटिने सेवामा निम्न सेवाहरू समावेश हुन्छन्:

- आपत्कालिन विभाग वा बहिरङ्ग विभागमा गरिने उपचार । यसमा चोटपटकको अवलोकन गर्ने प्रयोजनको लागि अस्पताल बस्नु पर्ने भएमा वा बहिरङ्ग विभागमा शल्यक्रिया गर्नु पर्ने भएमा सो सेवा पनि समावेश हुन्छ ।
- अस्पतालमा गरिएका प्रयोगशाला परीक्षण तथा निदानात्मक परीक्षणहरू
- अस्पतालले प्रदान गरेका एक्स-रे र रेडियोलोजीसम्बन्धी अन्य सेवाहरू
- प्राविधिकले दिने सेवा, सामाग्री र आपूर्ति लगायतका रेडिएसन थेरापी
- केही परीक्षणात्मक र रोकथामात्मक सेवाहरू
- तपाईं आफैले प्रयोग गर्न नसक्ने केही औषधीहरू
- शल्यक्रिया गर्न चाहिने आपूर्तिहरू (ड्रेसिङ जस्ता)
- कास्टिङ गर्न चाहिने सामाग्रीहरू
- रगतसम्बन्धी उत्पादनको प्रयोग
- सुईबाट दिइने औषधीहरू

बहिरङ्ग विभागमा गरिने शल्यक्रिया र केही निदानात्मक परीक्षण लगायतका केही सेवाहरूका लागि अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि सुविधा चार्टमा सम्बन्धित सेवा हेर्नुहोस् वा ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

सुविधा चार्टमा रहेको बहिरङ्ग पुनर्वास सेवा (फिजिकल थेरापी, पेसागत थेरापी, वाक वा भाषा थेरापी)

यो योजनाले कुनै रोगबाट, दुर्घटना वा शल्यक्रिया पछि तपाईंलाई निको सहयोग गर्न प्रदान गरिने पुनर्वास सेवाको खर्च ब्योहोर्छ । पुनर्वास सेवामा फिजिकल थेरापी, पेसागत थेरापी र वाक भाषा थेरापी समावेश हुन्छ ।

यी प्रत्येक सेवा वर्षको 20 पटक लिन सकिन्छ । यसका सीमाहरू बहिरङ्ग क्षमता अभिवृद्धि सेवा र बहिरङ्ग सुधार सेवाहरूको बीचमा बाँडिन्छ । यी सेवाहरू घर, प्रदायकको कार्यालय, अस्पतालको बहिरङ्ग विभाग वा सुधार केन्द्रमा लिन सकिन्छ ।

20 चोटिभन्दा बढी सेवा लिनु परेका योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

बहिरङ्ग विभागमा गरिने शल्यक्रिया

यो योजनाले अस्पतालको बहिरङ्ग विभाग र घुम्ती सर्जिकल केन्द्रमा गरिने शल्यक्रियाको खर्च ब्योहोर्छ ।

निश्चित प्रकारका प्रक्रियाको हकमा अग्रिम स्वीकृति चाहिन सक्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

अक्सिजन र श्वासप्रश्वाससम्बन्धी थेरापीका उपकरणहरू

यो योजनाले अक्सिजन प्रणाली, अक्सिजन रिफिल (फेरि भर्ने) लगायतका अक्सिजन दिने उपकरणको र अक्सिजन थेरापीको लागि चाहिने उपकरणहरू भाडामा लिँदा लागेको खर्च ब्योहोर्छ ।

यो योजनाले CPAP मेशिन, BiPAP मेशिन र भेन्टिलेटर लगायतका श्वासप्रश्वाससम्बन्धी उपकरणहरूको खर्च ब्योहोर्छ ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको अक्सिजन लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन । श्वासप्रश्वास थेरापी गर्ने उपकरणको हकमा अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन सक्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

सुसारेको व्यवस्था

यो योजनाले दैनिक जीवनमा गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरू गर्ने सहयोगका लागि राखिएको सुसारे खर्च ब्योहोर्छ । यो सेवाको लागि योग्य हुन, तपाईं 18 वर्ष पुगेको हुनका साथै व्हिलचेयरको सहायताले मात्र यताउति गर्ने गरेको हुनुपर्छ । त्यस्तै, तपाईं आफ्नो स्याहार आफै गर्न नसक्ने हुनुपर्छ ।

यो सेवामा निम्न कुराहरू समावेश हुन्छन्:

- नुहाइधुवाइ गर्ने सहयोग
- कपडा लगाउने तथा शृङ्गार पटार गर्ने सहयोग
- औषधी सही समयमा खाने तथा व्यवस्थापन गर्ने सहयोग
- हिँडडुल गर्ने सहयोग
- बाथरुम जाने तथा सोसम्बन्धी क्रियाकलापमा सहयोग
- खाना पकाउने र खाने काममा सहयोग
- कपडा धुने सहयोग
- घरको हल्का रेखदेख सेवा

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

फिजिकल थेरापी सेवाहरू

सुविधा चार्टमा रहेको बहिरङ्ग पुनर्वास सेवा (फिजिकल थेरापी, पेसागत थेरापी, वाक वा भाषा थेरापी) हेर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

चिकित्सक, सहयोगी चिकित्सक र उन्नत अभ्यास गर्ने पञ्जीकृत नर्सिङ सेवा

यो योजनाले चिकित्सक, सहयोगी चिकित्सक र उन्नत अभ्यास गर्ने पञ्जीकृत नर्सिङ सेवाको खर्च ब्योहोर्छ ।

- चिकित्सकको कार्यालय वा बहिरङ्ग विभाग, नर्सिङ होम वा तपाईंको घरमा प्रदान गरिने निदान र उपचार सेवा, रोकथामात्मक सेवा र (बेहोस पार्ने लगायतका) शल्यक्रिया सेवाहरू :
- प्रसूति विशेषज्ञ वा स्त्री रोग विशेषज्ञ (OB/GYN) लगायतका विशेषज्ञले प्रत्यक्ष रूपमा वा टेलिफोनबाट प्रदान गर्न परामर्श, निदान र उपचार सेवाहरू
- सञ्जालभित्रको प्रदायकबाट वा (अग्रिम अनुमति लिएर) सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट लिइने दोस्रो राय । यस्तो राय कुनै उपचार वा शल्यक्रिया गर्नुअगाडि लिन सकिन्छ ।
- जटिल प्रकारको समस्याको लागि अस्पताल भर्ना (अन्तरङ्ग सेवा)
- प्रयोगशाला र रेडियोलोजीसम्बन्धी सेवाहरू
- टेम्पोरोमान्डिबुलर जोर्नी (TMJ) को मूल्याङ्कन तथा उपचार
- पिडा व्यवस्थापन
- बच्चाको दन्त उपचार योजनाको भागको रूपमा दिइने दर्द निरोधक ।

योजनाले खर्च ब्योहोर्ने अतिरिक्त सेवाको बारेमा जान्न विशेष सेवा हेर्नुहोस् ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन । तर प्रमाणित घुम्ती शल्यक्रिया केन्द्र, बहिरङ्ग विभागमा गरिने शल्यक्रिया र पिडा व्यवस्थापन गर्न सहयोग गर्ने केही केन्द्रबाट लिइने सेवाको हकमा अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

गोडासम्बन्धी सेवाहरू

यो योजनाले कुनै रोग, चोटपटक वा लक्षणको कारणले सृजित हुने गोडाको समस्याको उपचार गराउन लिइने नियमित तथा विशेषज्ञ सेवाको खर्च ब्योहोर्छ ।

यी सेवाहरूमा निम्न कुरा पर्छन्:

- तपाईंको PCP ले तपाईंले नङ्ग निकाल्नु वा काट्नु पर्ने भनेकाले तपाईंले पोडियाट्रिस्टबाट लिएको गोडाको स्याहार सेवा
- काटेर वा शल्यक्रिया गरेर गिड्खा, मुसाको रोकथाम वा उपचार
- मर्केको, हड्डी सरेको, बाउँडिएको र कुर्कुचा, खुट्टा र आँलामा खुला घाउ भएको छ भने सो को उपचार गर्न पोडियाट्रिस्टले गर्ने कास्टिड, स्ट्रापिड र ट्यापिड

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

प्रेस्कृप्सन औषधीहरू

NH DHHS ले स्वीकृत गरेको समेटिने औषधीको सूचीमा रहेका प्रेस्कृप्सन औषधी तथा (प्रेस्कृप्सन बिना किन्न मिल्ने औषधी) को खर्च ब्योहोर्छ । यो सेवामा सीमा र नियम लागू हुन्छ ।

खुद्रा औषधी पसलमा गरिने सहभुक्तानी

- \$1 सहभुक्तानी- बढीमा 30 दिनको औषधीको लागि
- चाहेको वा नचाहेको प्रेस्कृप्सन औषधीहरूको रूपमा पहिचान नभएको प्रेस्कृप्सन औषधीहरूको लागि \$1 बराबरको सहभुक्तानी
- नचाहेको प्रेस्कृप्सन औषधीको लागि \$2 को सहभुक्तानी (प्रदायकले इच्छाएको औषधीले राम्रो काम नगर्ने वा गलत प्रभाव गर्ने यकिन गरेको खण्डमा, नइच्छाएको औषधी \$1.00 हुने छ)

हुलाकबाट प्राप्त हुने औषधीको सहभुक्तानी (केही औषधी मात्र हुलाकबाट मगाउन सकिन्छ ।)

- \$1 सहभुक्तानी- 90 दिनको औषधीको लागि
- चाहेको वा नचाहेको प्रेस्कृप्सन औषधीहरूको रूपमा पहिचान नभएको प्रेस्कृप्सन औषधीहरूको लागि \$1 बराबरको सहभुक्तानी
- परिवार नियोजन वा Clozaril® (क्लोजापाइन) वा सुर्ती छोड्न सहयोग गर्ने उत्पादनको लागि \$0 को सहभुक्तानी ।

समेटिने प्रेस्कृप्सन औषधीसम्बन्धी अधिक जानकारीको लागि कृपया अध्याय 7 (समेटिने प्रेस्कृप्सन औषधीहरू प्राप्त गर्ने तरिका) हेर्नुहोस् ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

निजी ड्युटी नर्सिङ सेवा

यो योजनाले मान्यता प्राप्त नर्स (RN) वा मान्यता प्राप्त प्र्याक्टिकल नर्स (LPN) ले प्रदान गर्ने निजी सेवाको खर्च ब्योहोर्छ । 2 घण्टाभन्दा बढी निरन्तर अनुभवी नर्सबाट आफ्नो अवस्था अवलोकन, मूल्याङ्कन गराउनु पर्ने र सहयोग (हस्तक्षेप) लिनु पर्ने व्यक्तिहरू मात्र यी सेवा लिन पाउँछन् ।

यो सेवा प्राप्त गर्न सुरुमा चिकित्सक वा मान्यता प्राप्त उन्नत प्र्याक्टिस नर्सबाट लिखित आदेश प्राप्त गर्नु पर्छ । उक्त आदेशमा यी सदस्यलाई निजी ड्युटी नर्सिङ सेवा किन चाहिन्छ भन्ने कुरा बताउने स्याहारको योजना समावेश हुनु पर्छ । निजी ड्युटी नर्सिङ सेवा प्रदान गर्ने एजेन्सीले अनिवार्य रूपले स्याहारको सीपको तह र सदस्यको निरन्तर आवश्यकतासम्बन्धी कागजात उपलब्ध गराउनु पर्छ ।

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

प्रोस्टेट क्यान्सरको परीक्षण

यो योजनाले चिकित्सा परीक्षण गर्दा वा आवश्यक परेको बेलामा प्रोस्टेट क्यान्सरको निम्न प्रकारको परीक्षण गरेको खर्च ब्योहोर्छ:

- मलद्वारको डिजिटल जाँच
- प्रोस्टेट स्पेसिफिक एन्टिजेन (PSA) परीक्षण

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

प्रोस्थेटिक (नक्कली अङ्ग) यन्त्र तथा सम्बन्धित आपूर्तिहरू

यो योजनाले प्रोस्थेटिक यन्त्र तथा सम्बन्धित आपूर्तिहरूको खरिद वा मर्मत गरेको खर्च ब्योहोर्छ । प्रोस्थेटिक यन्त्रहरू दाँत बाहेकका त्यस्ता कृतिम अङ्ग हुन् जुन शरीरको नभएको वा बिग्रिएको अङ्गको सट्टामा प्रयोग हुन्छन् ।

समेटिने प्रोस्थेटिक यन्त्र तथा सम्बन्धित आपूर्तिहरू निम्न कुराहरू समावेश हुन्छन्:

- नक्कली गोडा
- नक्कली हात वा खुट्टा
- (क्यान्सर निको पार्न) स्तन काटेपछि प्रदान गरिने नक्कली स्तन (सर्जिकल ब्रा सहितका)
- नक्कली श्वासनली (Artificial larynxes)

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन सक्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

पल्मोनरी सुधार सेवा (Pulmonary rehabilitation services)

यो योजनाले मध्यम वा गम्भीर दीर्घकालीन ओब्स्ट्रक्टिभ पल्मोनरी रोग (COPD) भएका सदस्यहरूलाई दिइने पल्मोनरी सुधार सेवाको खर्च ब्योहोर्छ । समेटिने सेवामा निम्न सेवाहरू समावेश हुन्छन्: श्वास लिने तरिका, पोषण, आराम, अक्सिजन, यात्रा, स्वाँ स्वाँ नगरिकन कसरी दैनिक काम गर्ने र कसरी स्वस्थ रहने र COPD बिग्रन नदिने भन्नेबारेमा तालिम

यो सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

लो डोज कम्प्युटेड टोमोग्राफी (LDCT) को सहायताले फोक्सोको क्यान्सरको परीक्षण

यो योजनाले आफ्नो जीवन कालमा वर्षको 30 प्याक चुरोट सेवन गरेका र अहिले पनि धूम्रपान गरिरहेका वा 15 वर्ष अगाडि धूम्रपान छोडेका 55 देखि 80 वर्षका व्यक्तिहरूको प्रत्येक 12 महिनामा एक पटक LDCT गर्ने खर्च ब्योहोर्छ । सम्बन्धित सदस्यले चुरोट खान छोडेको 15 वर्ष भइसकेपछि वा निजमा घातक स्वास्थ्य समस्या आएमा यो सेवा रोकिनु पर्छ ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

सरुवा यौन रोगको परीक्षण तथा परामर्श

एचआइभी र हेपाटाइटिस बी (सुविधा चार्टमा छुट्टै व्याख्या गरिने) को परीक्षणका अतिरिक्त यो योजनाले चाल्मिडिया, गोनोरिया तथा भिरङ्गीको परीक्षण गरेको खर्च ब्योहोर्छ । यो योजनाले यी रोगसँग सम्बन्धित व्यवहारगत परामर्शको पनि खर्च ब्योहोर्छ ।

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

धूम्रपान र सुर्ती छुटाउन दिइने सेवाहरू

यो योजनाले टेलिफोनबाट वा अनलाइनबाट सुर्ती* छुटाउन दिइने सेवा, परामर्श प्रदान गर्छ र निकोटिनको सट्टामा लिइने औषधी वा अन्य उत्पादनको खर्च ब्योहोर्छ ।

सहयोगको लागि:

- वयस्कहरूले 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) मा टेलिफोन गर्नुहोस् वा www.QuitNowNH.org. हेर्नुहोस् ।
- नाबालिगहरूले 1-855-891-9989 मा टेलिफोन गर्नुहोस् वा "Start My Quit" लेखी म्यासेज पठाउनुहोस् वा www.mylifemyquit.com हेर्नुहोस् ।
- यो योजनामा उपलब्ध निकोटिन प्रतिस्थापन औषधी र उत्पादनको सूचीको लागि योजनाको प्रेस्कृप्सन औषधीको सूची हेर्नुहोस् ।

निश्चित सेवा, प्रेस्कृप्सन र उत्पादनको हकमा अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन सक्छ ।

*Food and Drug Administration को परिभाषाअनुसार सुर्तीजन्य पदार्थ भन्नाले चुरोट, सिगार, डिजल्भएबल, हुक्का, निकोटिन जेल, पाइप टोबाको, रोल-योर-ओन टोबाको, डिप, स्नफ, स्नस र खैनी, भेप, इ-सिगरेट, हुक्का पेन वा अन्य विद्युतीय निकोटिन उत्पादन सहितका धूवाँरहित सुर्तीजन्य पदार्थ बुझिन्छ ।

वाक तथा भाषा प्याथोलोजी सेवाहरू

सुविधा चार्टमा रहेको बहिरङ्ग पुनर्वास सेवा (फिजिकल थेरापी, पेसागत थेरापी, वाक वा भाषा थेरापी) हेर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

लागु पदार्थ दुर्व्यसन (SUD) उपचार सेवाहरू

यो योजनाले सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, संघीय मान्यता-प्राप्त स्वास्थ्य केन्द्र (FQHC), ग्रामीण स्वास्थ्य केन्द्र (RHC), मानसिक स्वास्थ्य सेवा दिने प्रदायक, जटिल रोग उपचार गर्ने अस्पताल, मनोरोग अस्पताल, रक्सी तथा लागू औषधीसम्बन्धी मान्यताप्राप्त मास्टर परामर्शदाता (MLADC), रक्सीसम्बन्धी मान्यताप्राप्त परामर्शदाता, मनोरोग विशेषज्ञ, मनोरोगसम्बन्धी उन्नत अभ्यास गर्ने नर्स (APRN), चिकित्सक, मान्यताप्राप्त रिफोर्मी समर्थन कार्यकर्ता, आवासीय उपचार तथा पुनर्वास संस्था, मेथाडोन क्लिनिक/अफिम उपचार कार्यक्रम र पियर रिफोर्मी कार्यक्रमबाट लिइने लागू पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी सेवाको खर्च ब्योहोर्छ ।

समेटिने सेवामा निम्न सेवाहरू समावेश हुन्छन्:

- परीक्षण, अस्थायी हस्तक्षेप र उपचार गर्ने सिफारिस (SBIRT)
- लागू पदार्थ दुर्व्यसनको परीक्षण
- व्यक्तिगत, सामूहिक र पारिवारिक थेरापी
- लागू पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी गहन बहिरङ्ग सेवा
- आंशिक अस्पताल भर्ना (PHP)
- लागू औषधी छोड्न बहिरङ्ग विभागमा प्रदान गरिने चिकित्सकीय रूपले अनुगमन गरिने व्यवस्थापन सेवा
- मानसिक स्वास्थ्य संकट हुँदा हस्तक्षेप
- पियर रिफोर्मी समर्थन
- गैर-पियर रिफोर्मी समर्थन
- निको भइरहेको छ वा छैन भन्ने कुराको निरन्तर अनुगमन
- अफिम उपचार सेवा
- औषधीको सहयोगले गरिने उपचार
- लागू औषधी छोड्न भर्ना भएपछि प्रदान गरिने चिकित्सकीय रूपले अनुगमन गरिने व्यवस्थापन सेवा
- गर्भवती महिला र बच्चा जन्माइसकेका महिलालाई प्रदान गरिने विशेषज्ञ सेवा सहितका आवासीय उपचार सेवा

यो सुविधा चार्टमा रहेको *अन्तरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू* पनि हेर्नुहोस् । यो

सुविधा चार्टमा रहेको *बहिरङ्ग मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू* पनि हेर्नुहोस् ।

यो सुविधा चार्टमा रहेको *धूम्रपान र सुती छुटाउन दिइने सेवाहरू* पनि हेर्नुहोस् ।

केही प्रकारका सेवाको हकमा विशेष नियमहरू लागू हुन्छन् । तपाईं 21-64 वर्षको हुनुहुन्छ भने आफू यो सेवा पाउन योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भन्ने कुरा थाह पाउन ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

अग्रिम स्वीकृति चाहिन सक्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

टेलिफोनबाट प्रदान गरिने सेवा

मेडिकएडले समेट्ने कुनै सेवा निम्न प्रदायकले प्रदान गरेको हो भने यो योजनाले अडियो, भिडियोबाट दिइने सेवा, अडियो मात्र दिइने सेवा वा अन्य विद्युतीय उपकरणबाट दिइने सेवाको खर्च ब्योहोर्छ:

- चिकित्सक वा सहयोगी चिकित्सक
- एडभान्स प्राक्टिस रजिस्टर्ड नर्स (APRN) वा क्लिनिकल नर्स विशेषज्ञ
- सँडेनी नर्स
- गृह स्वास्थ्य स्याहार सेवा प्रदान गर्ने एजेन्सीले काममा राखेको मान्यताप्राप्त नर्स
- मनोविद
- सहयोगी स्वास्थ्यकर्मी (जस्तै प्राविधिक, सहायक, थेरापिष्ट वा टेक्नोलोजिस्ट)
- दन्त चिकित्सक
- क्लिनिकल सामाजिक कार्यकर्तासहितका मानसिक रोगकर्मी,
- सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य सेवा प्रदायक
- मदिरा तथा लागु औषध पेसाकर्मी
- पोषणविद
- राष्ट्रिय प्रमाणपत्र भएको व्यवहार विश्लेषक

भिडियो मार्फत उपचार सेवा दिन मिल्ने स्थानहरू निम्न अनुसार दिइएका छन्:

- स्वास्थ्यकर्मीको कार्यालय
- सहयोगी स्वास्थ्यकर्मीको कार्यालय
- गृह स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको कार्यालय
- अस्पताल
- सीपयुक्त नर्सिङ संस्था
- सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य केन्द्र
- संघले अनुमति दिएका योग्य स्वास्थ्य केन्द्रहरू (FQHC)
- ग्रामीण स्वास्थ्य केन्द्रहरू (RHC)
- सदस्यको घर

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

यातायात सेवाहरू- एम्बुलेन्सको सेवा

यो सुविधा चार्टमा रहेको एम्बुलेन्स सेवाहरू- आपत्कालीन अवस्था हेर्नुहोस् । यो

सुविधा चार्टमा रहेको एम्बुलेन्स सेवाहरू- गैर-आपत्कालीन अवस्था हेर्नुहोस् ।

यातायात सेवा- आपत्कालिन बाहेकका चिकित्सा यातायात सेवा (NEMT)

तपाईं सञ्जाल प्रदायकको मा र अध्याय 4 मा रहेको समेटिने सेवाहरूमा सूचीकृत न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले समेट्ने चिकित्सकीय रूपले आवश्यक सेवा लिन सञ्जालभित्रका स्वास्थ्य संस्था (वा अग्रिम स्वीकृति लिएको अवस्थामा सञ्जाल बाहिरका प्रदायकको) मा जाने गाडी भाडा तिर्न सक्नुहुन्न भने यो योजनाले यात्रा खर्च लगायतका आपत्कालिन बाहेकका चिकित्सकीय सेवा लिन जाने यातायात सेवा उपलब्ध गराउँछ ।

आपत्कालिन बाहेकका अधिकृत यातायात सेवाको लागि यातायात खर्च वा यातायात सेवा प्राप्त गर्ने तपाईंले अनिवार्य रूपले योजनाको नियमको पालना गर्नु पर्ने हुन्छ ।

योजनामा निम्न नियमहरू लागू हुन्छन्:

- तपाईंले नातेदार तथा साथीभाइलाई लिफ्ट दिन लगाउनु पर्छ वा सार्वजनिक यातायातको प्रयोग गर्नु पर्छ । यी विकल्पहरू उपलब्ध नभएका खण्डमा र तपाईंले योजनाको नियमहरूको पालना गर्नुभएको छ भने सञ्जालको यातायात सेवा प्रदान गरिने छ ।

साथीभाइ तथा नातेदारले लिफ्ट दिए वापत प्राप्त हुने यातायात खर्चको अपवादहरू

- तपाईंसँग कार छ वा तपाईंको साथी वा परिवारको सदस्यले निजको कारमा तपाईंलाई चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवा लिन ठाउँमा पुर्याउनु हुन्छ भने तपाईंले यातायात खर्च दिने यो कार्यक्रममा सहभागी हुनु पर्छ ।
- तपाईंसँग कार छ र तपाईं यो योजनामा सहभागी हुन चाहनुहुन्न भने तपाईंले यातायात सेवा लिन अनिवार्य रूपले निम्न मध्ये एक मापदण्ड पूरा गर्नु पर्छ ।
 - तपाईंसँग चालक अनुमति पत्र छैन;
 - तपाईंको परिवारको सवारी साधन बिग्रिएको छ;
 - तपाईं एकलै यात्रा गर्न वा सेवा प्राप्त गर्ने प्रयोजनका लागि कुनै सक्नुहुन्न; वा
 - तपाईंमा शारीरिक, संज्ञानात्मक, मानसिक र विकाससम्बन्धी सीमा छ
- तपाईंसँग कार छैन भने र तपाईं निम्न मध्ये कुनै एक (1) मापदण्ड पूरा गर्नुहुन्छ भने तपाईंले अनिवार्य रूपले सार्वजनिक सवारी साधन प्रयोग गर्नु पर्छ ।
 - तपाईं बसको रुटबाट आधा माइलभन्दा नजिक बस्नुहुन्छ र तपाईंको प्रदायक बसको रुटबाट आधा माइलभन्दा नजिक बस्नुहुन्छ;
 - तपाईं पैसट्री (65) वर्षभन्दा कम उमेरको वयस्क हुनुहुन्छ ।

सार्वजनिक यातायातसम्बन्धी मापदण्डका सीमाहरू:

- तपाईंसँग छ (6) वर्ष मुनिका दुई (2) वा सोभन्दा बढी बालबालिका छन् र ती बालबालिकाहरू तपाईंसँग यात्रा गरिरहेका छन्;
- तपाईंसँग छ (6) वर्ष मुनिका एक (1) वा सोभन्दा बढी अपाङ्ग बालबालिका छन् र ती बालबालिकाहरू तपाईंसँग यात्रा गरिरहेका छन्;

अर्को पृष्ठमा जारी

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

यातायात सेवा- आपत्कालिन बाहेकका चिकित्सा यातायात सेवा (NEMT)- अघिल्लो पृष्ठबाट जारी

- तपाईंसँग तलका मध्ये कम्तीमा एउटा (1) परिस्थिति छ भने:
 - तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ वा तपाईंको बच्चा जन्मिएको छ (6) हप्ता नाघेको छैन;
 - अक्सिजन प्रयोग गर्नु पर्ने वा नपर्ने खालको मध्यम वा गम्भीर खालको श्वासप्रश्वाससम्बन्धी अवस्था छ;
 - हिँडडुल गर्ने समस्या छ (वाकर, लौरो, व्हिलचेयर प्रयोग गर्ने, हात वा गोडा काटिएको व्यक्ति);
 - आँखाको समस्या छ;
 - विकासजनक समस्या छ;
 - अक्षम पार्ने हिसाबको मानसिक रोग छ; वा
 - प्रदायकको स्वीकृत गरेका अन्न अपवाद मात्र

NH हेल्दी फेमेलिजले सिधैँ प्रदान गर्ने सेवाहरू लिन प्रदायकको कार्यालय वा स्वास्थ्य संस्थामा जाने यातायात सेवा व्यवस्था गर्न, MTM को निःशुल्क नम्बर 1-888-597-1192 मा सोमबारदेखि शुक्रबारसम्म बिहान 8:00 बजेदेखि बेलुका 5:00 का बीचमा टेलिफोन गर्नुहोस् । यी सेवाहरूको सूची प्राप्त गर्न खण्ड 4.4 (प्रदान गरिने योजना बाहिरका न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड सेवाहरू) ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

जरुरी उपचार

यो योजनाले सञ्जालभित्रको प्रदायक वा सञ्जालभित्रको प्रदायक उपलब्ध नभएको अवस्थामा बाहिरको प्रदायकबाट गराइने जरुरी उपचारको खर्च ब्योहोर्छ ।

निम्न अवस्थाको उपचार गर्न जरुरी उपचार सेवा प्रदान गरिन्छ:

- आपत्कालीन बाहेकका अवस्था (नियमित स्वास्थ्य सेवाहरू नसमितिने)
- अचानक बिरामी भएमा
- चोटपटक
- तुरुन्तै जाँच्नु पर्ने अवस्था

थप जानकारीको लागि खण्ड 3.6 (*आपत्कालिन, जरुरी वा बेसमयको सेवा*) हेर्नुहोस् ।

जरुरी उपचार सेवा चाहिएमा तपाईंले उक्त सेवा प्रदायकको जरुरी उपचार सेवा केन्द्रबाट लिने वा यो योजनाको सदा खुला रहने नर्स परामर्श लाइन 1-866-769-3085 मा टेलिफोन गर्ने प्रयास गर्नु पर्छ । तपाईंले यस्तो सेवा प्राप्त गर्नुभएको छ भने सकेसम्म चाँडो आफ्नो प्रदायकलाई सो कुराको जानकारी दिनु पर्छ ।

जरुरी सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

अमेरिका वा यसका टेरिटोरी (क्षेत्र) बाहिर लिइने जरुरी सेवाको खर्च भने ब्योहोरिदैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

दृष्टिसम्बन्धी सेवा तथा चस्मा आदि कुराहरू

यो योजनाले निम्न सेवाको खर्च ब्योहोर्छ:

- अध्यामोलोजिष्ट, अष्ट्रोमेट्रिस्ट वा अष्टिसियनबाट प्राप्त आँखाको स्याहार
- चस्माको आवश्यकता छ वा छैन भन्ने कुरा निर्धारण गर्न 12 महिनामा एक पटक गरिने एउटा (1) आँखाको रिफ्र्याक्सन परीक्षण
- आँखाको रोग पत्ता लगाउन र पहिलैदेखि भएको रोगको अवस्था के छ भन्ने कुरा जाँच्न गरिने आँखाको परीक्षण
- निम्न मापदण्ड पूरा भएमा चस्मा:
 - 21 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरको सदस्यको पावर स्फेरिकल र सिलिन्ड्रिकल पावरलाई जोडेर निर्धारण गरिने दुबै आँखाको रिफ्र्याक्टिभ पावर कम्तीमा प्लस वा माइनस .50 डाइओप्टर छ भने
 - 21 वर्ष वा सोभन्दा कम उमेरको सदस्यको पावर स्फेरिकल र सिलिन्ड्रिकल पावरलाई जोडेर निर्धारण गरिने कम्तीमा एक आँखाको रिफ्र्याक्टिभ पावर कम्तीमा प्लस वा माइनस .50 डाइओप्टर छ भने
- आँखाको पावर कम्तीमा प्लस माइनस .50 डाइओप्टर छ भने बायोफोकल करेक्टिभ लेन्स भएको चस्मा (एउटा आँखामा नजिकको कुरा देखाउने र अर्को आँखामा टाढाको कुरा देखाउने लेन्स भएको चस्मा)
- ओकुलर अल्बिनिज्म भएका व्यक्तिहरूले परिवर्तन कालमा प्रयोग गर्ने लेन्सहरू
- कन्ट्याक्ट लेन्सको प्रयोग नगरिकन दृष्टिको तीक्ष्णता सपारेर 20/70 वा यो भन्दा राम्रो पार्न सर्किँदै नभने वा आपाकिया वा अन्य आँखासम्बन्धी रोग निको पार्ने प्रयोजनको लागि ओकुलर प्याथोलोजीको लागि दिइने कन्ट्याक्ट लेन्सहरू
- निम्न कुराहरू लागू हुने गरी फुटेको वा क्षति भएका कारणले चस्माको कुनै भाग बदल्नु परेमा:
 - एउटा लेन्स, दुइटा लेन्स वा फ्रेम वा करेक्टिभ लेन्सको जोडी नै बदल्नु पर्ने अवस्था
 - 12 महिनाको अवधिमा एक पटक मात्र लेन्सको भाग वा लेन्सहरू बदल्न मिल्छ ।
 - बायोफोकलको कारणले कुनै सदस्यसँग (2) दुइटा चस्मा छन् भने आवश्यक पर्दा प्रत्येक चस्मा बदल्न मिल्छ ।
- 21 वर्ष मुनिका सदस्यको हकमा चस्मा हराएर अर्को लिनु पर्ने भएमा एक पटक मात्र खर्च ब्योहोरिन्छ

अर्को पृष्ठमा जारी

योजनाले समेट्ने सेवाहरू

दृष्टिसम्बन्धी सेवा तथा चस्मा आदि कुराहरू- अधिल्लो पृष्ठबाट जारी

यो योजनाले निम्न सेवाको खर्च ब्योहोर्छ:

- निम्न अवस्थामा ट्राइफोकल लेन्स:
 - सदस्य रोजगार छ र निजलाई आफ्नो काम गर्न ट्राइफोकल लेन्सको जरुरत पर्छ भने; वा
 - सदस्य पूर्णकालीन विद्यार्थी हो र निजलाई अध्ययन गर्न ट्राइफोकल लेन्सको जरुरत पर्छ भने; वा
 - सदस्य अहिले ट्राइफोकल लेन्स प्रयोग गरिरहेका छन् भने ।
- सदस्यलाई निकेलको एलर्जी छ भन्ने कुरा देखिएको छ (छाला चिलाउने वा प्रभावित भागमा फ्रेम खिइएको छ) भने 12 महिना पछि निकेल फ्रेम बदल्ने
- कृतिम आँखा र लेन्स सहितका अकुलर प्रोस्थेसेस

सञ्जालभित्रको प्रदायकले प्रदान गरेको सेवाको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्दैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

एक्स-रे र रेडियोलोजीसम्बन्धी सेवाहरू

यो योजनाले रेडिएसन थेरापी र निदानात्मक एक्स-रे सेवाको खर्च ब्योहोर्छ ।

CT स्क्यान, MRI, MRA, PET स्क्यान, र न्युक्लियर कार्डियाक इमेजिङ जस्ता उच्च प्रविधियुक्त सेवाहरूको लागि योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ । तर आपत्कालिन सेवा वा अन्तरङ्ग सेवा वा जरुरी उपचार सेवा प्राप्त गरेको दिन वा समयमा लिइने यस्ता सेवाहरूको हकमा यो नियम लागू हुँदैन ।

थप जानकारीको लागि कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

खण्ड 4.3

यो योजनाले उपलब्ध गराउने अतिरिक्त सुविधाहरू

हाम्रो योजनाले तपाईंलाई केही अतिरिक्त सुविधाहरू निःशुल्क प्रदान गर्छ । NH हेल्दी फेमेलिजसँग तपाईंले प्राप्त गर्ने सेवामा मूल्य थप्ने कार्यक्रमहरू छन् । हामी सधैं तपाईंलाई स्वास्थ्य रहन र आफ्नो स्वास्थ्य सुधार गर्न सहयोग गर्ने उपायहरू खोजिरहेका हुन्छौं । अतिरिक्त सेवासम्बन्धी अद्यावधिक सूचीको लागि www.NHhealthyfamilies.com मा जानुहोस् वा थप जानकारीको लागि हाम्रो ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।

अतिरिक्त सुविधामा निम्न कुराहरू पर्छन्:

| कार्यक्रम तथा सेवाहरू | विवरण |
|---|--|
| <p>My Health Pays® स्वास्थ्यकर व्यवहारको लागि वर्षको \$250* प्राप्त गर्नुहोस् ।</p> <p>*सीमा र अपवादहरू लागू हुन्छन् । सदस्यहरू बढीमा प्रत्येक आर्थिक वर्षमा प्रत्येक वर्ष जुन 30 पछि \$250 बराबरको नगद वा जिन्सी र सेवाहरू</p> <p>सेवा सकिएको 90 दिनपछि र पुरस्कार प्राप्त गरेको मितिले 365 मध्ये जुन पहिला आउँछ त्यो मितिमा यो पुरस्कारको म्याद सकिन्छ ।</p> | <p>तपाईं आफ्नो पुरस्कार Walmart® मा दैनिक उपभोग्य सामग्री खरिद गर्ने काम वा आफ्नो घरभाडा, धारा बिजुलीको बिल, फोनको बिल वा बाल स्याहार सेवाको बिल तिर्ने काममा खर्च गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईं यो पुरस्कार दन्त सेवा र मेरुदण्ड ठीक पार्न लिइने सेवा (chiropractic) मा पनि खर्च गर्न सक्नुहुन्छ ।</p> <p>महिलाहरूका लागि पुरस्कार</p> <ul style="list-style-type: none"> • स्वास्थ्य जोखिम मूल्याङ्कन स्क्रिनिङ: वर्षको बढीमा \$30 - नयाँ सदस्यले सदस्यता लिएको 30 दिनभित्र मूल्याङ्कन पूरा गरेमा \$30 र 30 दिनपछि पूरा गरेमा \$15 । हालका सदस्यले मूल्याङ्कन पूरा गरेमा वर्षको \$15 • आरोग्य भ्रमण (Well Visit): \$20 प्रति वर्ष • फ्लुको खोप: \$20 प्रति वर्ष • स्तन क्यान्सरको जाँच (उमेर 40-74): \$20 प्रति वर्ष • सर्भिकल क्यान्सरको जाँच (उमेर 18-65): \$20 • मधुमेहको स्याहार HbA1c परीक्षण (उमेर 18-75): \$30 • मधुमेहको स्याहार, वार्षिक रेटिनोप्याथी परीक्षण (उमेर 18-75): \$30 • चुरोट, धूवाँरहित सुर्ती वा भेपिड: छोड्ने काम (12 वर्ष माथि): \$20 • मेरो रिकोभरी कार्यक्रमको लागि तयार (Ready for My Recovery Program) (12 वर्ष माथि): पहिलो वर्ष बढीमा \$115 प्रति वर्ष <p>पुरुषहरूको लागि पुरस्कार</p> <ul style="list-style-type: none"> • स्वास्थ्य जोखिम मूल्याङ्कन स्क्रिनिङ: वर्षको बढीमा \$30 - नयाँ सदस्यले सदस्यता लिएको 30 दिनभित्र मूल्याङ्कन पूरा गरेमा \$30 र 30 दिनपछि पूरा गरेमा \$15 । हालका सदस्यले मूल्याङ्कन पूरा गरेमा वर्षको • आरोग्य भ्रमण (Well Visit): \$20 प्रति वर्ष • फ्लुको खोप: \$20 प्रति वर्ष • प्रोस्टेटको जाँच (50 वर्ष माथि): \$20 प्रति वर्ष • मधुमेहको स्याहार HbA1c परीक्षण (उमेर 18-75): \$30 • मधुमेहको स्याहार, वार्षिक रेटिनोप्याथी परीक्षण (उमेर 18-75): \$30 • चुरोट, धूवाँरहित सुर्ती वा भेपिड: छोड्ने काम (12 वर्ष माथि): \$20 • मेरो रिकोभरी कार्यक्रमको लागि तयार (Ready for My Recovery Program) (12 वर्ष माथि): पहिलो वर्ष बढीमा \$115 प्रति वर्ष |

| | |
|---|--|
| | <p>बालबालिका/गर्भवती वा भर्खरै सुत्केरी भएका महिलाहरूको लागि पुरस्कार</p> <ul style="list-style-type: none"> • स्वास्थ्य जोखिम मूल्याङ्कन स्क्रिनिङ: वर्षको बढीमा \$30 - नयाँ सदस्यले सदस्यता लिएको 30 दिनभित्र मूल्याङ्कन पूरा गरेमा \$30 र 30 दिनपछि पूरा गरेमा \$15 । हालका सदस्यले मूल्याङ्कन पूरा गरेमा वर्षको \$15 • आरोग्य शिशुको भ्रमण (Well Baby Visit) (15 महिनाभन्दा कम उमेर) : 6 भ्रमणको लागि \$20 • आरोग्य बच्चाको भ्रमण (24 महिना-21 वर्ष): \$20 प्रति वर्ष • फलुको खोप: \$20 प्रति वर्ष <p>किशोरकिशोरीहरूका लागि पुरस्कार</p> <ul style="list-style-type: none"> • चुरोट, धूँवरहित सुर्ती वा भेपिड छोड्ने काम (12 वर्ष माथि): \$20 • मेरो रिकोभरी कार्यक्रमको लागि तयार (Ready for My Recovery Program) (12 वर्ष माथि): पहिलो वर्ष बढीमा \$115 प्रति वर्ष <p><i>*My Health Pays® ले दिने पुरस्कारहरू रक्सी, सुर्ती र हात हतियार किन्न प्रयोग गर्न मिल्दैन ।</i></p> |
| <p>Start Smart for Your Baby®</p> <p>गर्भवती महिला तथा नयाँ आमाहरूले गर्भावस्था दौरान स्वास्थ्यकर जीवन पद्धति अपनाएकै भरमा \$100 बराबरको अतिरिक्त पुरस्कार प्राप्त गर्न सक्छन् ।</p> | <p>आफू गर्भवती भएको 26 हप्ताभित्र हामीलाई जानकारी दिएर पुरस्कार प्राप्त गर्नुहोस् ।*</p> <p>Start Smart for Your Baby कार्यक्रमले तपाईंलाई तपाईंको गर्भावस्था र प्रसूतिको पहिलो वर्षमा आफ्नो स्वास्थ्यमा ध्यान दिन सहयोग गर्छ ।</p> <p>निम्न सुविधाहरू नि:शुल्क उपलब्ध हुन्छन्: स्याहार</p> <p>व्यवस्थापन</p> <ul style="list-style-type: none"> • तपाईंले गर्भावस्थामा कुनै समस्याको सामना गर्नु भयो भने हामी तपाईं र तपाईंको चिकित्सकसँग सहकार्य गर्ने छौं । • गर्भावस्था र नवजात शिशुको स्याहारसम्बन्धी सूचना • ब्रेस्ट पम्प र स्तनपानसम्बन्धी सहयोग र श्रोतहरू • आवास, खाद्यान्न, लत्ता कपडा र कोक्रो जस्ता कुराहरूमा <p>सामुदायिक सहयोग शिक्षा तथा सहयोग</p> <ul style="list-style-type: none"> • प्रसूति पछिको श्रोतहरू • गर्भवती महिलाहरूको लागि उपलब्ध धूम्रपान, इ-सिगरेट वा भेपिड छोड्ने सेवा (धूम्रपानरहित गर्भावस्था) • लागु पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी सहयोग • बेबी सावर • तपाईं र तपाईंको बच्चाको लागि म्यासेज र इमेलटबाट उपयोगी स्वास्थ्य परामर्श र |

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

| | |
|--|---|
| | <p>पुरस्कारहरू</p> <ul style="list-style-type: none"> • गर्भावस्थाको सूचना (पहिलो 12 हप्ता भित्र): \$100** • -वा- • गर्भावस्थाको सूचना (पहिलो 26 हप्ता भित्र): \$50** • नवजातको आरोग्य भ्रमण (6 भ्रमणको लागि): \$20** <p>*\$100 को पुरस्कारको लागि योग्य हुन गर्भवती महिलाहरूले अनिवार्य रूपले गर्भवती भएको 12 हप्ताभित्र गर्भावस्थाको सूचना फाराम भरेर पेस गर्नु पर्छ । गर्भवती भएको 26 हप्ताभित्र सूचना पेस गर्ने सदस्यहरू पनि \$50 प्राप्त गर्न सक्छन् ।</p> <p>**केही सीमा र अपवादहरू लागू हुन्छन् । प्रत्येक सदस्यहरू प्रत्येक वर्ष जुन 30 पछि \$250 बराबरको नगद वा वस्तुहरू आर्जन गर्न सक्छन् ।</p> |
| <p>विस्तारित यातायात</p> <p>तपाईंको सामाजिक आवश्यकता पूरा गर्न तपाईंलाई निःशुल्क प्रदान गरिने विस्तारित यातायात सेवा</p> | <p>हामी हाम्रा सदस्यहरूलाई निम्न बैठक वा अवसरमा जाने अतिरिक्त यातायात सुविधा प्रदान गर्छौं:</p> <ul style="list-style-type: none"> • रक्सी छोड्ने व्यक्तिहरू (AA) का बैठकहरू • लागु पदार्थ छोड्ने व्यक्तिहरू (AA) का बैठकहरू • औषधीको सहायताले लत छोड्ने व्यक्तिहरू (MARA) का बैठकहरू • अझै अस्पतालमा रहेका NAS भएका बच्चाहरूका आमालाई प्रदान गरिने यातायात सेवा <p>*सीमा र अपवादहरू लागू हुन्छन् । प्रत्येक सदस्यहरू प्रत्येक वर्ष जुन 30 पछि \$250 बराबरको नगद वा वस्तुहरू आर्जन गर्न सक्छन् ।</p> |
| <p>Member Connections®</p> <p>तपाईंको चिकित्सा तथा सामाजिक आवश्यकतामा तपाईंलाई सहयोग गर्न घर मै आएर तपाईंलाई दिइने सेवा</p> | <p>हाम्रो Member Connections टोलीले तपाईंलाई निम्न कुरामा मद्दत गर्न सक्छ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • तपाईंको क्षेत्रमा चिकित्सक खोज्न • स्याहारसम्बन्धी चिन्ताहरू समाधान गर्न चाहिने सेवा लिन • स्वास्थ्य योजनामा उपलब्ध विकल्पहरू थाह पाउन • तपाईंलाई आवश्यक भएको बेला घरमै आएर सेवा दिन |

| | |
|--|---|
| <p>ConnectionsPLUS®</p> <p>आवश्यक भएका व्यक्तिहरूलाई उपहार स्वरूप मोबाइल फोन</p> | <p>सुरक्षित र भरपर्दो टेलिफोन सेवा नभएका सदस्यहरू निःशुल्क मोबाइल फोन प्राप्त गर्न सक्छन्: ConnectionsPLUS® ले चौबीस घण्टा सातै दिन निम्न सेवा माथिको पहुँच दिन्छ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NH हेल्दी फेमेलिजको स्याहार व्यवस्थापन विभागले तपाईंको लागि छुट्याएको कर्मचारी • तपाईंका प्रदायक • टेलिहेल्थ सेवा • 9-1-1 • 2-1-1 |
| <p>Healthy Kids Club कार्यक्रम</p> <p>12 वर्ष वा सोभन्दा कम उमेरका सदस्यहरूको स्वास्थ्य तथा आरोग्य राम्रो पार्न चलाइएका रमाइला क्रियाकलापहरू सहितको शैक्षिक कार्यक्रम</p> | <p>Healthy Kids Club* सदस्यहरू निम्न कुराहरू प्राप्त गर्ने छन्:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kids Club को सदस्यता कार्ड, "मनोरञ्जनको लागि बुक गर्नुहोस्" (\$5 बराबरको) र न्युजलेटर • स्वास्थ्य, सुरक्षा र हेपाहा प्रवृत्ति (anti-bullying) सम्बन्धी सूचना • व्याक्ट-टु-स्कूल र एडप्ट-अ-स्कूल नामक कार्यक्रमहरू माथिको पहुँच • पढ्ने बानी बसाल्ने खालका पुस्तकहरू (\$10 बराबरका) <p>*सीमा र अपवादहरू लागू हुन्छन् । प्रत्येक सदस्यहरू प्रत्येक वर्ष जुन 30 पछि \$250 बराबरको नगद वा वस्तुहरू आर्जन गर्न सक्छन् ।</p> |
| <p>चुरोट, धूर्वारहित सुर्ती वा भेपिड छोड्ने काम</p> <p>सुर्तीजन्य पदार्थ वा भेपिड छोड्ने सहयोग प्राप्त गर्नुहोस् र पुरस्कार स्वरूप \$20 प्राप्त गर्नुहोस् ।</p> | <p>तपाईं 12 वर्ष माथिको सदस्य हुनुहुन्छ भने लत छुटाउन सहयोग गर्न हामी तपाईंलाई टेलिफोनबाट शिक्षा तथा सहयोग प्रदान गर्छौं । गर्भवती महिलाहरूलाई सहयोग गर्ने विशेष कार्यक्रम उपलब्ध छ (धूर्वारहित गर्भावस्था) ।</p> <p>यो कार्यक्रम पूरा गर्ने सदस्यहरू आफ्नो My Health Pays™ कार्डमा \$20* प्राप्त गर्ने छन्</p> <p>*सीमा र अपवादहरू लागू हुन्छन् । प्रत्येक सदस्यहरू प्रत्येक वर्ष जुन 30 पछि \$250 बराबरको नगद वा वस्तुहरू आर्जन गर्न सक्छन् ।</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Ready for My Recovery कार्यक्रम</p> <p>लागु पदार्थ दुर्व्यसनीको लतबाट बाहिर निस्कन सहयोग गर्ने कार्यक्रममा निरन्तर सहभागी हुनुहोस्* र पुरस्कार प्राप्त गर्नुहोस्</p> | <p>Ready for My Recovery Program कार्यक्रम ** मा सहभागी हुने 12 वर्ष माथिका सदस्यहरू निम्न कुराहरू प्राप्त गर्न सक्छन्:</p> <ul style="list-style-type: none"> • स्याहार व्यवस्थापन सेवा • आफ्नो स्याहार गर्ने किट, पानीको बोतल, डायरी, कलम र श्रोत र सूचना भएको उपयोगी टुलकिट सहितको <i>My Recovery Journey</i> नामक झोला (\$30 बराबरको) • पहिलो वर्षमा भएको निरन्तरको सुधारको लागि बढीमा \$115*** बराबरको पुरस्कार यो पुरस्कारको बारेमा थप जानकारीको लागि हाम्रो वेबसाइट हेर्नुहोस् । <p>*The Ready for My Recovery कार्यक्रमले सुर्तीको लत छुटाउने सेवा समावेश गर्दैन ।</p> <p>**आफ्नो स्वास्थ्य जोखिम मूल्याङ्कन स्क्रिनिङ भरेपछि My Recovery फाराम भर्ने सदस्यहरू My Recovery कार्यक्रममा सहभागी हुन्छन् । फर्म भरिसकेपछि तपाईं स्याहार व्यवस्थापन सेवा र My Recovery Journey झोला प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ ।</p> <p>लत छुटाउने सेवामा निरन्तर सहभागी हुने सदस्यहरू आफ्नो सहभागिता दौरान रकम प्राप्त गर्ने छन् ।</p> <p>*केही सीमा र अपवादहरू लागू हुन्छन् । प्रत्येक सदस्यहरू प्रत्येक वर्ष जुन 30 पछि \$250 बराबरको नगद वा वस्तुहरू आर्जन गर्न सक्छन् ।</p> |
| <p>डिस्चार्ज पछिको खाद्यान्न</p> | <p>मधुमेह वा मुटु रोगीहरू यी रोगका कारण अस्पताल बसेर डिस्चार्ज हुँदा खाद्यान्न प्राप्त गर्न सक्छन् । यो सुविधामा निम्न कुराहरू पर्छन्:</p> <ul style="list-style-type: none"> • सम्बन्धित रोगको लागि तोकिएको पोषण मापदण्ड अनुसार तयार गरिएको (जस्तै कम सोडियम र/वा कम कार्बोहाइड्रेट भएको) 14* छाक खाना (\$90 बराबरको) । <p>*सीमा र अपवादहरू लागू हुन्छन् । स्याहार व्यवस्थापन टोली/ ट्रान्जिसनल स्याहार व्यवस्थापन टोलीले स्वीकृत गर्नु पर्ने । प्रत्येक सदस्यहरू प्रत्येक वर्ष जुन 30 पछि \$250 बराबरको नगद वा वस्तुहरू आर्जन गर्न सक्छन् ।</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Gateway Services</p> <p>राज्यव्यापी रूपमा निःशुल्क गरिने कार्यक्रम तथा उपलब्ध गराइने सेवाहरू</p> | <p>Gateway Services ले न्यु ह्याम्पशायरका बासिन्दाहरूलाई निःशुल्क सामाजिक सेवा प्रदान गर्छ ।</p> <ul style="list-style-type: none">• Vision Van – NH हेल्दी फेमेलिज भिजन भ्यान न्यु ह्याम्पशायर भरि घुमेर मान्छेहरूको दृष्टिको जाँच, आवश्यकता भएका मान्छेहरूलाई चस्मा र पढ्ने चस्मा बाँड्ने काम गर्छ ।• Foster Care Comfort to Go – धर्म माता पितासँग बस्न जान लागि रहेका युवाहरूको लागि व्यक्तिगत सामानहरू भएको बलियो डफल ब्यागहरू• No One Eats Alone – विद्यालयमा हुने सामाजिक वहिस्करण र हेपाहा प्रवृत्ति विरुद्धको चेतना अभिवृद्धि गर्ने वार्षिक पहल• Self-Care Kits – आवश्यकता भएका व्यक्तिहरूको लागि बोकेर हिँड्न मिल्ने सहज झोलामा आधारभूत सिडारपटारका साधनहरू |
|--|--|

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

खण्ड 4.4 यो योजना बाहिरका समेटिने न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड सुविधा

न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले सिधैं यो योजनाले नसमेटने मेडिकएडका केही सुविधाहरूको खर्च ब्योहोर्छ । यो काममा यो योजनाले समन्वयकारी भूमिका निर्वाह गर्छ । त्यसै कारणले तपाईंले सिधैं आफ्नो NH हेल्दी फेमेलिज र न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडको सदस्यता कार्ड आफैसँग लिएर हिँड्नु पर्छ । योजनाले समेटने सेवाहरू प्राप्त गर्न सिधैं NH हेल्दी फेमेलिज सदस्यता कार्ड देखाउनुहोस् । तपाईं समेटिने सेवा प्राप्त गर्ने सहयोग चाहनुहुन्छ भने हाम्रो ग्राहक सेवाको टेलिफोन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस् (यो पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा टेलिफोन नम्बरहरू प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

सिधैं आफ्नो NH हेल्दी फेमेलिज र न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडको सदस्यता कार्ड आफैसँग लिएर हिँड्नु होस् ।

यो योजनाले निम्न सेवाको खर्च ब्योहोर्दैन । तर प्रदायक न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड मा सहभागी छन् भने यी सेवाहरू न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडबाट प्राप्त गर्न सकिन्छ ।

- फार्मसीले बिल पठाउने हो भने न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले केही प्रेस्कृप्सन औषधीहरूको खर्च ब्योहोर्छ । यी औषधीहरूमा हेमोफिलियाको उपचार गर्न प्रयोग हुने र Carbaglu®, Ravicti® नामक प्रेस्कृप्सन औषधीहरू पर्छन् । फार्मसीले यी औषधीको लागत न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडबाट लिन्छ ।
- न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले योजना अन्तर्गतका प्रदायकले योग्य सदस्यलाई दिएको Zolgensma® नामक प्रेस्कृप्सन जिन थेरापीको खर्च ब्योहोर्छ ।
- 21 वर्ष मुनिका सदस्यहरूको लागि ओर्थोडोन्टिया सहितका विस्तृत दन्त सेवाहरू
- 21 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरका सदस्यका हकमा दन्त सेवालै जटिल दुखाइ र संक्रमणसम्बन्धी सेवा मात्र प्रदान गर्छ ।
- 3 वर्षसम्मका बालबालिकाको हकमा प्रारम्भिक सहयोग तथा सेवाहरू
- मेडिकएड-टु-स्कूल सेवाहरू
- निम्न लगायतका नर्सिङ होम वा नर्सिङ संस्थाले दिने सेवा (कहिलेकाहीं दीर्घकालीन स्याहार प्रदान गर्ने नर्सिङ संस्थाको सेवा भनिने): सीपयुक्त नर्सिङ संस्था, दीर्घकालीन स्याहार प्रदान गर्ने नर्सिङ संस्थाको सेवा र मध्यमकालीन स्याहार प्रदान गर्ने नर्सिङ संस्थाको सेवा (नर्सिङ होम र जटिल उपचार गर्दा प्रयोग हुने स्विड बेड) मध्यमकालीन स्याहार प्रदान गर्ने नर्सिङ संस्थाको सेवा (नर्सिङ होम र जटिल उपचार गर्दा प्रयोग हुने स्विड बेड)
- मध्यमकालीन स्याहार प्रदान गर्ने नर्सिङ संस्थाको सेवा (नर्सिङ होम र जटिल उपचार गर्दा प्रयोग हुने स्विड बेड)
- Glenciff Home सेवा
- मेडिकएड प्राप्त गर्ने योग्य तथा अदालत वा किशोरकिशोरीको पारोल बोर्डले सिफारिस गरेका युवाहरूलाई दिइने निम्न सेवाहरू लगायतका बाल, युवा तथा पारिवारिक सेवाहरू:
 - घरमा आधारित थेरापी
 - बाल समर्थन सेवा (बाल स्वास्थ्य समर्थन सेवा पनि भनिने)

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

- गहन गृह तथा सामुदायिक सेवाहरू
- स्थान खोज्ने सेवाहरू (Placement)
- बालबालिकाहरूको लागि निजी गैर चिकित्सकीय संस्थागत स्याहार
- मानसिक स्वास्थ्य संकट हुँदा हस्तक्षेप
- निम्न सदस्यहरूको लागि गृह तथा समुदायमा आधारित स्याहार छूट सेवा:
 - जन्मिएपछि सृजित भएको मानसिक विकार भएका सदस्यहरू;
 - विकाससम्बन्धी अपाङ्गता भएका सदस्यताहरू;
 - गृह समर्थन छूट सेवा प्राप्त गरिरहेका 21 वर्षसम्मका विकाससम्बन्धी अपाङ्गता भएका सदस्यहरू; र
 - उमेर अनुसारका अपाङ्गता भएका, दीर्घकालीन रोग वा शारीरिक अपाङ्गता भएका Choices for Independence अन्तर्गत रहेका सदस्यहरू ।

यी कार्यक्रमहरूले तपाईंको घर र अन्य संस्था, सामुदायिक आवास र आवासीय स्याहार गृहमा आएर सेवा प्रदान गर्छन् ।

- संकट हुँदा हस्तक्षेप गर्ने र सो संकटको उपचारपछि व्यवस्थापनको लागि चाहिने सेवाहरू र आपत्कालीन मनोरोग र साइकोथेरापी सेवाहरू सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य केन्द्र द्रुत प्रतिकार्य टोलीले दिएको सेवाको खर्च ब्योहोरिन्छ ।

थप जानकारीको लागि कृपया NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन **1-844-ASK-DHHS** (1- 844-275-3447) (TDD Relay Access: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बजेसम्म सम्पर्क गर्नुहोस् ।

खण्ड 4.5 **हाम्रो योजना वा न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले नसमेटने सुविधाहरू**

यो खण्डमा यो योजना र न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड मा समावेश नहुने सुविधाहरूको बारेमा जानकारी दिइएको छ । “समावेश नहुने” भन्नाले योजनाले ती सेवाको खर्च ब्योहोर्दैन भन्ने अर्थ लाग्छ । तल नसमेटिने (खर्च नब्योहोरिने) केही सेवा तथा वस्तुहरूको सूची दिइएको छ ।

सूचीकृत गरिएको विशेष अवस्थामा बाहेक यो योजनाले यो खण्ड (वा यो सदस्यता पुस्तिकाको कुनै पनि भाग) मा उल्लिखित यी सेवा तथा वस्तुहरूको खर्च ब्योहोर्दैन । तपाईंलाई हामीले नसमेटिने कुनै सेवा वा वस्तुको खर्च ब्योहोर्नु पर्छ जस्तो लाग्छ भने तपाईं अपिल वा उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ । उजुरी दायर गर्ने वा अपिल गर्ने बारेमा थप जानकारीको लागि, अध्याय 10 (योजनाको कुनै निर्णय वा “कारबाही” विरुद्ध अपिल गर्नु पर्यो भने के गर्ने) हेर्नुहोस् ।

निम्न सेवा तथा आपूर्तिहरूको खर्च ब्योहोरिँदैन । यो सूची पूर्ण सूची नहुन सक्छ । कुनै सेवा “नसमेटिने सेवाको सूचीमा” छ भने NH हेल्दी फेमेलिज र न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले सो सेवाको खर्च ब्योहोर्दैन भन्ने अर्थ लाग्छ । स्मरण रहोस्, तपाईंले “नसमेटिने सेवा” लिनुभयो भने त्यसको खर्च आफैँले ब्योहोर्नु पर्छ ।

| नसमेटिने सेवाको सूची |
|--|
| गर्भपतन (स्वैच्छिक) - केही प्रकारका गर्भपतनको खर्च भने ब्योहोरिन्छ । |
| वैकल्पिक औषधी – अक्युपन्चर र बायोफिडब्याक आदि |
| कस्मेटिक वा प्लास्टिक सर्जरी |
| बाँझोपना, नपुङ्सकता र यौन विकारको उपचार |
| प्रयोगात्मक पद्धति, औषधी तथा उपकरणहरू |
| व्यक्तिगत आरामको लागि लिइने वस्तुहरू |
| गैर-चिकित्सा उपकरण |
| रोजगारीको लागि आवश्यक शारीरिक जाँच |
| र्याडिकल केराटोमी |
| संघीय वा राज्य कानूनले अनुमति नदिएका सेवाहरू |
| वजन कम तथा नियन्त्रण गर्न सहयोग गर्ने सेवा – यसले वजन कम गर्न प्रयोग हुने औषधी वा उत्पादन, जिमको सदस्यता वा वजन घटाउन प्रयोग हुने उपकरणहरू |
| सेवा तथा थेरापी एनिमल्स |
| देश बाहिरको यात्राको लागि लगाइएको खोप लगायतका अमेरिका र यसका क्षेत्रहरू बाहिर प्रदान गरिएका सेवाहरू |

अध्याय 5. तपाईंको स्वास्थ्यको व्यवस्थापन गर्न NH हेल्दी फेमेलिजको तरिका

खण्ड 5.1 स्वस्थ रहने तरिका

NH हेल्दी फेमेलिजले स्वस्थ हुन र रहन तपाईंलाई सहयोग गर्न विविध विकल्पहरू प्रदान गर्छ । हामी सम्पूर्ण व्यक्तिको उपचार गर्नु पर्छ भन्ने कुरामा विश्वास गर्छौं । तपाईं यो पुस्तिकाभरि हाम्रो यो विश्वासलाई मजबुत बनाउने खालका कार्यक्रमहरूको बारेमा पढ्न पाउनु हुने छ । खण्ड 4.3 (अतिरिक्त सुविधा) मा सूचीकृत केही कार्यक्रमले तपाईंको जीवनस्तर सुधार्न मद्दत गर्न सक्छन् ।

NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईं प्रभावकारी उपचार सेवा प्राप्त गर्नुहुन्छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न पनि चाहन्छ । सुधार र पुनर्सुधार सेवाहरू तपाईंको सेवाको भागको रूपमा रहन्छन् (अध्याय 4 हेर्नुहोस्) । साथै, तपाईंको बच्चा तथा तपाईंको रोकथामात्मक स्याहारसम्बन्धी आवश्यकतामा सहयोग पनि उपलब्ध गराइन्छ ।

गुणस्तर सुधार कार्यक्रम

NH हेल्दी फेमेलिजको गुणस्तर सुधार कार्यक्रम तपाईं तथा तपाईंको परिवारलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न प्रतिबद्ध छ । हामी तपाईंलाई तपाईंको स्वास्थ्य सुधार र कायम गर्न सहयोग गर्न चाहन्छौं । हाम्रा कार्यक्रमले गुणस्तर आश्वासनसम्बन्धी राष्ट्रिय समिति (NCQA) ले तोकेका मापदण्डको पालना गर्छ तथा सुरक्षित, भरपर्दो र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवर्धन गर्न सहयोग गर्छ । NH हेल्दी फेमेलिज चिकित्सकीय तथा व्यवहारगत स्वास्थ्य उपचारको लागि वार्षिक रूपमा वा हाम्रो गुणस्तर सुधार समितिले भनेको बेला समीक्षा तथा अनुमोदन गरिने प्रमाणमा आधारित रोकथामात्मक तथा क्लिनिकल अभ्यासका मार्गदर्शनहरू लागू तथा प्रयोग गर्छ ।

सुरक्षित, भरपर्दो र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवर्धन गर्न हामी निम्न कुराहरू गर्छौं:

- हाम्रो सञ्जालमा कुनै प्रदायक सहभागी हुन आउँदा उनीहरूको विस्तृत जाँच
- तपाईं सबै प्रकारका स्वास्थ्य सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्नुहोस् भन्नका लागि हाम्रो सञ्जालको अनुगमन
- तपाईंको सामान्य स्वास्थ्य तथा विशेष रोगको बारेमा शिक्षा दिने तथा कार्यक्रमहरू चलाउने
- तपाईंलाई आरोग्य भ्रमणका लागि चिकित्सककोमा जान तथा रोकथामात्मक परीक्षण गर्न स्मरण गराउने
- तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको स्वास्थ्य सेवाको बारेमा तपाईंसँग भएका चिन्ताहरूको अनुसन्धान गर्ने

NH हेल्दी फेमेलिज तपाईंको प्रतिक्रियाले हाम्रो सेवा सुधार गर्न सहयोग गर्छ भन्ने कुरामा विश्वास गर्छ । हामी प्रत्येक वर्ष तपाईंलाई स्वास्थ्य सेवा तथा तपाईंले प्राप्त गरिरहनुभएको सेवासम्बन्धी तपाईंको अनुभवको बारेमा प्रश्नहरू समावेश भएको सर्वेक्षण पठाउँछौं । सर्वेक्षण प्राप्त गरेपछि तपाईं आफ्नो जबाफ पठाउनुहुन्छ भन्ने हामी आसा गर्छौं । गुणस्तर सुधार कार्यक्रमसम्बन्धी थप जानकारीको लागि वा तपाईं यो कार्यक्रमको एक प्रति प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ भने ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोन 1-866-769-3085 मा सम्पर्क गर्नुहोस् वा हाम्रो वेबसाइट www.NHhealthyfamilies.com को भ्रमण गर्नुहोस् ।

तपाईंसँग आफूले प्राप्त गरेको उपचार वा सेवाको बारेमा गुनासा वा चिन्ताहरू छन् भने कृपया हामीलाई 1-866-769-3085 मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



NH हेल्दी फेमेलिज अमेरिकी रोकथामात्मक सेवा टास्कफोर्सको सिफारिसमा दर्जा ए वा बि का प्राथमिक तथा माध्यामिक रोकथामात्मक सेवा प्रदान गर्छ । बालबालिकाहरूका लागि, हामी अमेरिकन एकाडेमी अफ पेडियाट्रिक्स ब्राइट फ्युचर प्रोग्रामले सिफारिस गरेका रोकथामात्मक सेवाहरू पनि प्रदान गर्छौं ।

खण्ड 5.2 स्याहार समन्वयसम्बन्धी सहयोग

NH हेल्दी फेमेलिज तपाईं स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको प्रयोग गर्ने बारेमा सहयोग चाहिन सक्छ भन्ने कुरा बुझ्छ । हामी तपाईंलाई अपोइन्टमेन्ट, यातायात, आवास मिलाउने तथा खाद्यान्न सहूलियत, युटिलिटी र सहयोगी समूह जस्ता सामुदायिक श्रोतहरूसँग जोड्ने प्रयोजनमा सहयोग गर्न स्याहार व्यवस्थापन सेवा प्रदान गर्छौं ।

यो सेवा सबै सहभागीहरू प्रयोग गर्न पाउँछन् । तपाईं आफै वा तपाईंको चिकित्सकको सिफारिसमा स्याहार व्यवस्थापन सेवा लिन सक्नुहुन्छ । तपाईंको लागि एक जना प्राथमिक स्याहार व्यवस्थापकको छनौट गरिने छ । ती व्यवस्थापकले तपाईंलाई इच्छाएको समयमा इच्छाएको विधिबाट तपाईंलाई सम्पर्क गर्ने छन् । तपाईं चाहेको सबै सेवा प्राप्त गर्न सक्नुहोस् भन्नाका लागि तपाईंको स्याहार व्यवस्थापक तपाईं, तपाईंको PCP, तपाईंका सबै अरू प्रदायक तथा अरू बीमा कम्पनीहरूसँग सहकार्य गर्ने छन् । हामी तपाईंले पूरा गर्नु पर्ने लक्ष्यसहितको स्वास्थ्य योजनाको विकास गर्ने छौं । यसमा सहभागी हुन कुनै शुल्क लाग्दैन र तपाईं जुनसुकै बेला आफ्नो सहभागिता फिर्ता लिन सक्नुहुन्छ ।

मान्यताप्राप्त नर्स, व्यवहारगत स्वास्थ्य पेसाकर्मी तथा सामाजिक कार्यकर्ताहरू स्याहार व्यवस्थापकको रूपमा काम गर्छन् । उनीहरू हाम्रा सदस्यहरूलाई मुख्य स्वास्थ्य समस्याको बारेमा बुझ्न सहयोग गर्ने तथा आवश्यक स्वास्थ्य सेवा लिन सहयोग गर्ने काम गर्छन् । स्याहार व्यवस्थापकहरूले सदस्य तथा उनीहरूको प्रदायक वा चिकित्सकहरूसँग सहकार्य गरेर व्यवधानको पहिचान गर्ने तथा सदस्यको स्याहार योजना पूरा गर्ने काममा सहयोग गर्छन् । आवश्यक परेमा हामी तपाईंको स्याहार गर्ने स्याहारकर्ता तथा परिवारका सदस्यहरूलाई पनि सहयोग गर्छौं ।

स्याहार व्यवस्थापनमा सहभागी सदस्यहरूले सामान्यतया धेरै चिकित्सकहरूबाट सेवा लिनु पर्ने हुन्छ । उनीहरू घरैमा चिकित्सा आपूर्ति वा सहयोग प्राप्त गर्नु पर्ने हुन्छ । NH हेल्दी फेमेलिजका स्याहार व्यवस्थापकहरूले सदस्यहरूको उपचारमा समन्वय गर्ने सहयोग गर्न सक्छन् । स्याहार व्यवस्थापनमा सहभागी सदस्यहरूमा सामान्यतया सिकल सेल, मल्टिपल स्लेरोसिस, मृगौला रोग, अङ्ग बदल्नु पर्ने अवस्था, क्यान्सर, हेमोफिलिया र/वा डिप्रेसन जस्ता जटिल रोगहरू हुन्छ ।

तपाईंले घरमा पुगेपछि चाहेको स्याहार प्राप्त गर्न सक्नुहोस् भन्नाका लागि अस्पताल वा अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट घर फर्किँदा तपाईंको स्याहार व्यवस्थापकले तपाईंलाई सहयोग गर्छन् । यी सेवाहरूमा गृह स्याहार भ्रमण र थेरापीहरू समावेश हुन सक्छन् । तपाईंलाई आफ्नो उपचारको सन्दर्भमा सहयोग चाहेको छ वा तपाईं अर्को राज्य वा स्थानीय कार्यक्रममा जोडिन चाहनुहुन्छ भने कृपया आफ्नो स्याहार व्यवस्थापकलाई वा मुद्दा व्यवस्थापन विभागको टेलिफोन 1-866-769-3085 मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

स्याहार व्यवस्थापकका अतिरिक्त, NH हेल्दी फेमेलिजमा स्याहार व्यवस्थापकहरूसँग सहकार्य गरेर स्याहार समन्वय गर्ने कामको विशेषज्ञता भएका संयोजकहरू पनि छन् । यी संयोजकहरू निम्न विषयमा काम गर्छन्: दीर्घकालीन स्याहार आवश्यकता, विकाससम्बन्धी अपाङ्गता, विशेष स्याहारसम्बन्धी आवश्यकता, फोस्टर स्याहार, मानसिक स्वास्थ्य, लागु पदार्थ दुर्व्यसनी तथा आवाससम्बन्धी आवश्यकता संयोजकहरू जटिल रोगको उपचार गर्ने अस्पतालमा भर्ना भएका वा पुनर्भर्ना भएका सदस्यहरूलाई स्याहार व्यवस्थापन कार्यक्रमको परिवर्तनको माध्यमबाट सम्पर्क गरी स्याहार व्यवस्थापन सेवा दिन्छन् ।



तपाईं NH हेल्दी फेमेलिजको स्याहार व्यवस्थापन कार्यक्रममा सहभागी हुन चाहनुहुन्छ वा थप जानकारी चाहनुहुन्छ भने कृपया 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123 Relay 711) मा टेलिफोन गर्नुहोस् र स्याहार व्यवस्थापन विभागमा ट्रान्सफर गर्न लगाउनुहोस् ।

खण्ड 5.3 स्याहार स्थान परिवर्तन लगायत स्याहारको निरन्तरतासम्बन्धी जानकारी

“स्याहारको निरन्तरता” भन्नाले दीर्घकालीन र जटिल रोगहरूको लागि निम्न स्थानमा प्रदान गरिने निरन्तर स्याहारको व्यवस्थालाई बुझिन्छ:

- स्वास्थ्य संस्था
- सदस्यको वा सामुदायिक आवास
- प्रदायकहरू
- सेवा क्षेत्रहरू
- व्यवस्थित स्याहार स्वास्थ्य योजना
- मेडिकएड फि-फर-सर्भिस (FFS)
- फोस्टर केयर र स्वतन्त्र जिआइ (फोस्टर स्याहार सेवाबाट समुदायमा फर्किने; वा फोस्टर स्याहारबाट धर्म पुत्र वा पुत्री बनेको अवस्था सहितका)
- निजी बिमा तथा व्यवस्थित स्याहार सेवा

तपाईं न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड वा मेडिकएडले व्यवस्थापन गरेको अर्को योजना वा अर्को प्रकारको स्वास्थ्य बीमा सेवा परिवर्तन गरेर हाम्रो सेवामा आउँदा तपाईं आफ्नो उपचार जारी राख्न सक्नु हुने छ । तपाईं तलका मध्ये कम्तीमा एउटा (1) मापदण्ड पूरा गर्नुहुन्छ भने तपाईंको प्रदायक NH हेल्दी फेमेलिज सञ्जाल बाहिरको भए पनि तपाईं सीमित अवधिको लागि आफ्नो हालको प्रदायकबाट सेवा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । तलका मध्ये कम्तीमा एउटा (1) मापदण्ड पूरा गर्नुका अलावा तपाईंको हालको प्रदायकको हाम्रो योजना र न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड सँग राम्रो सम्बन्ध छ भने मात्र उहाँ तपाईंको उपचार जारी राख्न सक्नुहुन्छ ।

| | | |
|---|---|--|
| यी मध्ये कुनै एक क्लिनिकल परिस्थिति तपाईंमा लागू भएमा तपाईं सीमित समयको लागि आफ्नो हालको प्रदायक(हरू)बाट सेवा लिइरहन पाउनुहुन्छ | तपाईं यो अवधिभरि हाल आफ्नो उपचार गरिरहेको प्रदायक(हरू)बाट सेवा प्राप्त गरिरहन सक्नुहुन्छ | तपाईं यो अवधिभरि हाल सेवन गर्नु पर्ने प्रेस्क्रिप्सन औषधीहरू प्राप्त गरिरहन सक्नुहुन्छ |
| योजना परिवर्तन गर्ने बेलामा तपाईं हाल अग्रिम रूपमा स्वीकृत भएका जारी उपचार सेवा प्राप्त गरिरहनुभएको छ | तपाईंको सदस्यता मिति र योजनाले चिकित्सा आवश्यकताको समीक्षा गर्न लागेको मिति मध्ये जुन पहिला आउँछ सो मितिले 90 दिन | तपाईंको सदस्यता मिति र योजनाले चिकित्सा आवश्यकताको समीक्षा गर्न लागेको मिति मध्ये जुन पहिला आउँछ सो मितिले 90 दिनका लागि |
| तपाईं आफ्नो हालको प्रदायकबाट सेवा लिइरहनु भएको छ र तपाईंसँग जटिल रोग छ, उक्त रोग यति गम्भीर छ कि यसको उपचार जारी | | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>यी मध्ये कुनै एक क्लिनिकल परिस्थिति तपाईंमा लागू भएमा तपाईं सीमित समयको लागि आफ्नो हालको प्रदायक(हरू)बाट सेवा लिइरहन पाउनुहुन्छ</p> | <p>तपाईं यो अवधिभरि हाल आफ्नो उपचार गरिरहेको प्रदायक(हरू)बाट सेवा प्राप्त गरिरहन सक्नुहुन्छ</p> | <p>तपाईं यो अवधिभरि हाल सेवन गर्नु पर्ने प्रेस्कृप्सन औषधीहरू प्राप्त गरिरहन सक्नुहुन्छ</p> |
| <p>नगरेको खण्डमा तपाईंको मृत्यु वा दीर्घकालीन क्षति हुने सम्भावना हुन्छ</p> | | |
| <p>तपाईंसँग दीर्घकालीन रोग वा समस्या भएकाले, उक्त समस्या घातक वा अपाङ्गता सृजना गर्ने खालको भएकाले तपाईं सेवाहरू प्राप्त गरिरहनुभएको छ र तपाईंले उक्त सेवा लामो समयसम्म प्राप्त गर्नु पर्छ</p> | | |
| <p>तपाईं विशेष स्वास्थ्य सेवा आवश्यकता भएको बच्चा हुनुहुन्छ र योजना परिवर्तन गर्ने बेलामा तपाईंको उपचार जारी छ । यो समूहका बच्चाहरूमा ती बच्चाहरू पर्छन् जसमा गम्भीर दीर्घकालीन शारीरिक, विकाससम्बन्धी वा भावनात्मक समस्या हुने सम्भावना बढी हुन्छ र जसलाई निजको उमेरको बच्चालाई नचाहिने खालका स्वास्थ्य तथा अन्य सेवाहरू प्रदान गरिनु पर्छ*</p> | | |
| <p>तपाईं गर्भावस्थाको दोस्रो वा तेस्रो ट्राइमेस्टरमा हुनुहुन्छ र तपाईं हालकै प्रदायकबाट सेवा प्राप्त गरिरहन चाहनुहुन्छ</p> | <p>तपाईंको गर्भावस्थाभरि र बच्चा जन्मिएपछि 60 दिनसम्म</p> | |
| <p>तपाईं प्राणघातक रोगको शिकार भएको र तपाईंको आयु छ (6) महिनाभन्दा नभएका कारणले तपाईं हालकै प्रदायकहरूबाट सेवा लिन चाहनुहुन्छ</p> | <p>प्राणघातक रोग वा यसको चिकित्सा असरको उपचारसँग प्रत्यक्ष रूपमा सम्बन्धित स्याहारको हकमा तपाईं बाँचुन्जेलसम्म</p> | |

MCO बदल्दा

- कुनै सदस्यले MCO बदलेर हाम्रो सेवा प्रयोग गर्न थालेको छ भने NH हेल्दी फेमेलिजले अघिल्लो MCO सँग सम्बन्धित अनुमति लिइएको अग्रिम सेवा प्रदान गर्छ । कुनै सदस्य अर्को MCO मा जाने भएमा NH हेल्दी फेमेलिजले सो MCO, न्यु ह्याम्पशायर स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाव वा दुबै सँग सहकार्य गरी आवश्यक सबै जानकारी सुरक्षित रूपले उपलब्ध गराउँछ । यसले स्याहार समन्वय प्रयोजनमा सहयोग गर्छ र सदस्यलाई एक MCO बाट अर्को MCO मा जान सहज हुन्छ । MCO परिवर्तन गर्दै गर्दा कुनै सदस्यले कुनै निश्चित प्रदायकको सेवा लिइरहेको छ भने NH हेल्दी फेमेलिजले त्यो सदस्यलाई स्याहारको संयोजन (COC) को आवश्यकता अनुसार अनुमति दिने विधि अपनाएर परिवर्तन अवधिभर उही प्रदायकलाई भेट्ने बन्दोबस्त गर्न सक्छ । MCO हरदम सदस्यको आवश्यकता पूरा गरिरहन्छ ।

*फोस्टर स्याहारमा रहेका बालबालिका वा नाबालक; जन्मने बित्तिकै आसियुमा राखिएका बच्चा; आमाको दुर्व्यसनीका प्रभाव देखिएका (NAS) नवजात शिशु; उच्च तनाव युक्त सामाजिक वातावरण/स्याहारकर्ताले दिने तनाव झेलिरहेका; परिवार केन्द्रित प्रारम्भिक सहायता र सेवा प्राप्त गरिरहेका वा गम्भीर भावनात्मक समस्या भएका र स्वास्थ्य सेवाको विशेष चिकित्सा सेवा वा साझेदार कार्यक्रममा सहभागी, बौद्धिक विकाससम्बन्धी अपाङ्गता वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनीको विकार भएका व्यक्तिहरू

तपाईंले योजना बदल्दा तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रदायकले तपाईंको चिकित्सकीय अभिलेख नयाँ प्रदायकको मा सार्ने अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ ।

अधिक जानकारीको लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

खण्ड 5.4 मानसिक स्वास्थ्य तथा लागु पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी समताको आश्वासन

संघीय तथा राज्यको कानूनले जुन तरिकाले अन्य प्रकारका स्वास्थ्य सेवाहरू प्रदान गरिन्छ सोही तरिकाले मानसिक स्वास्थ्य तथा लागु पदार्थ दुर्व्यसनीको पनि उपचार सेवा प्रदान गर्नु पर्ने कानुनी व्यवस्था गरेको छ । यसलाई समता भनिन्छ । समता कानूनले मधुमेह वा हृदय रोगको उपचार सेवा जुन तरिकाले प्रदान गरिन्छ सोही तरिकाले मानसिक स्वास्थ्य र/वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनी उपचार सेवा प्रदान गर्ने बाध्यकारी व्यवस्था गरेको छ । उदाहरणको लागि, यदि योजनाले मधुमेह उपचार गर्ने गरिने सम्पूर्ण खर्च ब्योहोर्छ भने उक्त योजनाले डिप्रेसन र स्किजोफ्रेनियाको लागि पनि यही मात्रामा सेवा प्रदान गर्नु पर्छ ।

समताको परिभाषा निम्न अनुसार छ:

- NH हेल्दी फेमेलिजले अरू रोगको लागि जे जति उपचार सेवा प्रदान गर्छ, यसले मानसिक स्वास्थ्य र/वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनीको लागि पनि त्यति नै उपचार सेवा प्रदान गर्नु पर्छ;
- त्यस्तै, अरू रोगको उपचार गर्दा जुन प्रकारले अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्छ वा अरू रोगको उपचारमा जुन सीमाहरू लागू हुन्छन् मानसिक स्वास्थ्य र/वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनीमा पनि सीमा र स्वीकृतिसम्बन्धी तिनै नियमहरू लागू हुन्छन्;

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

- तपाईंले वा तपाईंको प्रदायकले अनुरोध गरेको खण्डमा NH हेल्दी फेमेलिजले अनिवार्य रूपले तपाईं वा तपाईंको प्रदायकलाई अग्रिम स्वीकृति दिन यसले प्रयोग गर्ने मापदण्डको जानकारी दिनु पर्छ;
- NH हेल्दी फेमेलिजले कुनै पनि हालतमा मानसिक स्वास्थ्य वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी बजेटमा आजीवन वा वार्षिक सीमा लगाउनु हुँदैन;
- NH हेल्दी फेमेलिजले उचित समयावधिभित्र तपाईंलाई अनिवार्य रूपले मानसिक स्वास्थ्य र/वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी सेवा दिन अस्वीकार गर्नुको कारण प्रदान गर्नुपर्छ; र
- NH हेल्दी फेमेलिजले अरू कुनै चिकित्सा सुविधाहरू सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट प्रदान गर्छ भने यसले मानसिक स्वास्थ्य र/वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनीको सन्दर्भमा पनि उक्त सेवा प्रदान गर्नुपर्छ ।

यो समता निम्न कुराहरूमा लागू हुन्छ:

- औषधीको सहभुक्तानी;
- समेटिने सेवाको सीमा (बहिरङ्ग विभागबाट सेवा लिँदा तोकिएको सीमा जस्ता)
- स्याहार व्यवस्थापनसम्बन्धी कुराहरूको प्रयोग (प्रेस्कृप्सन औषधीहरूसम्बन्धी नियम तथा सीमा जस्ता कुराहरू)
- चिकित्सकीय आवश्यकता निर्धारण गर्ने मापदण्ड तथा अग्रिम स्वीकृति; र
- सहभुक्तानीसहित प्रेस्कृप्सन औषधीहरूको सूचीको संरचना

तपाईंलाई NH हेल्दी फेमेलिजले माथि उल्लेख गरिए झैं समता कायम गरिरहेको छैन जस्तो लाग्छ भने तपाईंसँग अपिल वा उजुरी दायर गर्ने अधिकार हुन्छ । थप जानकारीको लागि, अध्याय 10 (योजनाको कुनै निर्णय वा "कारबाही" विरुद्ध अपिल गर्नु पर्यो भने के गर्ने) हेर्नुहोस् ।

तपाईंलाई NH हेल्दी फेमेलिजले व्यवहारगत स्वास्थ्य सेवा (मानसिक स्वास्थ्य र/वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी सेवा) अन्य सेवाहरू जसरी दिएको छैन भन्ने लागेमा पनि तपाईं न्यु ह्याम्पशायरको बिमासम्बन्धी ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोन **1-800-852-3416** (TDD Access Relay: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउसो 4:30 बजेसम्म सम्पर्क गरी वा <https://www.nh.gov/insurance/consumers/complaints.htm> मा गएर उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ ।

अध्याय 6. सेवाको अग्रिम स्वीकृतिसम्बन्धी नियमहरू

कुन कुन सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृति लिनुपर्छ भन्ने कुराको जानकारी खण्ड 4.2 (सुविधा चार्ट) मा दिइएको छ । अग्रिम स्वीकृति चाहिने सम्पूर्ण सेवाको हकमा तपाईंको प्रदायकले NH हेल्दी फेमेलिजबाट अग्रिम स्वीकृति लिएपछि मात्र तपाईं सेवा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईंले अग्रिम स्वीकृति प्राप्त नगरेको खण्डमा NH हेल्दी फेमेलिज सो सेवाको खर्च नब्योहोर्न सक्छ ।

निश्चित सेवाको लागि योजनाबाट अनुमति लिने तरिकासम्बन्धी थप जानकारीको लागि खण्ड 6.2 (निश्चित सेवाको लागि योजनाबाट अनुमति लिने तरिका) हेर्नुहोस् ।

प्रेस्कृप्सन औषधीका लागि योजनाबाट अनुमति लिने तरिकासम्बन्धी थप जानकारीको लागि खण्ड 7.1 (समेटिन औषधीसम्बन्धी नियम तथा सीमाहरू: योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिने तरिका) हेर्नुहोस्

खण्ड 6.1 चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवाहरू

कुनै सेवाको खर्च ब्योहोर्ने वा नब्योहोर्ने भन्ने बारेमा निर्णय गर्दा NH हेल्दी फेमेलिजले उक्त सेवा चिकित्सकीय रूपले आवश्यक छ वा छैन भन्ने कुरा यकिन गर्छ ।

NH हेल्दी फेमेलिजले पनि न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले प्रयोग गर्ने मापदण्ड नै प्रयोग गरेर कुनै सेवा चिकित्सकीय रूपले आवश्यक छ वा छैन भन्ने कुरा निर्धारण गर्छ । चिकित्सकीय आवश्यकता निर्धारण गर्दा प्रयोग हुने मापदण्डसम्बन्धी जानकारीको लागि ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गरेर आफ्नो रोगमा लागू हुने लिखित नियमको प्रतिलिपि माग्नुहोस् । (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

केही अवस्थामा NH हेल्दी फेमेलिजले सदस्यले सेवा लिइसकेपछि उक्त सेवा चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक छ वा छैन भन्ने कुराको समीक्षा गर्छ ।

तपाईंले प्राप्त गर्ने समेटिने सेवाहरू अनिवार्य रूपले *चिकित्सकीय रूपले आवश्यक* हुनु पर्छ । NH हेल्दी फेमेलिजले स्थापित मापदण्डको प्रयोग गरेर कुनै सेवा चिकित्सकीय रूपले आवश्यक छ वा छैन भन्ने कुराको निर्धारण गर्छ । NH हेल्दी फेमेलिजसँग निम्न कुराहरू सुनिश्चित गर्ने नीतिहरू छन्:

- स्याहार तथा सेवाको उपयुक्तताको आधारमा निर्णय गरिन्छ र बिमाले उक्त स्याहार तथा सेवा समेटेछ
- यो संगठनले कुनै सेवा, स्याहार नदिए बापत आफ्नो सञ्जालभित्र रहेका प्रदायक वा तिनका कर्मचारीलाई पुरस्कृत गर्दैन
- निर्णय गर्ने व्यक्तिहरूका लागि उपलब्ध आर्थिक प्रोत्साहनले आवश्यक उपचार नदिने हिसाबले निर्णय गर्ने प्रोत्साहित गर्दैन

21 वर्षसम्मका सदस्यको हकमा "चिकित्सकीय रूपले आवश्यक" ले निम्न प्रकारका उपचारहरू जनाउँछ:

- निम्न प्रकारका रोग वा समस्याहरू रोक्ने, पत्ता लगाउने, निको पार्ने, कम गर्ने वा रोकथाम गर्ने खालका उपचार:

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



- जीवन जोखिममा पार्ने
- पिडा दिने
- रोग वा अस्वस्थता सृजना गर्ने
- अपाङ्गता सृजना गर्ने वा हालको अपाङ्गतालाई झन् खराब बनाउने
- शारीरिक अङ्गभङ्ग गर्ने वा शरीरका अङ्गले काम गर्न छोड्ने; र
- सम्बन्धित सदस्यहरूका लागि अन्य प्रकारका उपचार उपलब्ध छैनन् र भए पनि यो उपचार जति प्रभावकारी हुँदैनन् भने ।

21 वर्षसम्मका सदस्यहरूको हकमा चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवाको बारेमा थप जान्न खण्ड 4.2 (सुविधा चार्ट) मा रहेको *EPSDT सेवा हेर्नुहोस्* ।

21 वर्ष माथिका सदस्यको हकमा, “चिकित्सकीय रूपले आवश्यक” ले मान्यता प्राप्त स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले स्थापित चिकित्सा अभ्यासको पालना गरी आफ्नो दूरदर्शी विवेक प्रयोग गरेर जटिल वा दीर्घकालीन रोग, चोटपटक, बिमार वा यसका लक्षणहरूको मूल्याङ्कन गर्ने, निदान गर्न, रोक्का वा उपचार गर्न कुनै सदस्यलाई दिने स्वास्थ्य स्याहार सेवा बुझाउँछ ।

21 वर्ष माथिका सदस्यहरूलाई प्रदान गरिने सेवाहरू अनिवार्य रूपले निम्न अनुसारको हुनुपर्छ:

- परिस्थिति, स्थान र अवधिको हिसाबले चिकित्सकीय रूपमा उचित;
- प्रापकको रोग, चोटपटक वा बिमार वा बिमारको लक्षणको स्थापित निदान वा उपचारसँग मेल खाने;
- मुख्य रूपले सदस्य, वा सदस्यको परिवारको सदस्य, स्याहारकर्ता वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको सुविधाको लागि नदिइएको;
- सदस्यको रोग, चोटपटक, बिमार वा बिमारको लक्षणसम्बन्धी निदानात्मक, थेरापेटिक वा उपचारका उस्तै परिणाम सृजना गर्ने अन्य वस्तु वा सेवाहरूभन्दा सस्तो; र
- प्रयोगात्मक, अनुसन्धानात्मक, कस्मेटिक वा दोहोरिने खालको नभएको ।

नयाँ प्रविधि

- NH हेल्दी फेमेलिज सेवा निर्धारण गर्न चिकित्सा पद्धति, औषधी र यन्त्रसहितका नयाँ प्रविधि र वर्तमान प्रविधिको नयाँ प्रयोग गर्न सम्भव छ वा छैन भन्ने कुरा मूल्याङ्कन गर्छ । NH हेल्दी फेमेलिजको चिकित्सा निर्देशक र/चिकित्सा व्यवस्थापन कर्मचारीले NH हेल्दी फेमेलिजको सेवा लिने सदस्यको सङ्ख्यालाई मध्यनजर गरी आवधिक रूपमा नयाँ प्रविधिको प्रयोग गर्न सकिन्छ वा सकिँदैन भन्ने कुराको समीक्षा गर्छ । क्लिनिकल नीति समिति (CPC) ले सेवासम्बन्धी सबै अनुरोधहरूको समीक्षा गर्छ र कुनै प्रस्तावले फाइदा हुने नहुने कुराको यकिन गर्छ । CPC ले समीक्षा गरेको नयाँ प्रविधि समेटिनु पर्छ भन्ने खालको अनुरोध प्राप्त हुँदा NH हेल्दी फेमेलिजको चिकित्सा निर्देशकले उक्त अनुरोधको समीक्षा गर्छन् र प्रयोग गर्ने वा नगर्ने बारेमा एक-पटके निर्धारण (सिफारिस) गर्छन् । त्यसपछि यो प्रविधिको प्रयोग गर्नु पर्छ भनेर आएको अनुरोधको बारेमा आउँदो CPC को बैठकमा छलफल गरिन्छ ।



खण्ड 6.2 निश्चित सेवाको लागि योजनाबाट अनुमति लिने तरिका

निश्चित समेटिने सेवाहरूको हकमा, तपाईं वा तपाईंको प्रदायकले यो योजनाबाट अग्रिम अनुमति लिनुभएको छ भने मात्र हामी उक्त सेवाको खर्च ब्योहोर्छौं । यसलाई "अग्रिम स्वीकृति" लिनु भनिन्छ । कहिलेकाहीँ अग्रिम रूपमा अनुमति लिन लगाउनुले निश्चित सेवाको सदुपयोग भएको छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न मद्दत गर्छ । तपाईंले यस्तो अनुमति नलिएको खण्डमा यो योजनाले तपाईंको सेवाको खर्च ब्योहोर्दैन ।

तपाईंलाई स्याहार चाहिएको छ भने सुरुमा आफ्नो PCP लाई सम्पर्क गर्नुहोस् । समेटिने केही सेवाहरू लिन अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन सक्छ अग्रिम स्वीकृति भनेको तपाईंले सेवा प्राप्त गर्नुअगाडि तपाईंलाई सेवा चाहिन्छ वा चाहिँदैन भन्ने बारेमा NH हेल्दी फेमेलिजले गरेको समीक्षा हो । सञ्जाल बाहिरको प्रदायक वा केही विशेषज्ञको मा जाँदा अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन्छ । गृह स्वास्थ्य सेवा तथा केही शल्यक्रियाको हकमा पनि यो कुरा लागू हुन्छ । तपाईंको चिकित्सकले तपाईंलाई अग्रिम स्वीकृति चाहिन्छ वा चाहिँदैन भन्ने कुरा तपाईंलाई बताउन सक्छन् । अग्रिम स्वीकृति चाहिने सेवाको सूची पाउन हाम्रो वेबसाइट www.NHhealthyfamilies.com हेर्नुहोस् । NH हेल्दी फेमेलिजले कुनै कुराको समीक्षा गर्नु पर्छ वा पर्दैन भन्ने कुरा थाह पाउन तपाईं ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन 1-866-769-3085 मा सम्पर्क गर्न पनि सक्नुहुन्छ ।

तपाईंको चिकित्सकले तपाईंलाई कुनै निश्चित सेवा किन चाहिन्छ भन्ने बारेमा जानकारी दिने छन् । NH हेल्दी फेमेलिजले प्रस्तावित सेवा समेटिने सेवा हो वा होइन र यो सेवा आवश्यक छ वा छैन भन्ने कुराको जाँच गर्ने छ । NH हेल्दी फेमेलिजको क्लिनिकल कर्मचारीले तपाईंको अवस्थाको आधारमा सकेसम्म चाँडो निर्णय गर्ने छन् । सामान्यतया यस्तो निर्णय 14 दिनभित्र गरिन्छ । सेवा जरुरी छ भने यस्तो निर्णय बिदाका दिन बाहेक (3) तीन दिनभित्र गरिन्छ हामी तपाईं र तपाईंको चिकित्सकलाई तपाईंको अनुरोध स्वीकृत भए नभएको जानकारी दिने छौं । तपाईं वा तपाईंको चिकित्सक हाम्रो निर्णयमा सहमत हुन सक्नुभएन भने तपाईंहरू हामीलाई दोस्रो चोटि समीक्षा गर्न लगाउन सक्नुहुन्छ । यसलाई अपिल भनिन्छ । अपिलसम्बन्धी थप जानकारीको लागि अध्याय 10 हेर्नुहोस् ।

अग्रिम स्वीकृति प्रक्रियामा महत्वपूर्ण परिवर्तन आएमा हामी तपाईं र तपाईंको चिकित्सकलाई सो कुराको जानकारी तुरुन्तै गराउने छौं ।

NH हेल्दी फेमेलिजले राज्य तथा संघीय कानूनको पालना गरेर र प्रमाणमा आधारित स्थापित चिकित्सकीय मापदण्ड र मार्गदर्शनअनुसार अग्रिम स्वीकृतिसम्बन्धी निर्णय गर्छ । निर्णय गर्दा यो योजनाले प्रयोग गर्ने मार्गदर्शनहरूले तपाईंको आवश्यकतालाई मध्यनजर गर्छन् । यी मार्गदर्शनहरू वैध र उचित चिकित्सकीय प्रमाणमा आधारित हुन्छन् वा क्रियाशिल विशेषज्ञ स्याहार प्रदायकहरूद्वारा स्वीकार गरिएका हुन्छन् । यो मार्गदर्शकको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

योजनाले अग्रिम स्वीकृतिको अनुरोध अस्वीकार गरेको खण्डमा वा जति अनुरोध गरिएको हो सोभन्दा कम सेवा मात्र स्वीकृत गरेको खण्डमा योजनाले तपाईं र तपाईंको प्रदायकलाई लिखित निर्णय पठाउँछ । अपिल गर्न सहयोग प्राप्त गर्न खण्ड 10.1 (अपिल प्रक्रियाको बारेमा) हेर्नुहोस् ।

जरुरी अग्रिम स्वीकृतिसम्बन्धी निर्णयमा निम्न सर्तहरू लागू हुन्छन्:

- **निम्न अवस्थामा आवश्यक सेवालार्ई मात्र जरुरी सेवा भनिन्छ** – आउँदो 72 घण्टाभित्र यो सेवा प्राप्त नभएको खण्डमा तपाईंको जीवन, स्वास्थ्य, सुरक्षा वा मानसिक अवस्था जोखिममा पर्छ र वा आउँदो 72 घण्टामा उक्त सेवा नदिइएको खण्डमा तपाईंको स्वास्थ्यमा नकारात्मक असर पर्छ ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



- जरुरी स्याहारसम्बन्धी अग्रिम स्वीकृतिसम्बन्धी निर्णय तपाईंको स्वास्थ्य अवस्था अनुसार चाँडोभन्दा चाँडो गरिन्छ तर तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिले तपाईंलाई आवश्यक सेवा निर्धारण गर्न चाहिने पर्याप्त जानकारी उपलब्ध नगराएको अवस्थामा बाहेक यो निर्णय अनुरोध प्राप्त भएको 72 घण्टाभन्दा अगाडि गरिनु पर्छ ।
- पर्याप्त जानकारी उपलब्ध गराइएको छैन भने NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिलाई अनुरोध प्राप्त भएको 24 घण्टा भित्र कुन जानकारी छुट्यो भन्ने कुरा समावेश गरेर सूचना पठाउने छ ।
- विशेष परिस्थितिलाई मध्यनजर गरी तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिलाई छुटेको जानकारी पठाउने पर्याप्त समय दिइने छ । तर यो समय 48 घण्टाभन्दा बढी हुने छैन ।
- त्यसपछि चाँडोभन्दा चाँडो निर्णय गरिने छ । तर छुटेको जानकारी प्राप्त भएको मितिले 48 घण्टा भित्र वा छुटेको जानकारी प्रदान गर्ने प्रयोजनको लागि तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिलाई दिइएको म्याद सकिएपछि यस्तो निर्णय गरिने छ ।
- उपचार जारी राख्ने वा चिकित्सा आवश्यकता पूरा गर्न आवश्यक सेवा(हरू) जारी राख्ने वा विस्तार गर्ने स्वीकृतिसम्बन्धी अनुरोधको हकमा, यस्तो अनुरोध तोकिएको समय वा उपचारभन्दा कम्तीमा 24 घण्टा अगाडि पेस गरिएको छ भने योजनाले यस्तो अनुरोध प्राप्त भएको 24 घण्टाभित्र निर्णय गर्ने छ ।
- तपाईंलाई योजनाले आफ्नो अग्रिम स्वीकृतिसम्बन्धी अनुरोध अस्वीकार गरेको कुरा चित्त नबुझेमा खण्ड 10.1 (अपिल प्रक्रियाको बारेमा) हेर्नुहोस् ।

बाँकी सबै अग्रिम स्वीकृतिसम्बन्धी NH हेल्दी फेमेलिजले गर्ने निर्णयमा निम्न सर्तहरू लागू हुन्छन्:

- योजनाले तपाईंको स्वास्थ्य अवस्थालाई मध्यनजर गरी उचित समयावधि भित्र निर्णय दिने छ तर यो निर्णय स्वीकृति अनुरोध प्राप्त भएको मितिले 14 भित्र दिइसकिने छ ।
- तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिले समय थपे अनुरोध गरेमा वा योजनाले पर्याप्त जानकारी नभएको कुरा पुष्टि गरेमा निदानात्मक बाहेकका रेडियोलोजीसम्बन्धी सेवाको लागि निर्णय गर्न 14 दिन म्याद थप मिल्छ । तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिले पर्याप्त जानकारी प्रदान नगरेकाले म्याद थपु परेको हो भने तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिले सूचना प्राप्त गरेको 45 दिनभित्र आवश्यक जानकारी उपलब्ध गराउनु पर्छ ।
 - NH हेल्दी फेमेलिजले म्याद थप्दा योजनाले म्याद थपु पर्ने कारणसहितको लिखित सूचना पठाउने छ । उक्त सूचनामा उजुरी प्रक्रियासम्बन्धी जानकारी पनि प्रदान गरिने छ ताकी तपाईं हाम्रो निर्णयसँग राजी नभएको खण्डमा उजुरी गर्न सक्नुहोस् । उजुरी दायर गर्ने सहयोग प्राप्त गर्न, खण्ड 10.7 (उजुरी दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने) हेर्नुहोस् ।
- त्यसपछि योजनाले चाँडोभन्दा चाँडो निर्णय दिने छ तर यो निर्णय निम्न मितिले 14 भन्दा पछाडि दिन मिल्दैन:
 - योजनाले मागेको जानकारी प्राप्त गरेको मति; वा
 - तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिलाई अपुग जानकारी उपलब्ध गराउने दिएको म्याद सकिएको मिति ।
- तपाईंलाई योजनाले आफ्नो अनुरोध अस्वीकार गरेको कुरा चित्त नबुझेमा खण्ड 10.1 (अपिल प्रक्रियाको बारेमा) हेर्नुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



तपाईंलाई कुनै वस्तु वा सेवा प्रदान गरिसकेपछि गरिने निर्णयको हकमा निम्न सर्तहरू लागू हुने छन्:

- योजनाले तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिले पेस गरेको खर्च ब्योहोरिदिने अनुरोध प्राप्त भएको मितिले 30 दिनभित्र निर्णय गर्छ ।
- तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिले NH हेल्दी फेमेलिजलाई पर्याप्त जानकारी प्रदान नगरेको खण्डमा योजनाले तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिलाई 45 दिनभित्र सम्पर्क गरेर निर्णयको लागि आवश्यक जानकारी प्रदान गर्न माग्ने छ । तपाईं र तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिले 45 दिनभित्र आवश्यक जानकारी प्रदान गरिसक्नु पर्छ । योजनाले थप जानकारी मागेको अवस्थामा निर्णय गर्ने म्याद उक्त जानकारी प्राप्त गरेको मितिमा सुरु हुन्छ ।
- तपाईंको अनुरोध अस्वीकृत भएको खण्डमा योजनाले तपाईं वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिलाई 3 दिनभित्र लिखित निर्णय दिने छ ।
- तपाईंलाई योजनाले आफ्नो अग्रिम स्वीकृतिसम्बन्धी अनुरोध अस्वीकार गरेको कुरा चित्त नबुझेमा खण्ड 10.1 (अपिल प्रक्रियाको बारेमा) हेर्नुहोस् ।
- आफै गरिने रिफरल
 - तपाईं केही निश्चित अवस्थामा आफै रिफर गरेर आवश्यक सेवा लिन सक्नुहुन्छ । यसको अर्थ हो तपाईंलाई तपाईंको PCP ले विशेष प्रदायकको मा जाने सिफारिस गरिरहनु पर्दैन । तपाईं आफ्नो प्रदायकलाई नसोधिकन पनि निश्चित प्रदायकको मा जान सक्नुहुन्छ । तर आफू गएको प्रदायकहरूको बारेमा आफ्नो PCP लाई बताउनु उचित हुन्छ किनकी यसले तपाईंको PCP लाई तपाईंको स्वास्थ्य अवस्था बुझ्न सहयोग गर्छ । सधैं NH हेल्दी फेमेलिजको सञ्जालभित्रको प्रदायकको मा जानुहोस् ।
- तपाईं कुनै सेवा लिन रिफरल (सिफारिस) चाहिन्छ वा चाहिँदैन भन्ने बारेमा निश्चित हुनुहुन्न भने सहयोगको लागि आफ्नो PCP वा ग्राहक सेवा केन्द्रमा सम्पर्क गर्नुहोस् । तपाईंको PCP ले तपाईंलाई अग्रिम स्वीकृति चाहिन्छ वा चाहिँदैन भन्ने कुरा पनि तपाईंलाई बताउन सक्छन् ।

सेवाको अनुरोधसम्बन्धी सहयोगका लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

खण्ड 6.3 सञ्जाल बाहिरका अन्य प्रदायकहरूबाट उपचार गराउन अनुमति प्राप्त गर्ने तरिका

सञ्जाल बाहिरका अन्य प्रदायकहरूबाट उपचार गराउने तरिकाबारेमा थप जानकारीको लागि खण्ड 3.5 (सञ्जाल बाहिरका अन्य प्रदायकहरूबाट उपचार गराउने तरिका) हेर्नुहोस् ।

तपाईं संघीय रूपले पहिचान गरिएको अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काको रैथाने व्यक्ति वा इन्डियनलाई दिने स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न योग्य अर्को व्यक्ति हुनुहुन्छ भने तपाईं विशेष सुविधा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईं अग्रिम स्वीकृति नलिइकन सञ्जाल बाहिर रहेको इन्डियन स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिन सक्नुहुन्छ । अधिक जानकारीको लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

खण्ड 6.4 आपत्कालिन अवस्थामा सञ्जाल बाहिरका अस्पतालमा भर्ना

सञ्जाल बाहिरका प्रदायकहरूबाट आपत्कालीन सेवा लिँदा र अन्य सेवाहरू लिँदा लागू हुने नियमहरू फरक हुन्छ । सञ्जाल बाहिरका प्रदायकहरूबाट आपत्कालिन सेवा र त्यसपछिको सेवा (स्थिरीकरण सेवा) लिन तरिकासम्बन्धी थप जानकारीको लागि खण्ड 3.6 (आपत्कालिन, जरुरी वा बेसमयको सेवा) हेर्नुहोस् ।

खण्ड 6.5 सञ्जालभित्र वा बाहिरका प्रदायकबाट परिवार नियोजन सेवा वा अस्थायी साधन प्राप्त गर्ने तरिका

तपाईं सञ्जालभित्र वा बाहिर रहेको जुन सुकै चिकित्सक, क्लिनिक, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, अस्पताल, औषधी पसल वा परिवार नियोजन कार्यालयबाट यस्तो सेवा लिन सक्नुहुन्छ । यस्तो सेवा लिन सिफारिस चाहिँदैन ।

निम्न सेवाको खर्च ब्योहोरिन्छ:

- परिवार नियोजन परीक्षण र चिकित्सा उपचार
- प्रयोगशालामा गरिने परिवार नियोजनसम्बन्धी परीक्षण वा निदानात्मक जाँच
- परिवार नियोजन विधि (जन्म निरोधक चक्की, प्याच, औँठी, IUD, सुई वा इमप्लान्ट)
- सिफारिस गरिए अनुसारको परिवार नियोजनसम्बन्धी आपूर्तिहरू (कन्डम, स्पोज, फोम, फिल्म, डायफ्राम वा क्याप)
- सरुवा यौन रोग (STIs), AIDS र HIV- सम्बन्धी अन्य समस्याहरूको बारेमा परामर्श तथा परीक्षण
- सरुवा यौन रोग (STIs) को उपचार
- स्वैच्छिक स्थायी बन्ध्याकरण तपाईं 21 वर्ष पुग्नुभएको छ र मानसिक रूपले सबल हुनुहुन्छ र तपाईंले स्थायी बन्ध्याकरणसम्बन्धी संघीय फाराम भर्नुभएको छ भने मात्र यो सेवा पाउनुहुन्छ । तपाईंले उक्त फाराममा हस्ताक्षर गरेको 30 दिन भएपछि र 180 दिन अगाडि मात्र स्वैच्छिक बन्ध्याकरण गर्न सकिन्छ ।
- स्थायी बन्ध्याकरण गर्ने प्रयोजनका लागि मात्र गरिने स्वैच्छिक हिस्टेरेक्टोमीको खर्च ब्योहोरिँदैन । यो सेवा अनिवार्य रूपले चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक हुनु पर्छ र सेवाग्राही तथा सेवा प्रदायकले हिस्टेरेक्टोमीको कारणले नपुङ्सक हुने मन्जुरी नामक फाराम (910) को समीक्षा गरी त्यसमा हस्ताक्षर गरेपछि मात्र यो सेवा प्राप्त हुन्छ ।

खण्ड 6.6 स्वास्थ्य स्थितिसम्बन्धी दोस्रो राय प्राप्त गर्ने तरिका

सदस्यहरू हाम्रो सञ्जालभित्रको वा NH हेल्दी फेमेलिजले व्यवस्था गरेको सञ्जाल बाहिरको योग्य स्वास्थ्यकर्मीबाट आफ्नो स्वास्थ्य स्थितिसम्बन्धी दोस्रो राय प्राप्त गर्न पाउँछन् ।

यसको अर्थ हो तपाईं अर्कै चिकित्सकसँग छलफल गरेर आफ्नो स्वास्थ्य स्थितिको बारेमा उहाँको राय लिन पाउनुहुन्छ । अर्को रायले तपाईंलाई कस्तो उपचार वा सेवा चाहिन्छ भन्ने निर्णय गर्न सहयोग गर्न सक्छ । तपाईं दोस्रो राय प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ भने आफ्नो प्राथमिक स्याहार प्रदायक (PCP) लाई बताउनुहोस् वा ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोनमा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

दोस्रो राय:

- प्राप्त गर्दा लाग्ने खर्च NH हेल्दी फेमेलिजले ब्योहोर्छ ।
- सञ्जालभित्रको प्रदायकबाट प्राप्त गर्न मिल्छ ।
- अग्रिम स्वीकृति लिएको अवस्थामा सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट प्राप्त गर्न मिल्छ ।
- ले अतिरिक्त परीक्षणहरू गर्नु पर्ने अवस्था सृजना गर्न सक्छ । यसका लागि अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने हुन सक्छ ।
- प्राप्त भइसकेपछि तपाईंको PCP वा विशेषज्ञले त्यसको समीक्षा गर्छन् र तपाईंलाई उत्तम उपचार योजना पहिचान गर्ने मद्दत गर्छन् ।

अध्याय 7. समेटिने प्रेस्कृप्सन औषधीहरू प्राप्त गर्ने तरिका

खण्ड 7.1

समेटिने औषधासम्बन्धी नियम तथा सीमाहरू

योजनाको सिफारिस गरिएका औषधीहरूको सूची (PDL) मा माथि उल्लिखित सीमाको बारेमा जानकारी समावेश छ । तपाईंले सेवा गर्ने वा गर्ने चाहेको औषधीको यस्तो सीमा लागू हुन्छ वा हुँदैन भन्ने बारेमा जान्न सिफारिस गरिएका औषधीहरूको सूची हेर्नुहोस् । अद्यावधिक जानकारीको लागि ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोनमा सम्पर्क गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) वा हाम्रो वेबसाइट www.NHhealthyfamilies.com हेर्नुहोस् ।

कुनै औषधीमा सीमा तोकिएको छ भने तपाईं वा तपाईंको प्रदायकले आवश्यक अतिरिक्त कदम चालेपछि मात्र यो योजनाले सो औषधीको खर्च ब्योहोर्छ । आफूले प्रयोग गर्न चाहेको औषधीमा सीमा तोकिएको छ भने आफ्नो चिकित्सकलाई योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिन अनुरोध गर्नुहोस् । अधिक जानकारीको लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

तपाईंले निम्न आधारभूत नियमको पालना गरुन्जेलसम्म यो योजनाले तपाईंको औषधीको खर्च ब्योहोर्छ:

- NH हेल्दी फेमेलिज सञ्जालभित्रको प्रदायक (चिकित्सक वा अन्य योग्य स्वास्थ्यकर्मी) ले उक्त औषधी सिफारिस गरेको हुनुपर्छ ।
- यसरी औषधी सिफारिस चिकित्सक (वा योग्य स्वास्थ्यकर्मी) NH हेल्दी फेमेलिज र न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड दुबैमा सहभागी हुनु पर्छ ।
- अन्य व्यवस्था नगरिएको छैन भने तपाईंले सिफारिस गरिएको औषधी सञ्जालभित्रको औषधी पसलबाट किन्नु पर्छ । यससम्बन्धी जानकारीका लागि खण्ड 7.4 (सञ्जालभित्रको औषधी पसलबाट औषधी किन्नुहोस्) हेर्नुहोस् ।
- तपाईंको औषधी सिफारिस गरिएको औषधीको सूचीमा हुनु पर्छ ।
- तपाईंको औषधी चिकित्सकीय रूपले स्वीकृत प्रयोजनमा प्रयोग हुनु पर्छ र यस्तो प्रयोग खाद्यान्न तथा औषधी प्रयोग विभाग वा मान्यताप्राप्त प्रकाशनहरूले अनुमोदन गरेको हुनु पर्छ ।
- सहभुक्तानी आवश्यक हुने हो भने तपाईंले प्रेस्कृप्सनको सहभुक्तानी गर्नु पर्छ । तर तपाईं सहभुक्तानी गर्न सक्नुहुन्न भने पनि तपाईं औषधी प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ भन्ने कुरा सम्झनुहोस् । (सहभुक्तानीसम्बन्धी थप जानकारीको लागि खण्ड 7.7, *प्रेस्कृप्सन औषधीहरूको सहभुक्तानी हेर्नुहोस्* ।

तपाईंले योजनाको सूचीमा नभएको औषधी किन्नका लागि योजनासँग अनुमति माग्दा तपाईं वा तपाईंको प्रदायक औषधीको सीमासम्बन्धी नियम लागू नगर्न अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । त्यस्तै, योजनाले तपाईंले पहिला अर्को औषधी सेवन गरी हेर्न लगाएमा वा तपाईंको औषधीको मात्रा वा डोजमा सीमा तोकोको अवस्थामा पनि तपाईं वा तपाईंको प्रदायक औषधीको सीमासम्बन्धी नियम लागू नगर्न अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ ।

सकिएको औषधी थप्न सञ्जालभित्रको आफूले छानेको औषधी पसलमा आफ्नो सदस्यता कार्ड देखाउनुहोस् । तपाईंले आफ्नो कार्ड देखाइसकेपछि उक्त फार्मसीले स्वतः हाम्रो भागमा परेको समेटिने प्रेस्कृप्सन औषधीको शुल्क हामीबाट लिन्छ । आवश्यक परेको खण्डमा औषधी लिँदा तपाईंले आफ्नो भागको रकम तिर्नु पर्ने हुन सक्छ

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



। तपाईंसँग औषधी लिने बेलामा आफ्नो सदस्यता कार्ड छैन भने उक्त फार्मसीलाई योजनालाई टेलिफोन गरेर आवश्यक जानकारी लिन लगाउनुहोस् ।

समेटिने औषधीसम्बन्धी सीमाहरू

केही प्रेस्कृप्सन औषधीहरूको हकमा कहिले र कसरी यस्ता औषधीहरूको खर्च ब्योहोरिन्छ भन्ने बारेमा विस्तृत नियमहरू लागू हुन्छ । चिकित्सक र औषधी पसलेहरूको टोलीले सदस्यहरूलाई सुरक्षित र प्रभावकारी तरिकाले औषधीको प्रयोग गर्न सहयोग गर्न यी नियमहरू बनाएका हुन् । यी नियमहरूले औषधीको लागत कम गर्न पनि सहयोग गर्छन् किनभने यी नियमअनुसार एउटै काम गर्ने दुई औषधी छान्दा सस्तो औषधी छान्नु पर्ने हुन्छ ।

यो खण्डमा उल्लिखित औषधीको सीमासम्बन्धी नियमहरूमा निम्न कुराहरू पर्छन्:

- जेनेरिक औषधी उपलब्ध हुँदा ब्राण्ड नाम भएको औषधी लिन निषेध गरिएको
- योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने
- तपाईंले पहिला फरक नाम तर उस्तै काम गर्ने औषधी सेवा गरी हेर्नु पर्ने (“स्टेप थेरापी”)
- प्रेस्कृप्सन औषधीको मात्रामा सीमा तोक्ने

जेनेरिक औषधी उपलब्ध हुँदा ब्राण्ड नाम भएको औषधी लिन निषेध गरिने अवस्था

सामान्यतया “जेनेरिक” औषधीले पनि उस्तै काम गर्छ र यसको मूल्य पनि कम पर्छ । **जेनेरिक औषधी उपलब्ध छ र यसले अरू मान्छेहरूको रोग ठीक पारेको छ भने नेटवर्कभित्रको औषधी पसलले तपाईंलाई जेनेरिक औषधी नै दिने छ ।** जेनेरिक औषधी उपलब्ध हुँदा ब्राण्ड नाम भएको औषधी लिइएको खण्डमा सो औषधीको खर्च ब्योहोरिदैन । तर तपाईंको प्रदायकले जेनेरिक औषधीले तपाईंमा काम नगर्ने चिकित्सकीय कारण दिएको छ र “ब्रान्ड नाम भएको औषधी चाहिने” लेखेर सो को जनाउ दिएको छ वा हामीलाई जेनेरिक औषधी वा समेटिने अरू औषधीले तपाईंमा काम गर्दैन भन्ने खालको चिकित्सा कारण दिएको छ भने यो योजनाले ब्रान्ड नाम भएको औषधीको खर्च ब्योहोर्छ ।

योजनाबाट अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने

केही औषधीमा सीमा लागू हुन्छ वा ती औषधी तपाईंले प्राप्त गर्नुअगाडि NH हेल्दी फेमेलिज अनुमति दिनु पर्ने हुन्छ । यस्ता औषधीको हकमा, तपाईं वा तपाईंको प्रदायकले यी औषधी प्राप्त गर्न स्वीकृति लिनु पर्ने हुन्छ । यसलाई “अग्रिम स्वीकृति” भनिन्छ । सिफारिस गरिएको औषधीको सूचीमा कुन औषधीको हकमा अग्रिम स्वीकृति लिनुपर्छ भन्ने जानकारी हुन्छ । तपाईं PDL मा नभएको औषधी चाहनुहुन्छ भने तपाईंको चिकित्सकले चिकित्सकीय आवश्यकता (MN) अनुरोध पेस गर्न सक्छन् ताकी तपाईं उक्त औषधी प्राप्त गर्न सक्नुहोस् । यस्तो खालको अवस्था दुर्लभ आउने अपेक्षा गरिन्छ किनकी PDL मा रहेका औषधीहरू असंख्य रोग निको पार्न प्रयोग हुन्छन् । NH Healthy Families ले:

- उही वर्गमा कम्तीमा दुई PDL औषधीले उही रोग (माइग्रेन, पिडा जस्ता) मा काम नगरेको कुराको कागजात प्राप्त गर्नु पर्छ (यो सूचीमा उही वर्गका दुई औषधी छन् भने); वा
- उही वर्गमा कम्तीमा दुई PDL औषधीले नकारात्मक प्रभाव सृजना नगरेको कुराको कागजात प्राप्त गर्नु पर्छ (यो सूचीमा उही वर्गका दुई औषधी छन् भने); वा
- तपाईंसँग PDL मा रहेका औषधीले काम गर्दैनन् भन्ने कुरा दर्शाउने चिकित्सा इतिहास वा प्रमाण हुनुपर्छ र मात्र यस्तो औषधी प्राप्त गर्न मिल्छ ।



मान्यताप्राप्त फार्मसिस्टले NH हेल्दी फेमेलिजको फार्मसी तथा थेराप्यौटिक्स (P&T) समितिको स्थापित गरेका मापदण्डको प्रयोग गरेर यस्ता अनुरोधहरूको समीक्षा गर्छन् । प्रदान गरिएको जानकारी पर्याप्त नभएको खण्डमा हामी तपाईं र तपाईंको प्रदायकलाई विकल्पहरूको बारेमा सूचित गर्ने छौं तथा अपिल प्रक्रियाको बारेमा जानकारी दिने छौं ।

तपाईंले पहिला फरक नाम तर उस्तै काम गर्ने औषधी सेवा गरी हेर्नु पर्ने (“स्टेप थेरापी”)

यो मापदण्ड अनुसार तपाईंले पहिला सस्तो तर उत्तिकै प्रभावकारी औषधीको सेवन गरेर हेरेपछि मात्र योजनाले महङ्गो औषधीको खर्च ब्योहोर्छ । उदाहरणको लागि औषधी ए र औषधी बि दुबैले उही रोग निको पार्छन् भने तपाईंले पहिला दुई मध्ये सस्तो औषधीको सेवन गर्नु पर्ने हुन्छ । सस्तो औषधीले काम नगरेको खण्डमा मात्र योजनाले महङ्गो औषधीको खर्च ब्योहोर्छ । यो मापदण्डलाई “स्टेप थेरापी” भनिन्छ । भर्खरै NH हेल्दी फेमेलिजको लागि योग्य भएका सदस्य लामो समयदेखि अग्रिम स्वीकृति चाहिने औषधीको सेवन गरिरहेका छन् भने बढीमा 90 दिनसम्म उक्त सदस्य सो औषधी सेवन गर्न पाउँछन् ।

NH हेल्दी फेमेलिजसँग आवश्यक औषधी पहिले प्रयोग गरेर हेरेको अभिलेख छ भने स्वतः स्टेप थेरापी औषधीको खर्च ब्योहोरिन्छन् । NH हेल्दी फेमेलिजसँग आवश्यक औषधी पहिले प्रयोग गरेर हेरेको अभिलेख छैन भने तपाईं वा तपाईंको चिकित्सकले अतिरिक्त जानकारी प्रदान गर्नु पर्ने हुन सक्छ । NH हेल्दी फेमेलिजले PA नदिएको खण्डमा हामी तपाईंलाई सोको सूचना पठाउने छौं र अपिल प्रक्रियाको बारेमा जानकारी दिने छौं ।

प्रेस्कृप्सन औषधीको मात्रामा सीमा तोक्ने

सिफारिस गरिएका औषधीको सूचीमा रहेका केही औषधीको हकमा योजनाले एक पटकमा निश्चित मात्रामा मात्र औषधी दिने व्यवस्था गरेको छ । उदाहरणको लागि कुनै औषधी दिनमा एक चक्की मात्र लिने हो भने हामी महिना दिनको औषधी दिँदा 30 चक्की औषधी मात्र दिन्छौं र तपाईं उक्त 30 दिनको अवधिमा औषधी थप्न पाउनु हुन्न । तपाईंले समय अगावै औषधी थप्न खोज्नुभएको खण्डमा तपाईंको औषधी पसलले तपाईं औषधी नदिन सक्छन् ।

तोकिएको मात्रा (QL) वा उमेरको सीमा (AL) भन्दा बढी औषधी लिनु पर्दा अग्रिम स्वीकृति चाहिन्छ । NH हेल्दी फेमेलिज तपाईंले एक पटकमा प्राप्त गर्ने औषधीमा पनि सीमा तोक्न सक्छ । तपाईंको चिकित्सकलाई तपाईंलाई तोकिएको मात्राभन्दा बढी औषधी चाहिन्छ भन्ने लागेमा निजले अग्रिम स्वीकृतिको अनुरोध पेस गर्नु पर्ने हुन्छ । NH हेल्दी फेमेलिजले अग्रिम स्वीकृति नदिएको खण्डमा हामी तपाईंलाई सोको सूचना पठाउने छौं र अपिल प्रक्रियाको बारेमा जानकारी दिने छौं । NH हेल्दी फेमेलिजको PDL मा रहेका केही औषधीमा उमेरको सीमा लागू हुन्छ । खाद्यान्न तथा औषधी प्रयोग (FDA) ले अनुमोदन गरेको लेबलिङको आधारमा सुरक्षा तथा गुणस्तर कायम गर्ने प्रयोजनका लागि निश्चित औषधीहरूमा यी सीमा तोकिएको हुन्छ । यो उमेरको सीमा हालको FDA अलर्ट अनुरूप हुन्छ र यसले औषधीहरूको सही प्रयोग भएको छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्छ ।

चिकित्सकीय आवश्यकतासम्बन्धी अनुरोधहरू

तपाईं PDL मा नभएको औषधी चाहनुहुन्छ भने तपाईंको PCP ले चिकित्सकीय आवश्यकता (MN) अनुरोध पेस गर्न सक्छन् ताकी तपाईं उक्त औषधी प्राप्त गर्न सक्नुहोस् । यस्तो खालको अवस्था दुर्लभ आउने अपेक्षा गरिन्छ किनकी PDL मा रहेका औषधीहरू असंख्य रोग निको पार्न प्रयोग हुन्छन् । NH Healthy Families ले:

- उही वर्गमा कम्तीमा दुई PDL औषधीले उही रोग (माइग्रेन, पिडा जस्ता) मा काम नगरेको कुराको कागजात प्राप्त गर्नु पर्छ (यो सूचीमा उही वर्गका दुई औषधी छन् भने); वा
- उही वर्गमा कम्तीमा दुई PDL औषधीले नकारात्मक प्रभाव सृजना नगरेको कुराको कागजात प्राप्त गर्नु पर्छ (यो सूचीमा उही वर्गका दुई औषधी छन् भने); वा

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



- तपाईंसँग PDL मा रहेका औषधीले काम गर्दैनन् भन्ने कुरा दर्शाउने चिकित्सा इतिहास वा प्रमाण हुनुपर्छ र मात्र यस्तो औषधी प्राप्त गर्न मिल्छ ।

तपाईंको औषधीमा सीमा तोकिएको छ र उक्त औषधी योजनाको औषधीको सूचीमा छैन भने के गर्ने ?

तपाईंको औषधी सिफारिस गरिएको औषधीको सूचीमा छैन भने वा उक्त औषधीमा सीमा तोकिएको छ भने तपाईंले निम्न कुराहरू गर्नु पर्ने हुन्छ:

- आफ्नो प्रदायकसँग आफूसँग उपलब्ध विकल्पको बारेमा छलफल गर्नुहोस् ।
- कहिलेकाहीं तपाईं उक्त औषधी अस्थायी रूपमा प्राप्त गर्न सक्नु हुन्छ । यसले तपाईं र तपाईंको प्रदायकलाई औषधी बदल्ने समय वा उक्त औषधी समेटिदिन अनुरोध गर्ने समय दिन्छ ।
 - यी परिस्थितिहरूमा आवश्यक व्यवस्था गर्न ग्राहक सेवा केन्द्रलाई टेलिफोन गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) वा आफ्नो औषधी पसललाई सहायता केन्द्रको टेलिफोन (तपाईंको सदस्यता कार्ड पछाडि भएको नम्बर) मा सम्पर्क गर्न लगाएर आवश्यक व्यवस्था गर्नुहोस् ।
- तपाईं औषधी फेर्न सक्नुहुन्छ । तपाईं र तपाईंको प्रदायक ग्राहक सेवा केन्द्रलाई टेलिफोन गरी आफ्नो रोग निको पार्ने, समेटिने औषधीको सूची माग्न सक्नुहुन्छ (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)
- तपाईं आफ्नो औषधीको हकमा अपवादको अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ र योजनालाई उक्त औषधी समेट्न वा उक्त औषधीमाथिको सीमा हटाउन अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । कुनै औषधीमा सीमा तोकिएको छ भने तपाईं वा तपाईंको प्रदायकले आवश्यक अतिरिक्त कदम चालेपछि मात्र यो योजनाले सो औषधीको खर्च ब्योहोर्छ । तपाईंले सेवन गर्ने चाहेको औषधीमा सीमा छ भने तपाईंले ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गरेर आफू र आफ्नो प्रदायकले के गरेमा आफू उक्त औषधी प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ भन्ने कुरा जान्न सक्नुहुन्छ ।
- तपाईं उजुरी वा अपिल पनि दायर गर्न सक्नुहुन्छ । अध्याय 10 (योजनाको कुनै निर्णय वा "कारबाही" विरुद्ध अपिल गर्नु पर्यो भने के गर्ने) ।

तपाईंले समेटिएको औषधी परिवर्तन गर्नु पर्ने नियमको सीमा

निम्न अवस्थामा बाहेक तपाईंले वर्षमा एक पटकभन्दा बढी समेटिने प्रेस्कृप्सन औषधीहरू परिवर्तन गर्नु पर्दैन:

- तपाईं मेडिकएडको नयाँ सदस्य हुनुहुन्छ वा तपाईं एउटा मेडिकएड स्याहार योजनाबाट अर्कोमा जानुभएको छ भने;
- तपाईंको प्रदायकले प्रेस्कृप्सन औषधीहरू परिवर्तन गर्न लगाएको हो भने;
- समेटिने बायोसिमिलर (उस्तै) औषधी बजारमा उपलब्ध भयो भने;
- संघीय औषधीको प्रयोग विभाग (FDA) ले जारी गरेको चेतावनी वा नयाँ क्लिनिकल दिशा-निर्देशनहरू संघीय मेडिकएड व्यवस्थित स्याहार स्वास्थ्य योजना हेर्ने मेडिकेयर तथा मेडिकएड सेवा केन्द्रले पहिचान गर्यो भने;
- समेटिने प्रेस्कृप्सन औषधीहरू असुरक्षित भएकाले वा कुनै अर्को कारणले ती औषधीहरू बजारबाट हटाइए भने; र
- पर्याप्त मात्रामा आपूर्ति नभएका कारणले समेटिने औषधीको अभाव छ भने ।

अधिक जानकारीको लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

खण्ड 7.2 योजनाको औषधीको सूची वा सिफारिस गरिएको औषधीको सूची

यो योजनामा न्यु ह्याम्पशायरको स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (NH DHHS) ले स्वीकृत गरेको सिफारिस गरिएको औषधीको सूची उपलब्ध छ । यो सूचीमा चिकित्सक र फार्मासिस्टहरूको टोलीको सहयोगबाट मिहिन तरिकाले छानिएका जेनेरिक तथा ब्रान्ड नाम सहितका औषधीहरू समावेश छन् । NH हेल्दी फेमेलिजको यो सूचीलाई सिफारिस गरिएको समेटिने औषधीको सूची (PDL) भनिन्छ ।

PDL ले खाद्यान्न तथा औषधीको प्रयोग विभागले (FDA) अनुमोदन गरेका र यो योजनाले समेट्ने जेनेरिक तथा ब्रान्ड नाम भएका प्रेस्कृप्सन औषधीहरूको गाइडको रूपमा काम गर्छ । PDL मा अग्रिम स्वीकृति (PA) नचाहिने सबै औषधी तथा स्टेप थेरापी (ST) नामक सीमा लागू हुने औषधीहरू समावेश हुन्छन् । अग्रिम स्वीकृत अन्तर्गत रहेको सूचीमा अग्रिम स्वीकृति चाहिने औषधीहरू समावेश हुन्छन् । PDL तपाईंले खुद्रा औषधी पसलमा प्राप्त गर्ने औषधीमा लागू हुन्छ । औषधी उचित र मितव्ययी तरिकाले प्रयोग होस् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न NH हेल्दी फेमेलिजको फार्मसी तथा थेराप्यौटिक्स (P&T) समितिले नियमित रूपले PDL को मूल्याङ्कन गर्छ ।

PDL तपाईंको योजनाले समेट्ने औषधीको पूर्ण सूची भने होइन । सबै प्रकारका डोज वा क्षमताका औषधीहरू समेटिन्छन् भन्ने पनि छैन । बेला बेलमा यो सूचीको समीक्षा र अपडेट गरिन्छ समेटिने औषधीमा हुने वार्षिक बदलाव र मुख्य परिवर्तन तथा औषधी व्यवस्थापनमा भएको संशोधनको बारेमा प्रदायक तथा सदस्यहरूलाई प्रत्यक्ष मेल (फ्याक्स, इमेल, पत्र) बाट जानकारी गराइने छ ।

जेनेरिक औषधी यस्तो प्रेस्कृप्सन औषधी हो जसमा पनि ब्रान्ड नाम भएको औषधीमा हुने तत्वहरू नै हुन्छन् । सामान्यतया यस्ता औषधीले पनि उस्तै काम गर्छ र यसको मूल्य पनि कम पर्छ । ब्रान्ड नाम भएका थुप्रै प्रकारका औषधीहरूको विकल्पमा प्रयोग गर्ने मिल्ने जेनेरिक औषधी पनि उपलब्ध हुन्छ । जेनेरिक औषधी छैन भने ब्रान्ड नाम भएका एकभन्दा बढी औषधी उपलब्ध हुन सक्छ । चिकित्सकीय रूपले सुरक्षित, उचित र सस्ता औषधी (ब्रान्ड नाम भएका) पहिचान गर्न तपाईंलाई सहयोग गर्न टायर 2 मा ब्रान्ड नाम सहितका सिफारिस गरिएका औषधीको सूची दिइएको छ । हाम्रो सूचीमा रहेको जेनेरिक औषधीले तपाईंको रोग निको नहुने हो भने यो सूची प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ ।

कहिलेकाहीं कुनै औषधीको नाम एकभन्दा बढी स्थानमा देखिन सक्छ । यसो हुनको कारण के हो भने तपाईंको प्रदायकले सिफारिस गरेको औषधीको सामर्थ्य, मात्र वा प्रकारको आधारमा विविध सीमा वा सहभुक्तानीसम्बन्धी नियम लागू हुन सक्छ (उदाहरणको लागि, 10 mg वा 100 mg; एक दिनमा एउटा खाने वा दुइटा खाने; चक्की कि झोल) ।

सिफारिस गरिएको औषधीको सूचीमा के हुँदैन?

हाम्रो योजनाले दन्त सेवाको औषधी समेट्दैन । NH हेल्दी फेमेलिजले कुन औषधीको खर्च ब्योहोर्ने भन्ने बारेमा निर्णय गर्छ र मेडिकएड कानूनले हामीलाई निश्चित औषधीको खर्च ब्योहोर्न निषेध गर्छ ।

कुनै निश्चित औषधी सिफारिस गरिएको औषधीको सूचीमा छ वा छैन भन्ने कुरा कसरी पत्ता लगाउन

तपाईं निम्न कुराहरू गरेर कुनै निश्चित औषधी सिफारिस गरिएको औषधीको सूचीमा छ वा छैन भन्ने कुरा पत्ता लगाउन सक्नुहुन्छ:

- www.NHhealthyfamilies.com मा हेरेर । त्यहाँ रहेको औषधीको सूची सबैभन्दा अद्यावधिक हुन्छ ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



- कुनै औषधी NH हेल्दी फेमेलिजको सिफारिस गरिएको औषधीको सूचीमा छ वा छैन भन्ने कुरा थाहा पाउन ग्राहक सेवा केन्द्रमा फोन गरेर (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)
- ग्राहक सेवा केन्द्रलाई टेलिफोन गरी सिफारिस गरिएका औषधीको सूची मागेर । (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

बिना प्रेस्कृप्सन किन्न मिल्ने औषधीहरू

तपाईंको प्रदायकले सिफारिस गरेको छ भने यो योजनाले बिना प्रेस्कृप्सन किन्न मिल्ने औषधीहरू निश्चित औषधीहरूको खर्च ब्योहोर्छ । बिना प्रेस्कृप्सन किन्न मिल्ने केही औषधीहरू प्रेस्कृप्सन किन्न मिल्ने औषधीभन्दा सस्ता हुन्छन् र यिनले पनि उत्तिकै राम्रो काम गर्छन् । बिना प्रेस्कृप्सन किन्न मिल्ने औषधीसम्बन्धी अधिक जानकारीको लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

सहभागिता वर्ष दौरान सिफारिस गरिएको औषधीको सूची परिवर्तित हुन सक्छ ।

योजनाले तपाईंको सहभागिताको वर्ष दौरान सिफारिस गरिएको औषधीको सूचीमा परिवर्तन गर्न सक्छ । उदाहरणको लागि, योजनाले

- **सिफारिस गरिएको औषधीको सूचीमा औषधी थप्न वा घटाउन सक्छ ।** त्यस्तै, नयाँ जेनेरिक वा ब्रान्ड नाम सहितका औषधीहरू उपलब्ध भएमा NH हेल्दी फेमेलिजले ती औषधीहरू थप्न सक्छ । कुनै औषधी बजारबाट फिर्ता लगिएमा वा प्रभावहीन भएमा NH हेल्दी फेमेलिजले सिफारिस गरिएको औषधीको सूचीबाट उक्त औषधी हटाउन सक्छ ।
- **कुनै औषधीसम्बन्धी सीमा थप्न वा हटाउन सक्छ ।** कुनै औषधीसम्बन्धी सीमाको बारेमा थप जानकारीका लागि यो अध्यायमा रहेको खण्ड 7.3 (*समेटिने औषधीसम्बन्धी नियम तथा सीमाहरू*) हेर्नुहोस् ।
- **ब्रान्ड नाम सहितको औषधीको ठाउँमा जेनेरिक औषधी राख्न सक्छ ।**

यी सबै अवस्थामा NH DHHS अनुमोदन गरेपछि मात्र योजनाको सिफारिस गरिएका औषधीको सूचीमा परिवर्तन गर्न मिल्छ ।

आफ्नो औषधीसम्बन्धी सेवा परिवर्तन भएको छ वा छैन भन्ने कुरा कसरी पत्ता लगाउने

यो योजनाले तपाईंले सेवन गरिरहनु भएको औषधीसम्बन्धी परिवर्तन गरेमा तपाईंलाई लिखित सूचना पठाइने छ ।

निम्न अवस्थामा तपाईंको औषधीसम्बन्धी परिवर्तन हुन सक्छ:

- औषधी असुरक्षित भएका कारण वा अन्य कारणले उत्पादक र खाद्यान्न तथा औषधी प्रयोग विभाग (FDA) मध्ये कुनै एकले वा दुबैले **अचानक सो औषधी बजारबाट फिर्ता लगेमा** । यो अवस्थामा योजनाले उक्त औषधीलाई तुरुन्तै आफ्नो औषधीको सूचीबाट हटाउने छ । हामी तपाईं र तपाईंको प्रदायकलाई यो परिवर्तनको बारेमा तुरुन्तै जानकारी दिने छौं । तपाईंको रोग उपचार गर्न अर्को औषधी खोज्न तपाईंको प्रदायक तपाईंसँग सहकार्य गर्ने छन् ।



- तपाईंले सेवन गरिरहेको ब्रान्ड नाम सहितको औषधीको ठाउँमा जेनेरिक औषधी राखियो भने औषधी पसलले स्वतः यो परिवर्तन लागू गर्ने छ । ब्रान्ड नाम सहितको औषधी चिकित्सकीय रूपले आवश्यक छ भने तपाईंको चिकित्सकले “चिकित्सकीय रूपले आवश्यक” भएको कुरा जनाउँदै नयाँ प्रेस्कृप्सन लेख्नु पर्छ र अग्रिम स्वीकृतिको लागि अनुरोध पेश गर्नु पर्छ ।

कुन औषधी समेटिन्छन् भन्ने बारेमा अद्यावधिक जानकारीको लागि www.NHhealthyfamilies.com मा जानुहोस् वा ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

खण्ड 7.3 हामीले नसमेट्ने औषधीको प्रकार

यो खण्डले कुनै प्रकारका प्रेस्कृप्सन औषधीको खर्च ब्योहोरिदैन भन्ने बारेमा जानकारी दिन्छ ।

योजनाले खर्च नब्योहोर्ने औषधीको खर्च तपाईं आफैले बहन गर्नु पर्ने हुन्छ । हामी यो खण्डमा सूचीकृत औषधीको खर्च ब्योहोर्दैनौं । NH हेल्दी फेमेलिजले निम्न परिस्थितिमा औषधीको लागत वहन गर्दैन:

- तपाईं मेडिकेयर खण्ड ए, बि, सि (मेडिकेयर एडभान्सेज) वा डि मा सहभागी हुनुहुन्छ भने NH हेल्दी फेमेलिजले खण्ड डि का औषधीको खर्च ब्योहोर्दैन ।
- अमेरिका वा यसका क्षेत्र बाहिर खरिद गरिएको औषधीको खर्च ब्योहोरिदैन ।
- औषधी तोकिएको बाहेकको प्रयोजनमा प्रयोग गरिएको छ र यस्तो प्रयोगलाई मान्यताप्राप्त प्रकाशनले पहिचान गरेको छैन भने । (“तोकिएको बाहेकको प्रयोजन” भन्नाले FDA स्वीकार गरेको औषधीको लेबलमा उल्लिखित बाहेकका प्रयोजन बुझिन्छ ।) मान्यताप्राप्त प्रकाशनमा American Hospital Formulary Service Drug Information, DRUGDEX Information System, क्यान्सरको हकमा National Comprehensive Cancer Network र Clinical Pharmacology, र यी पछाडिका प्रकाशनहरू पर्छन् ।) **(21 वर्ष पुगेका वा सोभन्दा कम उमेरका सदस्यको हकमा, चिकित्सकीय रूपले आवश्यक हुँदा तोकिएको बाहेकका प्रयोजनमा पनि औषधीको प्रयोग गर्न मिल्छ ।)**

त्यस्तै, योजनाले निम्न समूह (वर्ग) का औषधीहरूको खर्च ब्योहोर्दैन:

- प्रयोगात्मक र FDA ले अनुमोदन नगरेका औषधीहरू
- FDA ले DESI औषधी वा IRS औषधीको रूपमा सूचीकृत गरेका औषधीहरू
- प्रजनन क्षमता बढाउन प्रयोग हुने औषधीहरू
- खोकी वा रुघा निको पार्ने प्रयोग हुने औषधीहरू
- सौन्दर्य प्रयोजनका लागि वा कपाल उमार्ने प्रयोजनका लागि प्रयोग हुने
- यौन वा लिङ्ग ठाडो नहुने समस्या समाधान गर्न प्रयोग हुने Viagra®, Cialis®, Levitra®, Caverject® जस्ता औषधीहरू
- उत्पादकले आफूकहाँ परीक्षण वा अनुगमन गराएमा मात्र बिक्री गरिने सर्त राखेर बेच्ने औषधीहरू
- सर्वसाधारणले निःशुल्क प्रयोग गर्ने पाउने औषधीहरू

खण्ड 7.4 सञ्जालका औषधी पसलबाट औषधी प्राप्त गर्ने तरिका

प्रायजसो अवस्था सञ्जालभित्रको औषधी पसलबाट औषधी किनेमा मात्र तपाईंको औषधीको खर्च ब्योहोरिन्छ । सञ्जालभित्रको औषधी पसल त्यो औषधी पसल हो जसले योजनासँग करार गरेर तपाईंलाई समेटिने औषधीहरू प्रदान गर्छ ।

सकिएको औषधी थप सञ्जालभित्रको आफूले छानेको औषधी पसलमा आफ्नो सदस्यता कार्ड देखाउनुहोस् । तपाईंले आफ्नो कार्ड देखाइसकेपछि उक्त फार्मसीले स्वतः हाम्रो भागमा परेको समेटिने प्रेस्कृप्सन औषधीको शुल्क हामीबाट लिन्छ । आवश्यक परेको खण्डमा औषधी प्राप्त गर्दा तपाईंले आफ्नो भागको रकम (सहभुक्तानी औषधी पसललाई) तिर्नु पर्ने हुन्छ । सहभुक्तानीसम्बन्धी थप जानकारीको लागि खण्ड 7.7, *प्रेसकृप्सन औषधीहरूको सहभुक्तानी हेर्नुहोस् ।*

औषधी किन्ने बेलामा तपाईंसँग आफ्नो सदस्यता कार्ड नभएको खण्डमा उक्त फार्मसीलाई योजनालाई टेलिफोन गरेर आवश्यक जानकारी लिन लगाउनुहोस् ।

आफ्नो क्षेत्रमा कसरी सञ्जालभित्रको औषधी पसल खोज्ने

सञ्जालभित्रको प्रदायक खोज्न, तपाईं आफ्नो प्रदायक डिरेक्टरी हेर्न, हाम्रो वेबसाइट www.NHhealthyfamilies.com को भ्रमण गर्न वा ग्राहक सेवा केन्द्रलाई टेलिफोन गर्न सक्नुहुन्छ (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

तपाईं NH हेल्दी फेमेलिजको प्रदायक डिरेक्टरीमा रहेको "औषधी पसल खोज्नुहोस्" नामक सुविधाको प्रयोग गरेर पनि औषधी पसल खोज्न सक्नुहुन्छ ।

तपाईंले औषधी पसल परिवर्तन गर्नुभयो र तपाईंले आफूले सेवन गरिरहेको औषधी किन्नु पर्ने भयो भने तपाईं आफ्नो प्रेस्कृप्सन नयाँ औषधी पसलमा पठाइदिन अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ ।

तपाईंले प्रयोग गरिरहनुभएको औषधी पसलले हाम्रो सञ्जाल छोडेमा हामी तपाईंलाई सो कुराको जानकारी दिने छौं । तपाईंको औषधी पसलले हाम्रो सञ्जाल छोडेमा तपाईंले हाम्रो सञ्जालमा रहेको अर्को औषधी पसल खोज्नु पर्ने हुन्छ । अर्को औषधी पसल खोज्न तपाईं ग्राहक सेवा केन्द्रबाट सहयोग प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) वा प्रदायकहरूको डिरेक्टरी प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईं हाम्रो वेबसाइट www.NHhealthyfamilies.com को प्रयोग गरेर पनि यो काम गर्न सक्नुहुन्छ ।

तपाईंलाई विशेषज्ञ औषधी पसल चाहिएमा के गर्ने

कहिलेकाहीँ सञ्जालको विशेषज्ञ औषधी पसलबाट औषधी किन्नु पर्ने हुन्छ विशेषज्ञ औषधी पसलमा होम इन्फ्युजन थेरापीको लागि औषधी प्रदान गर्ने औषधी पसलहरू समावेश हुन्छन् । अन्य विशेषज्ञ औषधी पसलमा निम्न औषधी पसलहरू समावेश हुन्छन्:

- दीर्घ कालिन सेवा (LTC) का लागि भर्ना भएका बिरामीहरूलाई औषधी प्रदान गर्ने औषधी पसलहरू । सामान्यतया दीर्घकालीन स्याहार प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्था (नर्सिङ होम जस्ता) मा आफ्नै औषधी पसल हुन्छ

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



। तपाईं LTC प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थामा हुनुहुन्छ भने तपाईंले LTC प्रदान गर्ने संस्थाले सामान्यतया प्रयोग गर्ने हाम्रो LTC औषधी पसलहरूको सञ्जालबाट सेवा प्राप्त गरिरहनुभएको छ भन्ने कुरा हामीले सुनिश्चित गर्नु पर्ने हुन्छ । तपाईंले LTC प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थामा सुविधा प्राप्त गर्न सक्नुभएन भने कृपया ग्राहक सेवा केन्द्रमा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

सञ्जालभित्रको प्रदायक खोज्न, तपाईं आफ्नो प्रदायक डिरेक्टरी हेर्न वा ग्राहक सेवा केन्द्रलाई टेलिफोन गर्न सक्नुहुन्छ (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

तपाईं कुन अवस्थामा सञ्जाल बाहिरको औषधी पसल प्रयोग गर्न पाउनुहुन्छ

आपत्कालीन अवस्था छ र सञ्जालभित्रको कुनै पनि प्रदायक उपलब्ध छैन भने तपाईं ग्राहक सेवा केन्द्रलाई सम्पर्क गरी सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट औषधी लिन सक्नुहुन्छ (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।) यो औषधी तपाईंलाई दिनुभन्दा अगाडि सम्बन्धित फार्मसीले सहायता केन्द्रको टेलिफोन (तपाईंको सदस्यता कार्ड पछाडि भएको नम्बर) मा सम्पर्क गर्नु पर्ने हुन सक्छ ।

तपाईं आपत्कालिन अवस्थामा औषधी कसरी प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ

अग्रिम स्वीकृति लिनु पर्ने भएकाले आपत्कालीन अवस्थामा तपाईंले औषधी प्राप्त गर्न सक्नुभएन भने सामान्यतया तपाईंको औषधीले सहायता केन्द्रको टेलिफोनमा सम्पर्क गरेर 72 घण्टा पुग्ने औषधी प्रदान गर्न सक्छ । फार्मसी सहायता केन्द्रको टेलिफोन तपाईंको सदस्यता कार्डको पछाडि हुन्छ ।

तपाईं औषधीको अस्थायी आपूर्ति कसरी प्राप्त गर्ने

निश्चित अवस्थामा तपाईं औषधीको अस्थायी आपूर्ति प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । बिदा मनाउन गएको वा औषधी हराएको अवसर जस्ता अवसरमा यो सेवा लिन सकिन्छ । यी परिस्थितिहरूमा आवश्यक व्यवस्था गर्न ग्राहक सेवा केन्द्रलाई टेलिफोन गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) वा आफ्नो औषधी पसललाई सहायता केन्द्रको टेलिफोन (तपाईंको सदस्यता कार्ड पछाडि भएको नम्बर) मा सम्पर्क गर्न लगाएर आवश्यक व्यवस्था गर्नुहोस् । औषधी हराएको बेला आवश्यक व्यवस्था गर्न ग्राहक सेवा केन्द्रलाई टेलिफोन गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) वा आफ्नो औषधी पसललाई सहायता केन्द्रको टेलिफोन (तपाईंको सदस्यता कार्ड पछाडि भएको नम्बर) मा सम्पर्क गर्न लगाएर आवश्यक व्यवस्था गर्नुहोस् । सीमाहरू लागू हुन्छन् । निश्चित अवस्थामा हराएको औषधीसम्बन्धी प्रहरी रिपोर्ट जस्ता प्रमाण पेस गरेपछि मात्र NH हेल्दी फेमेलिज यो सेवा दिन सक्छ ।

योजनाको मेल-अर्डर (हुलाकबाट माग गर्ने मिल्ने) सेवाको प्रयोग गर्ने तरिका

तपाईं निश्चित प्रकारका औषधीहरू मेल-अर्डर बाट प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । सामान्यतया मेल-अर्डरबाट प्राप्त हुने औषधीहरू त्यस्ता औषधीहरू हुन् जुन दीर्घकालीन रोगको उपचारका लागि नियमित रूपले सेवन गर्नु पर्ने हुन्छ ।

हुलाकबाट औषधी प्राप्त गर्न ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

सामान्यतया मेल-अर्डरबाट मगाइने औषधी बिदाका दिन बाहेक 2 दिनभित्र आइपुग्छन् । तपाईंको औषधी समयमा आइपुगेन भने हाम्रो ग्राहक सेवाको टेलिफोन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस् (यो पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा टेलिफोन नम्बरहरू प्रिन्ट गरिएका छन् ।) ग्राहक सेवा विभागले तपाईंलाई अर्को फार्मसीबाट औषधी उपलब्ध गराउने छ ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



तपाईंले हरेक पटक औषधी खरिद गर्दा वा थप्दा औषधी पसलले तपाईंलाई सम्पर्क गरेर तपाईं औषधी आफू लान वा ढुवानी गराउन चाहनु हुन्छ भन्ने प्रश्न सोध्ने छ । यसले तपाईंलाई औषधी पसलले सही (क्षमता, मात्रा र प्रकारको) औषधी दिइरहेको छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्ने र आवश्यक भएमा औषधीको रकम नतिरिक्न वा औषधी ढुवानी हुनु अगाडि आफ्नो अर्डर रद्द गर्ने वा डिले गर्ने अवसर प्रदान गर्छ । औषधी पसलले तपाईंलाई हरेक पटक सम्पर्क गर्दा तपाईंले सोधिएको प्रश्नको जवाफ दिएर ढुवानीमा हुने ढिलाइ रोक्नु पर्छ ।

औषधी पसलले औषधी ढुवानी गर्नुभन्दा अगाडि तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सकोस् भन्नका लागि ग्राहक सेवा केन्द्रमा सम्पर्क गरी आफूलाई सम्पर्क गर्ने उत्तम माध्यमको बारेमा जानकारी दिन नभुल्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

तपाईंको प्रदायकले प्रदान गरेको प्रेस्कृप्सनमा उल्लिखित औषधीहरू स्वतः ढुवानी गर्ने सेवाबाट बाहिरिन ग्राहक सेवा केन्द्रमा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

तपाईंलाई औषधी पसललाई आफूलाई सम्पर्क गर्ने सबैभन्दा राम्रो विधिको बारेमा जानकारी दिनु पर्छ ।

खण्ड 7.5 स्वास्थ्य संस्थामा हुने औषधी खर्चको बारेमा

तपाईं कुनै अस्पताल वा कुनै स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना हुनुभएको छ भने र सो भर्नाको खर्च योजनाले ब्योहोर्छ भने हामी तपाईंको बसाइँ दौरान प्रयोग हुने प्रेस्कृप्सन औषधीको खर्च ब्योहोर्छौं । तपाईं उक्त अस्पताल वा स्वास्थ्य संस्थाबाट बाहिर निस्किएपछि तपाईंका औषधीले यो अध्यायमा उल्लिखित औषधीसम्बन्धी सबै मापदण्ड पूरा गरेको खण्डमा मात्र हामी ती औषधीको खर्च ब्योहोर्छौं ।

तपाईं दीर्घकालीन स्याहार (LTC) दिने स्वास्थ्य संस्थामा बसिरहुनुभएको छ भने के हुन्छ ?

सामान्यतया दीर्घकालीन स्याहार प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्था (LTC) (नर्सिङ होम जस्ता) मा आफ्नै औषधी पसल हुन्छ वा हाम्रो सञ्जालका औषधी पसलले त्यहाँका बिरामीहरूको लागि औषधी आपूर्ति गर्छ । तपाईं दीर्घकालीन सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थामा बसेर उपचार गराइरहुनु भएको छ भने र त्यो संस्थाको औषधी पसल हाम्रो सञ्जालको सदस्य हो भने तपाईं आफ्नो प्रेस्कृप्सन औषधी त्यहाँबाट प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ ।

आफ्नो प्रदायक डिरेक्टरीमा हेरेर आफ्नो दीर्घकालीन स्याहार प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको औषधी पसल हाम्रो सञ्जालमा सहभागी छ वा छैन भन्ने कुरा पत्ता लगाउनुहोस् । उक्त औषधी पसल हाम्रो सञ्जालमा सहभागी छैन भने हाम्रो ग्राहक सेवाको टेलिफोन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस् (यो पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा टेलिफोन नम्बरहरू प्रिन्ट गरिएका छन् ।)



खण्ड 7.6 सदस्यहरूलाई सुरक्षित रूपले औषधीको प्रयोग गर्न सहयोग गर्ने कार्यक्रमहरू

हाम्रा ग्राहकहरू सुरक्षित र उचित स्याहार प्राप्त गरिरहेका छन् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न हामी औषधी प्रयोगसम्बन्धी समीक्षा गर्छौं। यी समीक्षाहरू एकभन्दा बढी प्रदायकले सिफारिस गरेका औषधी सेवन गरिरहेका सदस्यहरूको लागि निकै महत्वपूर्ण हुन्छन्।

हामी तपाईंले प्रत्येक पटक औषधी किन्दा समीक्षा गर्छौं। त्यस्तै, हामी नियमित रूपमा हाम्रो अभिलेखको पनि समीक्षा गर्छौं। यी समीक्षा दौरान हामी निम्न कुराहरू जस्ता सम्भाव्य समस्याहरू खोज्छौं:

- गलत औषधी;
- तपाईंले यही रोग निको पार्न अर्को औषधी पनि सेवन गरिरहनुभएको अवस्थामा रोक्नु पर्ने औषधी;
- तपाईंको उमेर वा लिङ्गको कारणले सुरक्षित वा उचित नहुने औषधीहरू;
- एकै समयमा सेवन गरेको खण्डमा जोखिम सृजना गर्न सक्ने औषधीहरू;
- तपाईंलाई एलर्जी भएका तत्वहरू भएका औषधीहरू; र
- तपाईंले सेवन गरिरहनुभएको औषधीको मात्रा (डोज) सम्बन्धी त्रुटि।

हामी तपाईंले सेवन गरिरहनुभएको औषधीमा यस्तो समस्या भेट्यौं भने हामी तपाईंको प्रदायकसँग सहकार्य गरेर उक्त समस्या सुल्झ्याउने छौं।

औषधीसम्बन्धी विस्तृत समीक्षा

NH हेल्दी फेमेलिज ले दीर्घकालीन रोग लेबलमा राख्न औषधी सेवन गरिरहेका सदस्यहरूको लागि उनीहरूले सेवन गरिरहेको औषधीसम्बन्धी विस्तृत समीक्षा गरिदिन्छ। 5 वा सोभन्दा बढी यस्ता खाले औषधी सेवन गरिरहेका सदस्यहरूलाई NH हेल्दी फेमेलिजको औषधी पसलको टोलीले यो सेवा प्रदान गर्ने छ। दीर्घकालीन रोग लेबलमा राख्न 4 वा सोभन्दा बढी औषधी सेवन गरिरहेका बालबालिकाहरू पनि यो सेवा प्राप्त गर्ने छन्। तपाईंलाई यो सेवाबाट आफूलाई फाइदा पुग्छ भन्ने लाग्छ भने NH हेल्दी फेमेलिजलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

खण्ड 7.7 प्रेस्कृप्सन औषधीको सह-भुक्तानी

हरेक प्रेस्कृप्सनमा सहभुक्तानी लागू हुन सक्छ।

तपाईंले आफ्नो समेटिने प्रेस्कृप्सन औषधी बापत सहभुक्तानी गर्नु पर्ने हुन्छ। तर उक्त प्रेस्कृप्सन वर्गमा छूट दिइएको छ वा तल उल्लेख गरिएअनुसार तपाईं छूट प्राप्त गर्ने सदस्य हुनुहुन्छ भने यो नियम लागू हुँदैन (सहभुक्तानी नगर्नु पर्ने सदस्यहरू हेर्नुहोस्)।

“सहभुक्तानी” वा “कोपे” भनेको औषधी किन्दा हरेक पटक तपाईंले तिर्नु पर्ने निश्चित रकम हो। प्रेस्कृप्सन औषधीको सहभुक्तानी रकम परिवर्तन हुन सक्छ।

प्रेस्कृप्सन औषधीको सहभुक्तानी रकमसम्बन्धी जानकारीको लागि, खण्ड 4.2 (सुविधा चार्टमा रहेको प्रेस्कृप्सन औषधीहरू हेर्नुहोस्)

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

सहभुक्तानी गर्नु नपर्ने सदस्यहरू

NH DHHS ले तपाईंले सहभुक्तानी गर्नु पर्ने वा नपर्ने भन्ने बारेमा निर्णय गर्छ । निम्न अवस्थामा

तपाईंले सहभुक्तानी गर्नु पर्दैन:

- तपाईंको आय तोकिएको सीमाभन्दा कम (100% वा संधीय गरिबी रेखामुनि) छ भने;
- तपाईं 18 वर्षभन्दा कम उमेरको हुनुहुन्छ भने;
- तपाईं बौद्धिक असक्षमता (अपाङ्गता) भएका व्यक्तिहरूलाई उपचार गर्ने नर्सिङ होम वा मध्यम स्तरीय स्वास्थ्य स्याहार संस्थामा हुनुहुन्छ भने;
- तपाईं गृह तथा समुदायमा आधारित स्याहार (HCBC) सम्बन्धी कुनै छुट कार्यक्रममा सहभागी हुनुहुन्छ भने;
- तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ र आफ्नो गर्भावस्थासम्बन्धी वा आफ्नो गर्भावस्थालाई जटिल पार्ने समस्या निको पार्न औषधी सेवन गरिरहनुभएको छ भने;
- तपाईं आफ्नो गर्भावस्था सम्बन्धी समस्याको उपचार गराइरहनुभएको छ र प्रसूति पछिको 60 दिनभित्र तपाईंले औषधी किन्नु पर्यो वा थप्नु पर्यो भने;
- तपाईं स्तन र पाठेघर क्यान्सरसम्बन्धी कार्यक्रममा सहभागी हुनुहुन्छ भने;
- तपाईं हस्पिटल स्याहार (मृत्यु निश्चित भएका व्यक्तिहरूलाई राख्ने होस्टेल) प्राप्त गरिरहनुभएको छ भने; वा
- तपाईं अमेरिकाको वा अलास्काको मूल बासिन्दा हुनुहुन्छ भने ।

तपाईंलाई आफू छुट प्राप्त गर्न योग्य हुनुहुन्छ भन्ने लाग्छ तर तपाईं सहभुक्तानी गरिरहनुभएको छ भने NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्रको निःशुल्क टेलिफोन **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (TDD Relay Access: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बजेसम्म सम्पर्क गरी सो कुराको जानकारी दिनुहोस् ।



अध्याय 8. हामीसँग भुक्तानी गरिदिने अनुरोध गर्ने तरिका

खण्ड 8.1 समेटिने सेवा दिए बापत सञ्जालभित्रका प्रदायकहरू तपाईंसँग रकम लिन पाउँदैनन्

प्रेस्कृप्सन औषधीको सहभुक्तानीको अपवादबाहेक सञ्जालभित्रका प्रदायकले समेटिने अन्य सेवाहरू बापत तपाईंलाई शुल्क तिराउन लगाउने छैनन् । तपाईंले यस पुस्तिकामा उल्लिखित नियमहरूको पालना गर्नुभएको छ भने तपाईंको प्रदायकले समेटिने सेवा दिए बापत तपाईंसँग पैसा लिन पाउँदैन ।

हामी प्रदायकहरूलाई सदस्यहरूबाट शुल्क लिन वा "ब्यालेन्स बिलिङ" नाममा रकम लिन निषेध गर्छौं । ब्यालेन्स बिलिङको परिभाषाको लागि खण्ड 13.2 (*महत्वपूर्ण शब्दका परिभाषाहरू*) हेर्नुहोस् । यो व्यवस्था (तपाईंले सहभुक्तानी तिर्नु पर्ने छ भने सोबाहेक कुनै रकम कहिल्यै तिर्नु पर्दैन भन्ने व्यवस्था) हामीले सम्बन्धित प्रदायकलाई उसले लिनेभन्दा कम रकम दिएको अवस्थामा पनि लागू हुन्छ । यो नियम हामीले प्रदायकलाई तिरेको रकमको बारेमा विवाद हुँदा र हामीले ती प्रदायकलाई निश्चित रकम नतिरेको अवस्थामा पनि लागू हुन्छ ।

कहिलेकाहीँ तपाईंले स्वास्थ्य उपचार गराउँदा वा प्रेस्कृप्सन औषधी किन्दा तपाईंले सो बापत तुरुन्तै रकम तिर्नु पर्ने हुन सक्छ । त्यस्तै, कहिलेकाहीँ तपाईंले योजना अन्तर्गत अपेक्षा गरेको रकमभन्दा बढी तिर्नुभएको हुन सक्छ । यी दुबै अवस्थामा तपाईं योजनासँग आफूले तिरेको रकम फिर्ता माग्न पाउनु हुन्छ ।

कहिलेकाहीँ तपाईंको प्रदायकले तपाईंलाई तपाईंले प्राप्त गरेको स्वास्थ्य सेवा बापत बिल पठाउन सक्छ । तपाईंलाई यीमध्ये केही वा सबै सेवाहरूको लागत हामीले बहन गर्नु पर्छ जस्तो लाग्छ भने तपाईंले उक्त बिल हामीलाई पठाउनु पर्छ वा आफ्नो प्रदायकलाई हाम्रो नाममा बिल काट्न अनुरोध गर्नु पर्छ ।

भुक्तानीसम्बन्धी अनुरोध कहाँ पठाउने भन्ने बारेमा जानकारी प्राप्त गर्न खण्ड 8.2 (*भुक्तानीसम्बन्धी अनुरोध कहाँ र कसरी पठाउने*) हेर्नुहोस् ।

निम्न अवस्थामा तपाईं योजनालाई आफूले तिरेको रकम फिर्ता गर्न लगाउन सक्नुहुन्छ वा तपाईंले प्राप्त बिल बापत रकम भुक्तानी गर्न लगाउन सक्नुहुन्छ:

- **तपाईंले हाम्रो सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट आपत्कालीन वा चिकित्सकीय रूपमा जरुरी सेवा वा औषधी प्राप्त गर्नुभएको छ भने**

सम्बन्धित प्रदायकलाई योजनालाई बिल पठाउन लगाउनुहोस् । तपाईंले खुद्रा औषधी पसलमा किनेको औषधीको रकम मध्ये आफ्नो भागमा परेको रकम मात्र तिर्नु पर्छ ।

तपाईंले स्वास्थ्य स्याहार सेवा वा प्रेस्कृप्सन औषधी प्राप्त गर्दा पूरै वा आंशिक भुक्तानी गर्नुभएको छ भने योजनाले तिर्नु पर्ने रकम (योजनाको भागमा पर्ने रकम) योजनासँग फिर्ता माग्नुहोस् । हामीलाई बिल तथा तपाईंले रकम तिरेको देखाउने रसिद जस्ता कागजातहरू पठाउनुहोस् ।

तपाईंले आफूले भुक्तानी गर्नु पर्दैन भन्ने लागेको सेवा बापत कुनै प्रदायकबाट बिल प्राप्त गर्नुभयो भने हामीलाई सो बिल तथा तपाईंले रकम तिरेको देखाउने रसिद जस्ता कागजातहरू पठाउनुहोस् । उक्त प्रदायकले रकम प्राप्त गर्ने बेला भएको छ भने हामी ती प्रदायकलाई सोझै रकम दिने छौं । तपाईंले योजनाको भागमा आउने रकम पनि तिर्नुभएको छ भने हामी तपाईंलाई सो रकम फिर्ता गर्ने छौं । तपाईंले योजनाले नसमेट्ने सेवा लिनुभयो र सो बापत बिल प्राप्त गर्नुभयो भने सो बिल तिर्ने दायित्व तपाईं कै हुन आउँछ ।

भुक्तानीसम्बन्धी अनुरोध कहाँ पठाउने भन्ने बारेमा जानकारी प्राप्त गर्न खण्ड 8.2 (भुक्तानीसम्बन्धी अनुरोध कहाँ र कसरी पठाउने) हेर्नुहोस् ।

• **कुनै प्रदायकले तपाईंलाई तपाईंले नतिर्नु पर्ने बिल पठाएको छ भन्ने लागेमा**

सञ्जालभित्रका प्रदायकले सधैं सधैं योजनालाई बिल पठाउनु पर्छ । कहिलेकाहीं भूलबस उनीहरूले तपाईंलाई बिल पठाउन सक्छन् ।

यस्तो अवस्था आएमा:

- हामीलाई सो बिल पठाउनुहोस् । हामी प्रदायकलाई सम्पर्क गरेर यो बिलसम्बन्धी मुद्दा समाधान गर्ने छौं ।
- तपाईंले पहिलै बिल तिरिसक्नुभएको छ तर तपाईंलाई आफूले अत्याधिक धेरै रकम तिरेको छु जस्तो लाग्छ भने आफूले तिरेको भुक्तानीको कागजातसहित उक्त बिल हामीलाई पठाउनुहोस् र हामीसँग आफूले भुक्तानी गरेको बढी रकम माग्नुहोस् ।

भुक्तानीसम्बन्धी अनुरोध कहाँ पठाउने भन्ने बारेमा जानकारी प्राप्त गर्न खण्ड 8.2 (भुक्तानीसम्बन्धी अनुरोध कहाँ र कसरी पठाउने) हेर्नुहोस् ।

• **आफूसँग सदस्यता कार्ड नभएका कारणले तपाईंले औषधीको सबै बिल तिर्नुभयो भने**

औषधी किन्ने बेलामा तपाईंसँग सदस्यता कार्ड छैन भने औषधी पसललाई योजनालाई फोन गर्न वा आफ्नो सदस्यतासम्बन्धी जानकारी खोज्न लगाउनुहोस् । औषधी पसलले तपाईंको विवरण फेला नपारेको खण्डमा तपाईंलाई औषधीको सम्पूर्ण खर्च तिर्न लगाइन सक्छ । तपाईंले सो रकम तिर्नु भयो भने रसिद लिनुहोस् र सो रसिद प्रतिलिपि हामीलाई पठाएर हामीसँग रकम फिर्ता माग्नुहोस् ।

भुक्तानीसम्बन्धी अनुरोध कहाँ पठाउने भन्ने बारेमा जानकारी प्राप्त गर्न खण्ड 8.2 (भुक्तानीसम्बन्धी अनुरोध कहाँ र कसरी पठाउने) हेर्नुहोस् ।

• **अन्य परिस्थितिमा तपाईंले औषधीको सबै खर्च ब्योहोरेको खण्डमा**

तपाईंलाई योजनाले कुनै कारणले तपाईंलाई चाहिने औषधी समेट्दैन भन्ने लागेकाले कहिलेकाहीं तपाईं औषधीको सम्पूर्ण बिल तिर्नु हुन्छ । उदाहरणको लागि, तपाईंलाई चाहिने औषधी समेटिने औषधीको सूची (फर्मुलरी) मा नहुन सक्छ; वा यो औषधी प्रयोग गर्दा कुनै मापदण्ड पूरा गर्नु पर्ने हुन्छ वा यो औषधीमा कुनै सीमा लागू हुन्छ । तपाईंले उक्त औषधी तत्कालै खरिद गर्दा तपाईंले सो औषधीको पूरै खर्च वहन गर्नु पर्ने हुन सक्छ । यस्तो अवस्था रसिद लिनुहोस् र सो रसिद प्रतिलिपि हामीलाई पठाएर हामीसँग रकम फिर्ता माग्नुहोस् ।

केही अवस्थामा तपाईंको चिकित्सकबाट थप जानकारी प्राप्त गरेर मात्र हामी आफ्नो भागको रकम तपाईंलाई फिर्ता दिन सक्छौं । तपाईंले योजनाले नसमेट्ने सेवा लिनुभयो र सो बापत बिल प्राप्त गर्नुभयो भने सो बिल तिर्ने दायित्व तपाईं कै हुन आउँछ ।

भुक्तानीसम्बन्धी अनुरोध कहाँ पठाउने भन्ने बारेमा जानकारी प्राप्त गर्न खण्ड 8.2 (भुक्तानीसम्बन्धी अनुरोध कहाँ र कसरी पठाउने) हेर्नुहोस् ।

माथिका सबै उदाहरणहरू समेटिने सेवासँग सम्बन्धित छन् । यसको अर्थ हो हामीले भुक्तानीको लागि तपाईंले गर्नुभएको अनुरोध अस्वीकार गरेको खण्डमा तपाईं हाम्रो निर्णय विरुद्ध उजुरी वा अपिल गर्न सक्नुहुन्छ । उजुरी वा अपिल दायर गर्ने बारेमा थप जानकारीको लागि, अध्याय 10 (योजनाको कुनै निर्णय वा "कारबाही" विरुद्ध अपिल गर्नु पर्यो भने के गर्ने) हेर्नुहोस् ।

सदस्यको स्वीकारोक्ति

निम्न मापदण्ड पूरा भएको खण्डमा मात्र प्रदायकले सदस्यलाई चिकित्सकीय रूपले आवश्यक नठहरिएको सेवाको लागि वा कुनै सेवा तोकिएको सीमाभन्दा बढी प्रयोग गरिएमा बिल पठाउन सक्छ:

सेवा दिनअगाडि प्रदायकले सदस्यको हस्ताक्षरसहितको निम्न विवरण भएको स्वीकारोक्ति प्राप्त गरेको छ भने,

म (प्रदायकको नाम)ले भनेअनुसार (मिति) मा मलाई प्रदान गरिने सेवा वा वस्तु चिकित्सकीय रूपले आवश्यक नभएकाले सो वस्तु वा सेवाको लागत NH हेल्दी फेमेलिजको सञ्जालअन्तर्गत नसमेटिन सक्छ भन्ने कुरा बुझ्छु । म NH हेल्दी फेमेलिजले आफ्नो न्यु ह्याम्पशायरको स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागको करारअनुसार मैले अनुरोध गरेको र प्राप्त गरेको वस्तु वा सेवा चिकित्सकीय रूपले आवश्यक छ वा छैन भन्ने कुरा निर्धारण गर्नु पर्छ भन्ने कुरा बुझ्छु । म यी वस्तु तथा सेवाहरू चिकित्सकीय रूपले आवश्यक छैनन् भन्ने कुरा यकिन भएको खण्डमा मैले ती वस्तु तथा सेवाको खर्च ब्योहोर्नु पर्छ भन्ने कुरा पनि बुझ्छु ।

NH हेल्दी फेमेलिजको बिलिङ मापदण्डको लागि हाम्रो वेबसाइट www.NHhealthyfamilies.com मा उपलब्ध प्रदायक विलिङ म्यानुअल हेर्नुहोस् ।

खण्ड 8.2 भुक्तानीको अनुरोध कसरी र कहाँ पठाउने

भुक्तानीको अनुरोधमा आफ्नो बिल र आफूले भुक्तानी गरेको रकमको प्रमाणको प्रतिलिपि राखेर हामीलाई पठाउनुहोस् । यी कागजातको प्रतिलिपि आफूसँग पनि राख्दा राम्रो हुन्छ ।

भुक्तानीको अनुरोध निम्न संस्था र ठेगानामा पठाउनुहोस्:

NH Healthy Families
Attn: Member Services
2 Executive Park Drive
Bedford, NH 03110

कुनै प्रश्न भएमा ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) । तपाईंलाई आफूले तिर्नु पर्ने रकम कति हो थाह छैन वा आफूले प्राप्त गरेको बिल बुझ्न सक्नुहुन्न भने ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) । हामी तपाईंलाई सहयोग गर्न सक्छौं । तपाईं आफूले हालै पठाएको भुक्तानीको अनुरोधको बारेमा थप जानकारी दिन चाहनुहुन्छ भने पनि तपाईं योजनालाई टेलिफोन गर्न सक्नुहुन्छ ।

खण्ड 8.3 भुक्तानीको लागि तपाईं पठाउनुभएको अनुरोध प्राप्त भएपछि

तपाईंको भुक्तानीको अनुरोध प्राप्त भएपछि थप जानकारी चाहिने भएमा हामी तपाईंलाई खबर गर्ने छौं । नत्र भने, हामी तपाईंको अनुरोधको समीक्षा गरेर आवश्यक निर्णय गर्ने छौं ।

- हामीले तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको स्वास्थ्य सेवा वा औषधीको खर्च ब्योहोर्ने निर्णय गरेमा तपाईंले उक्त सेवा

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



वा औषधी प्राप्त गर्दा तोकिएका नियमहरूको पालना गर्नुभएको छ भन्ने यकिन गरेमा हामी आफ्नो भागमा पर्ने रकम तपाईंलाई फिर्ता दिन्छौं ।

- तपाईंले कुनै सेवा वा औषधीको बिल तिरिसक्नुभएको छ भने हामी हुलाकबाट आफ्नो भागमा पर्ने रकम तपाईंलाई फिर्ता दिन्छौं । तपाईं हामीले फिर्ता दिएको रकममा सहमत हुनुहुन्न भने तपाईं अपिल दायर गर्न सक्नुहुन्छ ।
- तपाईंले सो सेवा वा औषधीको बिल तिरिसक्नुभएको छैन भने हामी हुलाकबाट आफ्नो भागमा पर्ने रकम सम्बन्धित प्रदायकलाई फिर्ता दिन्छौं ।
- हामीले तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको स्वास्थ्य सेवा वा औषधीको खर्च नब्योहोर्ने निर्णय गरेमा वा तपाईंले उक्त सेवा वा औषधी प्राप्त गर्दा तोकिएका नियमहरूको पालना गर्नुभएको छैन भन्ने यकिन गरेमा हामी तपाईंलाई रकम फिर्ता दिने छैनौं । तर हामी आफूले रकम फिर्ता नदिनुको कारण बताउँदै र तपाईंसँग हाम्रो निर्णय विरुद्ध अपिल गर्ने अधिकार भएको जानकारी दिँदै तपाईंलाई एउटा पत्र पठाउने छौं ।

तपाईंलाई हामी भूलबस तपाईंको भुक्तानीको अनुरोध अस्वीकार गरेका छौं भन्ने लाग्छ भने वा तपाईं हामी फिर्ता गरेको रकममा असहमत हुनुहुन्छ भने तपाईं अपिल गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईंले अपिल गर्नुभयो भने आफ्नो निर्णय बदल्न लगाउँदै हुनुहुन्छ भन्ने अर्थ लाग्छ । अपिल गर्ने बारेमा थप जानकारीको लागि, अध्याय 10 (योजनाको कुनै निर्णय वा "कारबाही" विरुद्ध पुनरावेदन गर्नु पर्यो भने के गर्ने) हेर्नुहोस् ।

खण्ड 8.4 स्मरण गर्नुपर्ने भुक्तानीसम्बन्धी नियमहरू

NH हेल्दी फेमेलिजले यो पुस्तिकाको अध्याय 4 मा रहेको सुविधा चार्टमा सूचीकृत चिकित्सकीय रूपले आवश्यक सबै सेवा नियमअनुसार लिइएका छन् भने सो सेवाको खर्च ब्योहोर्छ । तपाईंले योजनाले नसमेट्ने सेवाहरू लिनुभयो भने सो सेवाको सबै खर्च तपाईंले नै बहन गर्नु पर्छ । तपाईंले खर्च बहन गर्नु पर्ने अवस्था त्यति बेला आउँछ जति बेला तपाईं नसमेटिने सेवा लिनुहुन्छ वा सञ्जाल बाहिरको प्रदायकबाट वा अग्रिम स्वीकृति नलिइकन उक्त सेवा लिनुहुन्छ ।

सुविधाको सीमा (निश्चित रकम मात्र भुक्तानी गरिने सीमा) भएका समेटिने सेवाको हकमा तपाईं आफ्नो सुविधाले तिर्ने नपुगेको सबै रकम तिर्नु पर्छ । तपाईंले आफूसँग उपलब्ध कति सुविधा खर्च गर्नुभएको छ भन्ने जान्न तपाईं ग्राहक सेवा केन्द्रलाई टेलिफोन गर्न सक्नुहुन्छ । (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

तपाईं आफूले चाहेको कुनै सेवाको खर्च हामी बहन गर्छौं वा गर्दैनौं भन्ने कुरा थाह पाउन चाहनुहुन्छ भने उक्त सेवा लिनुअगाडि तपाईंसँग हामीलाई सोध्ने अधिकार हुन्छ । तपाईंसँग लिखित रूपमा यो अनुरोध गर्ने अधिकार पनि हुन्छ । हामीले कुनै सेवा वा औषधीको खर्च बहन गर्ने जानकारी दिएको खण्डमा तपाईंसँग उजुरी दायर गर्ने वा हाम्रो निर्णय विरुद्ध अपिल गर्ने पनि अधिकार हुन्छ । अपिल गर्ने बारेमा थप जानकारीको लागि, अध्याय 10 (योजनाको कुनै निर्णय वा "कारबाही" विरुद्ध पुनरावेदन गर्नु पर्यो भने के गर्ने) हेर्नुहोस् ।

अध्याय 9. तपाईंका अधिकार तथा उत्तरदायित्वहरू

खण्ड 9.1 तपाईंका अधिकारहरू

तपाईं हाम्रो योजनाको सदस्य भएकाले तपाईंसँग आफ्नो स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी निश्चितहरू अधिकार हुन्छन् ।

- तपाईंसँग आफूले बुझे तथा आफ्नो आवश्यकता अनुसारका ढाँचामा सूचना प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ । थप जानकारीको लागि खण्ड 2.13 (*अन्य महत्वपूर्ण सूचना: वैकल्पिक ढाँचा तथा दोभाषे सेवा*) हेर्नुहोस् ।
- तपाईंसँग सम्मानजनक व्यवहार प्राप्त गर्ने अधिकार छ । त्यस्तै, तपाईंसँग आफ्नो आत्मसम्मान र गोपनीयताको अधिकार सुरक्षित राख्ने अधिकार छ ।
- तपाईंसँग उपलब्ध उपचार विकल्पहरूको बारेमा आफू अनुकूल हुने गरी र बुझे ढाँचामा जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंसँग आफ्नो स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी निर्णयमा सहभागी हुने र उपचार गर्ने अस्वीकार गर्ने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंसँग कुनै स्वास्थ्य संगठन, यसले दिने सेवा, यसमा काम गर्ने स्वास्थ्यकर्मी तथा प्रदायकको बारेमा र सदस्यहरूको अधिकार तथा दायित्वको बारेमा सूचना प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंसँग कुनै स्वास्थ्य संस्था र यसले प्रदान गर्ने सेवाको बारेमा उजुरी वा अपिल गर्ने र हामीले गरेको निर्णयको बारेमा पुनर्विचार गर्न लगाउने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंसँग कुनै संस्थाको सदस्यहरूको अधिकार तथा दायित्वसम्बन्धी नीतिको बारेमा सिफारिस गर्ने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंसँग दबाब, अनुशासन, सुविधा वा प्रतिकार सृजना गर्ने निषेध वा बहिस्करणबाट टाढा रहने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंसँग आफ्नो चिकित्सा अभिलेख निःशुल्क हेर्ने र प्राप्त गर्ने तथा उक्त अभिलेखमा आवश्यक अनुसार संशोधन गर्न अनुरोध गर्ने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंसँग उपलब्ध समेटिने सेवा तथा औषधीहरू समय मै प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंसँग स्याहार समन्वय सेवा प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंसँग आफ्नो व्यक्तिगत स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारीको गोपनीयता तथा सुरक्षा कायम राख्ने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंसँग हाम्रो योजना, हाम्रा प्रदायक तथा हामीले समेट्ने सेवाको बारेमा जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंसँग प्रदायक प्रोत्साहन योजनाको लिखित प्रति अनुरोध र प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंसँग सञ्जाल बाहिरका प्रदायकबाट परिवार नियोजन सेवा तथा आपूर्तिहरू लगायतका निश्चित सेवाहरू प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंसँग आफ्नो स्वास्थ्यसम्बन्धी निर्णय गर्दा प्रदायक तथा स्वास्थ्यकर्मीहरूसँग सहकार्य गर्ने अधिकार हुन्छ ।
- तपाईंले आफ्नो अधिकार प्रयोग गरेकोले योजना वा न्यु ह्याम्पशायरको स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (NH DHHS) ले तपाईंलाई कुनै प्रकारले सजाय दिन पाउँदैन ।
- तपाईंसँग दोस्रो राय प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ । थप जानकारीको लागि खण्ड 6.6 (*दोस्रो चिकित्सकीय राय प्राप्त गर्ने तरिका*) हेर्नुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



- तपाईंसँग गलत अनुचित तरिकाले व्यवहार गरिएको वा तपाईंका अधिकारहरू हनन गरिएको अवस्थामा तपाईंसँग के गर्ने भन्ने जात्रे अधिकार हुन्छ । थप जानकारीको लागि, खण्ड 10.7 (उजुरी दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने) हेर्नुहोस् ।
- तपाईंसँग तपाईंको बिमा सेवालार्इ असर गर्ने गरी राज्य कानूनमा परिवर्तन भएमा सो परिवर्तनको बारेमा जात्रे अधिकार हुन्छ । सम्भवभएसम्म कुनै परिवर्तन लागू हुन थाल्नुभन्दा कम्तीमा 30 दिनअगाडि योजनाले तपाईंलाई अद्यावधिक जानकारी प्रदान गर्ने छ ।
- तपाईंसँग अग्रिम स्याहार योजना (advance care planning) बनाउने अधिकार हुन्छ । थप जानकारीको लागि खण्ड 9.3 (तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार निर्णयसम्बन्धी अग्रिम उपचार योजना) हेर्नुहोस् ।
- कुनै प्रदायकले तपाईंले जारी गरेको अग्रिम निर्देशन पालना नगरेको खण्डमा तपाईंसँग उजुरी दायर गर्ने अधिकार हुन्छ । थप जानकारीको लागि खण्ड 9.3 (तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार निर्णयसम्बन्धी अग्रिम उपचार योजना) हेर्नुहोस् ।
- तपाईंसँग निश्चित अवस्थामा हाम्रो योजनाबाट बाहिरिने अधिकार हुन्छ । थप जानकारीको लागि खण्ड 11 (हाम्रो योजनाको सदस्यता त्याग्ने तरिका) हेर्नुहोस् ।
- उपचारको लागत जति नै लाग्ने भए पनि तपाईंसँग तपाईंको अवस्थाका लागि उचित र चिकित्सकीय रूपले आवश्यक हुने उपचार विकल्पको बारेमा खुला र स्पष्ट छलफल गर्ने अधिकार हुन्छ । नैतिक वा धार्मिक विरोधका कारणले हामी परामर्श वा रिफरल सेवा दिइरहेका छैनौं भने हामीले तपाईंलाई उक्त सेवा समेटिँदैन भन्ने कुरा बताउँदै तपाईं उक्त सेवा प्राप्त गर्न आवश्यक सूचना कसरी प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ भनेर जानकारी दिनु पर्छ । NH DHHS ले नैतिक वा धार्मिक कारणले NHHF ले प्रदान नगर्ने सेवाहरू कहाँबाट र कसरी लिने भन्ने बारेमा जानकारी प्रदान गर्न सक्छ ।
- तपाईं आफ्ना अधिकार प्रयोग गर्न स्वतन्त्र हुनुहुन्छ । हामी तपाईंले आफ्ना अधिकार प्रयोग गरेका कारणले यो योजना वा यसका प्रदायक वा DHHS ले तपाईंसँग पक्षपाती भएर व्यवहार गर्ने छैन भन्ने कुरा आश्वस्त पार्न चाहन्छौं ।
- राज्य कानूनमा भएको परिवर्तनको बारेमा हामी चाँडोभन्दा चाँडो तपाईंलाई सूचित गर्न गछौं तर हामीले यस्तो सूचना परिवर्तन लागू भएको नब्बे (90) दिन भित्र दिइ सक्नु पर्छ ।

खण्ड 9.2 तपाईंका दायित्वहरू

तपाईंले सदस्यको रूपमा पूरा गर्नु पर्ने दायित्वको सूची तल दिइएको छ । तपाईंसँग कुनै जिज्ञासा छ भने हाम्रो ग्राहक सेवाको टेलिफोन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस् (यो पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा टेलिफोन नम्बरहरू प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

- तपाईंले स्वास्थ्य संस्था, त्यसका स्वास्थ्यकर्मी तथा प्रदायकहरूलाई तपाईंको उपचार गर्न चाहिने (सम्भव भएसम्म बढी) जानकारी प्रदाय गर्नु पर्ने हुन्छ ।
- तपाईंले आफू सहमत भएका उपचारसम्बन्धी योजना तथा निर्देशनहरूको पालना गर्नु पर्ने हुन्छ ।
- तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्य समस्या बुझ्नु पर्ने र आफ्नो प्रदायकसँग सकेसम्म बढी सहकार्य गरेर उपचार योजना बनाउने काममा सहभागी हुनु पर्ने हुन्छ ।
- **आफ्ना समेटिने सेवाहरू र ती सेवाहरू प्राप्त गर्ने तपाईंले अनिवार्य रूपले पालना गर्नु पर्ने नियमहरूसँग परिचित हुनुहोस् ।** के के कुरा समेटिन्छ र ती सेवाहरू प्राप्त गर्न कुन कुन नियमको पालना गर्नुपर्छ भन्ने बारेमा जात्र यो पुस्तिका प्रयोग गर्नुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



- अध्याय 3 र 4 ले तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार सेवाको बारेमा विवरण प्रदान गर्छन् । यी विवरणहरूमा समेटिने तथा नसमेटिने सेवा र पालना गर्नु पर्ने नियमको बारेमा जानकारी हुन्छ ।
- अध्याय 7 ले समेटिने प्रेस्कृप्सन औषधीहरू तथा तपाईंले तिर्नु पर्ने हुन सक्ने रकमको बारेमा जानकारी प्रदान गर्छ ।
- निम्न अवस्था बाहेकका अवस्थामा योजनाको सञ्चालनको प्रदायकबाट स्वास्थ्य सेवा लिनुभयो भने मात्र NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंको उपचार खर्च ब्योहोर्छ:
 - आपत्कालिन अवस्था;
 - तपाईं आफ्नो योजनाको कार्यक्षेत्रभन्दा बाहिर यात्रा गरिरहेको बेला चाहिने जरुरी उपचार सेवा;
 - परिवार नियोजन सेवाहरू; र
 - हामीले तपाईंलाई सञ्चालनबाहिरको प्रदायकबाट सेवा लिने अग्रिम स्वीकृति दिएको अवस्थामा ।
- **तपाईंसँग हाम्रो बिमा सेवा अलावा अन्य बिमा सेवा (उपचार र औषधीको लागि) छ भने तपाईंले चाँडोभन्दा चाँडो सो को बारेमा NH हेल्दी फेमेलिजलाई बताउनु पर्ने हुन्छ ।** कृपया ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (टेलिफोन नम्बरहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।
आफ्ना सबै सुविधाहरू प्रयोग गरिरहनुभएको छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न तपाईंले मेडिकएडले बनाएका नियमहरूको पालना गर्नु पर्ने हुन्छ । यसलाई "सुविधाको समन्वय भनिन्छ" किनकी यो प्रक्रियामा तपाईंले हाम्रो योजनाबाट प्राप्त गरिरहनुभएको उपचार तथा औषधी सेवा र अरू कुनै योजनाबाट प्राप्त गरिरहनुभएको उपचार तथा औषधी सेवा बीच समन्वय गर्नु पर्ने हुन्छ । हामी तपाईंलाई तपाईंका सुविधाहरूको समन्वय गर्न सहयोग गर्छौं । सुविधाको समन्वयसम्बन्धी थप जानकारीको लागि खण्ड 1.5 (*अन्य बिमाले हाम्रो योजनामा कसरी काम गर्छ*) हेर्नुहोस् ।
- **आफ्नो चिकित्सक तथा अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई तपाईं हाम्रो योजनामा सहभागी हुनुहुन्छ भन्ने कुरा बताउनुहोस् ।** तपाईंले हरेक पटक चिकित्सा तथा अन्य स्वास्थ्य सेवा लगायतका समेटिने सेवा र प्रेस्कृप्सन औषधीहरू लिँदा आफ्नो सदस्यता कार्ड र न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड कार्ड देखाउनुहोस् ।
- **आफ्नो चिकित्सक तथा अन्य प्रदायकहरूलाई जानकारी दिएर, प्रश्न सोधेर र फलो अप गरेर उनीहरूलाई तपाईंलाई सहयोग गर्न दिनुहोस् ।**
 - आफ्नो चिकित्सक तथा अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरू तपाईंलाई उत्तम उपचार सेवा प्रदान गर्न सक्नु भन्नाका लागि आफ्नो स्वास्थ्य अवस्थाको बारेमा सकेसम्म बढी जानुहोस् । तपाईंको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई तपाईं र तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी चाहिएमा सो जानकारी दिनुहोस् । तपाईं र तपाईंको चिकित्सक सहमत भएका उपचार योजना तथा निर्देशनहरूको पालना गर्नुहोस् ।
 - आफ्नो चिकित्सक तथा अन्य स्वास्थ्यकर्मीलाई आफूले सेवन गरिरहेका बिना प्रेस्कृप्सन किन्न मिल्ने औषधी, भिटामिन तथा सप्लिमेन्टसहितका औषधीको बारेमा बताउनुहोस् ।
 - आपत्कालीन बाहेकका अवस्थामा कुनै विशेषज्ञको मा जानुभन्दाअगाडि आफ्नो PCP सँग छलफल गर्नुहोस् ।
 - अपोइन्टमेन्टमा समय मै जानुहोस् र ढिलो हुने भएमा वा अपोइन्टमेन्ट रद्द गर्नु पर्ने भएमा अग्रिम रूपमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
 - आफ्नो PCP लाई अन्य सेवा प्रदायकको मा भएको तपाईंको स्वास्थ्य अभिलेखको आवश्यक प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने अधिकार दिनुहोस् ।



- कुनै प्रश्न भएमा सोध्नुहोस् । तपाईंको चिकित्सक वा अन्य स्वास्थ्यकर्मीले तपाईंले बुझे भाषामा तपाईंलाई कुरा बुझाउने छन् । तपाईं प्रश्न सोध्नुभयो र सो प्रश्नको जबाफ बुझ्नुभएन भने, फेरि सोध्नुहोस् ।
- **आवश्यक परेको खण्डमा दोभाषे सेवा प्राप्त गर्नुहोस् ।** हाम्रो योजनामा अंग्रेजी नबोल्ने सदस्यहरूको प्रश्नको जवाफ दिन सक्ने कर्मचारी तथा निःशुल्क दोभाषेहरू छन् । तपाईं न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडको लागि योग्य हुनुहुन्छ भने हामीले तपाईंलाई यो योजनाको बारेमा सुलभ र उपयोगी जानकारी निःशुल्क प्रदान गर्नु पर्ने हुन्छ । थप जानकारीको लागि खण्ड 2.13 (*अन्य महत्वपूर्ण सूचना: वैकल्पिक ढाँचा तथा दोभाषे सेवा*) हेर्नुहोस् ।
- **अरू सदस्य, योजनाका कर्मचारी तथा प्रदायकहरूलाई सम्मान गर्नुहोस् ।** धम्काएका वा दुर्व्यवहार गरेका कारणले सदस्यहरूलाई योजनाबाट निष्कासन गर्ने नियमको बारेमा थप जानकारी प्राप्त गर्न खण्ड 11.2 (*तपाईंलाई कस्तो अवस्थामा योजनाबाट निष्कासन गरिन सक्छ*) हेर्नुहोस् ।
- **आफूले तिर्नु पर्ने रकम तिर्नुहोस् ।** योजनाको सदस्यको रूपमा, लागू हुने भएमा, तपाईंले निम्न सेवाको भुक्तानी गर्ने पर्ने हुन्छ;
 - योजनाले खर्च ब्योहोर्ने प्रेस्कृप्सन औषधीको हकमा तपाईंले आवश्यक परेमा सहभुक्तानी गर्नु पर्ने हुन्छ । तर तपाईं सहभुक्तानी गर्न सक्नुहुन्न भने पनि तपाईं औषधी प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ भन्ने कुरा सम्झनुहोस् । तपाईंले प्रेस्कृप्सन औषधी प्राप्त गर्दा कति रकम तिर्नुपर्छ भन्ने बारेमा जात्र अध्याय 7 (*समेटिने प्रेस्कृप्सन औषधीहरू प्राप्त गर्ने तरिका*) हेर्नुहोस् ।
 - तपाईंले हाम्रो योजना वा तपाईंका अरू बिमाले नसमेटने स्वास्थ्य सेवा वा प्रेस्कृप्सन औषधी लिनुभयो भने तपाईंले नै सो औषधीको रकम तिर्नु पर्ने हुन्छ ।
 - तपाईं हामीले स्वास्थ्य सेवा वा प्रेस्कृप्सन औषधीको खर्च ब्योहोर्न इन्कार गरेको निर्णयप्रति असन्तुष्ट हुनुहुन्छ भने तपाईं अपिल गर्न सक्नुहुन्छ । अपिल गर्ने बारेमा थप जानकारीको लागि, अध्याय 10 (*योजनाको कुनै निर्णय वा "कारबाही" विरुद्ध पुनरावेदन गर्नु पर्यो भने के गर्ने*) हेर्नुहोस् ।
- **ठाउँ सरेको अवस्थामा योजनालाई जानकारी दिनुहोस् ।** तपाईं ठाउँ सार्दै हुनुहुन्छ वा सरिसक्नुभएको छ भने चाँडोभन्दा चाँडो तपाईंले हामीलाई सो कुराको जानकारी दिनु पर्छ । ग्राहक सेवाको टेलिफोन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस् (यो पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा टेलिफोन नम्बरहरू प्रिन्ट गरिएका छन् ।)
- **अरू कसैले NH हेल्दी फेमेलिज वा न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड कार्ड प्रयोग गर्न नदिनुहोस् ।** खण्ड 2.12 (*जालसाजी, अनावश्यक प्रयोग वा गलत प्रयोगसम्बन्धी शंकास्पद घटनाको बारेमा रिपोर्ट गर्ने तरिका*) हेर्नुहोस् तपाईंलाई कसैले जानीजानी तपाईंको कार्डको गलत प्रयोग गरेको छ भन्ने लागेमा हामीलाई जानकारी दिनुहोस् ।
- **आफूसँग प्रश्न वा चिन्ता भएको अवस्थामा सहयोग प्राप्त गर्ने ग्राहक सेवा केन्द्रमा टेलिफोन गर्नुहोस् ।** तपाईं हामीलाई हाम्रो योजना सुधार गर्ने सहयोगी हुने सुझाव पनि दिन सक्नु हुन्छ । (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

खण्ड 9.3 तपाईंको स्वास्थ्य उपचारसम्बन्धी अग्रिम स्याहार योजना

तपाईंसँग आफ्नो स्वास्थ्य बारेमा आफै निर्णय गर्न नसक्ने भएमा के गरिनुपर्छ भन्ने अग्रिम निर्णय गर्ने अधिकार हुन्छ ।

कहिलेकाहीं यस्तो अवस्था आउँछ जति बेला मान्छेहरू आफ्नो स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी निर्णय गर्न सक्दैनन् । यस्तो अवस्था आउनुभन्दा अगाडि नै तपाईं:

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

- एउटा फाराम भरेर अरू कसैलाई आफ्नो स्वास्थ्य उपचारसम्बन्धी निर्णय गर्ने अधिकार दिन सक्नुहुन्छ ।
- तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्यसम्बन्धी निर्णय आफै गर्न नसक्ने हुँदा चिकित्सकहरूलाई के गर्ने भन्ने बारेमा लिखित निर्देशन दिन सक्नुहुन्छ ।

यसरी निर्देशन दिन प्रयोग हुने कानुनी कागजातलाई “अग्रिम निर्देशन” भनिन्छ । यी कागजातले तपाईंलाई आफ्ना परिवार, साथीभाइ र स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई आफ्नो इच्छा बताउन सहयोग गर्छन् । यसले तपाईंलाई स्वास्थ्य उपचारसम्बन्धी आफ्नो इच्छा लिखितमा उतार्न सहयोग गर्छ ताकी तपाईं गम्भीर बिरामी भएर निर्णय गर्न नसकेको बेला के गर्ने भन्ने यकिन गर्न सकियोस् ।

न्यु ह्याम्पशायरमा दुई प्रकारका अग्रिम निर्देशनहरू प्रचलित छन्:

- जीवनसम्बन्धी वसियतनामा (Living Will)– तपाईं मृत्युको मुखमा पुगेको बेला र निको नहुने गरी बेहोस भएका बेला यो कागजातले तपाईंको प्रदायकलाई तपाईंलाई जीवित राखिराख्ने खोज्ने वा नखोज्ने भन्ने कुरा बताउँछ ।
- स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी टिकाउ अख्तियारनामा – यो कागजातमा तपाईंले आफू निर्णय गर्न नसक्ने भएको बेलामा आफ्नो स्वास्थ्यसम्बन्धी निर्णय गर्ने व्यक्ति तोक्नुभएको हुन्छ । यो व्यक्तिलाई तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार “एजेन्ट” भनिन्छ । यो व्यक्तिले तपाईंको “जीवनसम्बन्धी वसियतनामा” तपाईंले उल्लेख गर्नुभएको इच्छा पनि पूरा गरिदिन सक्छन् ।

तपाईं अग्रिम निर्देशन जारी गर्न चाहनुहुन्छ भने:

- आफ्नो चिकित्सक, वकिल, कानुनी सेवा एजेन्सी वा सामाजिक कार्यकर्ताबाट फाराम लिनुहोस् ।
- फाराम भर्नुहोस् र हस्ताक्षर गर्नुहोस् । स्मरण रहोस्, यो एउटा कानुनी दस्तावेज हो । तपाईं वकिलको सहयोग लिएर पनि यो फाराम भर्न सक्नुहुन्छ ।
- आफ्नो चिकित्सक वा तपाईंले एजेन्ट तोकेको व्यक्ति लगायतका यसको बारेमा थाह पाउनु पर्ने व्यक्तिहरूलाई यो फारामको प्रतिलिपि दिनुहोस् । तपाईंले नजिकका साथीभाइ तथा परिवारका सदस्यलाई पनि यो प्रतिलिपि उपलब्ध गराउनु राम्रो हुन्छ ।
- एक प्रति आफ्नो घरमा राख्नुहोस् ।
- तपाईं अस्पतालमा भर्न हुन खोज्दै हुनुहुन्छ भने आफूसँग एउटा प्रति लिएर जानुहोस् । अस्पतालले तपाईंलाई तपाईंले अग्रिम निर्देशन जारी गर्नुभएको छ वा छैन र छ भने तपाईंले उक्त निर्देशन लिएर आउनुभएको छ वा छैन भन्ने प्रश्न सोध्ने छ । तपाईंले अग्रिम निर्देशन जारी गर्नुभएको छैन भने अस्पतालमा पनि अग्रिम निर्देशनका फारामहरू हुन्छ । अस्पतालले तपाईं उक्त फाराममा हस्ताक्षर गर्न चाहनुहुन्छ वा चाहनुहुन्न भनेर सोध्ने छ ।

तपाईंले अग्रिम निर्देशन जारी गर्नुभएको छ र तपाईंलाई चिकित्सक वा अस्पतालले उक्त निर्देशनको पालना गरेको छैन जस्तो लाग्छ भने तपाईं न्यु ह्याम्पशायर स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागको लोकपालमा उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ । उक्त लोकपालले तपाईंको उजुरी सम्बन्धित निकायमा पठाउने छ । सम्पर्क विवरणको लागि खण्ड 2.10 (NH DHHS को लोकपालमा सम्पर्क गर्ने तरिका) हेर्नुहोस् ।

स्मरण रहोस्, अग्रिम निर्देशन फाराम भर्ने वा नभर्ने भन्ने बारेमा निर्णय गर्ने अधिकार तपाईंको हुन्छ । (यो अधिकार तपाईं अस्पतालमा भर्ना भएको बेला पनि कायम रहन्छ ।) कानूनअनुसार तपाईंले अग्रिम निर्देशन जारी गर्नुभएको छ वा छैन भन्ने आधारमा तपाईंलाई भेदभाव गर्न पाइँदैन ।

अध्याय 10. योजनाको कुनै निर्णय वा “कारबाही” विरुद्ध अपिल गर्नु पर्यो भने के गर्ने

योजनासँग कुनै तरिकाले असन्तुष्ट भएको अवस्थामा NH हेल्दी फेमेलिजका सदस्यहरूसँग सो कुराको विरुद्धमा अपिल वा उजुरी गर्ने अधिकार हुन्छ । अपिल वा उजुरी गर्दा तपाईंले तोकिएका नियम, पद्धतिको पालना गर्नु पर्छ तथा म्यादभित्र गर्नु पर्छ । यो नियम योजनालाई पनि लागू हुन्छ । यो अध्यायमा समस्या तथा चिन्ताको व्यवस्थापन गर्ने दुई पद्धतिको बारेमा व्याख्या गरिएको छ ।

ती हुन्:

- **अपिल प्रक्रिया** – केही प्रकारको समस्यामा तपाईंले NH हेल्दी फेमेलिजको अपिल प्रक्रियाको प्रयोग गर्नु पर्ने हुन्छ । प्रायजसो अवस्थामा, तपाईंले योजनामा अपिल दायर गरेर सो प्रक्रिया पूरा भइसकेपछि (पहिलो स्तरको अपिल) मात्र तपाईं NH DHHS प्रशासकीय एकाइ (AAU) समक्ष राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाई (दोस्रो स्तरको अपिल) को लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ ।
- **उजुरी प्रक्रिया** – अरू प्रकारको समस्यामा तपाईंले NH हेल्दी फेमेलिजको अपिल प्रक्रियाको प्रयोग गर्नु पर्ने हुन्छ ।

अपिल वा उजुरीसम्बन्धी सहयोगका लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) । आँखा र कानको समस्या भएका व्यक्तिहरूको लागि दोभाषे सेवा उपलब्ध हुन्छ । तपाईं NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (TDD Relay Access: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बजेसम्म सम्पर्क गर्नुहोस् ।

खण्ड 10.1 अपिल प्रक्रियाको बारेमा

NH हेल्दी फेमेलिजले समेटिने सेवासम्बन्धी गरेको निर्णय वा चालेको कदमसँग तपाईं सहमत नहुने बित्तिकै तपाईं अपिल गर्न सक्नुहुन्छ । NH हेल्दी फेमेलिजले पहिला स्वीकार गरेका स्वास्थ्य सेवाहरू अस्वीकार गरेमा, घटाएमा, रोकेमा वा दिन छोडेमा यो परिवर्तन लागू हुनुभन्दा कम्तीमा **10 दिन भित्र तपाईंलाई अनिवार्य रूपले जानकारी दिइनु पर्छ** । तर सदस्यले गरेको सम्भाव्य जालसाजीको कारणले यस्तो निर्णय गर्नु पर्छ भन्ने कुरा MCO ले पुष्टि गरेको खण्डमा यो नियम लागू हुँदैन । यो अवस्थामा भने परिवर्तन लागू गर्नुभन्दा पाँच (5) दिनअगाडि तपाईंलाई जानकारी दिनु पर्ने हुन्छ । यसरी पठाइने लिखित जानकारीले “कारबाही” गरिनु पर्ने कारण, कारबाहीलाई पुष्टि गर्ने कानुनी आधार व्याख्या गर्नुका साथै अपिल प्रक्रियाको बारेमा जानकारी समावेश गर्नु पर्छ । तपाईंले योजना विरुद्ध अपिल गर्ने निर्णय गरेका खण्डमा तपाईंले योजनाले आफूलाई पठाएको लिखित सूचना पढी तोकिएको मितिभित्र अपिल गरी सक्नु पर्छ ।

तपाईंले अपिल गर्ने मिल्ने योजनाका “कारबाही” मा निम्न निर्णयहरू पर्छन्:

- तपाईंले अनुरोध गर्नुभएको स्वास्थ्य सेवा नदिने वा अनुरोध गरेभन्दा कम दिने वा आंशिक वा पूर्ण सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृति माग्ने निर्णय;
- तपाईंले प्राप्त गरिरहनुभएको स्वास्थ्य सेवा घटाउने, रोक्ने वा अन्त्य गर्ने निर्णय;

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



- सदस्यले वित्तीय दायित्व (लागत बाँडफाँड, सहभुक्तानी वा अन्य दायित्व) को समीक्षाका लागि गरेको अनुरोध अस्वीकार गर्ने निर्णय । यसमा कुनै सेवा वापत आंशिक वा पूर्ण भुक्तानीको अस्वीकृति समावेश हुन्छ (तर भुक्तानीको दाबीमा त्रुटि भएकाले वा आवश्यक कागजात नभएकाले कुनै सेवाको भुक्तानी गर्नु पर्दा यो नियम लागू हुँदैन); र
- सदस्यले समयमा स्वास्थ्य स्याहार सेवा प्राप्त गर्न असमर्थ भएका बेला ।

योजनाले कुनै सूचना नपठाएको बेलामा पनि तपाईंसँग अपिल गर्ने अधिकार हुन्छ । तपाईंको अनुरोध मौखिक रूपमा अस्वीकार भएको अवस्थामा तपाईंले लिखित सूचना माग्यो पछि र मौखिक र/वा लिखित सूचना प्राप्त भइसकेपछि तपाईं योजनाको निर्णयसँग सहमत हुन सक्नुभएन भने तपाईंले अपिल गर्नु पर्छ ।

दुई प्रकारका अपिल प्रचलित छन् । ती हुन्:

- **पहिलो स्तरको सामान्य अपिल वा द्रुत अपिल** यो प्रकारको अपिलमा तपाईं NH हेल्दी फेमेलिजलाई यसले लिएको निश्चित “कारबाही” को बारेमा पुनर्विचार गर्न लगाउनुहुन्छ । पहिलो स्तरको अपिलमा सामान्य र द्रुत दुबै अपिल समावेश हुन्छ । योजनाले तपाईं आफ्नो निर्णयको बारेमा समयमा लिखित सूचना नपठाएको खण्डमा पहिलो स्तरको अपिलको मापदण्ड लागू हुँदैन । यस्तो अवस्थामा तपाईंसँग तुरुन्तै राज्य स्तरीय न्यायोचित अपिल दायर गर्ने अधिकार हुन्छ ।

सामान्य अपिलसम्बन्धी थप जानकारीको लागि, खण्ड 10.2 (उजुरी दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने (पहिलो स्तरीय सामान्य अपिल) हेर्नुहोस् ।

द्रुत अपिलसम्बन्धी थप जानकारीको लागि, खण्ड 10.3 (उजुरी दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने (पहिलो स्तरीय द्रुत अपिल) हेर्नुहोस् ।

- **दोस्रो स्तरीय सामान्य वा द्रुत राज्य स्तरीय सामान्य न्यायोचित सुनवाइको अपिल** तपाईंले NH हेल्दी फेमेलिज समक्ष पहिलो स्तरीय अपिल दायर गरिसकेपछि र सो अपिलको बारेमा निर्णय भइसकेपछि मात्र तपाईं NH DHHS AAU समक्ष राज्य स्तरीय सामान्य न्यायोचित सुनवाइको लागि अपिल दायर गर्न सक्नुहुन्छ ।

राज्य स्तरीय सामान्य न्यायोचित सुनवाइसम्बन्धी सामान्य अपिलसम्बन्धी थप जानकारीको लागि, खण्ड 10.4 (उजुरी दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने (दोस्रो स्तरीय सामान्य अपिल) हेर्नुहोस् ।

राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइसम्बन्धी द्रुत अपिलसम्बन्धी थप जानकारीको लागि, खण्ड 10.5 (उजुरी दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने (पहिलो स्तरीय द्रुत अपिल) हेर्नुहोस् ।

अपिलसम्बन्धी सहयोगका लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।



खण्ड 10.2 सामान्य अपिल दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने

योजनासमक्ष सामान्य अपिल (पहिलो स्तरको अपिल) दायर गर्न:

- तपाईंले योजनाको लिखित सूचना पाएको मितिले 60 दिनभित्र टेलिफोनबाट वा लिखित रूपमा NH हेल्दी फेमेलिज समक्ष आफ्नो सामान्य अपिल दायर गरिसक्नु पर्छ ।
- आफ्नो लिखित, हस्ताक्षरित अपिलमा:
 - आफ्नो नाम, ठेगाना, फोन नम्बर र इमेल ठेगाना (छ भने) उल्लेख गर्नुहोस् ।
 - तपाईं योजनाले कुन मितिमा गरेको निर्णय वा पठाएको सूचना विरुद्ध अपिल गरिरहनुभएको छ सो मिति उल्लेख गरेर आफूले प्राप्त गरेको सूचना प्रतिलिपि समावेश गर्नुहोस् ।
 - आफूले अपिल दायर गर्नु पर्ने कारण बताउनुहोस्; र
 - योजनाले तपाईंले पहिलादेखि पाइरहेको सुविधाहरू दिन इन्कार गरेको छ वा सो सुविधा घटाएको वा रोकेको वा अन्त्य गरेको छ भने तपाईं उक्त सुविधा प्राप्त गरिरहनु चाहनुहुन्छ वा हुन्न भन्ने कुरा बताउनुहोस् । थप जानकारीको लागि (अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा त्यसपछि के हुन्छ भन्ने जानकारी भएको) खण्ड 10.6 हेर्नुहोस्

- निम्न संस्था तथा ठेगानामा आफ्नो लिखित अपिल पठाउनुहोस्:

NH Healthy Families
Attn: Grievances and Appeals
2 Executive Park Drive
Bedford, NH 03110

- तपाईं आफ्नो प्रदायक लगायतका अन्य व्यक्तिलाई पनि आफ्नो पक्षबाट अपिल दायर गर्ने अधिकार दिन सक्नुहुन्छ । तर, तपाईंले आफ्नो तर्फबाट अपिल गर्ने व्यक्ति को हो भन्ने कुरा लिखित रूपमा जनाउनु पर्छ । अर्को व्यक्तिलाई आफ्नो प्रतिनिधित्व छान्ने तरिकाबारे थप जानकारीको लागि खण्ड 2.13 (अन्य महत्वपूर्ण सूचना: तपाईं अधिकृत प्रतिनिधि वा व्यक्तिगत प्रतिनिधि छान्न सक्नुहुन्छ) हेर्नुहोस् ।
- योजनाले तपाईंको सेवा अस्वीकार गर्ने, घटाउने, सीमित पार्ने, रोक्ने वा अन्त्य गर्ने निर्णय गरेको अवस्थामा तपाईंले उक्त निर्णय विरुद्ध अपिल गर्नु भयो भने तपाईं NH हेल्दी फेमेलिजलाई अपिल प्रक्रियाभरि तपाईंलाई उक्त सेवा उपलब्ध गराइदिन अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईंको प्रदायकले तपाईंको पक्षबाट यस्तो अनुरोध गर्न सक्दैनन् । थप जानकारीको लागि (अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा त्यसपछि के हुन्छ भन्ने जानकारी भएको) खण्ड 10.6 हेर्नुहोस्

तपाईंले सामान्य अपिल दायर गरेपछि के हुन्छ भन्ने बारेमा तल जानकारी दिइएको छ:

- तपाईंले सामान्य अपिल दायर गरेपछि तपाईंसँग योजनाले जुन केज फाइलको प्रयोग गरेर सो निर्णय गरेको हो त्यो फाइलको प्रतिलिपि माग्ने र प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ । यो निःशुल्क प्राप्त गर्न सकिन्छ । तपाईं योजनाले निर्णय गर्नुभन्दा अगाडि पनि यो प्रतिलिपि माग्नु सक्नुहुन्छ ।
- NH हेल्दी फेमेलिजले अनिवार्य रूपले तपाईंलाई अपिलको सन्दर्भमा मौखिक र लिखित प्रमाण पेश गर्ने अवसर प्रदान गर्नु पर्छ ।
- सामान्य अपिलको हकमा NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंको अपिल प्राप्त भएको 30 दिनभित्र लिखित निर्णय जारी गर्नु पर्छ । तपाईंले म्याद बढाउने अनुरोध गरेको खण्डमा वा योजनालाई थप जानकारी आवश्यक भएको र म्याद थपुले तपाईंलाई फाइदा पुग्ने भन्ने लागेको खण्डमा योजनाले बढीमा 14 दिन म्याद थप्न सक्छ । यस्तो अवस्थामा योजनाले 2 दिनभित्र तपाईंलाई लिखित सूचना दिने छ । तपाईं योजनाले म्याद थपेकोमा सहमत हुनुहुन्न भने तपाईं उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ । थप जानकारीको लागि, खण्ड 10.7 (उजुरी दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने) हेर्नुहोस् ।
- NH हेल्दी फेमेलिजले पहिला तपाईंको सेवा अस्वीकार गर्ने, घटाउने, सीमित पार्ने, रोक्ने वा अन्त्य गर्ने निर्णय गरेको थियो र पछि यो निर्णय उल्टायो भने NH हेल्दी फेमेलिज तुरुन्तै उक्त सेवा दिन थाल्ने छ । तपाईंको स्वास्थ्य अवस्थालाई मध्यनजर गरी यो सेवा सकेसम्म चाँडो दिन थालिने छ । तर बढीमा 72 घण्टाभित्र यो सेवा सुचारु होइसक्नु पर्छ ।
- तपाईंले अपिल प्रक्रिया चलिरहँदा सेवा प्राप्त गरिरहनुभएको थियो भने;
 - निर्णय तपाईंको पक्षमा आयो भने योजनाले सो सेवाको खर्च ब्योहोर्छ ।
 - तर निर्णय तपाईंको विरुद्धमा आयो भने तपाईंले अपिल प्रक्रियादौरान योजनाले दिएको सेवाको खर्च बहन गर्नु पर्ने छ ।

थप जानकारीको लागि (अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा त्यसपछि के हुन्छ भन्ने जानकारी भएको) खण्ड 10.6 हेर्नुहोस्

- तपाईं NH हेल्दी फेमेलिजले आफ्नो पहिलो स्तरको अपिलको सन्दर्भमा गरेको निर्णय प्रति सहमत हुनुहुन्न भने तपाईं दोस्रो स्तरको सामान्य वा द्रुत राज्य स्तरीय सामान्य न्यायोचित सुनवाइको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । अधिक जानकारीको लागि खण्ड 10.4 (राज्य स्तरीय सामान्य न्यायोचित सुनवाइको लागि कसरी अनुरोध गर्ने र अनुरोध पेश गरेपछि के अपेक्षा गर्ने) र खण्ड 10.5 (द्रुत राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको लागि कसरी अनुरोध गर्ने र अनुरोध पेश गरेपछि के अपेक्षा गर्ने) हेर्नुहोस् ।

अपिलसम्बन्धी सहयोगका लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।



खण्ड 10.3 द्रुत अपिल दायर कसरी गर्ने र (पहिलो स्तरको द्रुत अपिल) दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने

सामान्य अपिल प्रक्रियामा लाग्ने समयले तपाईंको स्वास्थ्य वा जीवन वा साबिकको स्वास्थ्य अवस्था प्राप्त गर्ने, कायम गर्ने र पुनर्प्राप्त गर्ने तपाईंको क्षमतालाई जोखिममा पार्छ भने तपाईं वा तपाईंको प्रदायक NH हेल्दी फेमेलिजलाई आफ्नो अपिलको फैसला **द्रुत रूपमा दिन** अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । यसलाई “चाँडो निर्णय गरिदिने अनुरोध” पनि भन्ने गरिन्छ ।

योजनासमक्ष द्रुत अपिल (पहिलो स्तरको अपिल) दायर गर्ने:

- तपाईंले योजनाको लिखित सूचना पाएको मितिले **60 दिनभित्र टेलिफोनबाट वा लिखित रूपमा NH हेल्दी फेमेलिज समक्ष आफ्नो द्रुत अपिल दायर गरिसक्नु पर्छ** । तपाईंले योजनालाई सम्पर्क गर्दा द्रुत अपिल प्रक्रिया अनुरोध गर्न नभुल्नुहोस् ।
- तपाईंको मौखिक वा लिखित तीव्र अपिलमा अनिवार्य रूपले निम्न विवरणहरू हुनु पर्छ:

- आफ्नो नाम, ठेगाना, फोन नम्बर र इमेल ठेगाना (छ भने) उल्लेख गर्नुहोस् ।
- तपाईं योजनाले कुन मितिमा गरेको निर्णय वा पठाएको सूचना विरुद्ध अपिल गरिरहनुभएको छ सो मिति उल्लेख गरेर आफूले प्राप्त गरेको सूचना प्रतिलिपि समावेश गर्नुहोस् ।
- द्रुत अपिल दायर गर्नुको र योजनाको निर्णय विरुद्ध अपिल गर्नुको कारण बताउनुहोस्; र
- योजनाले तपाईंले पहिलादेखि पाइरहेको सुविधाहरू दिन इन्कार गरेको छ वा सो सुविधा घटाएको वा रोकेको वा अन्त्य गरेको छ भने तपाईं उक्त सुविधा प्राप्त गरिरहन चाहनुहुन्छ वा हुन्न भन्ने कुरा बताउनुहोस् । थप जानकारीको लागि (अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा त्यसपछि के हुन्छ भन्ने जानकारी भएको) खण्ड 10.6 हेर्नुहोस्

- निम्न संस्था तथा ठेगानामा आफ्नो लिखित अपिल पठाउनुहोस्:

NH Healthy Families
Attn: Grievances and
Appeals 2 Executive Park
Drive Bedford, NH 03110

- तपाईं आफ्नो प्रदायक लगायतका अन्य व्यक्तिलाई पनि आफ्नो पक्षबाट अपिल दायर गर्ने अधिकार दिन सक्नुहुन्छ । तर, तपाईंले आफ्नो तर्फबाट अपिल गर्ने व्यक्ति को हो भन्ने कुरा लिखित रूपमा जनाउनु पर्छ । तपाईंको प्रदायकले तपाईंको पक्षबाट द्रुत अपिलको लागि अनुरोध गरिरहेका छन् भने तपाईंले लिखित अनुमति दिइरहनु पर्दैन । अर्को व्यक्तिलाई आफ्नो प्रतिनिधित्व छान्ने तरिकाबारे थप जानकारीको लागि खण्ड 2.13 (अन्य महत्वपूर्ण सूचना: तपाईं अधिकृत प्रतिनिधि वा व्यक्तिगत प्रतिनिधि छान्न सक्नुहुन्छ) हेर्नुहोस् ।
- योजनाले तपाईंको सेवा अस्वीकार गर्ने, घटाउने, सीमित पार्ने, रोक्ने वा अन्त्य गर्ने निर्णय गरेको अवस्थामा तपाईंले उक्त निर्णय विरुद्ध अपिल गर्नु भयो भने तपाईं NH हेल्दी फेमेलिजलाई अपिल प्रक्रियाभरि तपाईंलाई उक्त सेवा उपलब्ध गराइदिन अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईंको

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

**प्रदायकले तपाईंको पक्षबाट यस्तो अनुरोध गर्न सक्दैनन् ।**

थप जानकारीको लागि (अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा त्यसपछि के हुन्छ भन्ने जानकारी भएको) खण्ड 10.6 हेर्नुहोस्

तपाईंले द्रुत अपिल दायर गरेपछि के हुन्छ भन्ने बारेमा तल जानकारी दिइएको छ:

- तपाईंले द्रुत अपिल दायर गरेपछि तपाईंसँग योजनाले जुन केज फाइलको प्रयोग गरेर सो निर्णय गरेको हो त्यो फाइलको प्रतिलिपि माग्ने र प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ । यो निःशुल्क प्राप्त गर्न सकिन्छ । तपाईं योजनाले निर्णय गर्नुभन्दा अगाडि पनि यो प्रतिलिपि माग्नुहुन्छ ।
- NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंको द्रुत अपिलको अनुरोध गरेमा यसले अनिवार्य रूपले तपाईंलाई अपिलको सन्दर्भमा मौखिक र लिखित प्रमाण पेश गर्ने अवसर प्रदान गर्नु पर्छ । अपिलको निर्णय "द्रुत" रूपमा गर्नु पर्दा यो नियम लागू गर्न मुश्किल हुन्छ भन्ने कुरा स्मरण गर्नुहोला ।
- द्रुत अपिलको सन्दर्भमा, NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंको स्वास्थ्य अवस्थालाई मध्यनजर गरी तपाईंको अपिलको फैसला चाँडोभन्दा चाँडो गर्नु पर्छ । तर यो निर्णय बढीमा 72 घण्टा भित्र गरिसक्नु पर्छ । तपाईंले म्याद बढाउने अनुरोध गरेको खण्डमा वा योजनालाई थप जानकारी आवश्यक भएको र म्याद थपुले तपाईंलाई फाइदा पुग्ने भन्ने लागेको खण्डमा योजनाले बढीमा 14 दिन म्याद थप्न सक्छ । यस्तो अवस्थामा योजनाले तपाईंलाई तुरुन्तै मौखिक जानकारी र 2 दिनभित्र तपाईंलाई लिखित सूचना दिने छ । तपाईं योजनाले म्याद थपेकोमा सहमत हुनुहुन्न भने तपाईं उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ । थप जानकारीको लागि, खण्ड 10.7 (उजुरी दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने) हेर्नुहोस् ।
- NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंको द्रुत अपिलको अनुरोध स्वीकार गरेको खण्डमा NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंको स्वास्थ्य अवस्थालाई मध्यनजर गरी तपाईंको अपिलको लिखित फैसला चाँडोभन्दा चाँडो जारी गर्नु पर्छ । तर यो फैसला बढीमा 72 घण्टा भित्र गरिसक्नु पर्छ ।
- NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंको द्रुत अपिलको अनुरोध अस्वीकार गरेको खण्डमा योजनाले तपाईंलाई सकेसम्म चाँडो मौखिक निर्णय सुनाउनु पर्छ र अस्वीकृति भएको मितिले 2 दिनभित्र लिखित निर्णय दिनु पर्छ ।
- योजनाले तपाईंको द्रुत अपिलको अनुरोध अस्वीकार गरेको खण्डमा तपाईं NH हेल्दी फेमेलिजलाई उजुरी गर्न सक्नुहुन्छ । योजनाले तपाईंको द्रुत अपिलको अनुरोध अस्वीकार गरेको खण्डमा NH हेल्दी फेमेलिजले उक्त अपिललाई सामान्य अपिलको रूपमा लिन्छ ।
- NH हेल्दी फेमेलिजले पहिला तपाईंको सेवा अस्वीकार गर्ने, घटाउने, सीमित पार्ने, रोक्ने वा अन्त्य गर्ने निर्णय गरेको थियो र पछि यो निर्णय उल्टायो भने NH हेल्दी फेमेलिज तुरुन्तै उक्त सेवा दिन थाल्ने छ । तपाईंको स्वास्थ्य अवस्थालाई मध्यनजर गरी यो सेवा सकेसम्म चाँडो दिन थालिने छ । तर बढीमा 72 घण्टाभित्र यो सेवा सुचारु होइसक्नु पर्छ ।
- तपाईंले अपिल प्रक्रिया चलिरहँदा सेवा प्राप्त गरिरहनुभएको थियो भने;
 - निर्णय तपाईंको पक्षमा आयो भने योजनाले सो सेवाको खर्च ब्योहोर्छ ।
 - तर निर्णय तपाईंको विरुद्धमा आयो भने तपाईंले अपिल प्रक्रिया दौरान योजनाले दिएको सेवाको खर्च बहन गर्नु पर्ने छ ।
- तपाईं NH हेल्दी फेमेलिजले आफ्नो पहिलो स्तरको अपिलको सन्दर्भमा गरेको निर्णय प्रति सहमत हुनुहुन्न भने तपाईं दोस्रो स्तरको सामान्य वा द्रुत राज्य स्तरीय सामान्य न्यायोचित सुनवाइको लागि

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । अधिक जानकारीको लागि खण्ड 10.4 (राज्य स्तरीय सामान्य न्यायोचित सुनवाइको लागि कसरी अनुरोध गर्ने र अनुरोध पेस गरेपछि के अपेक्षा गर्ने) र खण्ड 10.5 (तीव्र राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको लागि कसरी अनुरोध गर्ने र अनुरोध पेस गरेपछि के अपेक्षा गर्ने) हेर्नुहोस् ।

अपिलसम्बन्धी सहयोगका लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

खण्ड 10.4 राज्य स्तरीय न्यायोचित सामान्य अपिल दायर कसरी गर्ने र (दोस्रो स्तरीय सामान्य अपिल) दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने

तपाईं NH हेल्दी फेमेलिजले आफ्नो पहिलो स्तरको अपिलको सन्दर्भमा गरेको निर्णय प्रति सहमत हुनुहुन्न भने तपाईं NH DHHS को प्रशासकीय अपिल एकाइ (AAU) समक्ष दोस्रो स्तरको राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ ।

राज्य स्तरीय सामान्य न्यायोचित सुनवाइसम्बन्धी अपिल (दोस्रो स्तरीय अपिल) दायर गर्न:

- तपाईंले अनिवार्य रूपले योजनाको निर्णय पाएको 120 दिनभित्र राज्य स्तरीय सामान्य न्यायोचित सुनवाइको लागि **लिखित अनुरोध पेस गरिसक्नुपर्छ** । प्रायजसो अवस्थामा तपाईं योजनाको माथि उल्लिखित सामान्य वा द्रुत अपिल (पहिलो स्तरीय अपिल) प्रक्रियाबाट नगुञ्जिकन राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । यो नियमका केही अपवादहरू छन् । ती अपवादहरू हेर्न खण्ड 10.1 (अपिल प्रक्रियाको बारेमा) हेर्नुहोस् ।
- तपाईंले हस्ताक्षर गरेर दायर गरेको राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको लिखित अनुरोधमा:
 - आफ्नो नाम, ठेगाना, फोन नम्बर र इमेल ठेगाना (छ भने) उल्लेख गर्नुहोस् ।
 - तपाईं योजनाले कुन मितिमा गरेको निर्णय वा पठाएको सूचना विरुद्ध अपिल गरिरहनुभएको छ सो मिति उल्लेख गरेर आफूले प्राप्त गरेको सूचना प्रतिलिपि समावेश गर्नुहोस् ।
 - आफूले अपिल दायर गर्नु पर्ने कारण बताउनुहोस्;
 - योजनाले तपाईंले पहिलादेखि पाइरहेको सुविधाहरू दिन इन्कार गरेको छ वा सो सुविधा घटाएको वा रोकेको वा अन्त्य गरेको छ भने तपाईं उक्त सुविधा प्राप्त गरिरहन चाहनुहुन्छ वा हुन्न भन्ने कुरा बताउनुहोस् । आफ्नो सुविधा जारी राख्न तपाईंले अनिवार्य रूपले योजनासँग सम्पर्क गर्नुपर्छ । थप जानकारीको लागि खण्ड 10.6 (अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा त्यसपछि के हुन्छ भन्ने जानकारी भएको) हेर्नुहोस्; र
 - सुनवाइ दौरान विशेष व्यवस्था (अपाङ्गतासम्बन्धी सेवा, दोभाषे सेवा जस्ता) गर्नु पर्छ भने सो कुराको जानकारी दिनुहोस् ।
- निम्न संस्था तथा ठेगानामा राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको आफ्नो अनुरोध पठाउनुहोस्:

Administrative Appeals Unit
NH Department of Health and Human Services
105 Pleasant Street, Room 121C

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



Concord, NH 03301
फ्याक्स: 603-271-8422

- योजनाले तपाईंको सेवा अस्वीकार गर्ने, घटाउने, सीमित पार्ने, रोक्ने वा अन्त्य गर्ने निर्णय गरेको अवस्थामा तपाईंले उक्त निर्णय विरुद्ध अपिल गर्नु भयो भने तपाईं NH हेल्दी फेमेलिज लाई अपिल प्रक्रियाभरि तपाईंलाई उक्त सेवा उपलब्ध गराइदिन अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईंको प्रदायकले तपाईंको पक्षबाट यस्तो अनुरोध गर्न सक्दैनन् । थप जानकारीको लागि (अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा त्यसपछि के हुन्छ भन्ने जानकारी भएको) खण्ड 10.6 हेर्नुहोस्

तपाईंले राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको सामान्य अपिल दायर गरेपछि के हुन्छ भन्ने बारेमा तल जानकारी दिइएको छ:

- तपाईंले राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको सामान्य अपिल दायर गरेपछि तपाईंसँग योजनाले जुन केज फाइलको प्रयोग गरेर सो निर्णय गरेको हो त्यो फाइलको प्रतिलिपि माग्ने र प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ । यो निःशुल्क प्राप्त गर्न सकिन्छ । तपाईं राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइ हुनुभन्दा अगाडि पनि यो प्रतिलिपि माग्नुहुन्छ ।
- राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको सामान्य अपिलको सन्दर्भमा AAU ले तपाईंको स्वास्थ्य अवस्थाको आधारमा अनिवार्य रूपले तपाईंको अपिलको फैसला चाँडोभन्दा चाँडो दिनु पर्छ । तर तपाईंले योजना समक्ष पहिलो स्तरीय अपिल पेस गरेको मितिले बढीमा 90 दिनभित्र यस्तो फैसला दिइसक्नु पर्छ । (यो म्यादमा तपाईंलाई राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको अनुरोध गर्न लागेको समय समावेश हुँदैन ।)
- AAU ले तपाईंलाई सुनवाइ हुने स्थान बताउने छ । यस्ता सुनवाइहरू सामान्यतया Concord मा रहेको AAU मा वा तपाईंको स्थानीय NH DHHS जिल्ला कार्यालयमा हुने गर्छ ।
- AAU को सुनवाइ अधिकृतले यस्तो सुनवाइ गराउँछन् ।
- राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइमा तपाईं साक्षी लिएर आउन सक्नुहुन्छ मौखिक र लिखित रूपमा बयान वा प्रमाण पेस गर्न र अन्य साक्षीलाई प्रश्न सोध्न सक्नुहुन्छ ।
- AAU ले योजनाले तपाईंको सुविधाको सन्दर्भमा गरेको निर्णय उल्टाएमा NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंको स्वास्थ्य अवस्था अनुसार सेवा प्रदान गर्ने थाल्ने छ । तर AAU बाट निर्णय उल्टिएको सूचना प्राप्त गरेको बढीमा 72 घण्टा भित्र रोकिएको सेवा सुचारु गरिसक्नु पर्छ ।
- तपाईंले अपिल प्रक्रिया चलिरहँदा सेवा प्राप्त गरिरहनुभएको थियो भने;
 - निर्णय तपाईंको पक्षमा आयो भने योजनाले सो सेवाको खर्च ब्योहोर्छ ।
 - तर निर्णय तपाईंको विरुद्धमा आयो भने तपाईंले अपिल प्रक्रियादौरान योजनाले दिएको सेवाको खर्च बहन गर्नु पर्ने छ ।

थप जानकारीको लागि (अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा त्यसपछि के हुन्छ भन्ने जानकारी भएको) खण्ड 10.6 हेर्नुहोस्

थप जानकारीको लागि AAU को टेलिफोन **1-800-852-3345**, एक्टेन्सन 4292 मा सोमबार देखि शुक्रवार बिहान 8:00 बजेदेखि – दिउसो 4:00 बजेभित्र सम्पर्क गर्नुहोस् । तपाईं NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन **1-ASK-DHHS** (1- 844-275-3447) (TDD Relay Access: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बजेसम्म सम्पर्क गर्नुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

खण्ड 10.5 राज्य स्तरीय न्यायोचित द्रुत अपिल दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने (दोस्रो स्तरीय द्रुत अपिल)

तपाईं NH हेल्दी फेमेलिज आफ्नो पहिलो स्तरीय अपिलको सन्दर्भमा गरेको फैसलासँग सहमत हुनुहुन्न र ढिलाइले तपाईंको स्वास्थ्य वा जीवन वा साबिकको स्वास्थ्य अवस्था प्राप्त गर्ने, कायम गर्ने र पुनर्प्राप्त गर्ने तपाईंको क्षमतालाई जोखिममा पार्छ भने तपाईं NH DHHS को प्रशासकीय एकाइसमक्ष राज्य स्तरीय न्यायोचित द्रुत अपिल दायर गर्न सक्नुहुन्छ ।

राज्य स्तरीय द्रुत न्यायोचित सुनवाइसम्बन्धी अपिल (दोस्रो स्तरीय अपिल) दायर गर्ने:

- तपाईंले अनिवार्य रूपले योजनाको लिखित निर्णय पाउने बित्तिकै राज्य स्तरीय द्रुत न्यायोचित सुनवाइको लागि लिखित अनुरोध पेस गरिहाल्नु पर्छ । तपाईं पहिला पाइरहेका सेवाहरू जारी राख्ने अपिल गर्दै हुनुहुन्छ भने तपाईंले राज्य स्तरीय द्रुत न्यायोचित सुनवाइको अनुरोध पेस गरेकै बेला आफ्नो सेवा जारी राख्ने अनुरोध पनि पेस गर्नु पर्छ । थप जानकारीको लागि (अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा त्यसपछि के हुन्छ भन्ने जानकारी भएको) खण्ड 10.6 हेर्नुहोस्

प्रायजसो अवस्थामा तपाईं योजनाको माथि उल्लिखित सामान्य वा द्रुत अपिल (पहिलो स्तरीय अपिल) प्रक्रियाबाट नगुञ्जिकन राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । यो नियमका केही अपवादहरू छन् । ती अपवादहरू हेर्न खण्ड 10.1 (अपिल प्रक्रियाको बारेमा) हेर्नुहोस् ।

- तपाईंले हस्ताक्षर गरेर दायर गरेको राज्य स्तरीय द्रुत न्यायोचित सुनवाइको लिखित अनुरोधमा:
 - आफ्नो नाम, ठेगाना, फोन नम्बर र इमेल ठेगाना (छ भने) उल्लेख गर्नुहोस् ।
 - तपाईं योजनाले कुन मितिमा गरेको निर्णय वा पठाएको सूचना विरुद्ध अपिल गरिरहनुभएको छ सो मिति उल्लेख गरेर आफूले प्राप्त गरेको सूचना प्रतिलिपि समावेश गर्नुहोस् ।
 - तपाईं राज्य स्तरीय द्रुत सुनवाइ चाहनुहुन्छ वा चाहनुहुन्न खुलाउनुहोस्;
 - कसरी सम्भाव्य ढिलाइले तपाईंको स्वास्थ्य वा जीवन वा साबिकको स्वास्थ्य अवस्था प्राप्त गर्ने, कायम गर्ने र पुनर्प्राप्त गर्ने तपाईंको क्षमतालाई जोखिममा पार्छ खुलाउनुहोस्;
 - योजनाले तपाईंले पहिलादेखि पाइरहेको सुविधाहरू दिन इन्कार गरेको छ वा सो सुविधा घटाएको वा रोकेको वा अन्त्य गरेको छ भने तपाईं उक्त सुविधा प्राप्त गरिरहन चाहनुहुन्छ वा हुन्न भन्ने कुरा बताउनुहोस् । आफ्नो सुविधा जारी राख्न तपाईंले अनिवार्य रूपले योजनासँग सम्पर्क गर्नुपर्छ । थप जानकारीको लागि खण्ड 10.6 (अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा त्यसपछि के हुन्छ भन्ने जानकारी भएको) हेर्नुहोस्; र
 - सुनवाइ दौरान विशेष व्यवस्था (अपाङ्गतासम्बन्धी सेवा, दोभाषे सेवा जस्ता) गर्नु पर्छ भने सो कुराको जानकारी दिनुहोस् ।

- निम्न संस्था तथा ठेगानामा राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको आफ्नो अनुरोध पठाउनुहोस्:

Administrative Appeals Unit
NH Department of Health and Human Services

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



105 Pleasant Street, Room 121C
Concord, NH 03301
फ्याक्स: 603-271-8422

- **तपाईं आफ्नो प्रदायक लगायतका अन्य व्यक्तिलाई पनि आफ्नो पक्षबाट अपिल दायर गर्ने अधिकार दिन सक्नुहुन्छ ।** तर, तपाईंले आफ्नो तर्फबाट अपिल गर्ने व्यक्ति को हो भन्ने कुरा लिखित रूपमा जनाउनु पर्छ । अर्को व्यक्तिलाई आफ्नो प्रतिनिधित्व छान्ने तरिकाबारे थप जानकारीको लागि खण्ड 2.13 (*अन्य महत्वपूर्ण सूचना: तपाईं अधिकृत प्रतिनिधि वा व्यक्तिगत प्रतिनिधि छान्न सक्नुहुन्छ*) हेर्नुहोस् ।
- **योजनाले तपाईंको सेवा अस्वीकार गर्ने, घटाउने, सीमित पार्ने, रोक्ने वा अन्त्य गर्ने निर्णय गरेको अवस्थामा तपाईंले उक्त निर्णय विरुद्ध अपिल गर्नु भयो भने तपाईं NH हेल्दी फेमेलिज लाई अपिल प्रक्रियाभरि तपाईंलाई उक्त सेवा उपलब्ध गराइदिन अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईंको प्रदायकले तपाईंको पक्षबाट यस्तो अनुरोध गर्न सक्दैनन् ।** थप जानकारीको लागि (*अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा त्यसपछि के हुन्छ भन्ने जानकारी भएको*) खण्ड 10.6 हेर्नुहोस्

तपाईंले राज्य स्तरीय द्रुत न्यायोचित सुनवाइको सामान्य अपिल दायर गरेपछि के हुन्छ भन्ने बारेमा तल जानकारी दिइएको छ:

- **तपाईंले राज्य स्तरीय द्रुत न्यायोचित सुनवाइको सामान्य अपिल दायर गरेपछि तपाईंसँग योजनाले जुन केज फाइलको प्रयोग गरेर सो निर्णय गरेको हो त्यो फाइलको प्रतिलिपि माग्ने र प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ ।** यो निःशुल्क प्राप्त गर्न सकिन्छ । तपाईं राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइ हुनुभन्दा अगाडि पनि यो प्रतिलिपि माग्नु सक्नुहुन्छ ।
- AAU ले तपाईंको राज्य स्तरीय द्रुत अपिलको अनुरोध **स्वीकार गरेको** खण्डमा AAU ले तपाईंको स्वास्थ्य अवस्थालाई मध्यनजर गरी तपाईंको अपिलको लिखित फैसला चाँडोभन्दा चाँडो जारी गर्नु पर्छ । तर यो फैसला बढीमा 3 दिनभित्र जारी गरिसक्नु पर्छ ।
- AAU ले तपाईंको द्रुत अपिलको अनुरोध **अस्वीकार गरेको** खण्डमा AAU ले तपाईंलाई सकेसम्म चाँडो मौखिक निर्णय सुनाउनु पर्छ तथा लिखित निर्णय दिनु पर्छ । तपाईंको द्रुत अपिलको अनुरोध अस्वीकार भएको खण्डमा तपाईंको अपिललाई खण्ड 10.4 (*उजुरी दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने (दोस्रो स्तरीय सामान्य अपिल)*) मा व्याख्या गरिए झैं राज्य स्तरीय सामान्य अपिलको रूपमा लिइने छ ।
- AAU ले तपाईंलाई सुनवाइ हुने स्थान बताउने छ । यस्ता सुनवाइहरू सामान्यतया Concord मा रहेको AAU मा वा तपाईंको स्थानीय NH DHHS जिल्ला कार्यालयमा हुने गर्छ ।
- AAU को सुनवाइ अधिकृतले यस्तो सुनवाइ गराउँछन् ।
- राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइमा तपाईं साक्षी लिएर आउन सक्नुहुन्छ मौखिक र लिखित रूपमा बयान वा प्रमाण पेश गर्न र अन्य साक्षीलाई प्रश्न सोध्न सक्नुहुन्छ ।
- **AAU ले योजनाले तपाईंको सुविधाको सन्दर्भमा गरेको निर्णय उल्टाएमा NH हेल्दी फेमेलिज ले तपाईंको स्वास्थ्य अवस्था अनुसार सेवा प्रदान गर्ने थाल्ने छ । तर AAU बाट निर्णय उल्टिएको सूचना प्राप्त गरेको बढीमा 72 घण्टा भित्र रोकिएको सेवा सुचारु गरिसक्नु पर्छ ।**
- तपाईंले अपिल प्रक्रिया चलिरहँदा सेवा प्राप्त गरिरहनुभएको थियो भने;
 - निर्णय तपाईंको पक्षमा आयो भने योजनाले सो सेवाको खर्च ब्योहोर्छ ।
 - तर निर्णय तपाईंको विरुद्धमा आयो भने तपाईंले अपिल प्रक्रियादौरान योजनाले दिएको सेवाको खर्च बहन गर्नु पर्ने छ ।

थप जानकारीको लागि (अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा त्यसपछि के हुन्छ भन्ने जानकारी भएको) खण्ड 10.6 हेर्नुहोस्

थप जानकारीको लागि AAU को टेलिफोन **1-800-852-3345**, एक्टेन्सन 4292 मा सोमबार देखि शुक्रवार बिहान 8:00 बजेदेखि – दिउसो 4:00 बजेभित्र सम्पर्क गर्नुहोस् । तपाईं NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन **1-844-ASK-DHHS** (1- -844-275-3447) (TDD Relay Access: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रवार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बजेसम्म सम्पर्क गर्नुहोस् ।

खण्ड 10.6 अपिल प्रक्रिया जारी रहँदा सुविधा जारी राखिदिने अनुरोध गर्ने तरिका तथा पछाडि के अपेक्षा गर्ने

यो अध्यायको अधिल्लो खण्डमा उल्लेख गरिए झै तपाईं तपाईंका सेवाहरू अस्वीकार गर्ने, कम पार्ने, सीमित पार्ने, रोक्ने वा अन्य गर्ने गरी योजनाले दिएको निर्णय विरुद्ध अपिल गर्दै हुनुहुन्छ भने तपाईं आफ्नो पहिलो र/वा दोस्रो स्तरीय अपिलको फैसला नआउन्जेलसम्मका लागि आफूले प्राप्त गरिरहेको सेवा जारी राखिदिने NH हेल्दी फेमेलिजलाई अनुरोध गर्न पाउनुहुन्छ । तपाईं आफ्नो पक्षबाट अपिल दायर गर्ने व्यक्ति नियुक्त गर्न सक्नुहुन्छ । तर तपाईंको प्रदायकले सेवाको निरन्तरताको लागि अनुरोध पेश गर्न सक्दैनन् ।

- निम्न परिस्थितिमा योजनाले अनिवार्य रूपले तपाईंलाई सुविधाहरू दिइरहनु पर्छ:

| सामान्य र द्रुत योजनासम्बन्धी अपिल (पहिलो स्तरीय अपिल) को हकमा | राज्य स्तरीय द्रुत न्यायोचित सुनवाइसम्बन्धी अपिल (दोस्रो स्तरीय अपिल) दायर गर्न |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ योजनाको निर्णय प्राप्त गरेको र उक्त निर्णय लागू हुने प्रस्तावित मितिको 10 भित्र तपाईंले मौखिक वा लिखित रूपमा पहिलो स्तरीय अपिल पेश गर्नुभयो भने र तपाईंले आफ्नो पहिलो स्तरीय अपिल प्रक्रिया विचाराधिन रहेका यो अवधिमा आफूले प्राप्त गरिरहेका सेवाहरू उपलब्ध गराइरहने अनुरोध गर्नुभयो भने, र ○ यो अपिल पहिला प्राप्त गरिरहेको सेवा अन्त्य, निलम्बन वा कटौतीसँग सम्बन्धित छ भने; र ○ यो सेवा अधिकृत प्रदायकले माग गरेको हो भने; र ○ सेवा जति समयको लागि स्वीकृत गरिएको हो सो समय सकिएको छैन भने । | <ul style="list-style-type: none"> ○ प्रथम स्तरीय अपिलको निर्णय प्राप्त गरेको र उक्त निर्णय लागू हुने प्रस्तावित मितिको 10 भित्र तपाईंले लिखित रूपमा दोस्रो स्तरीय अपिल पेश गर्नुभयो भने र तपाईंले आफ्नो पहिलो स्तरीय र/वा दोस्रो स्तरीय अपिल प्रक्रिया विचाराधिन रहेका यो अवधिमा मौखिक वा लिखित रूपमा आफूले प्राप्त गरिरहेका सेवाहरू उपलब्ध गराइरहने अनुरोध गर्नुभयो भने ○ तपाईंले योजनासमक्ष पेश गरेको पहिलो स्तरीय अपिल दौरान सेवा जारी राखिदिने अनुरोध गर्नुभएको छैन भने निम्न सर्तहरू लागू हुन्छन्: <ul style="list-style-type: none"> ○ यो अपिल पहिला प्राप्त गरिरहेको सेवा अन्त्य, निलम्बन वा कटौतीसँग सम्बन्धित छ भने; र ○ यो सेवा अधिकृत प्रदायकले माग गरेको हो भने; र ○ सेवा जति समयको लागि स्वीकृत गरिएको हो सो समय सकिएको छैन भने । |

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

माथिका सर्तहरू पूरा भएको अवस्थामा सेवा जारी राखिदिने अनुरोध गर्न निम्न संस्था र ठेगानामा सम्पर्क गर्नुहोस्:

NH Healthy Families
Attn: Grievances and Appeals
2 Executive Park Drive
Bedford, NH 03110

- योजनाले तपाईंको अनुरोधमा तपाईंलाई सेवा दिइरहेमा वा दिन सुरु गरेका निम्न मध्ये कुनै एक अवस्था नआएसम्म तपाईंको सुविधा अनिवार्य रूपले जारी रहनु पर्छ:

| सामान्य र द्रुत योजनासम्बन्धी अपिल (पहिलो स्तरीय अपिल) को हकमा | राज्य स्तरीय द्रुत न्यायोचित सुनवाइसम्बन्धी अपिल (दोस्रो स्तरीय अपिल) दायर गर्न |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ तपाईंले लिखित रूपमा आफ्नो अपिल फिर्ता लिनुभयो भने; वा ○ योजनाले पहिलो स्तरीय अपिलको सन्दर्भमा गरेको फैसला तपाईंको विरुद्धमा आएमा; वा ○ तपाईंलाई योजनाले तपाईंको पहिलो स्तरीय अपिलको सन्दर्भमा गरेको निर्णयको जानकारी दिएको मितिले 10 दिनभित्र राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइ र सेवाको निरन्तरताको लागि अनुरोध गरेको खण्डमा । | <ul style="list-style-type: none"> ○ तपाईंले लिखित रूपमा राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइसम्बन्धी आफ्नो अपिल फिर्ता लिनुभयो भने; वा ○ तपाईंलाई योजनाले तपाईंको पहिलो स्तरीय अपिलको सन्दर्भमा गरेको निर्णयको जानकारी दिएको मितिले 10 दिनभित्र राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइ र सेवाको निरन्तरताको लागि अनुरोध गरेको खण्डमा; वा ○ राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको फैसला तपाईंको विरुद्धमा आएमा । |

- निर्णय तपाईंको विरुद्धमा आयो र तपाईंले अपिल प्रक्रिया दौरान पनि सेवा प्राप्त गर्नुभएको छ भने तपाईंले अपिल प्रक्रिया दौरान योजनाले दिएको सेवाको खर्च बहन गर्नु पर्ने हुन सक्छ ।

पहिलो र/वा दोस्रो स्तरीय अपिल र सेवाको निरन्तरतासम्बन्धी सहयोगका लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) । तपाईं NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन **1-844-ASK-DHHS** (1- -844-275-3447) (TDD Relay Access: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बजेसम्म सम्पर्क गर्नुहोस् ।

दोस्रो स्तरीय अपिल र सेवाको निरन्तरतासम्बन्धी सहयोगका लागि AAU को टेलिफोन **1-800852-3345**, एक्टेन्सन 4292 मा सोमबार देखि शुक्रवार बिहान 8:00 बजेदेखि – दिउँसो 4:00 बजेभित्र सम्पर्क गर्नुहोस् । तपाईं NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन **1-844-ASK-DHHS** (1- -844-275-3447) (TDD Relay Access: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बजेसम्म सम्पर्क गर्नुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

खण्ड 10.7 उजुरी दायर कसरी गर्ने र दायर गरेपछि के अपेक्षा गर्ने

उजुरी सदस्यहरूले खण्ड 10.1 (*अपिल प्रक्रियाको बारेमा*) मा उल्लिखित बाहेकका विषयका सन्दर्भमा आफ्नो असन्तुष्टि व्यक्त गर्ने प्रक्रिया हो । तपाईं जुनसुकै बेला उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ ।

उजुरीको प्रकारहरू निम्न अनुसार दिइएको छः

- आफूले प्राप्त गरेको सेवा वा स्याहारको गुणस्तरसम्बन्धी असन्तुष्टिको उजुरी;
- योजना वा यसका प्रदायकले आफूसँग गरेको व्यवहारसम्बन्धी असन्तुष्टिसम्बन्धी उजुरी;
- तपाईंलाई NH हेल्दी फेमेलिज र प्रदायकले आफ्नो अधिकारहरू हनन गरेको छ भन्ने लागेको अवस्थामा गरिने उजुरी; र
- योजनाले स्वीकृतिसम्बन्धी निर्णय दिन प्रस्ताव गरेको समय विस्तारसम्बन्धी उजुरी: आफ्नो उजुरी दायर गर्न:
- NH हेल्दी फेमेलिजलाई टेलिफोन गर्नुहोस् वा पत्र लेख्नुहोस् । लिखित उजुरी दायर गर्नु राम्रो हुन्छ (आफ्नो उजुरीको एउटा प्रतिलिपि आफूसँग राख्नुहोस्) ।
- तपाईं आफ्नो प्रदायक लगायतका अन्य व्यक्तिलाई पनि आफ्नो पक्षबाट उजुरी दायर गर्ने अधिकार दिन सक्नुहुन्छ । तर तपाईंले आफ्नो तर्फबाट उजुरी गर्ने व्यक्ति को हो भन्ने कुरा लिखित रूपमा जनाउनु पर्छ । अर्को व्यक्तिलाई आफ्नो प्रतिनिधित्व छात्रे तरिकाबारे थप जानकारीको लागि खण्ड 2.13 (*अन्य महत्वपूर्ण सूचना: तपाईं अधिकृत प्रतिनिधि वा व्यक्तिगत प्रतिनिधि छान्न सक्नुहुन्छ*) हेर्नुहोस् ।

तपाईंले उजुरी दायर गरेपछि के हुन्छ भन्ने बारेमा तल जानकारी दिइएको छः

- **NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंको स्वास्थ्य अवस्थालाई मध्यनजर गरी तपाईंको उजुरीको बारेमा फैसला गर्ने छ । तर बढीमा 45 घण्टा भित्र यस्तो फैसला आइसक्नु पर्छ ।** तपाईंले म्याद बढाउने अनुरोध गरेको खण्डमा वा योजनालाई थप जानकारी आवश्यक भएको र म्याद थपुले तपाईंलाई फाइदा पुग्ने भन्ने लागेको खण्डमा योजनाले बढीमा 14 दिन म्याद थप्न सक्छ । यस्तो अवस्थामा योजनाले 2 दिनभित्र तपाईंलाई लिखित सूचना दिने छ । योजनाले क्लिनिकल विषयको उजुरीको लिखित जबाफ दिने छ । क्लिनिकल बाहेकका विषयको उजुरीका हकमा लिखित वा मौखिक जबाफ दिन सकिने छ ।
- तपाईंको उजुरीको जबाफ आइसकेपछि तपाईंसँग सो जबाफको बारेमा राज्य स्तरीय न्यायोचित सुनवाइको अनुरोध गर्ने अधिकार हुँदैन । तर तपाईं आफ्नो उजुरीमा आएको जबाफसँग असन्तुष्ट हुनुहुन्छ भने तपाईंसँग NH DHHS समक्ष आफ्नो असन्तुष्टि जाहेर गर्ने अधिकार हुन्छ । NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन **844-ASK-DHHS** (1- -844-275-3447) (TDD Relay Access: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बजेसम्म सम्पर्क गर्नुहोस् ।

उजुरीसम्बन्धी सहयोगका लागि ग्राहक सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन्) ।

NH DHHS ले मिति मे 10, 2016 को Know Your Rights: New Hampshire Medicaid Managed Care Health Plans – Your Right to Appeal or File a Grievance, a Disability Rights Center – NH (www.drcnh.org) नामक कागजातको आधारमा यो अध्याय तयार गरेको हो ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

अध्याय 11. तपाईंको सदस्यता अन्त्य गर्ने तरिका

खण्ड 11.1 कुनै निश्चित अवस्थामा मात्र तपाईंको सदस्यता अन्त्य हुन सक्छ

तपाईंको सदस्यता अन्त्य हुने अवस्था निम्न अनुसार दिइएको छः

- तपाईं न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडको लागि योग्य हुन छोड्नुभएको अवस्थामा ।
- तपाईंले **वार्षिक खुला भर्ना अवधिमा** अर्को योजना प्रयोग गर्ने निर्णय गरेमा:
 - **वार्षिक खुला भर्ना अवधि कुन हो ?** NH DHHS ले प्रत्येक वर्ष तपाईंलाई पठाउने सूचनामा वार्षिक खुला भर्ना अवधिको जानकारी दिइएको हुन्छ । यो सूचनामा कहिले र कसरी योजना बदल्न मिल्छ भन्ने बारेमा निर्देशन र तपाईंको हालको योजना अन्त्य हुने मितिसम्बन्धी जानकारी समावेश हुन्छ ।
 - एउटा सेवा छोडेर अर्को सेवा प्रयोग गर्ने तरिकासम्बन्धी थप जानकारीको लागि खण्ड 5.3 (*स्याहार परिवर्तन लगायत स्याहारको निरन्तरतासम्बन्धी जानकारी*) हेर्नुहोस् ।
- निश्चित परिस्थितिमा, तपाईं कारण देखाएर वार्षिक खुला भर्ना अवधि बाहेकका समयमा पनि योजनाबाट बाहिरिन पाउनु हुन्छ । निम्न अवस्थामा यी परिस्थिति सृजित हुन्छः
 - तपाईंले राज्य छोडेमा ।
 - तपाईंले सम्बन्धित सेवाहरू एकै साथ प्राप्त गर्नु पर्छ तर सञ्जालभित्र सबै सम्बन्धित सेवाहरू उपलब्ध छैनन् भने; र छुट्टा छुट्टै सेवा लिँदा तपाईंले अनावश्यक जोखिम मोल्नु पर्छ भने ।
 - स्याहारको गुणस्तर, NH मेडिकएडले समेट्ने सेवा माथिको पहुँचको अभाव, तपाईंको अधिकारको हनन, तपाईंको उपचार गर्न सक्ने सञ्जालभित्रको अनुभवी प्रदायक माथिको पहुँचको अभाव जस्ता अन्य कारणले ।

तपाईंले माथि उल्लिखित (राज्य छोडेर जाने बाहेकका) कारणले योजनाबाट बाहिरिने अनुरोध गर्दा तपाईंले सुरुमा आफूलाई चित्त नबुझेको विषयमा उजुरी दायर गर्नु पर्छ । तपाईंले आफ्नो उजुरीको बारेमा योजनाले दिएको जवाफ चित्तबुझ्दो लागेन र तपाईं अझै पनि योजनाबाट बाहिरिन चाहनुहुन्छ भने तपाईं NH DHHS लाई टेलिफोन गरेर तपाईं योजनाबाट बाहिरिन योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भन्ने कुरा थाह पाउन सक्नुहुन्छ ।

- तपाईं निम्न लगायतका अवस्थामा कुनै कारण नदिइकन वर्षभरि सेवाबाट बाहिरिन पाउनुहुन्छः
 - तपाईं पहिलो पटक मेडिकएडका लागि योग्य भएको मितिले 90 दिनभित्र एक पटक ।
 - अर्को योजनामा मात्र उपलब्ध प्रदायकसँग सेवा लिइरहेका योजनामा स्वतः पठाइएका सदस्यको हकमा भर्नाको पहिलो बाह्र (12) महिनाभरि ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



- न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले व्यवस्थिति गरेको योजनासम्बन्धी NH DHHS को नयाँ करार (भर्ना)सँग सम्बन्धित खुला भर्ना दौरान ।
- अस्थायी रूपमा मेडिकएड गुमाएकाले तपाईंले वार्षिक खुला भर्ना अवधि छुटाउनुभएको छ भने स्वतः भर्नाको 60 दिनसम्म । (यो न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडका नयाँ आवेदनमा लागू हुँदैन ।)
- NH DHHS ले सदस्यहरूलाई बिना कारण आफ्नो सहभागिता फिर्ता लिने अधिकार दिएर उनीहरूलाई सो कुराको सूचना दिएको अवस्थामा ।
- तपाईंको योजनाले नैतिक वा धार्मिक कारणले तपाईंलाई आवश्यक सेवा नदिने निर्णय गरेको अवस्थामा ।
- अब आउने खण्डमा उल्लेख गरिए झै सदस्यहरूलाई सेवाबाट निष्कासन गरेको अवस्था ।

योजनाबाट बाहिरिने अनुरोध गर्न NH DHHS लाई टेलिफोन गर्नुहोस् वा पत्र लेख्नुहोस् । NH DHHS को ग्राहक सेवा केन्द्रको टेलिफोन **1-844-ASK-DHHS** (1- -844-275-3447) (TDD Relay Access: 1-800735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बजेसम्म सम्पर्क गर्नुहोस् ।

तपाईंको नयाँ योजना सुरु हुन्जेलसम्म तपाईंले अनिवार्य रूपले हाम्रो योजनाबाटै स्वास्थ्य सेवा तथा प्रेस्कृप्सन औषधीहरू प्राप्त गरिरहनु पर्छ ।

खण्ड 11.2 तपाईंलाई योजनाबाट निष्कासन गरिने अवस्था

निम्न लगायतका अवस्थामा सदस्यलाई योजनाबाट निष्कासन गरिन सक्छ:

- NH DHHS को मापदण्ड अनुसार सदस्य न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडको लागि योग्य हुन छाडेमा;
- NH DHHS को मापदण्ड अनुसार सदस्य योजनामा सहभागी हुन योग्य छैन भने;
- सदस्य राज्यभन्दा बाहिर बस्न थालेको छ भने;
- सदस्यले आफ्नो सदस्यता कार्डको गलत र अनुचित प्रयोग गरेको अवस्थामा;
- सदस्यको मृत्यु हुँदा; र
- कुनै सदस्यले धम्कीपूर्ण वा दुर्व्यवहारपूर्ण तरिकाले व्यवहार गरेका कारणले अन्य सदस्य, योजनाका कर्मचारी वा प्रदायकको स्वास्थ्य तथा सुरक्षा जोखिममा पर्छ भने योजना र NH DHHS बीचको करारको सर्तअनुसार योजनाले NH DHHS लाई उक्त सदस्यलाई निष्कासन गरिदिने अनुरोध गर्न सक्छ । योजनाले यस्तो अनुरोध गरेको हो भने NH DHHS ले उक्त अनुरोधको समीक्षा तथा अनुमोदन गर्ने छ ।

NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी कुनै कारण देखाएर तपाईंलाई योजनाबाट बाहिरिन लगाउन सक्दैन ।

तपाईंलाई आफ्नो स्वास्थ्यको कारणले योजनाबाट बाहिरिन लगाइँदै छ जस्तो लागेमा NH DHHS केन्द्रको टेलिफोन **1-844-ASK-DHHS** (1- -844-275-3447) (TDD Relay Access: 1-800-735-2964) मा सोमबारदेखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:00 बजेसम्म सम्पर्क गर्नुहोस् ।

अध्याय 12. कानुनी सूचनाहरू

यो पुस्तिकामा धेरै कानुनहरू लागू हुन्छन् । त्यस्तै, कानुनले यो पुस्तिकाको सन्दर्भमा केही अतिरिक्त व्यवस्था पनि गरेको छ । ती व्यवस्थाहरू यो कागजातमा उल्लेख नभएको भए पनि तिनले तपाईंको सुविधा, अधिकार र दायित्वलाई असर गर्छन् ।

गोपनीयता अभ्याससम्बन्धी सूचना

यो सूचनाले तपाईं आफ्नो चिकित्सकीय जानकारी कसरी प्रयोग र आदान प्रदान हुन्छ र तपाईं उक्त जानकारीमा कसरी पहुँच राख्न सक्नुहुन्छ भन्ने बारेमा वर्णन गर्छ ।

कृपया यो सूचना ध्यान दिएर पढ्नुहोस् ।

लागू हुने मिति 07.01.2017

यसको अनुवाद गर्ने वा बुझ्ने सहयोग प्राप्त गर्न कृपया 1-866-769-3085 मा सम्पर्क गर्नुहोस् । कान नसुन्नेहरूले TTY 1-855-742-0123 मा सम्पर्क गर्नु पर्छ ।

तपाईं दोभाषे सेवा निःशुल्क रूपमा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ ।

समेटिने संस्थाहरूको दायित्व (Covered Entities Duties)

स्वास्थ्य बिमा वहनीयता तथा जवाफदेहिता ऐन (HIPAA), 1996 परिभाषा अनुसार NH हेल्दी फेमेलिज एक समेटिने संस्था हो । कानुनअनुसार NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी (PHI) को गोपनीयता कायम राख्नु पर्छ, तपाईंको PHI सन्दर्भमा हामीले पालना गर्नुपर्ने कानुनी दायित्व तथा गोपनीयता अभ्याससम्बन्धी यो सूचना प्रदान गर्नु पर्छ, हाल लागू भइरहेका यो सूचनाका सर्तहरूको पालना गर्नु पर्छ तथा तपाईंको PHI सम्बन्धी नियमहरू उल्लंघन भएको अवस्थामा तपाईंलाई जानकारी दिनु पर्छ ।

यो सूचनाले हामी तपाईंको PHI प्रयोग र आदान प्रदान गर्छौं भन्ने वर्णन गर्छ । यसले आफ्नो PHI हेर्ने, संशोधन गर्ने र व्यवस्थापन गर्ने सन्दर्भमा तपाईंसँग भएका अधिकार तथा ती अधिकारहरूको प्रयोग गर्ने तरिका पनि वर्णन गर्छ । यो सूचनामा उल्लेख गरिएका बाहेकको अवस्थामा PHI को प्रयोग गर्न वा आदान प्रदान गर्न अनिवार्य रूपले तपाईंको अनुमति लिनु पर्छ ।

NH हेल्दी फेमेलिजसँग यो सूचना परिवर्तन गर्ने अधिकार सुरक्षित हुन्छ । हामीसँग आफूसँग पहिलेदेखि भएको र भविष्यमा प्राप्त हुने तपाईंको PHI मा लागू हुने सूचना संशोधन गर्ने तथा परिवर्तन गर्ने अधिकार सुरक्षित हुन्छ । NH हेल्दी फेमेलिजले निम्न कुराहरूमा तात्त्विक परिवर्तन हुने बित्तिकै यो सूचनामा संशोधन गर्छ र नयाँ सूचना वितरण गर्छ:

- प्रयोग तथा आदान प्रदान
- तपाईंको अधिकार
- हाम्रो कानुनी दायित्वहरू
- यो सूचनामा उल्लिखित अरू गोपनीयता अभ्यासहरू

हामी संशोधित सूचना हाम्रो वेबसाइट तथा न्युजलेटरको माध्यमबाट जारी गर्ने छौं ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

**मौखिक, लिखित वा विद्युतीय व्यक्तिगत स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी (PHI) संरक्षण गर्ने तरिका**

NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंको PHI को संरक्षण गर्छ । हामीसँग यो प्रयोजनमा सहयोग गर्ने गोपनीयता तथा सुरक्षा पद्धतिहरू छन् । हामी निम्न लगायतका कुराहरू गरेर तपाईंको PHI को संरक्षण गर्छौं:

- हामी आफ्ना कर्मचारीलाई हाम्रो गोपनीयता तथा सुरक्षा प्रक्रियाहरू पालना गर्न सिकाउँछौं ।
- हामी आफ्ना व्यवसायिक सहयोगीहरूलाई हाम्रो गोपनीयता तथा सुरक्षा प्रक्रियाहरू पालना गर्न लगाउँछौं ।
- हामी हाम्रो कार्यालय सुरक्षित राख्छौं ।
- हामी तपाईंको PHI को बारेमा जान्नु पर्ने मान्छेहरूसँग र सही प्रयोजनको लागि मात्र PHI को बारेमा गफ गर्छौं ।
- हामी सुरक्षित तरिकाले तपाईंको PHI विद्युतीय रूपले पठाउँछौं वा भण्डारण गर्छौं ।
- हामी गलत व्यक्तिलाई तपाईंको PHI हेर्न वा प्रयोग गर्न नदिन प्रविधिको प्रयोग गर्छौं ।

तपाईंको PHI को मान्य प्रयोग तथा आदान प्रदान:

हामी तपाईंको अनुमति नलिइकन निम्न परिस्थितिमा तपाईंको PHI को प्रयोग गर्न पाउँछौं:

- **उपचार** - तपाईंले विभिन्न प्रदायकबाट प्राप्त गरिरहेको स्वास्थ्य सेवाको समन्वय गर्ने प्रयोजनका लागि वा तपाईंलाई अग्रिम स्वीकृति लिन सहयोग गर्ने प्रयोजनका लागि हामी तपाईंको उपचार गर्ने चिकित्सक वा स्वास्थ्यकर्मीसँग तपाईंको PHI को प्रयोग वा आदान प्रदान गर्न सक्छौं ।
- **भुक्तानी** - हामी तपाईंलाई प्रदान गरिएको स्वास्थ्य सेवाको भुक्तानी गर्न तपाईंको PHI को प्रयोग तथा आदान प्रदान गर्न सक्छौं । भुक्तानी प्रयोजनका लागि हामी अर्कै योजना, स्वास्थ्यकर्मी वा संघीय गोपनीयता लागू हुने अर्कै संस्थासँग तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं । भुक्तानीसम्बन्धी क्रियाकलापमा निम्न कुराहरू समावेश हुन्छ:
 - भुक्तानीको दाबीसम्बन्धी निर्णयार्थ
 - योग्यता निर्धारण वा कुनै दाबीको भुक्तानी गर्ने वा नगर्ने निर्णय
 - प्रिमियम बिल जारी गर्ने
 - चिकित्सकीय आवश्यकताको सन्दर्भमा सेवाहरूको समीक्षा
 - दाबीको उपयोगिता समीक्षा गर्न
- **सामूहिक स्वास्थ्य योजना/योजनाको प्रयोजकसँग गरिने आदान प्रदान** - हामी रोजगारदाता वा अन्य संस्था जस्ता तपाईंलाई सामूहिक स्वास्थ्य बिमा सेवा प्रदान गरिरहेको प्रयोजकसँग तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी आदान प्रदान गर्न सक्छौं । तर त्यो प्रयोजकले यो जानकारी निश्चित तरिकाले मात्र प्रयोग गर्न वा खुलासा गर्न राजी भएमा मात्र यो नियम लागू हुन्छ । (जस्तै, उक्त प्रायोजक रोजगारीसम्बन्धी निर्णय लिन तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारीको प्रयोग नगर्न राजी भएमा मात्र यो नियम लागू हुन्छ ।)
- **स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी क्रियाकलाप** - हामी स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी क्रियाकलाप गर्न PHI को प्रयोग र आदान प्रदान गर्न सक्छौं । यी क्रियाकलापमा निम्न कुराहरू समावेश हुन्छ:
 - ग्राहकलाई सेवा प्रदान गर्न
 - उजुरी तथा अपिलको जबाफ दिन
 - मुद्दा व्यवस्थापन र स्याहार समन्वय सेवा प्रदान गर्न
 - दाबी तथा अन्य गुणस्तर मूल्याङ्कनको चिकित्सकीय समीक्षा गर्न
 - गुणस्तरमा सुधार ल्याउन



स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी क्रियाकलाप गर्दा हामी व्यवसायिक सहयोगीहरूसँग PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं । हामी PHI गोपनीयता कायम गर्ने लिखित सम्झौता गरेका व्यवसायिक सहयोगीहरूसँग मात्र यस्तो आदान प्रदान गर्छौं । हामी संघीय गोपनीयता कानून लागू हुने अर्को संस्थासँग पनि तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं । तर यस्तो संस्थाले प्रदान गर्ने स्वास्थ्य सेवा तपाईंसँग सम्बन्धित हुनु पर्छ: यसले निम्न कुराहरू समावेश गर्छ:

- गुणस्तर मूल्याङ्कन तथा सुधारसम्बन्धी क्रियाकलापहरू
- स्वास्थ्यकर्मीको योग्यता तथा क्षमताको समीक्षा गर्न
- मुद्दा व्यवस्थापन र स्याहार समन्वय सेवा प्रदान गर्न
- स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी जालसाजी तथा दुरुपयोग पत्ता लगाउन वा रोक्न

तपाईंको PHI अन्य स्वीकृत तथा अनिवार्य आदान प्रदानहरू:

- **दान रकम संकलन गर्ने क्रियाकलाप** – हामी कुनै परोपकारी संगठनका लागि दान रकम संकलन गर्ने प्रयोजनका लागि तपाईंको PHI को आदान प्रदान गर्न सक्छौं । यस प्रयोजनका लागि तपाईंलाई सम्पर्क गर्दा हामी तपाईंलाई यो क्रियाकलापबाट बाहिरिने वा भविष्यमा यस्ता खालका सञ्चार नपठाउन अनुरोध गर्ने अवसर प्रदान गर्छौं ।
- **आर्थिक उत्तरदायित्व लिने प्रयोजनका लागि** – हामी सेवाको लागि आएको अनुरोध वा आवेदनको बारेमा निर्णय गर्ने जस्ता आर्थिक उत्तरदायित्व लिने प्रयोजनका लागि तपाईंको PHI प्रयोग वा आदान प्रदान गर्न सक्छौं । हामीले यो प्रयोजनका लागि तपाईंको PHI प्रयोग वा आदान प्रदान गर्दा तपाईंको वंशाणुगत जानकारी प्रयोग वा आदान प्रदान गर्न पाउँदैनौं ।
- **अपोइन्टमेन्ट स्मरण गराउने/उपचारको विकल्प दिने प्रयोजन** - हामी तपाईंलाई उपचार वा स्वास्थ्य स्याहारको लागि तपाईंले हामीसँग लिनुभएको अपोइन्टमेन्टमा जान स्मरण गराउन तथा तपाईंलाई वैकल्पिक उपचार वा धूम्रपान छोड्ने वा मोटापा घटाउने तरिका जस्ता अन्य प्रकारका जानकारी प्रदान गर्न तपाईंको PHI प्रयोग र आदान प्रदान गर्न सक्छौं ।
- **कानूनले तोके अनुसार** - संघीय, राज्य र/वा स्थानीय कानूनले तपाईंको PHI प्रयोग तथा आदान प्रदान गर्न बाध्य पारेको अवस्थामा हामी उक्त कानून पालना गर्न उक्त कानूनले तोकेको हदसम्म तपाईंको PHI को प्रयोग तथा आदान प्रदान गर्ने छौं । प्रयोग तथा आदान प्रदानसम्बन्धी दुई वा सोभन्दा कानूनहरू एक अर्कामा बाझिएको खण्डमा हामी ती कानूनहरू मध्ये सबैभन्दा प्रतिबन्धात्मक कानूनको पालना गर्छौं ।
- **सार्वजनिक स्वास्थ्य सम्बन्धी क्रियाकलापहरू** - हामी कुनै रोग, चोटपटक वा अपाङ्गता नियन्त्रण गर्न सहयोग गर्ने प्रयोजनका लागि सार्वजनिक संस्थासँग तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं । खाद्यान्न तथा औषधी प्रशासन विभाग (FDA) को क्षेत्राधिकार भित्र पर्ने उत्पादन तथा सेवाहरूको गुणस्तर, सुरक्षितपना र प्रभावकारिता सुनिश्चित गर्ने प्रयोजनका लागि हामी FDA सँग तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं ।
- **दुर्व्यवहार तथा बेवास्ता पीडितको सन्दर्भमा** - हामीलाई कोही व्यक्ति दुर्व्यवहार, बेवास्ता वा घरेलु हिंसाको शिकार भएको छ भन्ने लागेमा हामी स्थानीय, राज्य वा संघीय सरकारी अधिकारी तथा त्यस्ता मुद्दा हेर्ने अधिकार भएका सामाजिक सेवा वा संरक्षण प्रदान गर्ने एजेन्सीसँग तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं ।
- **न्यायिक र प्रशासकीय कारबाही (सुनवाई)** - हामी न्यायिक र प्रशासकीय कारबाहीमा तपाईंको PHI को आदान प्रदान गर्न सक्छौं । हामी निम्न कुराको जबाफ दिन पनि यो सूचना आदान प्रदान गर्न सक्छौं:
 - अदालतको आदेश
 - प्रशासकीय न्यायाधिकरण
 - तारेख
 - आदेश
 - वारेन्ट
 - प्रमाण पेस गर्ने अनुरोध (discovery request)
 - यस्तै कानुनी अनुरोध
- **कानून कार्यान्वयन** – हामी आवश्यक परेको बेला कानून कार्यान्वयन एजेन्सीसँग तपाईंको PHI



आदान प्रदान गर्छौं । उदाहरणको लागि यस्तो आदान प्रदान निम्न कुराको जबाफ दिनु पर्दा हुन्छ:

- अदालतको आदेश
- अदालतको आदेशमा जारी गरिएको वारेन्ट
- तारेख
- न्यायिक अधिकारीले जारी गरेको उपस्थित हुने आदेश
- ग्राण्ड ज्युरीको तारेख

हामी कुनै आरोपी, भगुवा, साक्षी वा हराएको व्यक्ति पहिचान गर्न वा खोज्न पनि तपाईंको PHI को आदान प्रदान गर्न सक्छौं ।

- **मृत्युको कारण पत्ता लगाउने व्यक्ति (कोरोनर), चिकित्सा जाँचकर्ता र अन्तिम क्रिया निर्देशक -** हामी कोरोना वा चिकित्सा जाँचकर्तासँग तपाईंको PHI को आदान प्रदान गर्न सक्छौं । मृत्युको कारण पत्ता लगाउने प्रयोजनका लागि तपाईंको जानकारी यसरी आदान प्रदान गर्नु पर्ने हुन्छ । हामीले अन्तिम क्रिया गर्ने व्यक्तिहरूसँग पनि उनीहरूलाई आफ्नो काम गर्न आवश्यक हुने तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं ।
- **अङ्ग, आँखा र तन्तुको दान -** हामी अङ्ग संकलन गर्ने संस्थाहरूसँग तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं । हामी निम्न अङ्ग संकलन गर्ने, भण्डारण गर्ने वा फेर्ने काम गर्ने व्यक्तिहरूसँग पनि तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं:
 - मृत शरीरको अङ्ग
 - आँखा
 - तन्तु
- **स्वास्थ्य तथा सुरक्षासम्बन्धी जोखिम -** हामीलाई तपाईंको PHI को प्रयोग वा आदान प्रदान गर्दा कुनै व्यक्ति वा सर्वसाधारणको स्वास्थ्य वा सुरक्षामा हुन सक्ने गम्भीर र तात्कालिक जोखिम रोक्न वा कम गर्न सकिन्छ भन्ने लागेमा हामी तपाईंको PHI प्रयोग तथा आदान प्रदान गर्न सक्छौं ।
- **विशेषज्ञ सरकारी कार्यहरू -** तपाईं अमेरिकी सेनाको सदस्य हुनुहुन्छ भने सेनाका अधिकारी निर्देशन दिएअनुसार हामी तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं । हामी निम्न अधिकारी तथा प्रयोजनका लागि पनि तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं:
 - राष्ट्रिय सुरक्षाको लागि अधिकृत संघीय अधिकारी
 - जासूसीसम्बन्धी क्रियाकलापमा
 - चिकित्सकीय उपयुक्तता निर्धारण गर्ने प्रयोजनका लागि राज्य विभागलाई
 - राष्ट्रपति वा अन्य अधिकृत व्यक्तिको सुरक्षाको लागि
- **कर्मचारीले पाउने क्षतिपूर्तिको लागि -** हामी रोजगारीसम्बन्धी चोटपटक वा रोग वापत क्षतिपूर्ति दिने, कानुनले स्थापित गरेका क्षतिपूर्ति कार्यक्रम वा अन्य यस्तै खाले कार्यक्रमसँग सम्बन्धी कानुनको पालना गर्न तपाईंको PHI को आदान प्रदान गर्न सक्छौं ।
- **आपत्कालीन अवस्था -** हामी आपत्कालीन अवस्थामा, तपाईं असक्षम हुनुभएको वा उपस्थित नभएको बेलामा तपाईंको परिवारको सदस्य, नजिकको साथी, अधिकृत विपत्ति राहत एजेन्सी वा तपाईंले तोक्नुभएको अन्य कुनै व्यक्तिसँग तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं । हामी यस्तो आदान प्रदानले तपाईंलाई फाइदा पुग्छ वा पुग्दैन भन्ने कुरा निर्धारण गरेर मात्र तपाईंको जानकारी आदान प्रदान गर्छौं । हामीले यस्तो आदान प्रदानले तपाईंलाई फाइदा पुग्छ भन्ने यकिन गरेमा हामी तपाईंको स्याहारमा आबद्ध व्यक्तिलाई चाहिने PHI मात्र आदान प्रदान गर्छौं ।
- **कैदी वा निवासी -** तपाईं कुनै सुधार गृहको निवासी हुनुहुन्छ वा तपाईंलाई कुनै कानुन कार्यान्वयन एजेन्सीको अधिकारीले गिरफ्तार गरेको छ भने तपाईंलाई आवश्यक स्वास्थ्य सेवा दिने, तपाईं वा अरू वा सुधार गृहको स्वास्थ्य तथा सुरक्षा कायम गर्न हामी सम्बन्धित सुधार गृह वा कानुन कार्यान्वयन गर्ने

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



अधिकारीसँग तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं ।

- **शोध** – कुनै शोधकर्ताको अध्ययन प्रस्ताव स्वीकृत भएको छ र उनीहरूले तपाईंको PHI को गोपनीयता र सुरक्षा कायम गर्ने उपायहरू अपनाएका छन् भने हामी ती शोधकर्ताहरूसँग तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न सक्छौं ।

तपाईंको PHI को प्रयोग र आदान प्रदानसम्बन्धी मौखिक सम्झौता— हामी तपाईंको PHI अरूलाई प्रयोग र आदान प्रदान गर्न दिने सम्बन्धमा तपाईंले दिनुभएको मौखिक अनुरोध स्वीकार गर्छौं । यस्ता व्यक्तिहरूमा परिवारका सदस्य, नजिकका साथी वा तपाईंले छानेको अन्य व्यक्ति समावेश हुन्छन् । तपाईंले यो अनुरोध पेश गरेकै बेला आफ्नो PHI को प्रयोग तथा आदान प्रदान नगरिदिने अनुरोध पनि गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईं हामीलाई अग्रिम रूपमा यस्तो मौखिक स्वीकृति वा अस्वीकृति दिन सक्नुहुन्छ । तपाईं आफ्नो जानकारीको प्रयोग तथा आदान प्रदान हुने बेलामा पनि मौखिक स्वीकृति वा अस्वीकृति दिन सक्नुहुन्छ । यो अवस्थामा हामी तपाईंको PHI को प्रयोग तथा आदान प्रदानलाई तपाईंको निर्देशनअनुसार सीमित पार्ने छौं । हामी तपाईंको स्याहारमा आवद्ध व्यक्ति वा स्याहारको भुक्तानी पाउने व्यक्तिलाई आवश्यक हुने जानकारी मात्रा आदान प्रदान गर्ने छौं । तपाईं विपत्तिको बेलामा हामीलाई आफ्नो PHI प्रयोग वा आदान प्रदान गर्ने वा नगर्ने मौखिक निर्देशन दिन सक्नुहुन्छ । हामी तपाईंको जानकारी अधिकृत विपत्ति राहत संस्थालाई उपलब्ध गराउन सक्छौं । यो अवस्थामा हामी तपाईंको PHI को प्रयोग तथा आदान प्रदानलाई तपाईंको निर्देशनअनुसार सीमित पार्ने छौं । यसरी तपाईंको जानकारी आदान प्रदान गर्नु पर्दा तपाईंको परिवारको सदस्य, व्यक्तिगत प्रतिनिधि वा तपाईंको स्याहारको जिम्मा लिएको व्यक्तिलाई तपाईंको स्थान र अवस्था जानकारी मात्र दिइने छ । तपाईं हामीलाई अग्रिम रूपमा यस्तो मौखिक स्वीकृति वा अस्वीकृति दिन सक्नुहुन्छ । तपाईं आफ्नो PHI को प्रयोग तथा आदान प्रदान हुने बेलामा पनि मौखिक स्वीकृति वा अस्वीकृति दिन सक्नुहुन्छ ।

तपाईंको लिखित अनुमति लिएर मात्र हुने तपाईंको PHI को प्रयोग वा आदान प्रदान

हामीले केही सीमित अपवाद बाहेक निम्न अवस्थामा तपाईंको PHI को प्रयोग वा आदान प्रदान गर्दा तपाईंको लिखित अनुमति प्राप्त गर्नु पर्छ ।

PHI बिक्री – हामी तपाईंको लिखित अनुमति लिएर मात्र रकम लिएर तपाईंको PHI आदान प्रदान गर्न वा बेच्न पाउँछौं ।

बजारीकरण – हामी तपाईंको लिखित अनुमति लिएर मात्र बजारीकरणको प्रयोजनको लागि तपाईंको PHI प्रयोग वा खुलासा गर्न पाउँछौं । यसमा केही अपवाद लागू हुन्छन् । उदाहरणको लागि हामीले तपाईं सिधै सम्पर्क गरेर बजारीकरण गरेमा वा हामीले निश्चित रकमको उपहार प्रदान गरेमा यो नियम लागू हुँदैन ।

साइकोथेरापीको नोटहरू – हामी तपाईंको लिखित अनुमति लिएर मात्र हामीसँग भएका तपाईंको साइकोथेरापीको नोटहरूको प्रयोग वा आदान प्रदान गर्न सक्छौं । तर यसमा केही अपवाद लागू हुन्छन् । निश्चित उपचार, भुक्तानी वा स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी क्रियाकलाप गर्नु पर्दा यो नियम लागू नहुन सक्छ ।

व्यक्तिगत अधिकारहरू

तपाईंसँग आफ्नो PHI को सन्दर्भमा निम्न अधिकार हुन्छन् । तपाईं तलका मध्ये कुनै अधिकार प्रयोग गर्न चाहनुहुन्छ भने कृपया यो सूचनाको अन्त्यमा दिइएको जानकारीको प्रयोग गरी हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।

- **अनुमति फिर्ता लिन अधिकार** - तपाईं जुन सुकै बेला लिखित सूचना दिएको आफूले दिएको अनुमति फिर्ता लिन सक्नुहुन्छ । हामीले तपाईंले दिएको अनुमतिको आधारमा वा तपाईंले अनुमति फिर्ता गर्नुअगाडि हामीले कारबाही गरिसकेको अवस्थामा बाहेकको अवस्थामा तपाईंको यो निर्णय तुरुन्तै लागू हुने छ ।
- **प्रतिबन्ध लगाइदिन अनुरोध गर्ने अधिकार** - तपाईंसँग उपचार, भुक्तानी वा स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी क्रियाकलापमा आफ्नो PHI को प्रयोग वा खुलासा गर्न प्रतिबन्ध लगाउने तथा आफ्नो स्याहारमा संलग्न

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



परिवारका सदस्य वा नजिकका साथी जस्ता व्यक्तिहरूसँग उक्त PHA को आदान प्रदान गर्न प्रतिबन्ध लगाउन अनुरोध गर्ने अधिकार हुन्छ । तपाईंको अनुरोधले तपाईंले कसकसलाई यस्तो प्रतिबन्ध लगाउनु हुँदै छ सो कुरा खुलाउनु पर्छ । हामी तपाईंको यो अनुरोध स्वीकार्न बाध्य हुँदैनौं । हामीले तपाईंको अनुरोध स्वीकार गरेको खण्डमा तपाईंको प्रतिबन्धसम्बन्धी अनुरोध पालना गर्ने छौं । तर आपत्कालीन अवस्थामा भने यो नियम लागू हुने छैन । त्यस्तै, कुनै योजनाबाट सेवा वा वस्तु लिए बापत तपाईं आफैले भुक्तानी गरेको अवस्थामा हामी उक्त योजनासँग तपाईंको PHA को प्रयोग तथा आदान प्रदान गर्ने छैनौं ।

- **गोपनीय तरिकाले सञ्चार गर्न पाउने अधिकार** - तपाईंसँग हामीलाई वैकल्पिक माध्यम प्रयोग गरेर वा वैकल्पिक स्थानमा आफ्नो PHA को बारेमा सञ्चार गर्न लगाउने अधिकार हुन्छ । वैकल्पिक माध्यमबाट वा तपाईंले चाहेको वैकल्पिक स्थानमा सञ्चार नगरेमा तपाईं जोखिममा पर्ने सम्भावना भएमा मात्र यो अधिकार लागू हुन्छ । यस्तो अनुरोध गर्दा तपाईंले कारण दिनु पर्दैन तर सञ्चार विधि वा स्थान नबदलेको खण्डमा आफू जोखिममा पर्ने कुरा अनिवार्य रूपले जनाउनु पर्छ । तपाईंको अनुरोध तार्किक छ र उक्त अनुरोधमा वैकल्पिक विधि वा तपाईंको PHA पठाउनु पर्ने अर्को स्थान तोकिएको छ भने हामीले अनिवार्य रूपले तपाईंको अनुरोध पूरा गर्नु पर्छ ।
- **आफ्नो PHA माथि पहुँच राख्ने तथा PHA को प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने अधिकार** - तपाईंसँग हाम्रो अभिलेखमा रहेको आफ्नो PHA हेर्ने वा सो PHA को प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ । तर यो नियममा केही अपवाद लागू हुन्छन् । तपाईं हामीसँग फोटोकपी बाहेकका ढाँचामा प्रतिलिपि उपलब्ध गराइदिन पनि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । हामी सकेसम्म तपाईंले अनुरोध गरेको ढाँचामा यो सूचना उपलब्ध गराउने छौं । तपाईंले लिखित अनुरोध पेश गरेपछि मात्र आफ्नो PHA माथि पहुँच राख्न पाउनुहुन्छ । हामीले तपाईंको अनुरोध अस्वीकार गरेको खण्डमा हामी तपाईंलाई अस्वीकार गर्नुको कारण लिखित रूपमा दिने छौं । हामी तपाईंलाई हामी आफ्नो निर्णय पुनर्विचार गर्न सक्छौं कि सक्दैनौं भन्ने जानकारी र यदि सक्छौं भने यसका लागि तपाईंले के गर्नु पर्छ भन्ने बारेमा जानकारी पनि दिने छौं ।
- **आफ्नो PHA संशोधन गर्ने अधिकार** - तपाईंलाई हामीसँग भएको तपाईंको PHA त्रुटिपूर्ण छ भन्ने लाग्छ भने तपाईंसँग हामीलाई सो जानकारी संशोधन वा परिवर्तन गर्न लगाउने अधिकार हुन्छ । यो अनुरोध लिखित रूपमा आउनु पर्छ र यसले सम्बन्धित जानकारी परिवर्तन गर्नु पर्ने कारण के हो बताउनु पर्छ । हामी निश्चित अवस्थामा तपाईंको अनुरोध अस्वीकार गर्न सक्छौं । उदाहरणको लागि, तपाईंले संशोधन गर्न चाहेको PHA हामीले सिर्जना गरेका हैनौं र उक्त जानकारीको सर्जक यस्तो संशोधन गर्न सक्षम छ भने हामी तपाईंको अनुरोध अस्वीकार गर्न सक्छौं । हामीले तपाईंको अनुरोध अस्वीकार गरेको खण्डमा हामी तपाईंलाई लिखित स्पष्टीकरण दिने छौं । तपाईं हाम्रो निर्णयमा असहमत भएर आफ्नो राय फेरि पेश गर्न सक्नुहुन्छ । यस्तो अवस्थामा हामी तपाईंले पठाएको राय तपाईंको संशोधन गर्ने चाहेको PHA मा समावेश गर्ने छौं । हामीले तपाईंको अनुरोध स्वीकार गरेको खण्डमा हामी तपाईंले तोकेका व्यक्ति लगायतका अन्य व्यक्तिलाई संशोधनको बारेमा जानकारी दिने सक्दो प्रयास गर्ने छौं । त्यस्तै, भविष्यमा तपाईंको जानकारी आदान प्रदान गर्दा संशोधित जानकारी आदान प्रदान गर्ने छौं ।
- **कोकोसँग जानकारी आदान प्रदान गरिएको छ भन्ने कुराको अभिलेख प्राप्त गर्ने अधिकार** - तपाईंसँग हामी वा हाम्रा व्यापारिक सहयोगीहरूले विगत 6 वर्षमा गरेको तपाईंको PHA को आदान प्रदानको अभिलेख माग्ने अधिकार हुन्छ । यसमा उपचार, भुक्तानी, स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी क्रियाकलापको सन्दर्भमा गरिएका आदान प्रदान वा तपाईंले अनुमति दिएका आदान प्रदान वा अन्य निश्चित आदान प्रदानहरू समावेश हुँदैनन् । तपाईंले 12 महिनाको अवधिका एक पटकभन्दा बढी यो अभिलेख मागेमा हामी तपाईंसँग उचित, लागतमा आधारित शुल्क लिन सक्छौं । हामी तपाईंले यस्तो अनुरोध गरेकै बेला कति शुल्क लाग्छ भन्ने बारेमा थप जानकारी दिन सक्छौं ।
- **उजुरी दायर गर्ने अधिकार** - तपाईंलाई आफ्नो गोपनीयता अधिकार हनन भएको छ वा हामीले आफ्ना गोपनीयता नीतिहरू उल्लंघन गरेका छौं भन्ने लाग्छ भने यो सूचनाको अन्तिममा दिएको विवरण प्रयोग गरेर लिखित रूपमा वा टेलिफोनबाट उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ ।

तपाईं Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights लाई

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ठेगानामा पत्राचार गरेर वा 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989) मा टेलिफोन गरेर वा www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ मा गएर पनि उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ ।

हामी तपाईंले उजुरी दायर गरेको कारणले तपाईंलाई कारबाही गर्ने छैनौं ।

- **यो सूचनाको प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने अधिकार** - तपाईं यो सूचनाको अन्त्यमा दिइएका सम्पर्क विवरणको प्रयोग गरेर जुनसुकै बेला यो सूचनाको प्रतिलिपि माग्न सक्नु हुन्छ । तपाईंले यो सूचना वेबसाइट वा इमेलबाट प्राप्त गर्नुभएको छ भने तपाईंसँग कागजी प्रतिलिपि पनि माग्ने र प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ ।

सम्पर्क विवरण

तपाईंसँग यो सूचना, तपाईंको PHA सम्बन्धी हाम्रा गोपनीयता अभ्यास वा आफ्नो अधिकार प्रयोग गर्ने तरिकाको बारेमा प्रश्नहरू छन् भने तपाईं तल दिइएको सम्पर्क विवरण प्रयोग गरेर हामीलाई लिखित वा मौखिक रूपमा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ ।

NH Healthy Families
Attn: Privacy Official 2
Executive Park Drive
Bedford, NH 03110
1-866-769-3085
(TDD/TTY 1-855-742-0123)

**भेदभाव नगरिने प्रतिबद्धता**

NH हेल्दी फेमेलिजले नागरिक अधिकारसम्बन्धी लागू हुने संघीय कानूनको पालना गर्छ र जात, रङ्ग, राष्ट्रियता, उमेर, अपाङ्गता वा लिङ्गको आधारमा भेदभाव गर्दैन । NH हेल्दी फेमेलिज जात, रङ्ग, राष्ट्रियता, उमेर, अपाङ्गता वा लिङ्ग वा यौनिक झुकावको आधारमा कसैलाई बहिष्कार वा भेदभाव गर्दैन । NH हेल्दी फेमेलिजले उमेर, जात, जातीयता, मानसिक वा शारीरिक अपाङ्गता, यौनिक झुकाव वा चाहना वा वैवाहिक स्थिति, वंशाणुगत जानकारी, भुक्तानीको श्रोत, लिङ्ग, रङ्ग, सम्प्रदाय, धर्म वा राष्ट्रियता वा वंशावलीको आधारमा हुने भेदभावलाई निषेध गर्छ ।

NH हेल्दी फेमेलिजले:

- अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई हामीसँग सञ्चार गर्ने सहज पार्न उनीहरूलाई निम्न लगायतका निःशुल्क उपकरण तथा सेवाहरू प्रदान गर्छ:
 - सांकेतिक भाषाको योग्य दोभाषे
 - अन्य (ठूलो प्रिन्ट, अडियो, पहुँचयोग्य विद्युतीय ढाँचा, अन्य ढाँचा) ढाँचामा लिखित जानकारी
- अंग्रेजी बोल्न नसक्ने व्यक्तिहरूलाई निम्न लगायतका निःशुल्क भाषा सेवा प्रदान गर्छ:
 - योग्य दोभाषेहरू
 - अन्य भाषामा लिखित जानकारी

तपाईं यी सेवाहरू चाहनुहुन्छ भने NH हेल्दी फेमेलिजको टेलिफोन 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123) मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिजले उमेर, जात, जातीयता, मानसिक वा शारीरिक अपाङ्गता, यौनिक झुकाव वा चाहना वा वैवाहिक स्थिति, वंशाणुगत जानकारी, भुक्तानीको श्रोत, लिङ्ग, रङ्ग, सम्प्रदाय, धर्म वा राष्ट्रियता वा वंशावलीको आधारमा हुने भेदभावलाई निषेध गर्छ । तपाईंलाई NH हेल्दी फेमेलिज यी सेवाहरू प्रदान गर्न सकेको छैन वा जात, रङ्ग, राष्ट्रियता, उमेर, अपाङ्गता वा लिङ्गको आधारमा आफूलाई भेदभाव गरेको छ भन्ने लाग्छ भने तपाईं निम्न संस्थामा उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ: Grievances and Appeals Coordinator, NH Healthy Families, 2 Executive Park Drive, Bedford, NH 03110, 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123), Fax 1-866-270-9943

तपाईं व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित भएर वा हुलाक, फ्याक्स वा इमेलबाट उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईं उजुरी दायर गर्ने सहयोग चाहनुहुन्छ भने NH हेल्दी फेमेलिजले तपाईंलाई सहयोग गर्ने छ । तपाईं NH DHHS ले गरेका नागरिक अधिकारसम्बन्धी पहलको समन्वय गर्ने प्रयोजनले नियुक्त गरिएका लोकपालको DHHS Office कार्यालयमार्फत पनि भेदभावसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ: State of New Hampshire, Department of Health and Human Services, Office of the Ombudsman, 129 Pleasant Street, Concord, NH 03301-3857; (603) 271-6941 or (800) 852-3345 ext. 6941, FAX (603) 271-4632, TDD Access: relay NH 1-800-735-2964; E-mail: ombudsman@dhhs.nh.gov.

तपाईं स्वास्थ्य तथा मानव सेवाको अमेरिकी विभाग, नागरिक अधिकार कार्यलयसमक्ष विद्युतीय रूपले पनि नागरिक अधिकारसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ । यसका लागि तपाईंले नागरिक अधिकार कार्यालयको उजुरी पोर्टल <https://www.ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> रहेको फाराम भर्नु पर्छ । तपाईं पत्रबाट वा फोनबाट निम्न संस्थालाई सम्पर्क गरेर पनि उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ : U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

उपलब्ध अन्य भाषाहरू

Spanish: Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de NH Healthy Families, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-866-769-3085 (TTD/TTY 1-855-742-0123)

French: Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos NH Healthy Families, vous avez le droit de bénéficier sans payer d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-866-769-3085 (TTD/TTY 1-855-742-0123)

Chinese: 如果您, 或是您正在協助的對象, 有關於 NH Healthy Families 方面的問題, 您有權利以您的母語得到不收費的幫助和訊息。如果要與翻譯員講話, 請撥電話 1-866-769-3085 (TTD/TTY 1-855-742-0123)

Nepali: तपाईं वा तपाईंले सहयोग गरिरहनुभएको व्यक्तिसँग NH Healthy Families बारे प्रश्नहरू छन् भने तपाईंले बुझ्ने भाषामा लागत बिना सहायता र जानकारी पाउनुहुन्छ । दोभाषेसँग कुरा गर्न 1-866-769-3085 (टिटिवाई प्रयोगकर्ताले 1-855-742-0123) मा फोन गर्नुहोस् ।

Vietnamese: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về NH Healthy Families, quý vị sẽ có quyền được giúp đỡ và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình mà không phải trả tiền. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-866-769-3085 (TTD/TTY 1-855-742-0123)

Portuguese: Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o NH Healthy Families, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-866-769-3085 (TTD/TTY 1-855-742-0123)

Greek: Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε, έχετε ερωτήσεις σχετικά με την NH Healthy Families, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας, χωρίς χρέωση. Για να μιλήσετε με διερμηνέα, καλέστε το 1-866-769-3085 (TTD/TTY 1-855-742-0123)

Arabic: إذا كان لديك أو لدى أي شخص تساعده أسئلة حول NH Healthy Families، فيحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون أي تكلفة. للتحدث إلى مترجم شفهي، اتصل بالرقم 1-866-769-3085 (الهاتف النصي 1-855-742-0123 TTD/TTY)

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमवार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



Serbo-Croatian: Ako Vi ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi NH Healthy Families, imate pravo na pomoć i informaciju na sopstvenom jeziku bez ikakvih troškova. Ukoliko želite da pričate sa prevodiocem, pozovite broj 1-866-769-3085 (TTD/TTY 1-855-742-0123)

Indonesian: Jika Anda, atau orang yang Anda bantu, memiliki pertanyaan tentang NH Healthy Families, Anda berhak mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda tanpa dikenakan biaya. Untuk berbicara dengan juru bicara, hubungi 1-866-769-3085 (TTD/TTY 1- 855-742-0123)

Korean: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 NH Healthy Families 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 고려한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1- 866-769-3085 (TTD/TTY 1-855-742-0123) 로 전화하십시오.

Russian: В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования NH Healthy Families вы имеете право получить помощь и информацию на своем родном языке без оплаты. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-866-769-3085 (TTD/TTY 1-855-742-0123)

French Creole: Si oumenm, oubyen yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou NH Healthy Families, ou gen tout dwa pou w jwenn èd ak enfòmasyon nan lang manman w san sa pa koute w anyen. Pou w pale avèk yon entèprèt, sonnen nimewo 1-866-769-3085 (TTD/TTY 1-855-742-0123)

Kinyarwanda: Niba wowe cyangwa undi muntu wese uri gufasha yaba afite ikibazo kijyanye na NH Healthy Families, ufite uburenganzira bwo guhabwa amakuru mu rurimi wunva Nta kiguzi. Kugira ngo uvugane n'umusobanuzi, Hamagara 1-866-769-3085 (TTD/TTY 1-855-742-0123)

Polish: Jeżeli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania na temat planów oferowanych za pośrednictwem NH Healthy Familie, macie prawo poprosić o pomoc i informacje w języku ojczystym bez ponoszenia kosztów. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, zadzwoń pod numer 1-866-769-3085 (TTD/TTY 1-855-742-0123).

अध्याय 13. छोटकरी नाम र महत्वपूर्ण शब्दको परिभाषाहरू

खण्ड 13.1 छोटकरी नाम

| छोटकरी नाम | विवरण |
|----------------|--|
| AAC | Augmentative Alternative Communication |
| AIDS | Acquired Immune Deficiency Syndrome |
| APRN | Advance Practice Registered Nurse |
| BiPAP | Bilevel Positive Airway Pressure |
| BMI | Body Mass Index |
| CMS | Centers for Medicare and Medicaid Services |
| COBRA | Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA) |
| COPD | Chronic Obstructive Pulmonary Disease |
| CPAP | Continuous Positive Airway Pressure |
| DESI | Drug Efficacy Study Implementation |
| DME | Durable Medical Equipment |
| EOB | Explanation of Benefits |
| EPSDT | Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment |
| ET | Eastern Time |
| FDA | Food and Drug Administration |
| FFS | Fee-for-Service |
| FQHC | Federally Qualified Health Center |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus |
| HRAS | Health Risk Assessment Screening |
| IUD | Intrauterine Device |
| IV | Intravenous |
| LADC | Licensed Alcohol Drug Counselor |
| LDCT | Low Dose Computed Tomography |
| LPN | Licensed Practical Nurse |
| LTC | Long-term Care |
| MLADC | Masters Licensed Alcohol and Drug Counselor |
| NEMT | Non-emergency Medical Transportation |
| NH | New Hampshire |
| NH DHHS | New Hampshire Department of Health and Human Services |
| OB/GYN | Obstetrics/Gynecology |
| OT | Occupational Therapy |
| OTC | Over-the-Counter (Drugs) |
| PCP | Primary Care Provider (or Physician) |
| PAP | Premium Assistance Program |
| PSA | Prostate Specific Antigen |

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00

| छोटकरी नाम | विवरण |
|------------|--|
| PT | Physical Therapy |
| RHC | Rural Health Center |
| RN | Registered Nurse |
| SBIRT | Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment |
| ST | Speech Therapy |
| STI | Sexually Transmitted Infection |
| SUD | Substance Use Disorder |
| TMJ | Temporomandibular Joint |

खण्ड 13.2 महत्वपूर्ण शब्दहरूको परिभाषा

दुरुपयोग – दुरुपयोग यस्ता अभ्यासहरू हुन् जसले मेडिकएड कार्यक्रमलाई प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा अनावश्यक लागत तिर्न लगाउँछन् । सदस्यहरूलाई चिकित्सकीय रूपले आवश्यक, गुणस्तरीय र सुफत मूल्यका सेवा दिनु पर्ने नियमको पालना नगर्नुले पनि दुरुपयोग सिर्जना गर्छ । यसको उदाहरणमा: अनावश्यक चिकित्सा सेवाको लागि बिल जारी गर्ने, सेवा वा वस्तुको बढी रकम लिनु, दाबीसम्बन्धी कोड अनकोड वा अनबन्डल गरेर गलत प्रयोग गर्नु आदि पर्छन् ।

कारबाही – योजनाले तपाईंको स्वास्थ्य सेवा आंशिक वा पूर्ण रूपमा अस्वीकार गरेको, कम गरेको, रोकेको वा अन्त्य गरेको अवस्था । समेटिने सेवा तथा अन्य कारबाहीसम्बन्धी थप जानकारीको लागि, अध्याय 10 (योजनाको कुनै निर्णय वा “कारबाही” विरुद्ध पुनरावेदन गर्नु पर्यो भने के गर्ने) हेर्नुहोस् ।

अग्रिम निर्देशन – तपाईंलाई आफ्नो भविष्यको चिकित्सा स्याहारको सन्दर्भमा निर्देशन दिन दिने कानुनी कागजात । तपाईं आफ्नो स्वास्थ्यको बारेमा आफै निर्णय लिन सक्नुहुन्न भने अरू कसैलाई यस्तो निर्णय लिन लगाउन सक्नुहुन्छ । खण्ड 9.3 (तपाईंको स्वास्थ्य उपचारसम्बन्धी अग्रिम स्याहार योजना) पनि हेर्नुहोस् ।

वार्षिक भर्ना अवधि – तपाईंले प्रत्येक वर्ष बिमा परिवर्तन गर्न पाउने समय । यो समय सामान्यता नोभेम्बर 1 देखि डिसेम्बर 31 बीचमा पर्छ (मिति फरक हुन सक्छ) ।

अपिल – योजनाले सेवा वा भुक्तानीको लागि तपाईंले गर्नुभएको अनुरोध अस्वीकार गर्ने निर्णयसँग तपाईं सहमत नहुँदा गरिने कारबाही । योजनाले तपाईंले प्राप्त गरिरहेका सेवा रोक्ने वा घटाउने निर्णय गरेमा र तपाईं उक्त निर्णयसँग सहमत हुनुहुन्न भने पनि तपाईं अपिल गर्न सक्नुहुन्छ । थप जानकारीको लागि, अध्याय 10 (योजनाको कुनै निर्णय वा “कारबाही” विरुद्ध अपिल गर्नु पर्यो भने के गर्ने) हेर्नुहोस् ।

स्वीकृति – “अग्रिम स्वीकृति” को परिभाषा हेर्नुहोस् ।

अधिकृत प्रतिनिधि वा व्यक्तिगत प्रतिनिधि – तपाईंले आफ्नो पक्षबाट काम गर्ने अधिकार दिनुभएको व्यक्ति । तपाईंको प्रतिनिधि योजनालाई सूचना प्रदान गर्न र तपाईंको पक्षबाट योजनाले तपाईंलाई दिने सूचना प्राप्त गर्न सक्छन् । थप जानकारीको लागि खण्ड 2.13 (अन्य महत्वपूर्ण सूचना: तपाईं अधिकृत प्रतिनिधि वा व्यक्तिगत प्रतिनिधि छान्न सक्नुहुन्छ) हेर्नुहोस् ।

ब्यालेन्स बिलिङ – कुनै प्रदायकले सदस्यसँग योजनाले सहभुक्तानी गर्ने रकमभन्दा बढी रकम वा योजनाले दिएको

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



भुक्तानी घटाएपछि अपुग हुने रकम असुलेको अवस्था । योजनाको सदस्यले प्रेस्कृप्सन औषधी लिँदा सहभुक्तानी पनि गर्नु पर्ने हुन सक्छ । हामी प्रदायकहरूलाई “अपुग रकमको बिल” जारी गर्न वा तपाईंसँग तपाईंले तिर्नु पर्ने रकमभन्दा बढी रकम लिन निषेध गर्छौं ।

व्यवहारगत स्वास्थ्यसम्बन्धी आपत्कालीन अवस्था – यो अवस्था हो जसमा कुनै व्यक्तिलाई सुरक्षित र थेरापेटिक वातावरणमा जाँचिनु र उपचार गरिनु पर्छ वा ती व्यक्ति आफू र अरूका लागि जोखिम भएका छन् वा ती व्यक्ति उपचारको लागि तयार छैनन् र तिनको व्यवहार सम्हाल्न नसकिने गरी बिग्रिएको छ ।

व्यवहारगत स्वास्थ्य सेवा – व्यवहारगत स्वास्थ्य सेवा मानसिक स्वास्थ्य र/वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनसम्बन्धी सेवाको अर्को नाम हो ।

सुविधा वर्ष – सुविधासम्बन्धी सीमा लागू हुने 12 महिनाको अवधि ।

ब्रान्ड नामसहितको औषधी – जुन कम्पनीले तयार गरेको हुन्छ त्यही कम्पनीले बेच्ने प्रेस्कृप्सन औषधी । ब्रान्ड नामसहितका औषधीमा पनि जेनेरिक औषधीमा भएकै तत्वहरू हुन्छ ।

स्याहार संयोजन- स्याहार संयोजनले योजनाले सदस्यहरूलाई आवश्यक सेवा र सामुदायिक सहयोग लिन मद्दत गर्न गर्ने गरेको अभ्यासलाई जनाउँछ । स्याहार संयोजकहरूले सदस्यको स्वास्थ्य स्याहार टोलीमा रहेका प्रदायकहरूसँग प्रत्येक प्रदायकले प्रदान गरेका सेवा लगायतका सदस्यलाई प्रदान गरिएका सबै सेवा तथा सहयोगको जानकारी छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्छन् । थप जानकारीको लागि खण्ड 5.2 (*स्याहार समन्वयसम्बन्धी सहयोग*) हेर्नुहोस् ।

मेडिकेयर तथा मेडिकएड सेवाको केन्द्र (CMS) – मेडिकेयर र मेडिकएड कार्यक्रम चलाउने संघीय एजेन्सी ।

सेवाको निरन्तरता – योजना परिवर्तन होइरहँदा पनि दीर्घकालीन वा जटिल रोगको लागि दिइने सेवा जारी राख्ने काम । थप जानकारीको लागि खण्ड 5.3 (*स्याहारको निरन्तरता*) हेर्नुहोस् ।

सहभुक्तानी – तपाईंले चिकित्सा वस्तु वा सेवा लिँदा, चिकित्सकलाई भेट्दा, अस्पतालको बहिरङ्ग विभागबाट सेवा लिँदा वा प्रेस्कृप्सन औषधी किन्दा तिर्नु पर्ने हुने सक्ने तपाईंको भागको रकम । हाम्रो योजना तपाईंले प्रेस्कृप्सन औषधीको सहभुक्तानी गर्नु पर्ने हुन सक्छ ।

लागतको बाँडफाँड – यो शब्दले स्वास्थ्य सेवा प्रेस्कृप्सन औषधीको कुल खर्च मध्ये तपाईंको भागमा पर्ने खर्च जनाउँछ । यसलाई सदस्यले आफ्नो खल्तीबाट तिर्नु पर्ने रकम पनि भनिन्छ ।

सेवा दिने वा नदिने बारेमा गरिएको निर्णय – कुनै औषधी वा सेवा समेट्ने वा नसमेट्ने भन्ने बारेमा गरिएको यकिन वा निर्णय । यो निर्णयमा प्रेस्कृप्सन औषधीबापत तपाईंले सहभुक्तानी गर्नु पर्ने रकमसम्बन्धी जानकारी पनि समावेश हुन्छ ।

समेटिने सेवाहरू- मा हाम्रो योजनाले समेट्ने सबै स्वास्थ्य स्याहार सेवा, प्रेस्कृप्सन औषधी, आपूर्ति र उपकरणहरू पर्छन् । न्यु ह्याम्पशायरको स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागका नियमहरू (अध्याय He-W, He-E, He-C, He-M, and He-P) ले यो योजनाले समेटिने सेवाहरूको वर्णन गर्छ । यी नियमहरू http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.htm मा उपलब्ध छन् । समेटिने सेवाहरूको बारेमा थप जान्न अध्याय 4 मा उल्लिखित सुविधा चार्ट हेर्नुहोस् ।

सहभागिता फिर्ता वा निष्कासन – तपाईंको सदस्यता अन्त्य गर्ने प्रक्रिया । तपाईं आफै सहभागिता फिर्ता लिन सक्नुहुन्छ वा तपाईंलाई योजनाबाट निष्कासन गर्न पनि सकिन्छ ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



टिकाउ चिकित्सा उपकरण (DME) – तपाईंको चिकित्सकले चिकित्सकीय कारणले माग गरेका निश्चित उपकरणहरू । DME टिकाउ र बारम्बार प्रयोग गर्न मिल्ने, मुख्य रूपले जटिल वा दीर्घकालीन रोग वा चोटपटकको उपचारको प्रयोजनको लागि प्रयोग हुने, रोग नलागेको बेला प्रयोग गर्न नमिल्ने, र घरमा प्रयोग गर्न मिल्ने खालका हुन्छन् ।

आपत्कालिन चिकित्सा स्याहार वा आपत्कालिन सेवा – आपत्कालिन अवस्था आउँदा लिइने चिकित्सा सेवा । थप जानकारीको लागि खण्ड 3.6 (*आपत्कालिन, जरुरी वा बेसमयको सेवा*) हेर्नुहोस् ।

आपत्कालीन चिकित्सा अवस्था – तपाईं वा स्वास्थ्यको औसत ज्ञान भएको कुनै व्यक्ति तुरुन्तै उपचार नगरेको खण्डमा कसैको ज्यान जान, अङ्गभङ्ग हुन वा शरीरको अङ्ग वा भागले काम गर्न छोड्छ भन्ने कुरामा विश्वास गर्नुहुन्छ भन्ने कुरामा विश्वास गर्नुहुन्छ भने "आपत्कालिन अवस्था" सृजित भएको मानिन्छ । यसका लक्षणहरू साह्रो हुँदै गरेको रोग, चोटपटक, असह्य पिडा वा चिकित्सा अवस्था हुन सक्छन् । वा बेथा लागेकी गर्भवती महिलाको हकमा ती महिलालाई अर्को अस्पतालमा लग्ने पर्याप्त समय छैन वा अर्को अस्पतालमा लगेको खण्डमा आमा तथा बच्चा दुबैको ज्यान जोखिममा पर्छ भने "आपत्कालिन अवस्था" सृजित भएको मानिन्छ ।

आपत्कालिन स्वास्थ्य सेवाको लागि यातायात – सदस्यहरूलाई आपत्कालीन अवस्थामा सकेसम्म चाँडो सेवा अस्पताल पुर्याउन प्रयोग हुने एम्बुलेन्स जस्ता विशेषज्ञ सेवाहरू ।

आपत्कालीन कक्ष वा आपत्कालीन विभाग – चिकित्सकीय आपत्कालीन अवस्थामा उपचार गर्ने, सामान्यतया अस्पतालभित्र रहेको स्थान

नसमेटिने सेवाहरू – योजनाले नसमेट्ने स्वास्थ्य सेवा तथा औषधीहरू ।

जालसाजी – कुनै व्यक्ति वा व्यवसायले आफू, अरू कुनै व्यक्ति वा व्यवसायलाई अनधिकृत फाइदा दिने प्रयोजनका लागि गर्ने जानीजानी छल्ल वा गलत जानकारी दिन्छ भने जालसाजी भएको मानिन्छ ।

जेनेरिक औषधी – जेनेरिक औषधी यस्तो प्रेस्कृप्सन औषधी हो जसमा पनि ब्रान्ड नाम भएको औषधीमा हुने तत्वहरू नै हुन्छन् । सामान्यतया जेनेरिक औषधीको मूल्य ब्रान्ड नाम भएको औषधीको भन्दा कम हुन्छ । खाद्यान्न तथा औषधी प्रशासन विभाग (FDA) का अनुसार यी औषधीहरू पनि ब्रान्ड नामसहितका औषधी जतिकै सुरक्षित र प्रभावकारी हुन्छन् ।

Granite Advantage – राज्यले मेडिकएडले व्यवस्थापन गरेको स्याहार योजनासँग सम्झौता गरेर Granite Advantage का सदस्यहरूलाई स्वास्थ्य बिमा सेवा प्रदान गर्छ ।

उजुरी – योजनाले गरेको कारबाही बाहेकका कुराहरूमा असन्तुष्टि व्यक्त गर्न सदस्यले प्रयोग गर्ने प्रक्रिया । उजुरीले प्रदान गरिएको स्याहार वा सेवाको गुणस्तर, प्रदायक वा कर्मचारीहरूको व्यवहार जस्ता व्यक्तिगत सम्बन्धका कुराहरू वा सदस्यको अधिकारको सम्मान गर्ने असफलता लगायतका कुराहरू समावेश हुन्छन् । योजनाले सेवा दिने वा नदिने बारेमा निर्णय गर्न ढिलाइ गरेको अवस्था छ भने उजुरीमा यो कुराको विरोध गर्ने अधिकार पनि समावेश हुन्छ । थप जानकारीको लागि, अध्याय 10 (*योजनाको कुनै निर्णय वा "कारबाही" विरुद्ध अपिल गर्नु पर्यो भने के गर्ने*) हेर्नुहोस् ।

(शारीरिक) क्षमता अभिवृद्धि सेवा तथा यन्त्रहरू – यस्ता सेवा तथा यन्त्रहरू जसले कुनै व्यक्तिलाई दैनिक जीवनका लागि आवश्यक सीप वा कार्य क्षमता कायम राख्न, सिक्न वा सुधार गर्न सहयोग गर्छन् । यी सेवाहरूमा

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



अपाङ्गता भएमा व्यक्तिहरूलाई विभिन्न बहिरङ्ग स्वास्थ्य संस्थामा प्रदाय गरिने थेरापी तथा सेवाहरू समावेश गर्छ ।

स्वास्थ्य बिमा – बीमित (कहिलेकाहीँ सदस्य भनिने) ले तिर्नुपर्ने चिकित्सा, शल्यक्रिया वा अन्य स्वास्थ्य सेवाको खर्च बहन गर्ने एक प्रकारको बिमा । स्वास्थ्य बिमाले बीमितले रोग वा चोटपटक बापत तिरेको खर्च फिर्ता दिन्छ वा सो सेवा बापत प्रदायकलाई सिधै भुक्तानी दिन्छ ।

गृह स्वास्थ्य सहयोगी – गृह स्वास्थ्य सहयोगीले मान्यता प्राप्त नर्स वा थेरापिष्टको सेवा नचाहिने खालका व्यक्तिगत स्याहार (नुहाउने, बाथरुम प्रयोग गर्ने, कपडा लगाउने) जस्ता सेवा प्रदान गर्छ ।

गृह स्याहार सेवा वा गृह स्वास्थ्य सेवा – यी सेवाहरूमा निम्न कुरा पर्छन्: पार्ट टाइम नर्स वा गृह स्वास्थ्य सहयोगीको सेवा, टिकाउ उपकरण तथा आपूर्ति र थेरापीहरू थप जानकारीको लागि यो पुस्तिकाको अध्याय 4 मा रहेको सुविधा चार्ट हेर्नुहोस् ।

हस्पिटल सेवा – रोग यही तरिकाले बढेमा 6 महिना वा सोभन्दा कम बाँच्ने सदस्यहरूलाई प्रदान गरिने सेवा ।

अस्पताल भर्ना – सीपयुक्त चिकित्सा सेवाको लागि औपचारिक रूपमा अस्पतालमा बसेर सेवा लिनु । थप जानकारीको लागि यो पुस्तिकाको अध्याय 4 मा रहेको सुविधा चार्ट (*बहिरङ्ग स्वास्थ्य सेवा*) हेर्नुहोस् ।

बहिरङ्ग सेवा – अस्पताल भर्ना नभइकन लिन मिल्ने चिकित्सा सेवाहरू । यस्तो सेवा प्रदायकको कार्यालय वा अस्पतालमा प्राप्त गर्न सकिन्छ । उदाहरणको लागि, योसँग सम्बन्धित सबै सेवाहरू प्रदायकको कार्यालय वा बहिरङ्ग शल्यक्रिया केन्द्रमा दिइन्छन् ।

प्रारम्भिक भर्ना अवधि – तपाईं मेडिकएडले प्रदान गर्ने बिमामा सहभागी पहिला पटक हुन योग्य हुनुभएको अवधि ।

समेटिने औषधीको सूची (फर्मुलरी वा "औषधीको सूची") – समेटिने प्रेस्कृप्सन औषधीहरूको सूची । यो सूचीमा ब्रान्ड नामसहितका र जेनेरिक दुबै औषधीहरू समावेश हुन्छन् ।

मेडिकएड (वा चिकित्सा सहायता) – मेडिकएड योग्य बालबालिका, आश्रित बालबालिका सहितका वयस्क, गर्भवती महिला, जेष्ठ नागरिक तथा अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने प्रयोजन राज्य तथा संघले स्थापित गरेको संयुक्त बिमा कार्यक्रम हो ।

चिकित्सकीय रूपले आवश्यक - यसले तपाईंको स्वास्थ्य अवस्था राम्रो पार्न, रोगको निदान र उपचार गर्न तथा चिकित्सा अभ्यासको मापदण्ड पूरा गर्न आवश्यक सेवा, आपूर्ति वा औषधीलाई जनाउँछ । चिकित्सकीय रूपले आवश्यक सेवाको बारेमा थप जानकारीको लागि, खण्ड 6.1 (*चिकित्सकीय रूपले आवश्यक सेवा*) हेर्नुहोस् ।

मेडिकेयर – 65 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरका सदस्यलाई स्वास्थ्य सेवा दिने संघीय बिमा कार्यक्रम । मेडिकेयर सेवा प्राप्त गर्ने अरू व्यक्तिहरूमा अपाङ्गता भएका 65 वर्ष मुनिका व्यक्ति र, अन्तिम चरणको मृगौला रोग भएका व्यक्ति (मृगौला बिग्रिएकाले डाइलासिस गर्नु पर्ने वा मृगौला फेर्नु पर्ने व्यक्तिहरू) पर्छन् ।

सदस्य (हाम्रो योजनाको सदस्य वा "योजनाको सदस्य") – हाम्रो योजनामा सेवाग्राहीको रूपमा सहभागी भएको व्यक्ति ।

ग्राहक सेवा – हाम्रो योजनाको सदस्यता तथा सुविधासँग सम्बन्धित तपाईंका प्रश्नहरूको जबाफ दिने उत्तरदायित्व भएको हाम्रो योजना अन्तर्गतको विभाग । (ग्राहक सेवा विभागको टेलिफोनहरू यो हाते पुस्तिकाको

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



खोलको पछाडिको भागमा प्रिन्ट गरिएका छन् ।)

मानसिक स्वास्थ्य संकट – कुनै व्यक्तिले आफू वा आफू वरिपरिका व्यक्तिलाई हानी गर्ने अवस्था छ वा ती व्यक्ति आफ्नो सीप र उपलब्ध श्रोतको प्रयोग गरेर आफ्नो समस्या समाधान गर्न सकिरहेका छैनन् भने ती व्यक्ति मानसिक स्वास्थ्यसम्बन्धी समस्यासँग जुधिरहेका छन् । तनाव, शारीरिक रोग, कार्यस्थल वा विद्यालयको समस्या, पारिवारिक परिस्थितिमा आएको परिवर्तन, सामुदायिक आघात वा हिंसा जस्ता विविध कुराले मानसिक स्वास्थ्यसम्बन्धी समस्या सृजना गर्न सक्छन् । यी समस्याहरू सबैका लागि मुस्किल हुन्छन् तर मानसिक रोगसँग जुधिरहेका व्यक्तिहरूका लागि यी समस्याहरू झनै मुस्किल हुन्छ ।

सञ्जाल – योजनाका सदस्यलाई समेटिने सेवाहरू प्रदान गर्न योजनासँग सम्झौता गरेका प्रदायक तथा स्वास्थ्य संस्थाहरूको समूह ।

सञ्जालभित्रका प्रदायक - यो शब्दले यो योजनासँग सम्झौता गरेका, हामीले दिन भुक्तानी लिने, तपाईंले प्रेस्कृप्सन वापत गरेको आंशिक भुक्तानीलाई पूर्ण भुक्तानीको रूपमा स्वीकार गर्ने चिकित्सक, औषधी पसल र अन्य स्वास्थ्यकर्मी, चिकित्सा समूह, अस्पताल, टिकाउ चिकित्सा उपकरणको आपूर्तिकर्ता र स्वास्थ्यसम्बन्धी अन्य संस्थाहरू बुझाउँछ । हामीले आफ्ना सदस्यहरूलाई समेटिने सेवाहरू प्रदान गर्ने प्रयोजनका लागि यी प्रदायकहरूको व्यवस्था गरेका छौं ।

न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड – योजनाले NH DHHS सँग सम्झौता गरेर न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड मा सहभागी वा यसमा सहभागी वा न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड छात्रे सदस्यहरूलाई व्यवस्थित उपचार सेवा प्रदान गर्छ ।

आपत्कालिन बाहेकका चिकित्सकीय सेवा लिन जाने यातायात सेवा (NEMT) – तपाईं प्रदायकको कार्यालय वा स्वास्थ्य संस्थामा जाने यातायात खर्च तिर्न सक्नुहुन्न भने योजनाले यो खर्च ब्योहोर्छ । योजनाले न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले समेट्ने चिकित्सकीय रूपले आवश्यक अध्याय 4 मा रहेको सुविधा चार्ट (यातायात सेवा- आपत्कालिन बाहेकका चिकित्सा यातायात सेवा (NEMT) मा उल्लिखित समेटिने सेवा लिन जाने आपत्कालिन बाहेकका चिकित्सा यातायात सेवाको खर्च ब्योहोर्छ ।

सहभागी नभएको प्रदायक – “सञ्जाल बाहिरको प्रदायक, सञ्जाल बाहिरको औषधी पसल वा सञ्जाल बाहिरको स्वास्थ्य संस्था” को परिभाषा हेर्नुहोस् ।

सिफारिस नगरिएका औषधी – सिफारिस गरिएको औषधीको सूची (PDL) मा नरहेको औषधीलाई सिफारिस नगरिएको औषधी भनिन्छ ।

सञ्जाल बाहिरको प्रदायक, सञ्जाल बाहिरको औषधी पसल वा सञ्जाल बाहिरको स्वास्थ्य संस्था – योजनाले काममा नराखेको, सञ्जाल नगरेको वा योजनाको स्वामित्वमा नरहेको वा योजनाको सदस्यलाई समेटिने सेवा दिन सम्झौता नगरेको प्रदायक, औषधी पसल वा स्वास्थ्य संस्था । अध्याय 3 (समेटिने सेवा प्राप्त गर्न NH हेल्दी फेमेलिजको प्रयोग गर्ने तरिका) हेर्नुहोस् ।

आफ्नै गोजीबाट गर्नु पर्ने भुक्तानी – “लागत-बाँडफाँड” परिभाषा हेर्नुहोस् ।

सहभागी प्रदायक – “सञ्जालभित्रको प्रदायक” को परिभाषा हेर्नुहोस् ।

व्यक्तिगत प्रतिनिधि – “अधिकृत प्रतिनिधि वा व्यक्तिगत प्रतिनिधि” को परिभाषा हेर्नुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

सोमबार – बधवार बिहान 8:00 बजेदेखि साँझ 8:00 बजेसम्म, बिहिबार - शक्रबार बिहान 8:00



चिकित्सकीय सेवा- मान्यता प्राप्त चिकित्सकीय सेवा प्रदायकले प्रदान गर्ने सेवा ।

योजना – यो पुस्तिकाको प्रयोजनका लागि यो शब्दले सामान्यतया न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएड का योग्य सेवाग्राहीहरूलाई मेडिकएडले व्यवस्थित गरेका उपचार सेवा प्रदान गर्नका लागि NH DHHS सँग सम्झौता गरेको मेडिकएडले व्यवस्थापन गरेको स्याहार संगठनलाई जनाउँछ ।

उपचार पछिको स्थिरीकरण सेवा – कुनै आपत्कालीन सेवा दिइसकेपछि निजको रोग बढ्न नदिन, सुधार्न वा निको पार्न दिइने समेटिने सेवाहरू ।

पूर्वस्वीकृति – “अग्रिम स्वीकृति” को परिभाषा हेर्नुहोस् ।

सिफारिस गरिएको औषधीको सूची- यो सूचीमा चिकित्सक र फार्मासिस्टहरूको टोलीको सहयोगबाट मिहिन तरिकाले छानिएका जेनेरिक तथा ब्रान्ड नाम सहितका औषधीहरू समावेश छन् । NH हेल्दी फेमेलिजको यो सूचीलाई सिफारिस गरिएको समेटिने औषधीको सूची (PDL) भनिन्छ ।

प्रिमियम – कुनै सदस्य वा अन्य पक्षले स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने प्रयोजनका लागि बिमा कम्पनी वा स्वास्थ्य स्याहार योजनालाई आवधिक रूपमा तिर्ने रकम । न्यु ह्याम्पशायर मेडिकएडले व्यवस्थित गरेको योजनामा प्रिमियम तिर्नु पर्दैन ।

प्रेस्कृप्सन औषधीहरू – सञ्जालभित्रको औषधी पसलबाट लिँदा खर्च ब्योहोरिने ।

समेटिने प्रेस्कृप्सन औषधीहरू – समेटिने औषधीहरू जनाउन प्रयोग हुने शब्द ।

प्राथमिक स्याहार प्रदायक (PCP) – तपाईंले आफ्नो प्रायजसो स्वास्थ्य समस्याको लागि पहिला भेट्नु पर्ने व्यक्ति । तपाईं स्वस्थ रहनुहोस् भन्नका लागि यी प्रदायकले तपाईंलाई आवश्यक स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न सहयोग गर्छन् । उहाँले अन्य चिकित्सक र प्रदायकहरूसँग तपाईंको स्वास्थ्यको बारेमा छलफल गर्न पनि सक्नुहुन्छ । खण्ड 3.1 (तपाईंको प्राथमिक स्याहार प्रदायक (PCP) ले तपाईंलाई चिकित्सा सेवा दिनुका साथै तपाईंको सेवाको स्याहार व्यवस्थापन गर्छन्) हेर्नुहोस् ।

अग्रिम स्वीकृति – सेवा वा औषधी लिन आवश्यक अग्रिम अनुमति । तपाईंको चिकित्सकले अग्रिम स्वीकृति लिएको अवस्थामा मात्रा केही सेवा वा औषधीको खर्च ब्योहोरिन्छ । कुन कुन सेवाको लागि अग्रिम स्वीकृति लिनुपर्छ भन्ने कुराको जानकारी अध्याय 4 दिइएको छ

प्रदायक- यो शब्दले चिकित्सा सेवा र उपचार प्रदान गर्ने प्रयोजनका लागि राज्यले अनुमति दिएका चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई बुझाउँछ । यो शब्दले अस्पताल र औषधी पसल जस्ता स्वास्थ्यसम्बन्धी अन्य निकाय पनि समेट्छ ।

मात्राको सीमा – कुनै औषधीको गुणस्तर, सुरक्षितपना वा उपयोगिता कायम गर्ने प्रयोजनका लागि उक्त औषधीको प्रयोगमा तोकिएको सीमा हामीले खर्च ब्योहोर्ने औषधीमा वा खर्च ब्योहोर्ने अवधिमा सीमा लगाउन सकिन्छ ।

पुनर्सुधार सेवा तथा यन्त्रहरू – कुनै रोग, दुर्घटना वा महत्वपूर्ण शल्यक्रियापछि निको हुन तपाईंलाई सहयोग गर्ने उपचार वा उपकरणहरू ।

सेवा क्षेत्र – स्वास्थ्य योजनाले सदस्यहरूको वासस्थान र आफूले सेवा दिने क्षेत्रको आधारमा सदस्यहरूलाई आफ्नो योजनामा सहभागी गराउँछन् । NH हेल्दी फेमेलिज राज्यभरि क्रियाशिल छ ।



सीपयुक्त नर्सिङ स्याहार- मध्यम स्तरीय सेवाको प्रकार जसमा नर्सिङ होम वा स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना भएको व्यक्तिलाई सामान्यभन्दा बढी स्याहार चाहिन्छ र यस्तो स्याहार सामान्यतया मान्यताप्राप्त नर्सिङ कर्मचारी वा सहयोगीबाट प्राप्त हुन्छ ।

विशेषज्ञ –विशेष रोग वा शरीरको विशेष भागको उपचार गर्ने चिकित्सकलाई विशेषज्ञ भनिन्छ ।

स्टेप थेरापी – तपाईंको चिकित्सकले सिफारिस गरेको औषधीको खर्च ब्योहोर्नुभन्दा अगाडि तपाईंलाई त्यस्तै काम गर्ने अर्को औषधी सेवन गर्न लगाइन्छ । यसैलाई स्टेप थेरापी भनिन्छ ।

जरुरी उपचार वा जरुरी रूपमा आवश्यक स्वास्थ्य सेवा – गैर-आपत्कालिन, अनपेक्षित रोग, चोटपटक वा उपचार नगरेको खण्डमा झन् खराब हुने खालको अवस्थाहरूको उपचार गर्न चाहिने सेवाहरूलाई जरुरी उपचार सेवा भनिन्छ । यस्ता अवस्थाहरू आपत्कालिन अवस्था नभए पनि यी अवस्थाको उपचार गरिनु पर्ने हुन्छ । यस्तो सेवा सञ्जालभित्रको प्रदायक वा सञ्जालभित्रका प्रदायक उपलब्ध नभएको अवस्थामा सञ्जाल बाहिरको प्रदायकले प्रदान गर्न सक्छन् । नियमित स्वास्थ्य स्याहारलाई जरुरी सेवा भनिँदैन । थप जानकारीको लागि खण्ड 3.6 (आपत्कालिन, जरुरी वा बेसमयको सेवा) हेर्नुहोस् ।

क्षति – यो पुस्तिकाको प्रयोजनका लागि क्षति शब्दले सेवाको प्रयोग बढी हुँदा वा गलत तरिकाले बिल तयार गरिँदा आउने अतिरिक्त शुल्क लाग्ने अवस्थालाई जनाउँछ । क्षति भूलबस पनि हुन सक्छ । थप जानकारीको लागि खण्ड 2.12 (जालसाजी, अनावश्यक प्रयोग वा गलत प्रयोगसम्बन्धी शंकास्पद घटनाको बारेमा रिपोर्ट गर्ने तरिका) हेर्नुहोस् ।

NH हेल्दी फेमेलिज सदस्य सेवा विभाग

| विधि | सदस्य सेवा विभाग – सम्पर्क विवरण |
|-----------------|---|
| टेलिफोनबाट | 1-866-769-3085 यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । हाम्रो कार्यालय सोमबार-बुधवार बिहान 8 बजेदेखि साँझ 8 बजे र बिहिबारदेखि शुक्रबार बिहान 8 बजेदेखि साँझ 5 बजेसम्म खुल्छ । अंग्रेजी बोल्न नसक्नेहरू निःशुल्क दोभाषे सेवा पनि प्रयोग गर्न सक्छन् । |
| TTY/TDD | 1-855-742-0123 Relay 711 यो टेलिफोन प्रयोग गर्न विशेष टेलिफोन उपकरण चाहिन्छ र यो नम्बर सुन्न र बोल्न नसक्नेहरूले मात्र प्रयोग गर्न पाउँछन् । यो नम्बरमा टेलिफोन गर्दा शुल्क लाग्दैन । |
| फ्याक्स | 1-877-502-7255 |
| पत्राचार ठेगाना | NH Healthy Families 2 Executive Park Drive Bedford, NH 03110 |
| वेबसाइट | www.NHhealthyfamilies.com |



nh healthy families.

सदस्य सेवा विभाग : 1-866-769-3085
(TDD/TTY) 1-855-742-0123

NHhealthyfamilies.com