

Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 (HMO D-SNP), na iniaalok ng Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Southern California Region

Handbook ng Miyembro

Enero 1, 2024 – Disyembre 31, 2024

Ang iyong Coverage sa Kalusugan at Gamot sa ilalim ng Senior Advantage Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP), na iniaalok ng Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Southern California Region

Panimula sa *Handbook ng Miyembro*

Isinasaad sa iyo ng **Handbook ng Miyembro**, na ito na kilala rin bilang Katunayan ng Pagsakop, ang tungkol sa iyong coverage sa ilalim ng aming plano hanggang Disyembre 31, 2024. Ipinapaliwanag dito ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at disorder sa paggamit ng substance), coverage sa inireresetang gamot, at pangmatagalang serbisyo at suporta. Makikita ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa **Kabanata 12** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Isa itong mahalagang legal na dokumento. Itago ito sa isang ligtas na lugar.

Kapag ang nakasaad sa **Handbook ng Miyembro** na ito ay “kami,” “namin,” “amin,” o “aming plano,” ang tinutukoy nito ay ang **Senior Advantage Medicare Medi-Cal**.

Available ang dokumentong ito nang libre sa Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, o Vietnamese.

Makukuha mo ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, gaya ng malaking print, braille, at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito. Libre ang tawag.

Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro para hilingin ang sumusunod:

- Gustong wika maliban sa English at/o alternatibong format,
- Isang nakabinbing kahilingan para sa mga sulat at komunikasyon sa hinaharap, **at**
- Baguhin ang isang nakabinbing kahilingan para sa mas gustong wika at/o format.

Available ang tulong sa wika nang wala kang kailangang bayaran, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Puwede kang humiling ng mga serbisyo ng interpreter, mga materyal na isinalin sa iyong wika, o sa mga alternatibong format. Puwede ka ring humiling ng mga karagdagang pantulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (sarado tuwing holiday). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **711**.

Mga Disclaimer

- ❖ Ang Kaiser Permanente ay isang plano na HMO D-SNP na may kontrata sa Medicare at kontrata sa programa ng Medi-Cal. Nakadepende ang pagpapatala sa Kaiser Permanente sa pag-renew ng kontrata.
- ❖ Ang coverage sa ilalim ng planong ito ay ang kwalipikadong coverage sa kalusugan na tinatawag na “minimum na kinakailangang coverage.” Isinasakatuparan nito ang kinakailangan sa nakabahaging responsibilidad sa indibidwal sa ilalim ng Batas sa Proteksyon ng Pasyente at Abot-kayang Pangangalaga (ACA). Bisitahin ang website ng Serbisyo ng Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) sa **www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families** para sa higit pang impormasyon tungkol sa iniaatas na nakabahaging responsibilidad ng indibidwal.
- ❖ Ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na ibinibigay sa Mga Miyembro ng Kaiser Permanente sa ilalim ng Medi-Cal ay napapailalim sa mga tuntunin, kundisyon, limitasyon, at mga pagbubukod ng kontrata sa pagitan ng Kaiser Foundation Health Plan, Inc. at ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (DHCS) ng California at gaya ng nakalista sa **Handbook ng Miyembro** at anumang pagbabago.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro

Panimula

Kabilang sa kabanatang ito ang impormasyon tungkol sa **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**, isang planong pangkalusugan na sumasakop sa lahat ng iyong mga serbisyo sa Medicare at Medi-Cal at nagkokoordina sa lahat ng iyong mga serbisyo sa Medicare at Medi-Cal, at ang membership mo rito. Isinasaad din nito sa iyo kung ano ang aasahan at ano ang iba pang impormasyon na matatanggap mo mula sa amin. Makikita ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kabanata 1 Talaan ng Mga Nilalaman

A. Welcome sa aming plano.....	3
B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal.....	3
B1. Medicare	3
B2. Medi-Cal.....	3
C. Mga bentahe ng aming plano	4
D. Ang sineserbisyuhang lugar ng aming plano	5
E. Paano ka magiging kwalipikado na maging miyembro ng plano.....	6
F. Ano ang dapat asahan sa unang pagkakataon na sumali ka sa aming planong pangkalusugan.....	6
G. Ang iyong pangkat sa pangangalaga at plano sa pangangalaga.....	9
G1. Pangkat sa pangangalaga	9
G2. Plano sa pangangalaga	9
H. Ang iyong buwanang gastos para sa aming Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP) Plan	10
I. Ang Iyong Handbook ng Miyembro.....	10
J. Iba pang mahalagang impormasyon na matatanggap mo mula sa amin.....	10
J1. Ang Iyong ID Card ng Miyembro	11

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

J2. Direktoryo ng Provider at Parmasya	11
Kahulugan ng mga provider na nasa network.....	12
Kahulugan ng mga parmasyang nasa network.....	12
J3. Listahan ng Mga Sakop na Gamot	13
J4. Ang Pagpapaliwanag ng Mga Benepisyo	13
K. Pagpapanatiling napapanahon ng iyong rekord ng membership	14
K1. Privacy ng personal na impormasyon ng kalusugan (PHI).....	14

A. Welcome sa aming plano

Nagbibigay ang aming plano ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa mga indibidwal na kwalipikado para sa parehong programa. Kabilang sa aming plano ang mga doktor, ospital, parmasya, provider ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, provider ng serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at iba pang provider. Mayroon din kaming mga tagapagkoordinang pangangalaga at pangkat sa pangangalaga upang tulungan kang pamahalaan ang iyong mga provider at serbisyo. Sama-sama silang nagtatrabaho upang maibigay ang pangangalagang kailangan mo.

Ang Kaiser Permanente ay direktang nagbibigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga miyembro sa pamamagitan ng pinagsamang programa ng medikal na pangangalaga. Natutulungan ang Planong Pangkalusugan, Mga Ospital ng Plano, at Southern California Permanente Medical Group (“Medikal na Grupo”) upang makapagbigay sa aming mga miyembro ng de-kalidad na pangangalaga. Binibigyan ka ng aming programa sa medikal na pangangalaga ng access sa mga sakop na serbisyo na maaaring kailangan mo, gaya ng karaniwang pangangalaga, pangangalaga sa ospital, mga serbisyo ng laboratoryo, pangangalagang pang-emergency, agarang pangangalaga, at iba pang benepisyong inilalarawan sa **Handbook ng Miyembro** na ito. Gayundin, nag-aalok ang aming mga programa sa edukasyong pangkalusugan ng mga mainam na paraan upang maprotektahan at mapabuti ang iyong kalusugan.

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal

B1. Medicare

Ang Medicare ay ang pederal na programa sa insurance sa kalusugan para sa:

- Mga taong 65 taong gulang pataas,
- Ilang taong wala pang 65 taong gulang na may ilang partikular na kapansanan, at
- Mga taong may end-stage na sakit hinggil sa bato (pagpalya ng bato).

B2. Medi-Cal

Ang Medi-Cal ay ang pangalan ng programang Medicaid ng California. Ang Medi-Cal ay pinatatakbo ng estado at binabayaran ng pamahalaan ng estado at pederal na pamahalaan. Tinutulungan ng Medi-Cal ang mga taong limitado ang kita at mga mapagkukunan na mabayaran ang Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (LTSS) at mga medikal na gastos. Sinasakop nito ang mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi sakop ng Medicare.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Pinagpapasyahan ng bawat estado ang sumusunod:

- Ano ang itinuturing na kita at mga mapagkukunan,
- Sino ang kwalipikado,
- Anong mga serbisyo ang sakop, **at**
- Ang halaga ng mga serbisyo.

Maaaring magpasya ang mga estado kung paano patatakbuhan ang kanilang mga programa, hangga't sumusunod sila sa mga pederal na panuntunan.

Inaprubahan ng Medicare at ng estado ng California ang aming plano. Maaari kang kumuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa pamamagitan ng aming plano hangga't:

- Nagpapasya kaming ialok ang plano, **at**
- Pinapayagan kami ng Medicare at ng estado ng California na patuloy na ialok ang planong ito.

Kahit na tumigil ang aming plano sa pagpapatakbo sa hinaharap, hindi maaapektuhan ang iyong pagiging kwalipikado para sa mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.

C. Mga bentahe ng aming plano

Makukuha mo na ngayon ang lahat ng iyong sakop na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal mula sa aming plano, kabilang ang mga inireresetang gamot. **Wala kang karagdagang babayaran upang makasali sa planong pangkalusugan na ito.**

Tumutulong kami upang mas mahusay na magamit nang magkakasama at mas makatulong sa iyo ang iyong mga benepisyo sa Medicare at Medi-Cal. Kabilang sa ilan sa mga bentahe ang:

- Magagawa mong makipagtulungan sa amin para sa **karamihan** ng iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Tutulong ka sa pagbuo ng iyong pangkat sa pangangalaga. Maaaring kabilang sa iyong pangkat sa pangangalaga ang iyong sarili, iyong tagapag-alaga, mga doktor, mga nars, mga tagapayo, o iba pang propesyonal sa kalusugan.
- Mayroon kang access sa isang tagapagkoordinang pangangalaga. Siya ang taong makikipagtulungan sa iyo, sa aming plano, at sa iyong pangkat sa pangangalaga sa paggawa ng plano sa pangangalaga.
- Magagawa mong magbigay ng direksyon para sa iyong sariling pangangalaga sa tulong ng iyong pangkat sa pangangalaga at tagapagkoordinang pangangalaga.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Makikipagtulungan sa iyo ang iyong pangkat sa pangangalaga at tagapagkoordinang pangangalaga sa paggawa ng plano sa pangangalaga na idinisenyo upang matugunan ang **iyong** mga pangangailangan sa kalusugan. Tumutulong ang pangkat sa pangangalaga na ikoordinang mga serbisyong kailangan mo. Halimbawa, nangangahulugan ito na tinitiyak na iyong pangkat sa pangangalaga na:
- Alam ng iyong mga doktor ang tungkol sa lahat ng gamot na iniinom mo upang matiyak nila na mga tamang gamot ang iniinom mo at mabawasan ang anumang side effect na maaaring maranasan mo mula sa mga gamot.
- Ibinabahagi ang iyong mga resulta ng pagsusuri sa lahat ng iyong doktor at iba pang provider, kung naaangkop.

Mga bagong miyembro ng Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1:

Sa karamihan ng mga pagkakataon, ie-enroll ka sa aming **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 Plan** para sa iyong mga benepisyo sa Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos mong hilinging i-enroll ka sa **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Maaari mo pa ring matanggap ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa iyong nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos, matatanggap mo ang iyong mga serbisyo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Hindi magkakaroon ng pahinga sa iyong coverage ng Medi-Cal. Mangyaring tawagan kami sa **1-800-443-0815 (TTY 711)** kung mayroon kang anumang tanong. Ang mga oras ay 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo.

D. Ang sineserbisyuhang lugar ng aming plano

Kabilang sa aming sineserbisyuhang lugar para sa planong ito ang **County ng Orange** sa California. Gayundin, kasama sa aming sineserbisyuhang lugar ang sumusunod:

- **County ng Los Angeles**, maliban sa Catalina Island
- **County ng Riverside**, maliban sa mga sumusunod na Zip Code: 92028, 92225-26, 92239, 92254, 92274, 92536, 92539, 92549, at 92561.
- **County ng San Bernardino**, maliban sa mga sumusunod na Zip Code: 92242, 92252, 92256, 92267-68, 92277-78, 92280, 92284-86, 92301, 92304, 92309-12, 92323, 92327, 92332, 92338, 92342, 92347, 92356, 92363-66, 92368, 92398, 93516, 93555, 93562, at 93592.
- **County ng San Diego**, maliban sa mga sumusunod na Zip Code: 91905-06, 91934, 91948, 92004, 92036, 92066, at 92070.

Ang mga tao lang na nakatira sa aming sineserbisyuhang lugar ang makakasali sa aming plano.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Hindi ka makakapanatili sa aming plano kung lilipat ka sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar. Sumangguni sa **Kabanata 10** ng **Handbook ng Miyembro** na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga epekto ng paglipat sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar.

E. Paano ka magiging kwalipikado na maging miyembro ng plano

Kwalipikado ka para sa aming plano hangga't ikaw ay:

- Nakatira sa aming sineserbisyuhang lugar (ang mga indibidwal na nakabilanggo ay hindi itinuturing na nakatira sa heograpikong sineserbisyuhang lugar kahit na pisikal silang narito.), **at**
- 21 taong gulang pataas sa panahon ng pag-enroll, **at**
- Mayroong parehong Bahagi A ng Medicare at Bahagi B ng Medicare, **at**
- Mamamayan ng United States o legal na namamalagi sa United States, **at**
- Kasalukuyang kwalipikado para sa Medi-Cal.

Kung mawawala ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal ngunit maaaring asahan na mababawi mo ito sa loob ng 4 na buwan, magiging karapat-dapat ka pa rin na maging miyembro ng aming plano.

Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang impormasyon.

F. Ano ang dapat asahan sa unang pagkakataon na sumali ka sa aming planong pangkalusugan

Sa iyong unang pagsali sa aming plano, makatanggap ka ng pagtatasa sa panganib sa kalusugan (health risk assessment, HRA) sa loob ng 90 araw bago ang o pagkatapos ng petsa ng pagkakaroon ng bisa ng iyong pagpapa-enroll.

Dapat kaming magkumpleto ng HRA para sa iyo. Ang HRA na ito ay batayan sa pagbuo ng iyong plano sa pangangalaga. May mga kasamang tanong sa HRA na para sa pagtukoy ng iyong mga pangangailangang pang-medikal, para sa kalusugan ng pag-uugali, at para sa pagkilos.

Makikipag-ugnayan kami sa iyo upang makumpleto ang HRA. Maaari naming kumpletuhin ang HRA sa pamamagitan ng personal na pagbisita, tawag sa telepono, o sulat.

Magpapadala kami sa iyo ng higit pang impormasyon tungkol sa HRA na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung bago ang aming plano para sa iyo, puwede mong patuloy na gamitin ang mga doktor na ginagamit mo ngayon para sa isang partikular na tagal ng panahon, kung wala sila sa aming network. Tinatawag namin itong pagpapatuloy ng pangangalaga. Kung wala sila sa aming network, puwede mong panatilihin ang iyong mga kasalukuyang provider at mga awtorisasyon ng serbisyo sa oras na magpa-enroll ka nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon:

- Hinihiling mo, ng iyong kinatawan, o ng iyong provider sa amin na payagan kang gamitin pa rin ang iyong kasalukuyang provider.
- Napatunayan namin na may dati ka nang kaugnayan sa isang provider ng pangunahing pangangalaga o may espesyalisasyong pangangalaga, nang may ilang pagbubukod. Ang ibig naming sabihin sa “may dati nang kaugnayan” ay nagpatingin ka sa isang provider na wala sa network nang kahit isang beses man lang para sa isang hindi pang-emergency na pagbisita sa loob ng 12 buwan bago ang petsa ng iyong inisyal na pag-enroll sa aming plano.
 - Natukoy namin ang isa dati nang kaugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri sa iyong available na impormasyon sa kalusugan o impormasyong ibinigay mo sa amin.
 - Mayroon kaming 30 araw upang tumugon sa iyong kahilingan. Maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng mas mabilis na desisyon, at dapat kaming tumugon sa loob ng 15 araw. Kung ikaw ay nasa panganib ng pinsala, dapat kaming tumugon sa loob ng 3 araw.
 - Ikaw o ang iyong provider ay dapat magpakita ng dokumentasyon ng dati nang kaugnayan at sumang-ayon sa ilang partikular na tuntunin kapag nagsagawa ka ng kahilingan.

Tandaan: Puwede mong isagawa ang kahilingang ito para sa mga provider ng Matibay na Kagamitang Pangmedikal (Durable Medical Equipment, DME) sa loob ng hindi bababa sa 90 araw hanggang sa makapag-awtorisa kami ng bagong rental at maipahatid ito sa isang provider na nasa network. Bagama't hindi mo magagawa ang kahilingang ito para sa mga provider ng transportasyon o iba pang karagdagang provider, puwede kang humiling para sa mga serbisyo ng transportasyon o iba pang karagdagang serbisyo na hindi kasama sa aming plano.

Kapag natapos na ang panahon ng pagpapatuloy ng pangangalaga, kakailanganin mo nang gamitin ang mga doktor at iba pang provider na nasa network ng aming Medicare Medi-Cal Plan, maliban na lang kung magkakaroon kami ng kasunduan sa iyong doktor na wala sa network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Sumangguni sa Kabanata 3 ng iyong Handbook ng Miyembro para sa higit pang impormasyon sa pagkuha ng pangangalaga.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung hihinto ang iyong provider sa pagtatrabaho sa amin, puwede kang patuloy na makatanggap ng mga serbisyo mula sa provider na iyon. Ito ay isa pang anyo ng pagpapatuloy ng pangangalaga.

Kung itinalaga ka sa isang grupo ng provider na may kontrata sa amin na matatapos na, padadalhan ka namin ng nakasulat na abiso nang hindi bababa sa 60 araw bago ito magwakas (o hangga't makatuwiran at posible). Bibigyan ka rin namin ng nakasulat na abiso nang hindi bababa sa 60 araw bago namin wakasan ang isang kontrata sa isang ospital na nasa loob ng 15 milya kung saan ka nakatira. Maaari kang patuloy na magpatingin sa isang provider sa grupo ng provider na iyon o sa ospital na iyon nang hanggang 12 buwan o mas matagal sa ilang partikular na sitwasyon.

Bilang karagdagan sa mga pamantayang nakalista sa itaas, dapat totoo ang sumusunod para makakuha ka ng Pagpapatuloy ng Pangangalaga:

- May bisa ang iyong coverage sa Medi-Cal sa petsa kung kailan mo matatanggap ang mga serbisyo
- Sumasang-ayon ang provider sa aming mga karaniwang tuntunin at kondisyon sa kontrata
- Ang mga serbisyo ay Medikal na Kinakailangan at ituturing na Mga Sakop na Serbisyo sa ilalim ng Handbook ng Miyembro na ito kung natanggap mo ang mga ito mula sa isang provider na nasa network.
- Humiling ka ng pagpapatuloy ng pangangalaga sa loob ng mga kinakailangang timeframe:
- Sa loob ng 30 araw (o sa lalong madaling panahon na makatuwirang posible) mula sa petsa ng pagkakaroon ng bisa ng coverage mo kung isa kang bagong Miyembro sa ilalim ng karaniwang pagpapatuloy ng pangangalaga. Ang mga kahilingang matatanggap pagkalipas ng 30 araw ay pagpapasyahan ayon sa bawat kaso.
- Sa loob ng 30 araw mula sa petsa kung kailan umalis ang provider sa aming network ng provider ng Medi-Cal. Ang mga kahilingang matatanggap pagkalipas ng 30 araw ay pagpapasyahan ayon sa bawat kaso.
- Ang Kaiser Permanente ay walang nakadokumentong alalahanin sa kalidad ng pangangalaga sa Provider na Wala sa Network

Hindi namin sinasakop ang pagpapatuloy ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network kung totoo ang alinman sa mga sumusunod:

- Ang mga serbisyo ay hindi sakop ng aming Medicare Medi-Cal Plan
- Ayaw ng iyong provider na wala sa network na makipagtulungan sa amin. Kakailanganin mong maghanap ng bagong provider na nasa network

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Hindi lahat ng serbisyo ay kwalipikado para sa coverage sa ilalim ng pagpapatuloy ng pangangalaga. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng pangangalaga, o para humiling ng mga serbisyo o isang kopya ng aming patakaran sa “Pagkumpleto ng Mga Sakop na Serbisyo”, mangyaring tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro.

Sumangguni sa **Kabanata 3** ng **Handbook ng Miyembro** na ito para sa higit pang impormasyon sa pagkuha ng pangangalaga.

G. Ang iyong pangkat sa pangangalaga at plano sa pangangalaga

G1. Pangkat sa pangangalaga

Matutulungan ka ng pangkat sa pangangalaga na patuloy na makuha ang pangangalagang kailangan mo. Maaaring kabilang sa isang pangkat sa pangangalaga ang iyong doktor, tagapagkoordinang pangangalaga, o iba pang taong nangangasiwa sa kalusugan na pipiliin mo.

Ang tagapagkoordinang pangangalaga ay isang taong sinanay upang tulungan kang pamahalaan ang pangangalagang kailangan mo. Magkakaroon ng tagapagkoordinang pangangalaga kapag nag-enroll ka sa aming plano. Ire-refer ka rin ng taong ito sa iba pang mapagkukunan sa komunidad na hindi maibibigay ng aming plano at makikipagtulungan siya sa iyong pangkat sa pangangalaga upang ikoordinang iyong pangangalaga. Tawagan kami sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon tungkol sa iyong tagapagkoordinang pangangalaga at pangkat sa pangangalaga.

G2. Plano sa pangangalaga

Makikipagtulungan sa iyo ang iyong pangkat sa pangangalaga upang gumawa ng plano sa pangangalaga. Isinasaad ng isang plano sa pangangalaga sa iyo at sa iyong mga doktor kung anong mga serbisyo ang kailangan mo at paano mo makukuha ang mga ito. Kabilang dito ang iyong mga serbisyong pang-medikal, para sa kalusugan ng pag-uugali, at LTSS o iba pang mga serbisyo.

Kabilang sa iyong plano ng pangangalaga ang:

- Ang iyong mga layunin sa pangangalagang pangkalusugan, **at**
- Isang timeline sa pagkuha ng mga serbisyong kailangan mo.

Kakausapin ka ng iyong pangkat sa pangangalaga pagkatapos ng iyong HRA. Tatanungin ka nila tungkol sa mga serbisyong kailangan mo. Sasabihin din nila sa iyo ang tungkol sa mga serbisyo na maaaring gusto mong pag-isipan na kunin. Ginagawa ang iyong plano sa pangangalaga batay sa iyong mga pangangailangan at layunin. Makikipagtulungan sa iyo ang iyong pangkat sa pangangalaga upang ma-update ang iyong plano sa pangangalaga nang kahit bawat taon man lang.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

H. Ang iyong buwanang gastos para sa aming Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP) Plan

Walang premium ang aming plano.

I. Ang Iyong Handbook ng Miyembro

Ang **Handbook ng Miyembro** na ito ay bahagi ng aming kontrata sa iyo. Ibig sabihin nito, dapat naming sundin ang lahat ng panuntunan sa dokumentong ito. Kung sa palagay mo ay mayroon kaming ginawa na lumalabag sa mga panuntunang ito, maaari mong iapela ang aming desisyon. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** o tumawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Maaari kayong humiling ng **Handbook ng Miyembro** sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina. Puwede ka ring sumangguni sa **Handbook ng Miyembro** na makikita sa aming website sa web address sa ibaba ng pahina o i-download ito.

May bisa ang kontrata sa mga buwan na naka-enroll ka sa aming plano sa pagitan ng Enero 1, 2024, at Disyembre 31, 2024.

J. Iba pang mahalagang impormasyon na matatanggap mo mula sa amin

Kabilang sa iba pang mahalagang impormasyon na ibinibigay namin sa iyo ang iyong ID Card ng Miyembro, impormasyon tungkol sa kung paano i-access ang isang **Direktoryo ng Provider at Parmasya**, at impormasyon tungkol sa kung paano maa-access ang **Listahan ng Mga Sakop na Gamot**, na kilala rin bilang *Pormularyo*.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

J1. Ang Iyong ID Card ng Miyembro

Sa ilalim ng aming plano, mayroon kang isang card para sa iyong mga serbisyo sa Medicare at Medi-Cal, kabilang ang LTSS, ilang partikular na serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at mga reseta. Ipapakita mo ang card na ito kapag kumuha ka ng anumang serbisyo o reseta. Narito ang isang halimbawang ID Card ng Miyembro:



Kung nasira, nawala, o ninakaw ang iyong ID Card ng Miyembro, tumawag kaagad sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahina. Magpapadala kami sa iyo ng bagong card.

Hangga't miyembro ka ng aming plano, hindi mo kailangang gamitin ang iyong pula, puti, at asul na card sa Medicare o ang iyong card sa Medi-Cal para makuha ang karamihan sa mga serbisyo. Itabi ang mga card na iyon sa isang ligtas na lugar, para magamit kung sakaling kailanganin mo ang mga ito sa hinaharap. Kung ipapakita mo ang iyong Medicare card sa halip na ang iyong ID Card ng Miyembro, maaaring singilin ng provider ang Medicare sa halip na ang aming plano, at maaaring makatanggap ka ng bill. Sumangguni sa **Kabanata 7 ng Handbook ng Miyembro** na ito upang malaman kung ano ang gagawin kung makatanggap ka ng bill mula sa isang provider.

Tandaan, kailangan mo ang iyong Medi-Cal card o Benefits Identification Card (BIC) upang ma-access ang mga sumusunod na serbisyo:

- Mga may espesyalisasyong serbisyo sa kalusugan ng isip na maaari mong makuha mula sa plano para sa kalusugan ng isip (MHP) ng county.
- Mga serbisyo ng Medi-Cal Rx
- Mga serbisyo ng In-Home Support
- 1915(c) Mga serbisyo ng Waiver sa Bahay at Komunidad
- Mga serbisyo ng Medi-Cal para sa ngipin

J2. Direktoryo ng Provider at Parmasya

Nakalista sa **Direktoryo ng Provider at Parmasya** ang mga provider at parmasya sa network ng aming plano. Habang miyembro ka ng aming plano, dapat mong gamitin ang mga provider na nasa network upang makakuha ng mga sakop na serbisyo.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tagaw. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Puwede kang humiling ng **Direktoryo ng Provider at Parmasya** (elektroniko o naka-print) sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina. Puwede ka ring sumangguni sa **Direktoryo ng Provider at Parmasya sa kp.org/directory**. Ang mga kahilingan para sa naka-print na kopya ng Mga Direktoryo ng Provider at Parmasya ay ipapadala sa iyo sa loob ng tatlong araw ng negosyo.

Nakalista sa **Direktoryo ng Provider at Parmasya** ang aming mga provider na nasa network at mga supplier ng matibay na kagamitang pangmedikal. Ang lahat ng aming provider na nasa network ay tumatanggap ng parehong Medicare at Medicaid, maliban na lang kung may ibang binanggit. Kung sakaling kailangan mo ng serbisyong hindi sakop ng aming plano at sinasakop ng Medi-Cal, maaaring i-refer ka namin sa ahensya ng Medi-Cal ng estado upang makahanap ng provider na wala sa network na maaaring magbigay ng iyong sakop na pangangalaga sa Medi-Cal.

Kahulugan ng mga provider na nasa network

- Kabilang sa aming mga provider na nasa network ang:
- Mga doktor, nars, at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na maaari mong gamitin bilang miyembro ng aming plano;
- Mga klinikal, ospital, pasilidad sa pag-aalaga, at iba pang lugar na nagbibigay ng mga serbisyo sa kalusugan sa aming plano; **at**
- LTSS, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, ahensya para sa kalusugan sa tahanan, supplier ng matibay na kagamitang pangmedikal (DME), at iba pang nagbibigay ng mga produkto at serbisyo na nakukuha mo sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

Sumasang-ayon ang mga provider na nasa network na tumanggap ng bayad mula sa aming plano para sa mga sakop na serbisyo bilang bayad sa kabuuan.

Kahulugan ng mga parmasyang nasa network

- Ang mga parmasyang nasa network ay mga parmasya na sumasang-ayong punan ang mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang **Direktoryo ng Provider at Parmasya** upang mahanap ang parmasyang nasa network na gusto mong gamitin.
- Maliban sa panahon ng emergency, dapat mong punan ang iyong mga reseta sa isa sa aming mga parmasyang nasa network kung gusto mong tulungan ka ng aming plano na bayaran ang mga ito.

Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon. Ang parehong Mga Serbisyo sa Miyembro at aming website ay makakapagbigay sa iyo ng pinakabagong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga parmasya at provider na nasa network.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

J3. Listahan ng Mga Sakop na Gamot

Ang plano ay mayroong **Listahan ng Mga Sakop na Gamot**. Tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot” para paikliin. Sinasabi nito sa iyo kung aling mga inireresetang gamot ang sinasakop ng aming plano.

Sinasabi rin sa iyo ng Listahan ng Gamot kung mayroong anumang panuntunan o paghihigpit sa anumang gamot, gaya ng limitasyon sa dami na maaari mong makuha. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng **Handbook ng Miyembro** na ito para sa higit pang impormasyon.

Bawat taon, magpapadala kami sa iyo ng impormasyon tungkol sa kung paano maa-access ang Listahan ng Gamot, ngunit may ilang pagbabago na maaaring mangyari sa loob ng isang taon. Para makuha ang pinakabagong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang sinasakop, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o bisitahin ang aming website sa **kp.org/seniorrx**.

J4. Ang Pagpapaliwanag ng Mga Benepisyo

Kapag ginamit mo ang iyong mga benepisyo sa inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare, magpapadala kami sa iyo ng buod na tutulong sa iyong maunawaan at masubaybayan ang mga pagbabayad para sa iyong mga inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare. Tinatawag ang buod na ito na **Pagpapaliwanag ng Mga Benepisyo** (EOB).

Ipinapaalam ng EOB sa iyo ang kabuuang halaga na ginastos mo, o ginastos ng iba sa ngalan mo, sa iyong mga inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare at ang kabuuang halagang binayaran namin para sa bawat isa sa iyong mga inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare sa loob ng isang buwan. Ang EOB na ito ay hindi isang bill. May higit pang impormasyon ang EOB tungkol sa mga gamot na ginagamit mo gaya ng mga pagtaas ng presyo at iba pang gamot na may mas mababang bahagi sa gastos na posibleng available.

Maaari kang makipag-usap sa iyong tagapagreseta tungkol sa mga opsyon sa mas mababang halaga na ito. May higit pang impormasyon sa **Kabanata 6** ng **Handbook ng Miyembro** na ito tungkol sa EOB at kung paano ito makakatulong sa iyo na masubaybayan ang iyong coverage sa gamot.

Maaari ka ring humiling ng EOB. Upang humingi ng kopya, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina.

Maaari mo ring piliing tingnan na lang ang iyong **EOB ng Bahagi D** online sa halip na sa pamamagitan ng koreo. Mangyaring bisitahin ang **kp.org/goinggreen** at mag-sign in para matuto pa tungkol sa pagpiling tingnan ang iyong **EOB para sa Bahagi D** nang ligtas online.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

K. Pagpapanatiling napapanahon ng iyong rekord ng membership

Mapapanatili mong napapanahon ang iyong rekord ng membership sa pamamagitan ng pagsasabi sa amin kapag may mga pagbabago sa iyong impormasyon.

Kailangan namin ang impormasyong ito upang matiyak na mayroon kang tamang impormasyon sa aming mga rekord. Kailangan din ng aming mga provider at parmasyang nasa network ng wastong impormasyon tungkol sa iyo. **Ginagamit nila ang iyong rekord ng membership upang malaman kung anong mga serbisyo at gamot ang matatanggap mo at magkano ang halagang babayaran mo para sa mga ito.**

Sabihin kaagad sa amin ang tungkol sa sumusunod:

- Mga pagbabago sa iyong pangalan, address, o numero ng telepono;
- Mga pagbabago sa anupamang coverage sa insurance sa kalusugan, gaya ng mula sa iyong employer, employer ng iyong asawa, o employer ng iyong domestikong kapareha, o bayad sa mga manggagawa;
- Anumang claim para sa pananagutan, gaya ng mga claim mula sa isang aksidente sa sasakyan;
- Pagka-admit sa isang pasilidad ng pag-aalaga o ospital;
- Pangangalaga mula isang ospital o emergency room.
- Mga pagbabago sa iyong caregiver (o sinumang may responsibilidad sa iyo); **at**,
- Kung makikibahagi ka sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral. (**Tandaan:** Hindi mo kinakailangang sabihin sa amin ang tungkol sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral na kinabibilangan mo o kinabilangan mo, ngunit hinihikayat ka naming gawin iyon.)

Kung may anumang impormasyong magbabago, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina.

K1. Privacy ng personal na impormasyon ng kalusugan (PHI)

Maaaring may kasamang personal na impormasyon ng kalusugan (personal health information, PHI) sa iyong record ng membership. Iniaatas ng mga pederal na batas at batas ng estado na panatilihin naming pribado ang iyong PHI. Pinoprotektahan namin ang iyong PHI. Para sa higit pang detalye tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI, sumangguni sa **Kabanata 8 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kabanata 2: Mahahalagang numero ng telepono at mapagkukunan

Panimula

Nagbibigay sa iyo ang kabanatang ito ng impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa mahahalagang madudulugan na makakatulong sa iyo sa pagsagot ng mga tanong mo tungkol sa aming plano at iyong mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari mo ring gamitin ang kabanatang ito upang kumuha ng impormasyon tungkol sa kung paano makikipag-ugnayan sa iyong tagapagkoordinang pangangalaga at sa iba pa upang mamagitan sa ngalan mo. Makikita ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kabanata 2 Talaan ng Mga Nilalaman

A. Mga Serbisyo sa Miyembro	16
Mga Desisyon, Apela, at Reklamo sa Coverage tungkol sa medikal na pangangalaga.....	17
Mga desisyon sa coverage para sa mga inireresetang gamot sa Bahagi D	19
Mga Apela para sa mga inireresetang gamot sa Bahagi D	20
Mga Reklamo para sa mga inireresetang gamot sa Bahagi D	21
Mga kahilingan sa pagbabayad.....	22
B. Iyong Tagapagkoordinang Pangangalaga	23
C. Programa sa Pagpapayo at Suporta sa Insurance sa Kalusugan (HICAP)	25
D. Linya sa Pagtawag para sa Payo ng Nars	26
E. Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (QIO):	27
F. Medicare	28
G. Medi-Cal	29
H. Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal at Tanggapan ng Ombudsman para sa Kalusugan ng Isip	30
I. Mga Serbisyonang Panlipunan ng County	31
J. May Espesyalisasyong Plano para sa Kalusugan ng Isip ng County.....	33

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

K.	California Department of Managed Health Care	35
L.	Mga Programa para Tulungan ang Mga Tao na Magbayad para sa Kanilang Mga Inireresetang Gamot	35
	L1. Karagdagang Tulong	35
	L2. AIDS Drug Assistance Program (ADAP)	37
M.	Social Security	37
N.	Railroad Retirement Board (RRB).....	38
O.	Iba pang mapagkukunan	39
P.	Programa sa Pangangalaga ng Ngipin ng Medi-Cal	39

A. Mga Serbisyo sa Miyembro

TUMAWAG	1-800-443-0815 Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
SUMULAT	Iyong lokal na tanggapan ng Mga Serbisyo sa Miyembro (tingnan ang Direktoryo ng Provider at Parmasya para sa mga lokasyon).
WEBSITE	kp.org

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang humingi ng tulong sa:

- Mga tanong tungkol sa plano.
- Mga tanong tungkol sa mga claim o singil.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga Desisyon, Apela, at Reklamo sa Coverage tungkol sa medikal na pangangalaga

TUMAWAG	<p>1-800-443-0815</p> <p>Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.</p> <p>Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.</p> <p>Kung kwalipikado ang iyong desisyon, apela, o reklamo sa coverage para sa mabilis na pagpapasya gaya ng inilalarawan sa Kabanata 9, tumawag sa Unit para sa Pinabilis na Pagsusuri sa 1-888-987-7247, nang 8:30 a.m. hanggang 5 p.m., mula Lunes hanggang Sabado.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.</p>
FAX	<p>Kung kwalipikado para sa isang mabilis na pagpapasya ang iyong desisyon, apela, o reklamo sa coverage, i-fax ang iyong kahilingan sa aming Unit para sa Pinabilis na Pagsusuri sa 1-888-987-2252.</p>
SUMULAT	<p>Para sa isang karaniwang desisyon o reklamo sa coverage, sumulat sa iyong lokal na tanggapan ng Mga Serbisyo sa Miyembro (tingnan ang Direktoryo ng Provider at Parmasya para sa mga lokasyon).</p> <p>Para sa isang karaniwang apela, sumulat sa address na ipinapakita sa abiso ng pagtanggì na ipapadala namin sa iyo.</p> <p>Kung kwalipikado para sa isang mabilis na pagpapasya ang iyong desisyon, apela, o reklamo sa coverage, sumulat sa:</p> <p>Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
WEBSITE	<p>Maaari kang magsumite ng reklamo tungkol sa aming plano nang direkta sa Medicare. Upang magsumite ng online na reklamo sa Medicare, pumunta sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Makipag-ugnayan sa mga numero sa itaas upang humingi ng tulong sa:

- Mga desisyon sa coverage tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan.
- Ang desisyon sa coverage tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan ay isang desisyon tungkol sa:
 - iyong mga benepisyo at sakop na serbisyo
 - halagang binabayaran namin para sa iyong mga serbisyo sa kalusugan.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Tumawag sa amin kung mayroon kang mga tanong tungkol sa isang desisyon sa coverage tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan.
- Upang matuto pa tungkol sa mga desisyon sa coverage, sumangguni sa **Kabanata 9** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.
- Mga apela tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan.
- Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang isang desisyong ginawa namin tungkol sa iyong coverage at paghiling sa aming baguhin ito kung sa palagay mo ay nagkamali kami o hindi ka sumasang-ayon sa desisyon.
- Para matuto pa tungkol sa pag-apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng **Handbook ng Miyembro** na ito o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.
- Mga reklamo tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan.
- Maaari kang maghain ng reklamo tungkol sa amin o alinmang provider (kabilang ang provider na wala sa network o nasa network). Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa aming plano. Puwede ka ring maghain ng reklamo sa amin o sa Organisasyon para sa Pagpapahusay sa Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) tungkol sa kalidad ng pangangalaga na natanggap mo (sumangguni sa **Seksyon F**).
- Maaari mo kaming tawagan at ipaliwanag ang iyong reklamo sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
- Kung ang iyong reklamo ay nauugnay sa isang desisyon sa coverage tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan, maaari kang umapela (sumangguni sa seksyon sa itaas).
- Maaari kang magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kang gumamit ng online na form sa **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. O maaari kang tumawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** upang humingi ng tulong.
- Puwede kang maghain ng reklamo tungkol sa aming plano sa Ombuds Program ng Medicare Medi-Cal sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-888-804-3536**. Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m., hindi kabilang ang mga holiday ng estado.
- Upang matuto pa tungkol sa paghahain ng reklamo tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Kabanata 9** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga desisyon sa coverage para sa mga inireresetang gamot sa Bahagi D

TUMAWAG	1-877-645-1282 Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
FAX	1-844-403-1028
SUMULAT	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
WEBSITE	kp.org

Makipag-ugnayan sa mga numero sa itaas upang humingi ng tulong sa:

- Mga desisyon sa coverage tungkol sa iyong mga gamot.
- Ang isang desisyon sa coverage tungkol sa iyong mga gamot ay isang desisyon tungkol sa:
 - iyong mga benepisyo at sakop na gamot ●
 - ang halagang binabayaran namin para sa iyong mga gamot.
- Ang mga gamot na hindi sakop ng Medicare, gaya ng mga gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring sakupin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (**medi-calrx.dhcs.ca.gov/**) para sa higit pang impormasyon. Puwede ka ring tumawag sa Sentro ng Serbisyo sa Customer ng Medi-Cal Rx sa **1-800-977-2273** (TTY **711**).
- Para sa higit pa hinggil sa mga desisyon sa coverage tungkol sa iyong mga inireresetang gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga Apela para sa mga inireresetang gamot sa Bahagi D

TUMAWAG	1-866-206-2973 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, 8:30 a.m. hanggang 5 p.m. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
FAX	1-866-206-2974
SUMULAT	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
WEBSITE	kp.org

Makipag-ugnayan sa mga numero sa itaas upang humingi ng tulong sa:

- Mga apela tungkol sa iyong mga gamot.
- Ang apela ay isang paraan upang hilingin sa amin na baguhin ang isang desisyon sa coverage.
- Para sa higit pa hinggil sa paghahain ng apela tungkol sa iyong mga inireresetang gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga Reklamo para sa mga inireresetang gamot sa Bahagi D

TUMAWAG	1-800-443-0815 Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Kung kwalipikado para sa isang mabilis na pagpapasya ang iyong reklamo, tawagan ang Unit para sa Bahagi D sa 1-866-206-2973 , 8:30 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Tingnan ang Kabanata 9 upang malaman kung kwalipikado ang iyong isyu para sa mabilis na pagpapasya. Mayroon kaming mga libheng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
FAX	Kung kwalipikado para sa isang mabilis na pagpapasya ang iyong reklamo, i-fax ang iyong kahilingan sa aming Unit para sa Bahagi D sa 1-866-206-2974 .
SUMULAT	Para sa isang karaniwang reklamo, sumulat sa iyong lokal na tanggapan ng Mga Serbisyo sa Miyembro (tingnan ang Direktoryo ng Provider at Parmasya para sa mga lokasyon). Kung kwalipikado para sa isang mabilis na pagpapasya ang iyong reklamo, sumulat sa: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
WEBSITE	Maaari kang magsumite ng reklamo tungkol sa aming plano nang direkta sa Medicare. Upang magsumite ng online na reklamo sa Medicare, pumunta sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Makipag-ugnayan sa mga numero sa itaas upang humingi ng tulong sa:

- Mga reklamo tungkol sa iyong mga gamot.
- Maaari kang maghain ng reklamo tungkol sa amin o anumang parmasya. Kabilang dito ang isang reklamo tungkol sa iyong mga inireresetang gamot.
- Kung ang iyong reklamo ay nauugnay sa isang desisyon sa coverage tungkol sa iyong mga inireresetang gamot, maaari kang umapela. (Sumangguni sa seksyon sa itaas.)

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Maaari kang magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kang gumamit ng online na form sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O maaari kang tumawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** upang humingi ng tulong.

Para sa higit pa hinggil sa paghahain ng reklamo tungkol sa iyong mga inireresetang gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Mga kahilingan sa pagbabayad

TUMAWAG	<p>1-800-443-0815</p> <p>Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.</p> <p>Tandaan: Kung humihiling ka ng pagbabayad ng gamot sa Bahagi D na inireseta ng provider na nasa network at nakuha mula sa parmasya na nasa network, tawagan ang Unit para sa Bahagi D sa 1-866-206-2973. 8:30 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes.</p> <p>Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.</p>
SUMULAT	<p>Para sa medikal na pangangalaga, sumulat sa:</p> <p>Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004</p> <p>Para sa mga gamot sa Bahagi D:</p> <p>Kung humihiling ka ng pagbabayad ng gamot sa Bahagi D na inireseta at ibinigay ng provider na nasa network, maaari mong i-fax ang iyong kahilingan sa 1-866-206-2974 o ipadala ito sa pamamagitan ng koreo sa.</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
WEBSITE	kp.org

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Makipag-ugnayan sa mga numero sa itaas upang humingi ng tulong sa:

- Bayad para sa pangangalagang pangkalusugan o mga gamot na binayaran mo na.

Para sa higit pa tungkol sa kung paano hihilingin sa amin na bayaran ka, o bayaran ang isang bill na natanggap mo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung hihilingin mo sa amin na bayaran ang isang bill at tatanggihan namin ang anumang bahagi ng iyong kahilingan, maaari kang umapela sa aming desisyon. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

B. Iyong Tagapagkoordinang Pangangalaga

Nagbibigay kami ng mga serbisyo upang tulungan kang pangasiwaan ang iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan nang wala kang babayaran. Makikipagtulungan kami sa iba pang programa upang matiyak na matatanggap mo ang lahat ng medikal na kinakailangang serbisyo na sakop ng Medi-Cal o Medicare, kahit na ibang programa ang may sakop sa mga serbisyong iyon at hindi kami.

TUMAWAG	1-800-443-0815 Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
SUMULAT	Iyong lokal na tanggapan ng Mga Serbisyo sa Miyembro (tingnan ang Direktoryo ng Provider at Parmasya para sa mga lokasyon).
WEBSITE	kp.org

Makipag-ugnayan sa iyong tagapagkoordinang pangangalaga upang humingi ng tulong sa:

- Mga tanong tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan.
- Mga tanong tungkol sa pagkuha ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (disorder sa kalusugan ng isip at labis na pag-inom ng alak at paggamit ng droga).

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Mga tanong tungkol sa mga benepisyo para sa ngipin.
- Mga tanong tungkol sa transportasyon papunta sa mga medikal na appointment.

Ang mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS) ay binubuo ng Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community Based Adult Services, CBAS) at Mga Pasilidad sa Pag-aalaga (Nursing Facilities, NF)

Kung minsan, makakakuha ka ng tulong sa iyong mga pang-araw-araw na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan at pamumuhay. Sinasakop namin, para sa mga miyembrong kwalipikado, ang mga pangmatagalang serbisyo at suportang ibinibigay sa mga sumusunod na uri ng mga pasilidad o tahanan ng pangmatagalang pangangalaga:

- Mga pasilidad ng sanay na pag-aalaga (Skilled nursing facility, SNF)
- Mga pasilidad ng pangangalaga para sa subacute na kondisyon
- Mga pasilidad ng intermediate na pangangalaga, kabilang ang:
- Mga pasilidad ng intermediate na pangangalaga/para sa may kapansanan sa pag-develop (“ICF/DD”)
- Mga pasilidad ng intermediate na pangangalaga/developmentally disabled-habilitative (“ICF/DD-H)
- Mga pasilidad ng intermediate na pangangalaga/para sa may kapansanan sa pag-develop-nursing (“ICF/DD-N”)

Kung kwalipikado ka para sa mga serbisyo sa pangmatagalang pangangalaga, sisiguraduhin naming ilalagay ka sa isang pasilidad o tahanan ng pangangalagang pangkalusugan na nagbibigay ng antas ng pangangalaga na pinakaangkop sa iyong mga medikal na pangangailangan.

Maaari mo ring makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (CBAS)
- Mga Serbisyo sa In-Home Support sa pamamagitan ng ahensya ng serbisyong panlipunan ng iyong county

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

C. Programa sa Pagpapayo at Suporta sa Insurance sa Kalusugan (HICAP)

Ang Programa sa Pagpapayo at Suporta sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) ay nagbibigay ng libreng pagpapayo sa insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare. Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang iyong mga tanong at matutulungan ka nilang maunawaan kung ano ang dapat gawin para mapangasiwaan ang iyong problema. May mga sinanay na tagapayo ang HICAP sa bawat county, at libre ang mga serbisyo.

Hindi konektado ang HICAP sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan.

TUMAWAG	1-800-434-0222 Lunes hanggang Biyernes, mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Ang iyong tanggapan ng HICAP para sa iyong county.
WEBSITE	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

Makipag-ugnayan sa HICAP para sa tulong sa:

- Mga tanong tungkol sa aming plano o Medicare.
- Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang iyong mga tanong tungkol sa paglipat sa isang bagong plano at matutulungan ka nilang:
- Maunawaan ang iyong mga karapatan,
- Maunawaan ang iyong mga pagpipilian sa plano,
- Maghain ng mga reklamo tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan o paggamot, **at**
- Maayos ang mga problema sa iyong mga bill.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

D. Linya sa Pagtawag para sa Payo ng Nars

Alam natin na kung minsan, mahirap malaman kung anong uri ng pangangalaga ang kailangan mo.

Kung minsan, mahirap malaman kung anong uri ng pangangalaga ang kailangan mo. Mayroon kaming lisensyadong propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na available upang tulungan ka sa pamamagitan ng telepono 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Ikaw ay maaaring:

- Makipag-usap sa isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na sasagot sa mga medikal na tanong, magbibigay ng payo sa pangangalaga, at tutulong sa iyo kung dapat kang magpatingin kaagad sa isang provider.
- Humingi ng tulong sa mga medikal na kondisyon gaya ng diyabetis o hika, kabilang ang payo tungkol sa kung anong uri ng provider ang maaaring akma para sa iyong kondisyon.
- Humingi ng tulong sa kung ano ang gagawin kung kailangan mo ng pangangalaga at kung sarado ang isang pasilidad na nasa plano, o kung ikaw ay nasa labas ng aming sineserbisyuhang lugar

Kapag tumawag ka, maaari kang tanungin ng sanay na kawani ng suporta upang matulungan kang idirekta ang iyong tawag.

TUMAWAG	1-833-574-2273 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang tawag na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

E. Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (QIO):

May organisasyon ang aming estado na tinatawag na Livanta. Isa itong grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong na mapahusay ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Hindi konektado ang Livanta sa aming plano.

TUMAWAG	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Ang numerong ito ay para sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitang telepono upang makatawag dito.
SUMULAT	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
WEBSITE	www.livantaqio.com

Makipag-ugnayan sa Livanta para sa tulong sa:

- Mga tanong tungkol sa iyong mga karapatan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Paghahain ng reklamo tungkol sa pangangalagang natanggap mo kung ikaw ay:
- may problema ka sa kalidad ng pangangalaga,
- iniisip mo na malapit nang magwakas ang iyong pamamalagi sa ospital, o
- iniisip mo na malapit nang magwakas ang iyong mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, o pasilidad sa kumprehensibong rehabilitasyon ng outpatient (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF).

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

F. Medicare

Ang Medicare ay ang pederal na programa sa insurance sa kalusugan para sa mga taong 65 taong gulang pataas, ilang taong wala pang 65 taong gulang at may mga kapansanan, at mga taong may end-stage na sakit hinggil sa bato (permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o transplant ng bato).

Ang pederal na ahensyang nangangasiwa sa Medicare ay ang Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid, o Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS.

TUMAWAG	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Libre ang mga tawag sa numerong ito, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048 Libre ang tawag na ito.</p> <p>Ang numerong ito ay para sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitang telepono upang makatawag dito.</p>
WEBSITE	<p>medicare.gov</p> <p>Ito ang opisyal na website para sa Medicare. Nagbibigay ito sa iyo ng napapanahong impormasyon tungkol sa Medicare. Mayroon din itong impormasyon tungkol sa mga ospital, pasilidad ng pag-aalaga, doktor, ahensya sa pangangalaga sa bahay, pasilidad sa dialysis, pasilidad sa rehabilitasyon ng inpatient, at hospisyo.</p> <p>Mayroon ditong mga kapaki-pakinabang na website at numero ng telepono. Mayroon din itong mga dokumento na maaari mong i-print mismo mula sa iyong computer.</p> <p>Kung wala kang computer, maaaring matulungan ka ng iyong lokal na aklatan o senior center para mabisita ang website na ito gamit ang kanilang computer. O kaya, maaari mong tawagan ang Medicare sa numerong nasa itaas at sabihin sa kanila kung ano ang hinahanap mo. Hahanapin nila ang impormasyon sa website at susuriin nila ang impormasyon kasama ka.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

G. Medi-Cal

Ang Medi-Cal ay programa ng Medicaid ng California. Isa itong programa sa pampublikong insurance sa kalusugan na nagbibigay ng kailangang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan para sa mga indibidwal na may mababang kita, kabilang ang mga pamilyang may mga anak, nakatatanda, mga taong may kapansanan, mga bata at kabataan sa foster care, at mga buntis na kababaihan. Ang Medi-Cal ay pinopondohan ng mga pondo ng estado at pederal na pamahalaan.

Kasama sa mga benepisyo ng Medi-Cal ang medikal, dental, kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Naka-enroll ka sa Medicare at sa Medi-Cal. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa iyong mga benepisyo sa Medi-Cal, tawagan ang iyong tagasaayos ng pangangalaga sa plano. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa pagpapa-enroll sa plano ng Medi-Cal, tawagan ang Health Care Options.

TUMAWAG	1-800-430-4263 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitang telepono upang makatawag dito.
SUMULAT	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
WEBSITE	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

H. Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal at Tanggapan ng Ombudsman para sa Kalusugan ng Isip

Nagtatrabaho ang Tanggapan ng Ombudsman bilang isang tagapagsulong sa ngalan mo. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kang problema o reklamo at matutulungan ka nilang maunawaan kung ano ang gagawin. Tinutulungan ka rin ng Tanggapan ng Ombudsman sa serbisyo o mga problema sa billing. Hindi sila konektado sa aming plano o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Libre ang kanilang mga serbisyo.

TUMAWAG	1-888-452-8609 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m.
TTY	711 Libre ang tawag na ito.
SUMULAT	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
EMAIL	MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
WEBSITE	www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

I. Mga Serbisyong Panlipunan ng County

Kung kailangan mo ng tulong sa iyong mga fee-for-service na benepisyo sa Medi-Cal, kontakin ang iyong lokal na ahensya ng serbisyong panlipunan ng county.

Makipag-ugnayan sa ahensya ng serbisyong panlipunan ng iyong county para mag-apply para sa Mga Serbisyo ng Suporta sa Tahanan, na tutulong sa pagbabayad para sa mga serbisyong ibinigay sa iyo para manatili kang ligtas sa iyong sariling tahanan. Posibleng kabilang sa mga uri ng mga serbisyo ang tulong sa paghahanda ng mga pagkain, pagligo, pagbibihis, pamimili para sa paglalaba, o transportasyon.

Makipag-ugnayan sa ahensya ng mga serbisyong panlipunan ng iyong county para sa anumang tanong tungkol sa iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal.

Departamento ng Pamublikong Serbisyong Panlipunan ng County ng Los Angeles

TUMAWAG	1-866-613-3777 1-626-569-1399 1-310-258-7400 1-818-701-8200 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes mula 7:30 a.m. - 7:30 p.m. Sabado mula 8:00 a.m. - 4:30 p.m. Maliban sa Mga Holiday
TTY	711
SUMULAT	Hanapin ang pinakamalapit na tanggapan ng Distrito upang mag-apply
WEBSITE	https://dpss.lacounty.gov/en.html

Ahensya ng Serbisyong Panlipunan sa Orange County

TUMAWAG	1-855-541-5411 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
TTY	711
SUMULAT	Maghanap ng pinakamalapit na tanggapan
WEBSITE	ssa.ocgov.comhttps://www.ochealthinfo.com/services-programs/mental-health-crisis-recovery/navigation-help-resources/oc-links

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

Departamento ng Mga Pamublikong Serbisyong Panlipunan ng Riverside County

TUMAWAG	1-877-410-8827 Libre ang tawag na ito.
TTY	711
SUMULAT	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
WEBSITE	https://rivcodpss.org/

Mga Serbisyo sa Pagtanda at Para sa Nasa Hustong Gulang ng San Bernardino County

TUMAWAG	1-909-891-3900
TTY	711
SUMULAT	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
WEBSITE	https://dpss.lacounty.gov/en.html

Departamento ng Ahensya ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng County ng San Diego

TUMAWAG	1-866-262-9881 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, mula 7 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Hanapin ang pinakamalapit na tanggapan ng Distrito.
WEBSITE	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medical_program/index.html

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

J. May Espesyalisasyong Plano para sa Kalusugan ng Isip ng County

Available sa iyo ang mga may espesyalisasyong serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal sa pamamagitan ng plano para sa kalusugan ng isip (mental health plan, MHP) ng county kung natutugunan mo ang mga pamantayan sa access.

Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County

TUMAWAG	1-800 854-7771 Libre ang tawag na ito. Libre ang mga tawag sa numerong ito, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang tawag na ito

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Paggaling ng Orange County

TUMAWAG	1-855 625-4657 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang tawag na ito

Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Riverside County

TUMAWAG	1-800-706-7500 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang tawag na ito

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Departamento ng Kalusugan ng Pag-uugali ng San Bernardino County

TUMAWAG	1-888 743-1478 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Mayroon kaming mga libheng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang tawag na ito.

Departamento ng Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng San Diego County

TUMAWAG	1-888-724-7240 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Mayroon kaming mga libheng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang tawag na ito.

Makipag-ugnayan sa may espesyalisasyong plano para sa kalusugan ng isip ng county para sa tulong sa:

- Mga tanong tungkol sa mga may espesyalisasyong serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na ibinibigay ng county.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

K. California Department of Managed Health Care

Ang Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC) ng California ang responsable para sa pangangasiwa sa mga planong pangkalusugan. Matutulungan ka ng Help Center ng DMHC sa mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal.

TUMAWAG	1-888-466-2219 Available ang mga kinatawan ng DMHC sa pagitan ng mga oras na 8:00 a.m. at 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
TDD	1-877-688-9891 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitang telepono upang makatawag dito.
SUMULAT	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
WEBSITE	www.dmhc.ca.gov

L. Mga Programa para Tulungan ang Mga Tao na Magbayad para sa Kanilang Mga Inireresetang Gamot

Ang website ng Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa kung paano mapapababa ang iyong mga gastusin sa inireresetang gamot. Para sa mga taong may limitadong kita, mayroon ding iba pang mga programang makakatulong, gaya ng inilalarawan sa ibaba.

L1. Karagdagang Tulong

Dahil karapat-dapat ka para sa Medi-Cal, kwalipikado ka para sa at nakakakuha ka ng “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare para bayaran ang iyong mga gastos sa plano sa inireresetang gamot. Wala kang kailangang gawing kahit ano para makuha ang “Karagdagang Tulong” na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

TUMAWAG	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga tawag sa numerong ito, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
TTY	1-877-486-2048 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitang telepono upang makatawag dito.
WEBSITE	www.medicare.gov

Kung naniniwala kang nagbabayad ka ng hindi tamang halaga ng bahagi sa gastos kapag kinukuha mo ang iyong mga reseta sa isang parmasya, may proseso ang aming plano para makahiling ka ng tulong sa pagkuha ng katibayan ng tamang antas ng iyong copayment, o para maibigay sa amin ang katibayang ito kung mayroon ka na nito.

Kung hindi ka sigurado kung anong katibayan ang ibibigay sa amin, mangyaring makipag-ugnayan sa isang parmasya na nasa network o sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang katibayan ay kadalasang isang sulat mula sa alinman sa tanggapan ng Medicaid ng estado o sa Social Security na kumukumpirmang kwalipikado ka para sa “Karagdagang Tulong.” Ang katibayan ay puwede ring dokumentasyon na inilabas ng estado na naglalaman ng iyong impormasyon sa pagiging karapat-dapat na nauugnay sa Mga Serbisyong Nakabatay sa Tahanan at Komunidad.

Posibleng kailanganin mo o ng iyong itinalagang kinatawan na ibigay ang katibayan sa isang parmasya na nasa network kapag kumukuha ka ng mga sakop na reseta sa Bahagi D para masingil ka namin ng naaangkop na halaga ng bahagi sa gastos hanggang sa ma-update ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ang mga rekord nito para maipakita ang iyong kasalukuyang status. Kapag na-update na ng CMS ang mga rekord nito, hindi mo na kakailanganing ipakita ang katibayan sa parmasya. Pakibigay ang iyong katibayan sa isa sa mga sumusunod na paraan para ma-forward namin ito sa CMS para sa pag-update:

- Sumulat sa Kaiser Permanente sa:
California Service Center
Attn: Pinakamainam na Available na Katibayan
P.O. Box 232407
San Diego, CA 92193-2407
- I-fax ito sa **1-877-528-8579**.
- Dalhin ito sa isang parmasya na nasa network o sa tanggapan ng iyong lokal na Mga Serbisyo sa Miyembro sa isang pasilidad ng network.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kapag natanggap na namin ang katibayan na nagpapakita ng antas ng iyong copayment, ia-update namin ang aming system para masingil ka ng tamang copayment sa susunod na kunin mo ang iyong reseta sa parmasya. Kung sumobra ang bayad mo sa copayment, ibabalik namin ang bayad sa iyo. Puwedeng magpadala kami sa iyo ng tseke na nagkakahalaga ng sobrang ibinayad mo o puwedeng ibawas namin ang halaga sa mga pagbabayad sa hinaharap. Kung hindi ka pa sinisingil ng copayment ng parmasya at itinuturing itong pagkakautang mo, posibleng kami na ang direktang magbayad sa parmasya. Kung binayaran ito ng estado sa ngalan mo, posibleng direkta naming bayaran ang estado. Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung mayroon kang mga tanong.

L2. AIDS Drug Assistance Program (ADAP)

Tinutulungan ng ADAP ang mga indibidwal na kwalipikado sa ADAP na namumuhay nang may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakakapagligtas ng buhay. Ang mga inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare na kasama rin sa pormularyo ng ADAP ay kwalipikado para sa tulong sa bahagi sa gastos para sa reseta. Tandaan: Para maging kwalipikado sa ADAP na nag-o-operate sa iyong estado, kailangang makatugon ang mga indibidwal sa ilang partikular na pamantayan, kabilang na ang patunay ng pagtira sa estado at status ng HIV, may mababang kita gaya sa inilalarawan ng estado, at may status na walang insurance/kulang ang insurance. Kung magpapalit ka ng plano, mangyaring abisuhan ang iyong lokal na manggagawa sa pagpapa-enroll sa ADAP para patuloy kang makatanggap ng tulong para sa impormasyon sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado, mga sakop na gamot, o kung paano magpa-enroll sa programa, pakitawagan ang call center ng ADAP sa **1-844-421-7050** sa pagitan ng 8 a.m. at 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes (hindi kasama ang mga holiday).

M. Social Security

Tinutukoy ng Social Security ang pagiging kwalipikado at pinapangasiwaan nito ang pagpapa-enroll para sa Medicare. Ang mga Mamamayan ng U.S. at mga legal na permanenteng residente na edad 65 taong gulang pataas, o may kapansanan o End-Stage Renal Disease (ESRD) at nakakatugon sa ilang partikular na kondisyon, ay kwalipikado para sa Medicare. Kung nakakatanggap ka na ng mga tseke mula sa Social Security, awtomatiko kang mae-enroll sa Medicare. Kung hindi ka nakakatanggap ng mga tseke mula sa Social Security, kailangan mong mag-enroll sa Medicare. Para makapag-apply sa Medicare, puwede mong tawagan ang Social Security o bisitahin ang iyong lokal na tanggapan ng Social Security.

Kung lilipat ka o babaguhin mo ang iyong mailing address, mahalagang makipag-ugnayan ka sa Social Security para ipaalam ito sa kanila.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

TUMAWAG	1-800-772-1213 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available nang 8:00 am hanggang 7:00 pm, Lunes hanggang Biyernes. Puwede mong gamitin ang kanilang naka-automate na serbisyo sa telepono para makakuha ng mga naka-rekord nang impormasyon at makapagsagawa ng negosyo 24 na oras sa isang araw.
TTY	1-800-325-0778 Ang numerong ito ay para sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitang telepono upang makatawag dito.
WEBSITE	www.ssa.gov

N. Railroad Retirement Board (RRB)

Ang RRB ay isang independiyenteng ahensya ng Pederal na pamahalaan na nagbibigay ng mga komprehensibong programa sa benepisyo para sa mga manggagawa sa railroad sa bansa at mga pamilya nila. Kung nakakatanggap ka ng Medicare sa pamamagitan ng RRB, mahalagang ipaalam mo sa kanila kapag lumipat ka o binago mo ang iyong mailing address. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa iyong mga benepisyo mula sa RRB, makipag-ugnayan sa ahensya.

TUMAWAG	1-877-772-5772 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Kapag pinindot mo ang “0”, puwede kang makipag-usap sa isang kinatawan ng RRB mula 9 a.m. hanggang 3:30 p.m., Lunes, Martes, Huwebes, at Biyernes, at mula 9 a.m. hanggang 12 p.m. tuwing Miyerkules. Kapag pinindot mo ang “1”, puwede mong ma-access ang naka-automate na RRB Help Line at naka-rekord na impormasyon 24 na oras sa isang araw, kabilang ang mga weekend at holiday.
TTY	1-312-751-4701 Ang numerong ito ay para sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitang telepono upang makatawag dito. Ang mga pagtawag sa numerong ito ay <i>hindi</i> libre.
WEBSITE	www.rrb.gov

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

O. Iba pang mapagkukunan

Ang Medicare Medi-Cal Ombuds Program ay nag-aalok ng LIBRENG tulong para matulungan ang mga taong nahihirapang makakuha o makapagpanatili ng coverage sa kalusugan at malutas ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan.

Kung mayroon kang mga problema sa:

- Medi-Cal
- Medicare
- Iyong planong pangkalusugan
- Pag-access sa mga medikal na serbisyo
- Pag-apela sa mga tinanggihang serbisyo, gamot, matibay na kagamitang pangmedikal (DME), serbisyo sa kalusugan ng isip, atbp.
- Medikal na pagsingil
- IHSS (In-Home Supportive Services)

Tumutulong ang Medicare Medi-Cal Ombuds Program sa mga reklamo, apela, at pagdinig. Ang numero ng telepono para sa Ombuds Program ay **1-888-804-3536**.

P. Programa sa Pangangalaga ng Ngipin ng Medi-Cal

Ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin ay makukuha sa pamamagitan ng Programa sa Pangangalaga ng Ngipin ng Medi-Cal; kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, mga serbisyong gaya ng:

- Mga unang eksaminasyon, X-ray, pagpapalinis, at fluoride treatment
- Mga restoration at crown
- Root canal therapy
- Mga bahagya at buong pustiso, pag-adjust, pag-repair, at pag-reline

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

TUMAWAG	1-800-322-6384 Libre ang tawag. Available ang mga benepisyo para sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Fee-for-Service at Mga Programa sa Dental Managed Care (DMC). Available ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental Fee-For-Service Program para tulungan ka mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
TTY	1-800-735-2922 Ang numerong ito ay para sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitang telepono upang makatawag dito.
WEBSITE	https://smilecalifornia.org/

Bukod pa sa Medi-Cal Dental Fee-For-Service Program, puwede ka ring makakuha ng mga benepisyo para sa ngipin sa pamamagitan ng isang plano ng pinapamahalaang pangangalaga para sa ngipin. Available ang mga plano ng pinapamahalaang pangangala para sa ngipin sa Los Angeles County. Kung gusto mo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga dental plan, o kung gusto mong magpalit ng mga dental plan, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa **1-800-430-4263** (Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-430-7077**), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Libre ang tawag.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kabanata 3: Paggamit sa coverage ng aming plano para sa iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan at iba pang sakop na serbisyo

Panimula

Ang kabanatang ito ay may mga partikular na tuntunin at panuntunan na kailangan mong malaman upang makakuha ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan at iba pang sakop na serbisyo sa aming plano. Isinasaad din nito sa iyo ang tungkol sa iyong tagapagkoordinang pangangalaga, paano makakakuha ng pangangalaga mula sa iba't ibang uri ng mga provider at sa ilalim ng ilang partikular na espesyal na sitwasyon (kabilang ang mula sa mga provider o parmasya na wala sa network), ano ang dapat gawin kung direkta kang sinisingil para sa mga serbisyong sakop namin, at mga panuntunan para sa pagmamay-ari ng Matibay na Kagamitang Pangmedikal (DME). Makikita ang mahalalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kabanata 3 Talaan ng Mga Nilalaman

A.	Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider	45
B.	Mga panuntunan para sa pagkuha ng mga serbisyo na sinasakop ng aming plano	45
C.	Iyong tagapagkoordinang pangangalaga	48
C1.	Ano ang isang tagapagkoordinang pangangalaga.....	48
C2.	Paano ka maaaring makipag-ugnayan sa iyong tagapagkoordinang pangangalaga.....	48
C3.	Paano mo mapapalitan ang iyong tagapagkoordinang pangangalaga	48
D.	Pangangalaga mula sa mga provider	48
D1.	Pangangalaga mula sa isang provider ng pangunahing pangangalaga.....	48
	Kahulugan ng PCP at ano ang ginagawa ng PCP para sa iyo.....	48
	Pagpili mo ng PCP.....	49
	Opsyong palitan ang iyong PCP	49
	Mga serbisyong makukuha mo nang walang pag-apruba mula sa iyong PCP	50

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang provider na nasa network	51
Mga referral mula sa iyong PCP	51
Mga referral sa mga provider na nasa network.....	52
Paunang pahintulot	52
D3. Kapag umalis sa aming plano ang isang provider	53
D4. Mga provider na wala sa network	55
E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS).....	56
F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (disorder sa kalusugan ng isip at labis na pag-inom ng alak at paggamit ng droga).....	56
F1. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali ng Medi-Cal na ibinibigay sa labas ng aming plano	57
Mga serbisyong pang-outpatient.....	57
Mga serbisyong pangresidensyal.....	58
Mga serbisyong pang-inpatient.....	58
G. Mga serbisyo sa transportasyon	59
G1. Medikal na transportasyon sa mga sitwasyong hindi pang-emergency	59
Mga Limitasyon ng Medikal na Transportasyon.....	60
G2. Hindi medikal na transportasyon.....	60
Mga limitasyon ng hindi medikal na transportasyon.....	61
H. Mga sakop na serbisyo sa isang medikal na emergency, kapag agarang kinakailangan, o sa panahon ng isang sakuna	62
H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency	62
Mga sakop na serbisyo sa isang medikal na emergency	62
Pangangalaga pagkatapos maging matatag ng kondisyon.....	63

Pagkuha ng pangangalagang pang-emergency kung hindi ito emergency.....	64
H2. Agarang kinakailangang pangangalaga.....	64
Agarang kinakailangang pangangalaga sa sineserbisyuhang lugar ng aming plano	65
Agarang kinakailangang pangangalaga na wala sa sineserbisyuhang lugar ng aming plano	65
H3. Pangangalaga sa panahon ng isang sakuna	66
I. Ano ang dapat gawin kung direkta kang sinisingil para sa mga serbisyo na sinasakop ng aming plano	66
I1. Ano ang dapat gawin kung hindi sinasakop ng aming plano ang mga serbisyo	66
J. Coverage ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.....	67
J1. Kahulugan ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral	67
J2. Pagbabayad para sa mga serbisyo kapag nasa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral ka.....	68
J3. Higit pa tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral.....	69
K. Paano sinasakop ang iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang panrelihiyong institusyon sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pangmedikal.....	69
K1. Kahulugan ng panrelihiyong institusyon sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pangmedikal	69
K2. Pangangalaga mula sa isang panrelihiyong institusyon sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pangmedikal.....	69
L. Matibay na kagamitang pangmedikal (DME)	70
L1. DME bilang miyembro ng aming plano.....	70
L2. Pagmamay-ari ng DME kung lilipat ka sa Original Medicare	71

L3. Mga benepisyo sa oxygen equipment bilang miyembro ng aming plano 72

L4. Oxygen equipment kapag lumipat ka sa Original Medicare o ibang Medicare Advantage (MA) plan 72



A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider

Kasama sa mga serbisyo ang pangangalagang pangkalusugan, long-term services and supports (LTSS), mga supply, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, mga inirereseta at over-the-counter na gamot, equipment at iba pang serbisyo. **Ang mga sakop na serbisyo** ay ang alinman sa mga serbisyong ito na binabayaran ng aming plano. Makikita ang sakop na pangangalagang pangkalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at LTSS sa **Kabanata 4 ng Handbook ng Miyembro** na ito. Makikita ang mga sakop na serbisyo mo para sa reseta sa **Kabanata 5 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

Ang mga provider ay mga doktor, nars, at iba pang tao na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kabilang din sa mga provider ang mga ospital, ahensya ng kalusugan sa bahay, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, medikal na kagamitan, at ilang partikular na LTSS.

Ang mga provider na nasa network ay mga provider na nakikipagtulungan sa aming plano. Sumasang-ayon ang mga provider na ito na tanggapin ang aming pagbabayad bilang kabuuang pagbabayad. Direkta kaming sinisingil ng mga provider na nasa network para sa pangangalagang ibinibigay nila. Kapag gumagamit ka ng provider na nasa network, karaniwang wala kang babayaran para sa mga sakop na serbisyo.

B. Mga panuntunan para sa pagkuha ng mga serbisyo na sinasakop ng aming plano

Sakop ng aming plano ang lahat ng serbisyong sakop ng Medicare at Medi-Cal. Kabilang dito ang ilang partikular na kalusugan ng pag-uugali at LTSS.

Magbabayad sa pangkalahatan ang aming plano para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at LTSS na matatanggap mo kapag sumunod ka sa aming mga panuntunan. Para masakop ng aming plano:

- Ang pangangalagang kukunin mo ay dapat na isang **benepisyo ng plano**. Ibig sabihin nito, isinama namin ito sa aming Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4 ng Handbook ng Miyembro** na ito.
- Ang pangangalaga ay dapat na **medikal na kinakailangan**. Ang ibig naming sabihin sa medikal na kinakailangan ay mahahalagang serbisyo na makatuwiran at nagpoprotekta ng buhay. Ang medikal na kinakailangang pangangalaga ay kinakailangan upang mapigilan ang mga indibidwal na magkasakit nang malubha o magkaroon ng kapansanan at mabawasan ang matinding pananakit sa pamamagitan ng paggamot ng sakit, karamdaman, o pinsala.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Para sa mga medikal na serbisyo, dapat ay mayroon kang **provider ng pangunahing pangangalaga (PCP)** na nasa network na nagbibilin ng pangangalaga o nagsasabi sa iyo na pumunta sa ibang provider. Bilang isang miyembro ng plano, dapat kang pumili ng provider na nasa network upang maging iyong PCP.
- Sa karamihan ng mga sitwasyon, dapat kang maaprubahan ng iyong PCP na nasa network bago ka magpatingin sa isang provider na hindi mo PCP o gumamit ng iba pang provider sa network ng aming plano. Tinatawag itong **referral**. Kung hindi ka maaaprubahan, maaaring hindi namin sakupin ang mga serbisyo. Para matuto pa tungkol sa mga referral, sumangguni sa Seksyon **D** ng kabanatang ito.
- Hindi mo kailangan ng referral mula sa iyong PCP para sa pangangalagang pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga, para makagamit ng provider para sa kalusugan ng kababaihan, o para sa anupamang uri ng pangangalaga nang walang referral mula sa iyong PCP (para sa higit pang impormasyon tungkol dito, sumangguni sa Seksyon **D1** sa kabanatang ito).
- **Dapat kang kumuha ng iyong pangangalaga mula sa mga provider na nasa network.** Karaniwan na hindi namin sinasakop ang pangangalaga mula sa isang provider na hindi nakikipagtulungan sa aming planong pangkalusugan. Ibig sabihin nito, kakailanganin mong bayaran ang provider nang buo para sa mga serbisyong ibinigay nito. Narito ang ilang sitwasyon kung kailan hindi nalalapat ang panuntunang ito:
 - Sinasakop namin ang pangangalagang pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network (para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa Seksyon **H** sa kabanatang ito).
 - Kung kailangan mo ng pangangalaga na sinasakop ng aming plano at hindi ito maibibigay sa iyo ng aming mga provider na nasa network, maaari kang kumuha ng pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network kung pahihintulutan namin o ng aming Medical Group ang mga serbisyo bago mo kunin ang pangangalaga. Sa sitwasyong ito, sinasakop namin ang pangangalaga na parang kinuha mo ito mula sa isang provider na nasa network.

- Sinasakop namin ang mga serbisyo ng dialysis sa bato kapag nasa labas ka ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano sa loob ng maikling panahon o kapag pansamantalang hindi available o accessible ang iyong provider. Maaari mong kunin ang mga serbisyo ng ito sa isang pasilidad sa dialysis na sertipikado ng Medicare. Ang bahagi sa gastos na babayaran mo para sa dialysis ay hindi maaaring lumampas sa bahagi sa gastos sa Original Medicare. Kung ikaw ay wala sa sineserbisyuhang lugar ng plano at nakuha mo ang dialysis mula sa isang provider na wala sa network ng plano, ang iyong bahagi sa gastos at hindi maaaring lumampas sa bahagi ng gastos na babayaran mo sa network. Gayunpaman, kung pansamantalang hindi available ang iyong karaniwang provider na nasa network para sa dialysis and pipiliin mong kumuha ng mga serbisyo sa loob ng sineserbisyuhang lugar mula sa isang provider na wala sa network, maaaring mas mataas ang iyong bahagi sa gastos para sa dialysis.
- Sa unang pagsali mo sa aming plano, maaari mong hilingin na patuloy na gamitin ang iyong mga kasalukuyang provider. Dapat naming aprubahan ang kahilingang ito kung mapapatunayan namin na may dati ka nang ugnayan sa mga provider, ngunit may ilang pagbubukod. Sumangguni sa **Kabanata 1** ng **Handbook ng Miyembro** na ito. Kung maaaprubahan namin ang iyong kahilingan, maaari mong patuloy na gamitin ang mga provider na ginagamit mo ngayon sa loob ng hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa panahong iyon, makikipag-ugnayan sa iyo ang iyong tagapagkoordinang pangangalaga upang tulungan kang maghanap ng mga provider sa aming network. Pagkatapos ng 12 buwan, hindi na namin sasakupin ang iyong pangangalaga kung patuloy mo pa ring gagamitin ang mga provider na wala sa aming network.
- Mga bagong miyembro ng **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**: Sa karamihan ng mga pagkakataon, ie-enroll ka sa aming **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 Plan** para sa iyong mga benepisyo sa Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos mong hilinging i-enroll ka sa **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Maaari mo pa ring matanggap ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa iyong nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap mo ang iyong mga serbisyo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng aming **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 Plan**. Hindi magkakaroon ng pahinga sa iyong coverage ng Medi-Cal. Mangyaring tawagan kami sa **1-800-443-0815 (TTY 711)** kung mayroon kang anumang tanong. Ang mga oras ay 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

C. Iyong tagapagkoordinang pangangalaga

C1. Ano ang isang tagapagkoordinang pangangalaga

Ang iyong Tagapagkoordinang Programa sa Plano para sa Mga Espesyal na Pangangailangan ay may responsibilidad sa pagkoordinang iyong pangangalaga. Makikipag-ugnayan sila sa iyo taun-taon para sa isang pagtatasa sa panganib sa kalusugan at pagkatapos din ng paglabas ng ospital. (Para sa higit pang impormasyon tungkol dito, sumangguni sa **Kabanata 2**, Seksyon **G**.)

C2. Paano ka maaaring makipag-ugnayan sa iyong tagapagkoordinang pangangalaga

Sumangguni sa **Kabanata 2**, Seksyon **G** para sa impormasyon tungkol sa kung paano makakaugnayan ang iyong tagapagkoordinang pangangalaga.

C3. Paano mo mapapalitan ang iyong tagapagkoordinang pangangalaga

Upang palitan ang iyong tagapagkoordinang pangangalaga, makipag-ugnayan sa iyong tagapagkoordinang pangangalaga (sumangguni sa **Kabanata 2**, Seksyon **G** para sa impormasyon).

D. Pangangalaga mula sa mga provider

D1. Pangangalaga mula sa isang provider ng pangunahing pangangalaga

Dapat kang pumili ng provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) upang magbigay at mamahala ng iyong pangangalaga.

Kahulugan ng PCP at ano ang ginagawa ng PCP para sa iyo

Ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga ay isang doktor na nakatutugon sa mga kinakailangan ng estado at sinanay na magbigay sa iyo ng pangunahing medikal na pangangalaga. Ikokoordina rin ng iyong PCP ang pangangalaga mo. Kabilang sa “pagkoordinang” ng iyong pangangalaga ang pagsusuri o pagkonsulta sa iba pang provider na nasa network tungkol sa iyong pangangalaga at kung paano ito gumagana. Sa ilang kaso, kakailanganin ng iyong PCP na kumuha ng paunang pahintulot (paunang pag-apruba) mula sa amin (tingnan ang **D2** sa kabanatang ito para sa higit pang impormasyon).

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Pagpili mo ng PCP

Ang iyong PCP ay karaniwang nanggagamot para sa general medicine (tinatawag ding adult o internal medicine at family practice) at kung minsan ay obstetrics/ginekolojiya. Sa ilang pasilidad na nasa network, kung mas gusto mo, maaari kang pumili ng available na nars na practitioner o physician assistant upang maging iyong provider ng pangunahing pangangalaga. Tinutukoy ang mga PCP sa **Direktoryo ng Provider at Parmasya**.

Ang iyong PCP ay nagbibigay, nagrereseta, o nagpapahintulot ng mga medikal na kinakailangang sakop na serbisyo. Ibibigay ng iyong PCP ang karamihan sa iyong karaniwan o pangunahing pangangalaga at magbibigay ito ng referral kung kinakailangan upang makapagpatingin sa iba pang provider na nasa network para sa iba pang pangangalagang kailangan mo. Halimbawa, upang magpatingin sa isang espesyalista, karaniwan na kailangan mo munang magpaaprubang sa iyong PCP (tinatawag itong pagkuha ng “referral” sa isang espesyalista). Mayroong ilang uri ng mga sakop na serbisyo na makukuha mo nang mag-isa, nang hindi muna nakikipag-ugnayan sa iyong PCP (tingnan ang “Mga serbisyong makukuha mo nang walang pag-apruba mula sa iyong PCP” sa kabanatang ito).

Mangyaring tingnan ang iyong **Direktoryo ng Provider at Parmasya** o tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagpili ng PCP at kung aling mga provider ang tumatanggap ng mga bagong pasyente.

Opsyong palitan ang iyong PCP

Maaari kang magpalit ng iyong PCP para sa anumang dahilan, sa anumang oras. Posible rin na umalis ang iyong PCP sa network ng aming plano. Kung aalis ang iyong PCP sa aming network, matutulungan ka naming maghanap ng bagong PCP sa aming network. Magkakaroon kaagad ng bisa ang iyong pagpili ng PCP.

Upang pumili o magpalit ng iyong PCP, mangyaring tumawag sa **aming numero sa pagpili g personal na doktor sa 1-888-956-1616 (TTY 711)**, Lunes hanggang Biyernes, 7 a.m. hanggang 7 p.m. **Puwede ka ring pumili sa kp.org/finddoctors**.

Kapag tumawag ka, sabihin sa amin kung magpapatingin ka sa mga espesyalista o kukuha ka ng iba pang sakop na serbisyo na nangangailangan ng pag-apruba ng iyong PCP (gaya ng mga serbisyo sa kalusugan sa bahay at matibay na kagamitang pangmedikal) upang masabi namin sa iyo kung kailangan mong kumuha ng referral mula sa iyong bagong PCP upang maipagpatuloy ang mga serbisyo. Gayundin, kung may partikular na espesyalista o ospital na nasa network ka na gustong gamitin, makipag-ugnayan sa amin upang alamin kung gumagawa ang iyong PCP ng mga referral sa espesyalistang iyon o ginagamit niya ang ospital na iyon.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong makukuha mo nang walang pag-apruba mula sa iyong PCP

Sa karamihan ng mga sitwasyon, kailangan mo ng pag-apruba mula sa iyong PCP bago ka gumamit ng iba pang provider. Tinatawag ang pagpapaapruba na ito na **referral**. Maaari kang kumuha ng mga serbisyong tulad ng mga nakalista sa ibaba nang hindi muna nagpapaapruba mula sa iyong PCP:

- Mga serbisyong pang-emergency mula sa mga provider na nasa network o provider na wala sa network.
- Pang-agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga provider na nasa network.
- Pang-agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network kapag hindi ka makapunta sa isang provider na nasa network (halimbawa, kung nasa labas ka ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano o kapag weekend).
Tandaan: Ang pang-agarang kinakailangang pangangalaga ay dapat na kinakailangan sa lalong madaling panahon at medikal na mahalaga.
- Mga serbisyo ng dialysis sa bato na kinukuha mo sa isang pasilidad sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag nasa labas ka ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro bago ka umalis sa sineserbisyuhang lugar. Matutulungan ka naming kumuha ng dialysis habang nasa malayo ka.
- Ang mga bakuna para sa trangkaso at bakuna para sa COVID-19, pati na rin mga bakuna para sa hepatitis B at bakuna para sa pulmonya, hangga't kinukuha mo ang mga ito mula sa isang provider na nasa network.
- Mga karaniwang serbisyo ng pangangalaga sa kalusugan at pagpapalano ng pamilya ng mga kababaihan. Kabilang dito ang mga eksaminasyon sa suso, screening na mammogram (mga x-ray ng suso), Pap test, at eksaminasyon sa pelvis, hangga't kinukuha mo ang mga ito mula sa isang provider na nasa network.
- Mga pangalawang opinyon mula sa ibang provider na nasa network.
- Mga appointment sa mga sumusunod na lugar: optometry, labis na pag-inom ng alak at paggamit ng droga, at psychiatry.
- Mga sakop na serbisyo sa chiropractic care ng Medicare basta't kinukuha mo ang mga ito mula sa isang provider na nasa network.
- Pangangalagang pang-iwas sa sakit maliban para sa mga screening sa abdominal aortic aneurysm, medical nutritional therapy, flexible sigmoidoscopy, screening na colonoscopy, screening sa bone density, at pagsusuri sa laboratoryo.
- Dagdag pa rito, kung kwalipikadong kumuha ng mga serbisyo mula sa Mga Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan ng Indian, maaari mong gamitin ang mga provider na ito nang walang referral.
- Mga appointment para sa mga sensitibong serbisyo.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang provider na nasa network

Ang isang espesyalista ay isang doktor na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan. Maraming klase ng mga espesyalista, gaya ng:

- Pangangalaga ng mga oncologist para sa mga pasyenteng may kanser.
- Pangangalaga ng mga cardiologist para sa mga pasyenteng may mga problema sa puso.
- Pangangalaga ng mga orthopedist para sa mga pasyenteng may mga problema sa buto, kasukasuan, o kalamnan.

Mga referral mula sa iyong PCP

Karaniwan na magpapatingin ka muna sa iyong PCP para sa karamihan ng iyong mga regular na kinakailangan sa pangangalagang pangkalusugan. May ilang uri lang ng mga sakop na serbisyo na puwede mong makuha nang mag-isa, nang hindi muna kumukuha ng pag-apruba mula sa iyong PCP, na inilalarawan sa itaas sa Seksyon **D1**.

Ang nakasulat na referral ay puwedeng para lang sa isang pagbisita o puwede rin itong maging standing referral para sa higit sa isang pagbisita kung kailangan mo ng mga tuloy-tuloy na serbisyo. Dapat ka naming bigyan ng standing referral sa isang kwalipikadong espesyalista para sa alinman sa mga kondisyong ito:

- isang hindi gumagaling (tuloy-tuloy) na kondisyon;
- isang sakit sa pag-iisip o katawan na nagbabanta sa buhay;
- isang degenerative na sakit o kapansanan;
- anupamang kondisyon o sakit na sapat na malubha o kumplikado para mangailangan ng paggamot ng espesyalista.

Kung hindi ka makakakuha ng nakasulat na referral kapag kinakailangan, posibleng hindi mabayaran ang bill. Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga referral sa mga provider na nasa network

Kapag nagpayo ang iyong PCP ng pangangalaga na hindi available mula sa isang PCP (halimbawa, pangangalaga ng espesyalista), bibigyan ka niya ng referral upang magpatingin sa isang espesyalista na nasa network o ibang provider na nasa network kung kinakailangan. Kung ire-refer ka ng iyong PCP sa isang espesyalista na nasa network, ang referral ay para sa isang partikular na plano sa paggamot. Maaaring kabilang sa iyong plano sa paggamot ang isang standing referral kung ipapayo ang isang patuloy na pangangalaga mula sa espesyalista. Magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na referral upang pahintulutan ang isang inisyal na konsultasyon o tinukoy na bilang ng mga pagbisita sa isang espesyalista na nasa network. Pagkatapos ng iyong inisyal na konsultasyon sa espesyalista na nasa network, dapat ka nang bumalik sa iyong PCP maliban na lang kung pinahintulutan namin ang higit pang pagbisita gaya ng tinukoy sa nakasulat na referral na ibinigay namin sa iyo. Huwag bumalik sa espesyalista na nasa network pagkatapos ng iyong inisyal na pagbisita para sa konsultasyon maliban na lang kung pinahintulutan namin ang mga karagdagang pagbisita sa iyong referral. Dahil kung hindi, maaaring hindi masakop ang mga serbisyo.

Paunang pahintulot

Para sa mga serbisyo at item na nakalista sa ibaba, kakailanganin ng iyong provider na nasa network na magpaapruba nang maaga sa aming plano o Medikal na Pangkat (tinatawag itong pagkuha ng “paunang awtorisasyon”). Ang mga pagpapasya tungkol sa mga kahilingan para sa awtorisasyon ay gagawin lamang ng mga lisensyadong doktor o ibang naaangkop na lisensyadong medikal na propesyonal. Kung sakali mang hindi ka sumang-ayon sa mga pasya sa pahintulot, puwede kang maghain ng apela gaya ng inilalarawan sa **Kabanata 9**.

- Mga serbisyo at item na tinukoy sa **Kabanata 4** na may footnote (†).
- Kung magpapasya ang iyong provider na nasa network na kailangan mo ng mga sakop na serbisyo na hindi available mula sa mga provider na nasa network, irerekomenda niya sa Medikal na Pangkat na i-refer ka sa isang provider na wala sa network sa loob o labas ng aming sineserbisyuhang lugar. Pahihintulutan ng naaangkop na itinalaga ng Medikal na Pangkat ang mga serbisyo kung mapagpapasyahan niya na medikal na kinakailangan ang mga sakop na serbisyo at hindi available ang mga ito mula sa isang provider na nasa network. Ang mga referral sa mga provider na wala sa network ay para sa isang partikular na plano sa paggamot, na maaaring kabilangan ng standing referral kung ipapayo ang patuloy na pangangalaga. Isinasaad nito ang tagal ng referral nang hindi kinakailangang kumuha ng karagdagang pagpapaapruba mula sa amin. Mangyaring itanong sa iyong provider na nasa network kung anong mga serbisyo ang pinahihintulutan kung hindi ka sigurado. Kung gusto ng espesyalista na wala sa network na bumalik ka para sa higit pang pangangalaga, tiyakin na aalamin kung sinasakop ng referral ang karagdagang pangangalaga. Kung hindi, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong provider na nasa network.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Pagkatapos kaming maabisuhan na kailangan mo ng post-stabilization na pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network kasunod ng pang-emergency na pangangalaga, tatalakayin namin ang iyong kondisyon sa provider na wala sa network. Kung magpapasya kami na kailangan mo ng post-stabilization na pangangalaga at sasakupin ang pangangalagang ito kung natanggap mo ito mula sa isang provider na nasa network, pahihintulutan lang namin ang iyong pangangalaga mula sa provider na wala sa network kung hindi kami makakakuha ng provider na nasa network (o iba pang itinalagang provider) upang magbigay ng pangangalaga. Pakitingnan ang **Seksyon H** sa kabanatang ito para sa higit pang impormasyon.
- Medikal na kinakailangang transgender surgery at mga nauugnay na pamamaraan.
- Pangangalaga mula sa isang panrelihiyong institusyon sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pangmedikal na inilalarawan sa **Seksyon J** ng kabanatang ito.
- Kung gumagawa ang iyong provider na nasa network ng nakasulat o elektronikong referral para sa pagsusuri sa transplant, ang panrehiyong komite o lupon sa pagpapayo para sa transplant o kumperensya para sa kaso (kung mayroong ganito) ng Medical Group ang magpapahintulot sa referral kung mapagpapasyahan nito na isa kang potensyal na kandidato para sa organ transplant at sinasakop ang serbisyo nang alinsunod sa mga alituntunin ng Medicare. Kung sakaling walang komite o lupon para sa transplant, ire-refer ka ng Medikal na Pangkat sa (mga) doktor sa isang transplant center, at pahihintulutan ng Medikal na Pangkat ang mga serbisyo kung matutukoy ng (mga) doktor ng transplant center na medikal na kinakailangan o sinasakop ang mga ito alinsunod sa mga alituntunin ng Medicare. Tandaan: Ang isang doktor na nasa network ay maaaring magbigay o magpahintulot ng corneal transplant nang hindi ginagamit ang pamamaraan sa awtorisasyon sa transplant ng Medikal na Pangkat na ito.

D3. Kapag umalis sa aming plano ang isang provider

Maaaring umalis sa aming plano ang isang provider na nasa network na ginagamit mo. Kung aalis sa aming plano ang isa sa iyong mga provider, mayroon kang ilang partikular na karapatan at proteksyon na nakabuod sa ibaba:

- Kahit na magbago ang aming network ng mga provider sa loob ng isang taon, dapat kaming magbigay sa iyo ng hindi naaantalang access sa mga kwalipikadong provider.
- Aabisuhan ka namin na aalis na ang iyong provider sa aming plano para magkaroon ka ng oras na pumili ng bagong provider.
 - Kung aalis ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga o provider ng kalusugan ng pag-uugali sa aming plano, aabisuhan ka namin kung nagpapatingin ka sa provider na iyon sa loob ng nakalipas na tatlong taon.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Kung aalis ang sinupaman sa iyong mga provider sa aming plano, aabisuhan ka namin kung nakatalaga ka sa provider, kasalukuyan kang nakakatanggap ng pangangalaga mula sa kanila, o nagpapatingin ka sa kanila sa loob ng nakalipas na tatlong buwan.
- Tutulungan ka naming pumili ng bagong kwalipikadong provider na nasa network na magpapatuloy sa pamamahala sa iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Kung kasalukuyan kang sumasailalim sa medikal na paggamot o mga therapy sa iyong kasalukuyang provider, may karapatan kang hilingin, at sisikapin naming makipagtulungan sa iyo para matiyak, na patuloy mong matatanggap ang medikal na kinakailangang paggamot o mga therapy.
- Bibigyan ka namin ng impormasyon tungkol sa iba't ibang panahon ng pagpaparenroll na available sa iyo at ang mga opsyong posibleng mayroon ka para sa pagpapalit ng mga plano.
- Kung wala kaming mahahanap na kwalipikadong espesyalista na nasa network na accessible sa iyo, dapat kaming kumuha ng espesyalista na wala sa network na magbibigay ng iyong pangangalaga kung hindi available o hindi sapat ang provider na nasa network o benepisyo. Pahihintulutan ng naaangkop na itinalaga ng Medikal na Pangkat ang mga serbisyo kung mapagpapasyahan niya na medikal na kinakailangan ang mga sakop na serbisyo at hindi available ang mga ito mula sa isang provider na nasa network. Ang mga referral sa mga provider na wala sa network ay para sa isang partikular na plano sa paggamot, na maaaring kabilangan ng standing referral kung ipapayo ang patuloy na pangangalaga. Isinasaad nito ang tagal ng referral nang hindi kinakailangang kumuha ng karagdagang pagpapaaprubang mula sa amin. Mangyaring itanong sa iyong provider na nasa network kung anong mga serbisyo ang pinahihintulutan kung hindi ka sigurado. Kung gusto ng espesyalista na wala sa network na bumalik ka para sa higit pang pangangalaga, tiyakin na aalamin kung sinasakop ng referral ang karagdagang pangangalaga. Kung hindi, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong provider na nasa network.
- Kung sa palagay mo ay hindi namin napalitan ang iyong nakaraang provider ng isang kwalipikadong provider o hindi namin maayos na napapamahalaan ang iyong pangangalaga, may karapatan kang maghain sa QIO ng reklamo sa kalidad ng pangangalaga, karaingan sa kalidad ng pangangalaga, o pareho. (Sumangguni sa **Kabanata 9** para sa higit pang impormasyon.)

Kung napag-alaman mong aalis na sa aming plano ang isa sa iyong mga provider, makipag-ugnayan sa amin. Matutulungan ka namin sa paghahanap ng bagong provider at pamamahala ng iyong pangangalaga. Mangyaring makipag-ugnayan sa amin sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

D4. Mga provider na wala sa network

Kung gagamit ka ng provider na wala sa network, dapat kwalipikado ang provider na makilahok sa Medicare at/o Medi-Cal.

- Hindi namin mababayaran ang isang provider na hindi kwalipikadong lumahok sa Medicare at/o Medi-Cal.
- Kung gagamit ka ng provider na hindi kwalipikadong lumahok sa Medicare, dapat mong bayaran ang kabuuang gastos sa mga serbisyonang makukuha mo.
- Dapat sabihin sa iyo ng mga provider kung hindi sila kwalipikadong lumahok sa Medicare.

Hindi sasakupin ang pangangalagang matatanggap mo mula sa isang provider na wala sa network maliban sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Mga pang-emergency o pang-agarang kinakailangang serbisyo na matatanggap mo mula sa isang provider na wala sa network. Para sa higit pang impormasyon tungkol dito, at para malaman kung ano ang ibig sabihin ng mga pang-emergency o agarang kinakailangang serbisyo, tingnan ang **D1** sa kabanatang ito.
- Pinahihintulutan namin o ng Medical Group ang isang referral sa isang provider na wala sa network na inilalarawan sa **Seksyon D2** ng kabanatang ito.
- Mga serbisyo ng dialysis sa bato na kinukuha mo sa isang pasilidad sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag pansamantala kang nasa labas ng aming sineserbisyuhang lugar.
- Kung bibisita ka sa sineserbisyuhang lugar ng ibang rehiyon ng Kaiser Permanente, makatatanggap ka ng ilang partikular na pangangalaga na sinasakop ng Medicare sa ilalim ng **Handbook ng Miyembro** na ito mula sa mga nakatalagang provider sa sineserbisyuhang lugar na iyon. Mangyaring tawagan ang aming linya sa pagbiyahe ng pangangalaga na malayo sa bahay sa **1-951-268-3900 (TTY 711)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (maliban sa mga holiday), o bumisita sa aming website sa **kp.org/travel** para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagkuha ng pangangalaga kapag bumibisita sa ibang sineserbisyuhang lugar ng Rehiyon ng Kaiser Permanente, kabilang ang impormasyon sa coverage at lokasyon ng pasilidad. Ang Kaiser Permanente ay matatagpuan sa California, Distrito ng Columbia, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, at Washington. Tandaan: Masasagot din ng aming linya sa pangangalaga habang nasa paglalakbay na malayo sa bahay ang mga tanong tungkol sa mga sakop na serbisyo ng pang-emergency o pang-agarang pangangalaga na matatanggap mo mula sa provider na wala sa network, kabilang ang kung paano makakakuha ng reimbursement.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Para sa Mga Serbisyo ng Medi-Cal, maaari kang pumunta sa isang provider na wala sa network nang walang referral o paunang pahintulot para sa mga serbisyong pang-emergency o para sa ilang partikular na serbisyo sa sensitibong pangangalaga. Maaari ka ring pumunta sa isang provider na wala sa network para sa agarang pangangalaga na wala sa sineserbisyuhang lugar kapag ikaw ay nasa lugar kung saan hindi kami nagpapatakbo. Kung kailangan mo ng mga serbisyo sa kalusugan ng isip ng outpatient, maaari kang pumunta sa provider na nasa network o provider ng plano para sa kalusugan ng isip ng county nang walang paunang pahintulot. Dapat ay may referral o paunang pag-apruba ka para sa lahat ng iba pang serbisyo na wala sa network, o hindi sasakupin ang mga ito.
- Tandaan: Kung isa kang American Indian, maaari kang makakuha ng pangangalaga sa isang Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan ng Indian sa labas ng aming network ng provider nang walang referral.

E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS)

Makakatulong ang LTSS na manatili ka sa bahay at maiwasan ang pananatili sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga. Mayroon kang access sa ilang partikular na LTSS sa pamamagitan ng aming plano, kabilang ang pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, Mga Serbisyo para sa Nasa Hustong Gulang na Nakabatay sa Komunidad (CBAS), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang isa pang uri ng LTSS, ang programang In Home Supportive Services ay available sa pamamagitan ng ahensya sa serbisyong panlipunan ng iyong county.

- Puwede mong tanungin ang iyong doktor o ang iyong tagasaayos ng pangangalaga para sa higit pang impormasyon sa LTSS.

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (disorder sa kalusugan ng isip at labis na pag-inom ng alak at paggamit ng droga)

Mayroon kang access sa mga medikal na kinakailangang serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na sinasakop ng Medicare and Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na sinasakop ng Medicare at para sa mga banayad hanggang katamtamang kondisyon sa kalusugan ng pag-uugali na sinasakop ng Medi-Cal. Hindi sinasakop ng aming plano ang mga may espesyalisasyong serbisyo sa kalusugan ng isip na sinasakop ng Medi-Cal, ngunit available sa iyo ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng iyong plano para sa kalusugan ng isip ng county. Para sa higit pang impormasyon sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip na available sa pamamagitan ng iyong plano sa kalusugan ng isip ng county, mangyaring makipag-ugnayan sa sumusunod:

- Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County sa **1-800-854-7771** (TTY 711)

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Paggaling ng County ng Orange sa **1-855-625-4657 (TTY 711)**
- Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Riverside County sa **1-800-706-7500 (TTY 711)**
- Departamento ng Kalusugan ng Pag-uugali ng San Bernardino sa **1-888-743-1478 (TTY 711)**
- Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng San Diego County sa **1-888-724-7240 (TTY 711)**

F1. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali ng Medi-Cal na ibinibigay sa labas ng aming plano

Available sa iyo ang mga serbisyo ng espesyalista sa kalusugan ng isip sa Medi-Cal sa pamamagitan ng plano sa kalusugan ng isip ng county (“MHP”) kung natutugunan mo ang mga pamantayan upang ma-access ang mga serbisyo ng espesyalista sa kalusugan ng isip.

- Mga may espesyalisasyong serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na sinasakop ng **Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County** sa **1-800-854-7771 (TTY 711)**
- Mga may espesyalisasyong serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na sinasakop ng Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Paggaling ng Orange County sa **1-855-625-4657 (TTY 711)**
- Mga may espesyalisasyong serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na sinasakop ng **Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Riverside County** sa **1-800-706-7500 (TTY 711)**
- Mga may espesyalisasyong serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na sinasakop ng **Departamento ng Kalusugan ng Pag-uugali ng San Bernardino** sa **1-888-743-1478 (TTY 711)**
- Mga may espesyalisasyong serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na sinasakop ng **Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng San Diego County** sa **1-888-724-7240 (TTY 711)**

Mga serbisyong pang-outpatient

- Mga serbisyo sa kalusugan ng isip (mga pagtatasa, pagbuo ng plano, therapy, rehabilitasyon, at kolateral).
- Mga pansuportang serbisyo sa gamot.
- Mga serbisyo sa masusing paggamot sa araw.
- Mga serbisyong pangrehabilitasyon.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Mga serbisyo para sa pamamagitan sa krisis.
- Mga serbisyo sa pagpapatatag sa krisis.
- Mga serbisyo sa pamamahala ng partikular na kaso.
- Mga nakagagamot na serbisyo sa pag-uugali.

Mga serbisyong pangresidensyal

- Mga serbisyo ng paggamot sa bahay para sa nasa hustong gulang
- Mga serbisyo sa paggamot sa tahanan sa krisis.

Mga serbisyong pang-inpatient

- Mga inpatient na serbisyo ng ospital para sa may malubhang sakit sa isip.
- Mga propesyonal na serbisyo ng ospital para sa inpatient na may sakit sa isip.
- Mga serbisyo ng pasilidad para sa kalusugan ng isip.

Kung matutugunan mo ang mga pamantayan para matanggap ang mga serbisyong ito, magiging available sa iyo ang mga serbisyo ng Medi-Cal o Drug Medi-Cal Organized Delivery System ss pamamagitan ng:

- Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County sa **1-800-854-7771** (TTY 711)
- Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Paggaling ng County ng Orange sa **1-855-625-4657** (TTY 711)
- Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Riverside County sa **1-800-706-7500** (TTY 711)
- Departamento ng Kalusugan ng Pag-uugali ng San Bernardino sa **1-888-743-1478** (TTY 711)
- Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng San Diego County sa **1-888-724-7240** (TTY 711)

Kabilang sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal ang:

- Mga serbisyo ng masusing paggamot sa outpatient.
- Mga serbisyo ng paggamot sa bahay.
- Mga libreng serbisyo sa gamot ng outpatient.
- Mga serbisyo ng paggamot sa pagkalulong sa narcotic.
- Mga serbisyo ng naltrexone para sa pagdepende sa opioid.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kabilang sa Mga Serbisyo ng Organisadong System sa Paghahatid ng Drug Medi-Cal ang:

- Mga serbisyo sa outpatient at masusing paggamot sa outpatient.
- Mga medikasyon para sa paggamot sa pagkagumon (tinatawag ding Paggamot sa Tulong ng Medikasyon).
- Residensyal/inpatient.
- Pamamahala sa withdrawal.
- Mga serbisyo ng paggamot sa pagkalulong sa narcotic.
- Mga serbisyo sa pagpapagaling.
- Pagkoordinang pangangalaga.

Bilang karagdagan sa mga serbisyonang nakalista sa itaas, maaaring may access ka sa mga serbisyo ng boluntaryong detoxification ng inpatient kung nakatutugon ka sa mga pamantayan.

G. Mga serbisyo sa transportasyon

G1. Medikal na transportasyon sa mga sitwasyong hindi pang-emergency

May karapatan ka sa medikal na transportasyong hindi pang-emergency kung mayroon kang mga medikal na pangangailangan na hindi nagpapahintulot sa iyong gumamit ng kotse, bus, o taxi papunta sa iyong mga appointment. Puwedeng magbigay ng medikal na transportasyong hindi pang-emergency para sa mga sakop na serbisyo gaya ng mga medikal na appointment, appointment para sa kalusugan ng ngipin, kalusugan ng isip, labis na pag-inom ng alak at paggamit ng droga, at parmasya. Puwede kang humiling ng medikal na transportasyong hindi pang-emergency sa pamamagitan ng pagtatanong sa iyong provider na nasa network, dentista, o provider para sa substance use disorder para dito. Pagpapasyahan ng iyong provider ang tamang uri ng transportasyong kailangan mo. Ang medikal na transportasyong hindi pang-emergency at puwedeng ambulansya, litter van, wheelchair van o transportasyong panghimpapawid.

Dapat gumamit ng medikal na transportasyong hindi pang-emergency kapag:

- Hindi ka pisikal o medikal na makagamit ng bus, taxi, kotse, o van upang makarating sa iyong appointment.
- Kailangan mo ng tulong mula sa driver papunta sa at mula sa iyong bahay, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa isang kapansanan sa katawan o isip.
- Hiniling ito ng isang doktor na nasa network at maagang pinahintulutan.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung magpapasya ang iyong doktor na kailangan mo ng Medikal na Transportasyon, irereseta niya ito para sa iyo. Para sa karagdagang impormasyon kung paano mag-iskedyul ng medikal na transportasyon, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito.

Mga Limitasyon ng Medikal na Transportasyon

Para sa mga hindi emergency, sinasakop namin ang pinakamurang medikal na transportasyon para sa iyong mga medikal na pangangailangan sa pinakamalapit na provider kung saan may available na appointment. Ibig sabihin, halimbawa, kung pisikal o medikal kang maibibiyaha sa pamamagitan ng wheelchair van, hindi kami magbabayad para sa isang ambulansya. Sakop ka para sa sasakyang panghimpapawid kapag medikal na kinakailangan. Hindi ka makakakuha ng medikal na transportasyon kung hindi sinasakop ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo.

Kung sinasakop ng Medi-Cal ang uri ng appointment, pero hindi sa pamamagitan ng aming planong pangkalusugan, hindi namin sasakupin ang medikal na transportasyon. Gayunpaman, matutulungan ka naming mag-iskedyul ng transportasyong kailangan mo. Kung kailangan mo ng medikal na transportasyon sa aming sineserbisyuhang lugar o para makapunta sa isang provider na wala sa network, sasakupin lang namin ang medikal na transportasyon kung pinahintulutan namin ito para sa iyo.

G2. Hindi medikal na transportasyon

Kabilang sa mga benepisyo sa hindi medikal na transportasyon ay pagbiyahe patungo at mula sa iyong mga appointment para sa isang serbisyong pinapahintulutan ng iyong provider. Maaari kang makakuha ng masasakyan, nang wala kang babayaran, kapag ikaw ay:

- Bibiyahe papunta sa at mula sa isang appointment para sa isang serbisyong pinapahintulutan ng iyong provider, o
- Pagkuha ng mga reseta at medikal na supply.

Pinapahintulutan ka ng aming plano na gumamit ng sasakyan, taxi, bus, o iba pang pampubliko/pribadong paraan ng pagpunta sa iyong hindi medikal na appointment para sa mga serbisyong pinapahintulutan ng iyong provider. Sinasakop namin ang pinakamurang uri ng transportasyon na hindi medikal na nakatutugon sa iyong mga pangangailangan.

Kung minsan, maaari kang makakuha ng reimbursement para sa mga biyaheng gumagamit ng pribadong sasakyan na kinuha mo. Dapat itong maaprubahan ng aming plano **bago** mo magamit ang sasakyan, at dapat mong sabihin sa amin kung bakit hindi ka maaaring bumiyaha sa ibang paraan, tulad ng pagsakay sa bus. **Hindi ka maaaring makakuha ng reimbursement kung ikaw mismo ang magmamaneho.** Kinakailangan sa reimbursement sa mileage ang lahat ng sumusunod:

- Lisensya sa pagmamaneho ng driver.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Pagpaparehistro ng sasakyan ng tagapagmaneho.
- Patunay ng insurance sa sasakyan para sa tagapagmaneho.

Upang humiling ng sasakyan para sa mga pinahintulutang serbisyo, tumawag sa aming provider ng transportasyon sa **1-844-299-6230 (TTY 711)** nang hindi bababa sa tatlong araw ng negosyo (Lunes hanggang Biyernes) bago ang iyong appointment. Para sa **mga pang-agarang appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Mangyaring ihanda ang lahat ng sumusunod kapag tumawag ka:

- Iyong ID card para sa Kaiser Permanente.
- Ang petsa at oras ng iyong mga medikal na appointment.
- Ang address kung saan ka susunduin at ang address na pupuntahan mo.
- Kung kailangan mo ng sakay pauwi.
- Kung may kasama kang magbibiyahe (halimbawa, isang magulang/legal na tagapag-alaga o tagapangalaga).

Tandaan: Maaaring makipag-ugnayan ang mga American Indian sa kanilang lokal na Klinika para sa Kalusugan ng Indian upang humiling ng hindi medikal na transportasyon.

Mga limitasyon ng hindi medikal na transportasyon

Ibinibigay ng aming plano ang pinakamurang hindi medikal na transportasyon na nakatutugon sa iyong mga pangangailangan mula sa bahay papunta sa pinakamalapit na provider kung saan available ang isang appointment. **Hindi maaaring ikaw mismo ang nagmamaneho o hindi maaaring mag-reimburse nang direkta sa iyo.**

Hindi nalalapat ang Hindi Medikal na transportasyon kung:

- Kinakailangan ang isang ambulansya, litter van, wheelchair van, o iba pang anyo ng medikal na transportasyong hindi pang-emergency upang mapuntahan ang isang serbisyo.
- Kailangan mo ng tulong mula sa tagapagmaneho patungo sa at mula sa iyong bahay, sasakyan o lugar ng paggamot dahil sa isang pisikal o medikal na kondisyon.
- Nakasakay ka sa isang wheelchair at hindi mo kayang pumasok at lumabas sa sasakyan nang walang tulong mula sa driver.
- Ang serbisyo ng Medicare ay hindi namin sinasakop.
- Ang serbisyong ito ay hindi sinasakop ng Medi-Cal.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

H. Mga sakop na serbisyo sa isang medikal na emergency, kapag agarang kinakailangan, o sa panahon ng isang sakuna

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency

Ang medikal na emergency ay isang medikal na kondisyon na mayroong mga sintomas na gaya ng matinding panakit o matinding pinsala. Napakalubha ng kondisyon, at kung hindi ito kaagad na mabibigyan ng medikal na atensyon, maaasahan mo o ng sinumang may karaniwang kaalaman sa kalusugan at gamot na magresulta ito sa:

- Seryosong panganib sa iyong kalusugan o sa iyong anak na nasa sinapupunan; ○
- Malubhang pinsala sa mga paggana ng katawan; ○
- Malubhang pagkapinsala ng anumang organo o bahagi ng katawan; ○
- Sa kaso ng isang buntis na aktibong nagle-labor, kapag:
- Hindi sapat ang oras upang ligtas kang mailipat sa ibang ospital bago ang panganganak.
- Maaaring magdulot ang paglipat sa ibang ospital ng banta sa iyong kalusugan o kaligtasan o sa kalusugan o kaligtasan ng anak na nasa sinapupunan.

Mga sakop na serbisyo sa isang medikal na emergency

Sinasakop namin ang mga medikal na serbisyo sa panahon ng emergency. Magpapasya ang mga doktor na nagbibigay sa iyo ng pangangalagang pang-emergency kapag maayos na ang kondisyon mo at kapag tapos na ang medikal na emergency. Maaari kang makakuha ng sakop na pang-emergency na medikal na pangangalaga sa tuwing kailangan mo nito, saanman sa loob o labas ng United States.

Kung mayroon kang medikal na emergency:

- **Humingi ng tulong sa lalong madaling panahon.** Tumawag sa **911** o gumamit ng sa pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansya kung kailangan mo nito. **Hindi** mo kailangang magpaaprubo o hindi mo kailangan ng referral mula sa iyong PCP. Hindi mo kailangang gumamit ng provider na nasa network. Maaari kang makakuha ng medikal na pangangalagang pang-emergency, kabilang ang mga serbisyo ng ambulansya, sa tuwing kailangan mo ito, saanman sa U.S. o mga teritoryo nito o sa buong mundo. mula sa anumang provider na may naaangkop na lisensya ng estado.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Pangangalaga pagkatapos maging matatag ng kondisyon

Sabihin sa aming plano ang tungkol sa iyong emergency sa lalong madaling panahon. Magfa-follow up kami sa iyong pangangalagang pang-emergency. Dapat na tumawag ka o ang iba pang tao sa amin upang sabihin ang tungkol sa iyong pangangalagang pang-emergency, na karaniwan ay sa loob ng 48 oras. Gayunpaman, hindi ka magbabayad para sa mga serbisyong pang-emergency kung maaantala ka sa pagsasabi sa amin. Ang numerong dapat tawagan ay nakalista sa likod ng iyong membership card ng plano.

Makikipagtulungan kami sa mga doktor na nagbibigay ng pangangalagang pang-emergency upang makatulong na pamahalaan ang at mag-follow up sa iyong pangangalaga. Kapag tapos na ang emergency, karapat-dapat ka sa follow-up na pangangalaga upang matiyak na patuloy na magiging maayos ang iyong kondisyon. Patuloy kang gagamutin ng iyong mga doktor hanggang sa ang iyong mga doktor ay makipag-ugnayan sa amin at gumawa ng mga plano para sa karagdagang pangangalaga. Sasakupin namin ang iyong follow-up na post-stabilization na pangangalaga alinsunod sa naaangkop na batas. Napakahalaga na tawagan kami ng iyong provider upang makakuha ng pahintulot para sa post-stabilization na pangangalaga **bago** mo matanggap ang pangangalaga mula sa provider na wala sa network. Ang provider na gumagamot sa iyo ay kailangang kumuha ng pahintulot mula sa amin bago kami magbayad para sa post-stabilization na pangangalaga. Sa karamihan ng mga kaso, magkakaroon ka lang ng pananagutan sa pananalapi kung aabisuhan ka ng provider na wala sa network o namin tungkol sa iyong potensyal na pananagutan.

Upang humiling ng paunang pag-apruba upang makatanggap ka ng post-stabilization na pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network, dapat kaming tawagan ng provider sa **1-800-225-8883 (TTY 711)**. Maaari rin nilang tawagan ang numero ng telepono sa likod ng iyong ID card ng Kaiser Permanente. Kailangang tawagan kami ng provider bago mo matanggap ang mga serbisyo.

Kapag tatawag ang provider, kakausapin namin ang doktor na gumagamot sa iyo tungkol sa iyong problema sa kalusugan. Kung malalaman namin na kailangan mo ng post-stabilization na pangangalaga, pahihintulutan namin ang mga sakop na serbisyo. Sa ilang kaso, maaari naming asikasuhin na magkaroon ng provider na nasa network na magbibigay ng pangangalaga.

Kung magpapasya kaming magkaroon ng ospital na nasa network, pasilidad ng sanay na pag-aalaga, o iba pang provider na magbibigay ng pangangalaga, maaari naming pahintulutan ang mga serbisyo ng transportasyon na medikal na kinakailangan upang maihatid ka sa provider. Maaaring kabilang dito ang mga espesyal na serbisyo para sa transportasyon na karaniwang hindi namin sinasakop.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Dapat mong itanong sa provider kung anong pangangalaga (kabilang ang anumang transportasyon) ang pinahintulutan namin. Sinasakop lang namin ang mga serbisyo o nauugnay na transportasyon na pinahintulutan namin. Kung hihingi at makakakuha ka ng mga serbisyo na hindi sinasakop, maaaring hindi namin bayaran ang provider para sa mga serbisyo.

Ang post-stabilization na pangangalaga ay kinabibilangan din ng matibay na kagamitang pangmedikal (“DME”) kapag natutugunan lang ang lahat ng sumusunod na kondisyon:

- Ang item na DME ay sinsasakop sa ilalim gaya ng inilalarawan sa **Kabanata 4** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.
- Medikal na kinakailangang magkaroon ka ng item na DME pagkatapos mong umalis sa ospital.
- Ang item na DME ay nauugnay sa pangangalagang pang-emergency na natanggap mo sa ospital.

Pagkuha ng pangangalagang pang-emergency kung hindi ito emergency

Kung minsan, maaaring mahirap malaman kung mayroon kang medikal na emergency o emergency sa kalusugan ng pag-uugali. Maaaring pumunta ka para sa isang pangangalagang pang-emergency at sinabi ng doktor na hindi talaga ito isang emergency. Hangga’t makatuwiran mong iniisip na nasa seryosong panganib ang iyong kalusugan, sasakupin namin ang iyong pangangalaga.

Pagkatapos sabihin ng doktor na hindi ito isang emergency, sasakupin lang namin ang iyong karagdagang pangangalaga kung:

- Gagamit ka ng provider na nasa network
- Ang karagdagang pangangalagang kinuha mo ay itinuturing na “agarang kinakailangang pangangalaga” at sumusunod ka sa mga panuntunan sa pagkuha nito. Sumangguni sa susunod na seksyon.

H2. Agarang kinakailangang pangangalaga

Ang agarang kinakailangang pangangalaga ay pangangalagang makukuha mo para sa isang sitwasyong hindi emergency ngunit agad na nangangailangan ng pangangalaga. Halimbawa, maaaring nakaranas ka ng paglala ng kasalukuyang kondisyon o ng matinding pamamaga ng lalamunan na nangyari nang weekend at nangangailangan ng paggamot.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Agarang kinakailangang pangangalaga sa sineserbisyuhang lugar ng aming plano

Sa karamihan ng mga sitwasyon, sinasakop lang namin ang agarang kinakailangang pangangalaga kung:

- Kinukuha mo ang pangangalagang ito mula sa isang provider na nasa network **at**
- Sumusunod ka sa mga panuntunang inilalarawan sa kabanatang ito.

Kung hindi posible o makatuwirang makakapunta sa isang provider na nasa network, sasakupin namin ang agarang kinakailangang pangangalagang makukuha mo mula sa isang provider na wala sa network.

Alam natin na kung minsan, mahirap malaman kung anong uri ng pangangalaga ang kailangan mo. Kaya mayroon tayong mga nars sa pagpapayo sa telepono na available para tulungan ka. Ang aming mga nars sa pagpapayo ay mga rehistradong nars na espesyal na sinanay upang tumulong sa pagtatasa ng mga medikal na sintomas at magbigay ng payo sa pamamagitan ng telepono, kapag medikal na naaangkop. Tumatawag ka man para humingi ng payo o magpa-appointment, maaari kang makipag-usap sa isang nars sa pagpapayo.

Madalas na masasagot nila ang mga tanong tungkol sa hindi gaanong seryosong alalahanin, masasabi nila sa iyo kung ano ang dapat gawin kung sarado ang pasilidad ng network, o mapapayuhan ka nila tungkol sa kung ano ang susunod na dapat gawin, kabilang ang pagsasaayos ng appointment sa mismong araw para sa pang-agarang pangangalaga kung medikal itong naaangkop. Para makipag-usap sa isang tagapayong nars 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo o para magpa-appointment, mangyaring sumangguni sa iyong **Direktoryo ng Provider at Parmasya** para sa mga numero ng telepono para sa pagpapa-appointment at pagpapayo.

Agarang kinakailangang pangangalaga na wala sa sineserbisyuhang lugar ng aming plano

Kapag wala ka sa sineserbisyuhang lugar ng aming plano, maaaring hindi ka makakuha ng pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Sa ganoong sitwasyon, sinasakop ng aming plano ang agarang kinakailangang pangangalaga na matatanggap mo mula sa alinmang provider.

Sinasakop ng aming plano ang mga pandaigdigang serbisyo ng agarang pangangalaga sa labas ng United States sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Pansamantala kang nasa labas ng aming sineserbisyuhang lugar.
- Kinakailangan ang mga serbisyo upang magamot ang isang hindi inaasahang sakit o pinsala upang mapigilan ang labis na paghina ng iyong kalusugan.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Hindi makatuwirang ipagpaliban ang paggamot hanggang sa makabalik ka sa aming sineserbisyuhang lugar.
- Nasakop sana ang mga serbisyo kung natanggap mo ang mga ito mula sa isang provider na nasa network.

H3. Pangangalaga sa panahon ng isang sakuna

Kung magdedeklara ang gobernador ng California, ang Kalihim ng Mga Serbisyon Pangkalusugan at Pantao ng U.S., o ang presidente ng United States ng estado ng sakuna o emergency sa iyong heograpikong lugar, may karapatan ka pa rin sa pangangalaga na mula sa aming plano.

Bumisita sa aming website para sa impormasyon tungkol sa kung paano makakakuha ng pangangalagang kailangan mo sa panahon ng idineklarang sakuna: **kp.org**.

Sa panahon ng idineklarang sakuna, kung hindi ka makakagamit ng provider na nasa network, maaari kang kumuha ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network sa rate ng bahagi sa gastos ng provider na nasa network. Kung hindi ka makakagamit ng parmasyang nasa network sa panahon ng idineklarang sakuna, maaari kang kumuha ng iyong mga inireresetang gamot sa isang parmasyang wala sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5 ng Handbook ng Miyembro** na ito para sa higit pang impormasyon.

I. Ano ang dapat gawin kung direkta kang sinisingil para sa mga serbisyo na sinasakop ng aming plano

Kung ipapadala ng provider ang isang bill sa iyo sa halip na sa aming plano, dapat mong hilingin sa amin na bayaran ang aming bahagi sa bill.

Hindi dapat ikaw mismo ang magbayad ng bill. Kung gagawin mo iyon, maaaring hindi ka namin mabayaran.

Kung nagbayad ka ng mahigit sa bahagi sa gastos ng iyong plano para sa mga sakop na serbisyo o kung nakatanggap ka ng bill para sa kabuuang halaga ng mga sakop na medikal na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng Handbook ng Miyembro ng ito upang malaman kung ano ang dapat gawin.

I1. Ano ang dapat gawin kung hindi sinasakop ng aming plano ang mga serbisyo

Sinasakop ng aming plano ang lahat ng serbisyon:

- Natukoy na medikal na kinakailangan, **at**
- Nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano (sumangguni sa **Kabanata 4** ng **Handbook ng Miyembro** na ito) **at**

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Nakuha mo sa pamamagitan ng pagsunod sa mga panuntunan ng plano.

Kung kukuha ka ng mga serbisyo na hindi sinasakop ng aming plano, **ikaw ang magbabayad ng kabuuang halaga.**

Kung gusto mong malaman kung magbabayad kami para sa anumang medikal na serbisyo o pangangalaga, may karapatan kang magtanong sa amin. May karapatan ka ring magtanong tungkol dito sa pamamagitan ng sulat. Kung sasabihin namin na hindi kami magbabayad para sa iyong mga serbisyo, may karapatan kang iapela ang aming desisyon.

Ipinapaliwanag sa **Kabanata 9** ng **Handbook ng Miyembro** na ito kung ano ang dapat gawin kung gusto mong sakupin namin ang isang medikal na serbisyo o item. Isinasaad din nito sa iyo kung paano aapela sa aming desisyon sa coverage. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman pa ang tungkol sa iyong mga karapatan sa pag-apela.

Magbabayad kami para sa ilang serbisyo nang hanggang sa isang partikular na limitasyon. Kung lalampas ka sa limitasyon, babayaran mo ang kabuuang halaga upang makakuha ka ng higit pang ganoong uri ng serbisyo. Sumangguni sa **Kabanata 4** para sa mga partikular na limitasyon sa benepisyo. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang alamin kung ano ang mga limitasyon sa benepisyo at magkano na ang nagastos mo sa iyong mga benepisyo.

J. Coverage ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral

J1. Kahulugan ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Ang isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag ding klinikal na trial) ay isang paraan ng pagsubok ng mga doktor sa mga bagong uri ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot. Karaniwang naghahanap sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na naaprubahan ng Medicare ng mga volunteer para lumahok sa pag-aaral.

Kapag naaprubahan ng Medicare ang isang pag-aaral na gusto mong salihan, makikipag-ugnayan sa iyo ang isang taong nagtatrabaho sa pag-aaral. Ilalahad sa iyo ng taong iyon ang tungkol sa pag-aaral at aalamin niya kung kwalipikado kang sumali rito. Maaari kang maging bahagi ng pag-aaral hangga't natutugunan mo ang mga kinakailangang kondisyon. Dapat mong maunawaan at sang-ayunan ang dapat mong gawin sa pag-aaral.

Habang nasa pag-aaral ka, maaari kang manatiling naka-enroll sa aming plano. Sa ganoong paraan, patuloy kang masasakop ng aming plano para sa mga serbisyo at pangangalaga na hindi nauugnay sa pag-aaral.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung gusto mong maging bahagi ng anumang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, **hindi** mo na ito kailangang sabihin o ipaapruba sa amin o sa iyong provider ng pangunahing pangangalaga. **Hindi** kailangang mga provider na nasa network ang mga provider na nagbibigay sa iyo ng pangangalaga bilang bahagi ng pag-aaral. Pakitandaang hindi kasama rito ang mga benepisyo na responsibilidad ng aming plano na kinabibilangan ng, bilang isang bahagi, isang klinikal na pagsubok o registry para matasa ang benepisyo. Kabilang dito ang ilang partikular na benepisyong tinukoy sa ilalim ng mga pambansang pagtukoy ng coverage (national coverage determinations, NCD) at mga pagsubok sa sinisiyasat na device (investigational device trials, IDE) at posibleng mapailalim sa paunang pahintulot at iba pang panuntunan ng plano.

Hinihikayat ka naming magsabi sa amin bago ka sumali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.

Kung plano mong lumahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, na sinasakop para sa mga nagpa-enroll sa Original Medicare, hinihikayat ka namin o ang iyong tagasaayos ng pangangalaga na makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro para maipaalam sa amin na lalahok ka sa isang klinikal na pagsubok.

J2. Pagbabayad para sa mga serbisyo kapag nasa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral ka

Kung magboboluntaryo ka para sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, wala kang babayaran para sa mga serbisyong sakop sa ilalim ng pag-aaral. Magbabayad ang Medicare para sa mga serbisyong sakop sa ilalim ng pag-aaral gayundin para sa mga karaniwang gastos na nauugnay sa iyong pangangalaga. Kapag sumali ka sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, sakop ka para sa karamihan ng mga serbisyo at item na natatanggap mo bilang bahagi ng pag-aaral. Kabilang dito ang:

- Silid at pagkain para sa pamamalagi sa ospital na babayaran ng Medicare kahit na hindi ka kasali sa pag-aaral.
- Isang operasyon o iba pang medikal na pamamaraan na bahagi ng pananaliksik na pag-aaral.
- Paggamot ng anumang side effect at kumplikasyon ng bagong pangangalaga.

Kung kasali ka sa isang pag-aaral na **hindi** aprubado ng Medicare, babayaran mo ang anumang gastos sa pagsali sa pag-aaral.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

J3. Higit pa tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Puwede kang matuto pa tungkol sa pagsali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral sa pamamagitan ng pagbabasa sa “Medicare at Mga Klinikal na Pananaliksik na Pag-aaral” sa website ng Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). Maaari ka ring tumawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

K. Paano sinasakop ang iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang panrelihiyong institusyon sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pangmedikal

K1. Kahulugan ng panrelihiyong institusyon sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pangmedikal

Ang relihiyosong institusyon sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pangmedikal ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga na karaniwan mong makukuha sa isang ospital o pasilidad sa sanay na pangangalaga. Kung labag sa iyong mga relihiyosong paniniwala ang pagkuha ng pangangalaga sa isang ospital o pasilidad sa sanay na pangangalaga, sasakupin namin ang pangangalaga sa isang relihiyosong institusyon sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pangmedikal.

Ang benepisyong ito ay para lang sa mga serbisyo sa inpatient ng Bahagi A ng Medicare (mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pangmedikal).

K2. Pangangalaga mula sa isang panrelihiyong institusyon sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pangmedikal

Upang makakuha ng pangangalaga mula sa isang relihiyosong institusyon sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pangmedikal, dapat kang lumagda sa isang legal na dokumento na nagsasabing tumututol ka sa pagkuha ng medikal na paggamot na “non-excepted.”

- Ang “non-excepted” na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga na **boluntaryo at hindi iniaatas** sa ilalim ng anumang pederal, pang-estado, o lokal na batas.
- Ang “excepted” na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga na **hindi boluntaryo at iniaatas** sa ilalim ng pederal, pang-estado, o lokal na batas.

Upang masakop ng aming plano, dapat matugunan ng pangangalagang natatanggap mo mula sa isang relihiyosong institusyon sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pangmedikal ang mga sumusunod na kondisyon:

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

- Dapat ay sertipikado ng Medicare ang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga.
- Limitado sa mga hindi relihiyosong aspeto ng pangangalaga ang coverage ng mga serbisyo ng aming plano.
- Kung kukuha ka ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ibinibigay sa iyo sa isang pasilidad:
- Dapat ay mayroon kang medikal na kondisyon na magbibigay-daan sa iyong makakuha ng mga sakop na serbisyo para sa pangangalaga sa ospital ng inpatient o pangangalaga sa pasilidad sa sanay na pangangalaga.
- Dapat kang magpaaprubo mula sa amin bago ka ma-admit sa pasilidad, dahil **hindi** masasakop ang iyong pamamalagi.

Tandaan: Ang mga sakop na serbisyo ay napapailalim sa mga parehing limitasyon at bahagi sa gastos na kinakailangan para sa mga serbisyong ibinibigay ng mga provider na nasa network gaya ng inilalarawan sa **Kabanata 4 at 12**.

L. Matibay na kagamitang pangmedikal (DME)

L1. DME bilang miyembro ng aming plano

Kabilang sa matibay na kagamitang pangmedikal (“DME”) ang mga item na nakakatugon sa mga sumusunod na pamantayan:

- Ang item ay inilalaan para sa paulit-ulit na paggamit
- Ang item ay pangunahin at karaniwang ginagamit para sa medikal na layunin
- Ang item ay karaniwang kapaki-pakinabang lang sa taong may karamdaman o pinsala
- Ang item ay naaangkop na gamitin para sa bahay
- Ang item ay kinakailangan upang matulungan ka sa mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay (ADL).

Ang matibay na kagamitang medikal ay nangangailangan ng paunang pag-aprubo. Ang coverage ay limitado sa pinakamurang item na sapat na nakakatugon sa iyong mga medikal na pangangailangan. Kami ang pipili ng vendor. Dapat mong ibalik ang kagamitan sa amin o bayaran kami sa halagang karaniwang sinisingil para sa kagamitan kapag hindi na namin sinasakop ang mga ito.

Kabilang sa DME ang ilang partikular na medikal na kinakailangang item na hiniling ng provider gaya ng mga wheelchair, saklay, powered mattress system, supply para sa diabetic, higaan sa ospital na hiniling ng provider para gamitin sa bahay, mga intravenous (IV) infusion pump, speech generating device, oxygen equipment at supply, nebulizer, at walker.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Magmamay-ari ka palagi ng ilang partikular na item, gaya ng prosthetics.

Sa seksyong ito, tatalakayin namin ang DME na rerentahan mo. Sa Original Medicare, magiging pagmamay-ari na ng mga taong nagrerenta ng ilang partikular na uri ng DME ang kagamitan pagkatapos magbayad ng mga copayment para sa item sa loob ng 13 buwan. Bilang isang miyembro ng aming plano, **hindi** mo magiging pagmamay-ari ang DME, gaano katagal mo man itong rentahan.

Kahit na nagkaroon ka ng DME nang hanggang magkakasunod na 12 buwan sa ilalim ng Medicare bago ka sumali sa aming plano, **hindi** mo magiging pagmamay-ari ang kagamitan.

L2. Pagmamay-ari ng DME kung lilipat ka sa Original Medicare

Sa programang Original Medicare, puwede nang ariin ng mga taong nagrerenta ng ilang partikular na mga uri ng DME ang mga ito pagkatapos ng 13 buwan. Sa isang Medicare Advantage (MA) plan, puwedeng itakda ng plano kung ilang buwan dapat rentahan ng mga tao ang ilang partikular na uri ng DME bago ito mapunta sa kanila.

Tandaan: Makakakita ka ng mga kahulugan ng Original Medicare at mga MA Plan sa **Kabanata 12**. Makakakita ka rin ng higit pang impormasyon tungkol sa mga ito sa *Medicare at Ikaw 2024* handbook. Kung wala kang kopya ng booklet na ito, makukuha mo ito sa website ng Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

Kung hindi mahahalal ang If Medi-Cal, kakailanganin mong magsagawa ng 13 magkakasunod na pagbabayad sa ilalim ng Original Medicare, o kakailanganin mong gawin ang bilang ng magkakasunod na pagbabayad na itatakda ng MA plan, para mapasaiyo ang DME item kung:

- Hindi napasaiyo ang DME item habang nasa plano ka namin, **at**
- Aalis ka sa aming plano at makukuha mo ang iyong mga benepisyo sa Medicare sa labas ng anumang planong pangkalusugan sa Original Medicare program o sa isang MA plan.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung gumawa ka ng mga pagbabayad para sa DME item sa ilalim ng Original Medicare o isang MA plan bago ka sumali sa aming plano, **hindi mabibilang ang mga pagbabayad sa Original Medicare o MA plan na iyon sa kailangan mong gawing pagbabayad pagkatapos mong umalis sa aming plano.**

- Kakailanganin mong magsagawa ng 13 bagong magkakasanod na pagbabayad sa ilalim ng Original Medicare o ilang bagong magkakasanod na pagbabayad na itatakda ng MA plan para mapasaiyo ang DME item.
- Walang pagbubukod sa ganitong sitwasyon kapag bumalik ka sa Original Medicare o sa isang MA plan

L3. Mga benepisyo sa oxygen equipment bilang miyembro ng aming plano

Kung kwalipikado ka para sa oxygen equipment na sinasakop ng Medicare at isa kang miyembro ng aming plano, sasakupin namin ang:

- Pagrerenta ng oxygen equipment.
- Delivery ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen.
- Mga accessory para sa pagtutubo at iba pang nauugnay na accessory para sa delivery ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen.
- Pagpapanatili at mga pagkukumpuni ng oxygen equipment.

Ang oxygen equipment ay dapat ibalik kapag hindi na ito medikal na kinakailangan para sa iyo o kung aalis ka sa aming plano.

L4. Oxygen equipment kapag lumipat ka sa Original Medicare o ibang Medicare Advantage (MA) plan

Kapag medikal na kinakailangan ang oxygen equipment at **aalis ka sa iyong plano at lilipat ka sa Original Medicare**, rerentahan mo ito mula sa isang supplier sa loob ng 36 na buwan. Sinasakop ng iyong buwanang pagbabayad sa renta ang oxygen equipment at ang mga supply at serbisyo na nakalista sa itaas.

Kung medikal na kinakailangan ang oxygen equipment **pagkatapos mo itong rentahan sa loob ng 36 na buwan**, ang iyong supplier ay dapat magbigay ng:

- Oxygen equipment, mga supply, at mga serbisyo para sa 24 na buwan pa.
- Oxygen equipment at mga supply sa loob ng hanggang 5 taon kung medikal na kinakailangan.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung medikal na kinakailangan pa rin ang oxygen equipment **sa pagtatapos ng 5 taon:**

- Hindi na ito kailangang ibigay ng supplier, at maaari mong piliing kumuha ng kapalit na kagamitan mula sa anumang supplier.
- Magsisimula ang isang bagong panahon ng 5 taon.
- Magrerenta ka mula sa isang supplier sa loob ng 36 na buwan.
- Pagkatapos ay ibibigay ng supplier ang oxygen equipment, mga supply, at mga serbisyo para sa 24 na buwan pa.
- Magsisimula ang bagong cycle kada 5 taon hangga't medikal na kinakailangan ang oxygen equipment.

Kapag medikal na kinakailangan ang oxygen equipment at **aalis ka sa aming plano at lilipat sa isa pang MA plan**, sasakupin ng plano kung ano ang sinasakop ng Original Medicare. Puwede mong tanungin ang iyong bagong MA plan kung anong oxygen equipment at mga supply ang sinasakop nito at kung ano ang mga gagastusin mo.

Kabanata 4: Chart ng mga benepisyo

Panimula

Isinasaad sa iyo ng kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyong sinasakop ng aming plano at anumang paghihigpit o limitasyon sa mga serbisyong iyon at kung magkano ang babayaran mo para sa bawat serbisyo. Sinasabi din nito sa iyo ang tungkol sa mga benepisyong hindi sinasakop sa ilalim ng aming plano. Makikita ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng **Handbook ng Miyembro na ito**.

Mga bagong miyembro ng Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1:

Sa karamihan ng mga pagkakataon, ie-enroll ka sa aming **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 Plan** para sa iyong mga benepisyong sa Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos mong hilinging i-enroll ka sa **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Maaari mo pa ring matanggap ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa iyong nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdang buwan. Pagkatapos, matatanggap mo ang iyong mga serbisyo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Hindi magkakaroon ng pahinga sa iyong coverage ng Medi-Cal. Mangyaring tawagan kami sa **1-800-443-0815 (TTY 711)** kung mayroon kang anumang tanong. Ang mga oras ay 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo.

Kabanata 4 Talaan ng Mga Nilalaman

A.	Iyong mga sakop na serbisyo at iyong mga gastos na mula sa sariling bulsa	76
A1.	Sa panahon ng mga emerhensiya sa kalusugan ng publiko	76
B.	Mga panuntunan laban sa mga provider na naniningil sa iyo para sa mga serbisyo.....	76
C.	Tungkol sa Chart ng Mga Benepisyong ng aming plano.....	77
D.	Ang Chart ng Mga Benepisyong ng aming plano.....	79
E.	Mga benepisyong sakop sa labas ng aming plano	164
E1.	Mga Pag-transition sa Komunidad ng California (CCT)	164
	Para sa mga serbisyo ng pagkoordinang pag-transition ng CCT.....	164
	Para sa mga serbisyong hindi nauugnay sa iyong pag-transition ng CCT....	164

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Walang pagbabago sa benepisyong sa coverage sa gamot.....	164
E2. Programa sa Pangangalaga ng Ngipin ng Medi-Cal	165
E3. Pangangalagang hospisyong	166
E4. In-Home Supportive Services (IHSS).....	166
E5. 1915(c) Mga Programa ng Waiver ng Mga Serbisyong Nakabatay sa Tahanan at Komunidad (Home and Community Based Services, HCBS).....	167
E6. Mga serbisyong pagtatasa ng Lokal na Ahensya sa Edukasyon (“LEA”).....	170
E7. Mga serbisyong LEA gaya ng isinaad sa Seksyong 51360 Titulo 22 ng CCR.....	171
E8. Mga serbisyong sa laboratoryong na ibinibigay sa ilalim ng programa sa pagsusuri para sa serum alpha-fetoprotein ng Estado	171
E9. Dasal o ispirituwal na pagpapagaling	171
F. Mga benepisyong hindi sinasakop ng aming plano, Medicare, o Medi-Cal	171
Mga pagbubukod sa DeltaCare USA	177

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

A. Iyong mga sakop na serbisyo at iyong mga gastos na mula sa sariling bulsa

Isinasaad sa iyo ng kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyong sinasakop ng aming plano at kung magkano ang babayaran mo para sa bawat serbisyo. Maaari mo ring malaman ang tungkol sa mga serbisyong hindi sinasakop. Makikita ang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa gamot sa **Kabanata 5** ng **Handbook ng Miyembro** na ito. Ipinapaliwanag din sa kabanatang ito ang mga limitasyon sa ilang serbisyo.

Para sa ilang serbisyo, sisingilin ka ng gastos na mula sa sariling bulsa na tinatawag na copay. Isa itong nakapirming halaga (halimbawa, \$5) na babayaran mo tuwing kukunin mo ang serbisyong iyon. Babayaran mo ang copay sa oras na makuha mo ang medikal na serbisyo.

Kung kailangan mo ng tulong sa pag-unawa kung anong mga serbisyo ang sinasakop, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

A1. Sa panahon ng mga emerhensiya sa kalusugan ng publiko

Kung sakaling magkaroon ng deklarasyon ng emerhensiya sa kalusugan ng publiko dahil sa isang sakit, sasakupin namin ang mga sumusunod na serbisyo nang walang bayad sa iyo:

- Mga serbisyong pang-iwas, kabilang ang mga pagbabakuna, na may rekomendasyong “A” o “B” mula sa United States Preventive Services Task Force.
- Mga serbisyo at produkto na kinakailangan para sa screening, pagsusuri, at pag-diagnose ng sakit na paksa ng emerhensiya sa kalusugan ng publiko.
- Therapeutic na inaprubahan o pinahintulutan para sa pang-emergency na paggamit ng FDA para sa paggamot sa sakit.

B. Mga panuntunan laban sa mga provider na naniningil sa iyo para sa mga serbisyo

Hindi namin pinapayagan ang aming mga provider na singilin ka para sa mga sakop na serbisyo na nasa network. Direkta naming babayaran ang aming mga provider, at poprotektahan ka namin sa anumang singilin. Totoo ito kahit na bayaran namin ang provider nang mas mababa kaysa sa sinisingil ng provider para sa isang serbisyo.

Hindi ka kailanman dapat makatanggap ng bill mula sa isang provider para sa mga sakop na serbisyo. Kung makatanggap ka nito, sumangguni sa **Kabanata 7** ng **Handbook ng Miyembro** na ito o tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tagawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

C. Tungkol sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano

Isinasaad sa iyo ng Chart ng Mga Benepisyo ang mga serbisyong babayaran ng aming plano. Nakalista rito ang mga sakop na serbisyo sa alpabetikong pagkakasunod-sunod at ipinapaliwanag dito ang mga ito.

Babayaran namin ang mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo kapag natugunan ang mga sumusunod na panuntunan.


- Nagbibigay kami ng mga sakop na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal alinsunod sa mga panuntunan na itinakda ng Medicare at Medi-Cal.
- Ang mga serbisyo (kabilang ang medikal na pangangalaga, mga serbisyo, mga supply, kagamitan, at mga inireresetang gamot sa Part B) ay dapat medikal na kinakailangan. Ang “medikal na kinakailangan” ay nangangahulugang mga serbisyo, supply, o gamot na kinakailangan para sa pag-iwas, diyagnosis, o paggamot ng iyong medikal na kondisyon at nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na pagsasanay.
- Makukuha mo ang iyong pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nagtatrabaho sa amin. Kadalasan, hindi sasakupin ang pangangalagang matatanggap mo mula sa provider na wala sa network maliban na lang kung isa itong pangangalagang pang-emergency o agarang kinakailangan o binigyan ka ng referral ng iyong plano o provider na nasa network. Ang **Kabanata 3** ng **Handbook ng Miyembro** na ito ay may higit pang impormasyon tungkol sa paggamit ng mga provider na nasa network at wala sa network.
- Ikaw ay may provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) o pangkat sa pangangalaga na nagbibigay at namamahala ng iyong pangangalaga. Sa karamihan ng mga kaso, ang iyong PCP ay dapat magbigay sa iyo ng pag-apruba bago ka gumamit ng provider na hindi mo PCP o gumamit ng iba pang provider na nasa network ng plano. Tinatawag itong referral. Ang **Kabanata 3** ng **Handbook ng Miyembro** na ito ay may higit pang impormasyon tungkol sa pagkuha ng referral at kung kailan **hindi mo** kailangan ng ganito.
- Sinasakop lang namin ang ilang serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyong kung kukunin muna ng iyong doktor o iba pang provider na nasa network ang aming pag-apruba. Tinatawag itong paunang pahintulot (prior authorization, PA). Minamarkahan namin ang mga sakop na serbisyo sa Chart ng Mga Benepisyong na nangangailangan ng PA gamit ang footnote (†). Bukod pa rito, tingnan ang **Kabanata 3**, para sa higit pang impormasyon tungkol sa PA, kabilang ang iba pang serbisyo na nangangailangan ng PA na hindi nakalista sa Chart ng Mga Benepisyong.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Libre ang lahat ng mga serbisyong pang-iwas sa sakit. Makikita mo ang mansanas na ito 🍏 sa tabi ng mga serbisyong pang-iwas sa sakit sa Chart ng Mga Benepisyo.
- **Mga Suporta sa Komunidad:** Maaaring available ang Mga Suporta sa Komunidad sa ilalim ng iyong Indibidwal na Plano ng Pangangalaga. Ang Mga Suporta sa Komunidad ay mga medikal na naaangkop at murang alternatibong serbisyo o lugar. Ang mga serbisyong ito ay opsyonal para sa mga miyembro. Kung kwalipikado ka, maaaring makatulong sa iyo ang mga serbisyong ito na mamuhay nang mas independiyente. **Hindi** nito pinapalitan ng mga ito ang mga benepisyong nakukuha mo na sa ilalim ng Medi-Cal. Hindi available ang mga ito sa lahat ng lugar. Hindi lahat ng miyembro ay kwalipikadong makatanggap ng Mga Suporta sa Komunidad. Upang maging kwalipikado, dapat mong matugunan ang ilang partikular na pamantayan. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa Mga Suporta sa Komunidad, makipag-usap sa iyong PCP o tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

D. Ang Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano

Mga serbisyong babayaran ng aming plano		Ang dapat mong bayaran
	<p>Screening para sa abdominal aortic aneurysm</p> <p>Babayaran namin ang pang-isang beses na screening sa ultrasound para sa mga taong nasa panganib. Sasakupin lang ng plano ang screening na ito kung mayroon kang ilang partikular na salik ng panganib at kung kukuha ka ng referral para rito mula sa iyong doktor, assistant ng doktor, nurse practitioner, o espesyalistang klinikal na nars.</p>	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>
	<p>Acupuncture para sa hindi gumagaling na pananakit ng ibabang bahagi ng likod†</p> <p>Babayaran namin ang hanggang dalawang serbisyo ng acupuncture para sa outpatient sa alinmang isang buwan sa kalendaryo, o kadalasan, kung medikal na kinakailangan ang mga ito.</p> <p>Babayaran din namin ang hanggang 12 pagbisita para sa acupunture sa loob ng 90 araw kung mayroon kang hindi gumagaling na pananakit ng ibabang bahagi ng likod, na inilalarawan bilang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tumatagal nang 12 linggo o mas matagal; • hindi partikular (walang systemic na dahilan na maaaring matukoy, gaya ng hindi nauugnay sa metastatic, inflammatory, o nakakahawang sakit); • hindi nauugnay sa operasyon; at • hindi nauugnay sa pagbubuntis. <p>Bukod pa rito, magbabayad kami ng karagdagang walong session ng acupuncture para sa hindi gumagaling na pananakit ng ibabang bahagi ng likod kung magpapakita ka ng pagbuti. Hindi ka maaaring makakuha ng mahigit 20 paggamot sa acupuncture para sa hindi gumagaling na pananakit ng ibabang bahagi ng likod kada taon.</p> <p>Dapat ihinto ang mga acupuncture na paggamot kung hindi bumubuti ang kalagayan mo o kung lumalala pa ito lalo.</p>	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Ang acupuncture ay hindi sinasakop ng Medicare†</p> <p>Sinasakop namin ang acupuncture na karaniwang ibinibigay lang para sa paggamot ng pagduduwal o bilang bahagi ng isang komprehensibong programa sa pamamahala ng pananakit para sa paggamot ng hindi gumagaling na pananakit.</p> <p>Maaari mo ring ma-access ang mga serbisyo ng acupuncture sa ilalim ng iyong coverage ng Medi-Cal. Sa ilalim ng Medi-Cal, sinasakop namin ang mga serbisyo ng acupuncture na medikal na kinakailangan upang maiwasan, mabago, o maibsan ang pag-unawa sa malubha at patuloy na hindi gumagaling na pananakit na nagreresulta mula sa isang pangkalahatang kinikilalang medikal na kondisyon. Ang mga serbisyo ng acupuncture para sa outpatient ay hindi nangangailangan ng referral o paunang pag-apruba. Ang mga serbisyo ng acupuncture na ito ay sinasakop kapag kinuha sa pamamagitan ng aming Mga Provider na nasa Network o mga provider na nasa network ng American Specialty Health. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga serbisyo ng acupuncture na sinasakop ng Medi-Cal, mangyaring tumawag sa American Specialty Health sa 1-800-678-9133 (TTY 711).</p>	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Sinasakop ang Sensitibong Pangangalaga para sa Nasa Hustong Gulang sa ilalim ng Medi-Cal</p> <p>Bilang isang nasa hustong gulang (18 taong gulang o mas matanda), maaaring ayaw mong pumunta sa iyong PCP para sa ilang partikular na sensitibo o pribadong pangangalaga. Kung ganito, maaari kang pumili ng sinumang doktor o anumang klinika para sa mga sumusunod na uri ng pangangalaga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagpapalano ng pamilya/pagpigil sa pagbubuntis (kabilang ang mga serbisyo sa sterilization). • Pagsusuri at pagpapayo sa pagbubuntis. • Pag-iwas/pagsusuri/paggamot sa HIV/AIDS. • Pag-iwas/pagsusuri/paggamot sa mga impeksyong nakukuha sa paraang sekswal. • Pangangalaga para sa sekswal na pag-atake. • Mga serbisyo sa aborsyon ng outpatient. <p>Para sa pagsusuri sa pagbubuntis, mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya, mga serbisyo sa pagpigil sa pagbubuntis, o mga serbisyo para sa mga impeksyong nakukuha sa paraang sekswal, hindi kailangan ng doktor o klinika na maging bahagi ng network ng Kaiser Permanente. Maaari kang pumili ng anumang provider ng Medi-Cal at pumunta sa kanila nang walang referral o paunang pahintulot. Para sa tulong sa paghahanap ng provider ng Medi-Cal na wala sa network ng Kaiser Permanente, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.</p> <p>Maaaring hindi sinasakop ang mga serbisyo mula sa isang provider na wala sa network na hindi nauugnay sa Sensitibong Pangangalaga. Para sa tulong sa paghahanap ng doktor o klinikang nagbibigay ng mga serbisyong ito, o para sa tulong sa transportasyon na makarating sa mga serbisyong ito, maaari kang tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Maaari ka ring tumawag sa Linya para sa Appointment at Pagpapayo at makipag-usap sa isang lisensyadong propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.</p>	<p>\$0</p>



Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Screening at pagpapayo para sa labis na pag-inom ng alak</p> <p>Babayaran namin ang isang screening para sa labis na pag-inom ng alak (SABIRT) para sa mga nasa hustong gulang na labis ang pag-inom ng alak ngunit hindi nagumon sa alak. Kabilang dito ang mga buntis.</p> <p>Kung magpopositibo ka sa screening para sa labis na pag-inom ng alak, puwede kang makakuha ng hanggang apat na maikli at face-to-face na session sa pagpapayo kada taon (kung kaya mo at alerto ka sa panahon ng pagpapayo) sa isang kwalipkadong provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) o practitioner sa isang lugar ng pangunahing pangangalaga.</p> <p>Kung kailangan mo ng mga karagdagang serbisyo sa pagpapayo at paggamot na higit pa sa sinasakop ng Medicare, maaari kang makakuha ng mga serbisyo sa pamamagitan ng plano para sa kalusugan ng isip ng iyong county. Ang county ay nagbibigay ng mga serbisyo sa disorder sa labis na pag-inom ng alak at paggamit ng droga sa mga miyembro ng Medi-Cal na nakakatugon sa mga panuntunan sa medikal na pangangailangan. Upang mahanap online ang mga numero ng telepono para sa lahat ng county, bumisita sa</p> <p>http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPCContactList.aspx.</p>	<p>\$0</p>



Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga serbisyo ng ambulansya</p> <p>Kabilang sa mga sakop na serbisyo ng ambulansya ang panlupa at panghimpapawid (eroplano at helicopter). Dadalhin ka ng ambulansya sa pinakamalapit na lugar na makakapagbigay sa iyo ng pangangalaga.</p> <p>Ang iyong kondisyon ay dapat sapat na malubha na ang iba pang paraan ng pagpunta sa lugar ng pangangalaga ay maaaring maging mapanganib sa iyong kalusugan o buhay.</p> <p>Ang mga serbisyo ng ambulansya para sa iba pang mga sitwasyon (hindi pang-emergency) ay dapat aprubahan muna namin. Sa mga kaso na hindi emergency, maaari kaming magbayad para sa isang ambulansya. Ang iyong kondisyon ay dapat sapat na malubha na ang iba pang paraan ng pagpunta sa lugar ng pangangalaga ay maaaring maging mapanganib sa iyong buhay o kalusugan. Tingnan ang Kabanata 3 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa transportasyong hindi pang-emergency.</p> <p>Sinasakop din namin ang mga serbisyo ng lisensyadong ambulansya saanman sa mundo nang walang paunang pahintulot (kabilang ang transportasyon sa pamamagitan ng 911 na sistema ng pagtugon sa emergency kapag mayroon) kung makatuwiran kang naniniwala na mayroon kang medikal na kondisyong pang-emergency at makatuwiran kang naniniwala na nangangailangan ang iyong kondisyon ng klinikal na suporta ng mga serbisyo sa transportasyon ng ambulansya.</p>	<p>Kung kwalipikado ka para sa tulong sa bahagi sa gastos ng Medicare sa ilalim ng Medi-Cal, \$0 ang babayaran mo. Kung hindi, magbabayad ka ng \$150 kada one-way na biyahe.</p>
<p> Taunang regular na pisikal na pagsusuri</p> <p>Ang mga regular na pisikal na pagsusuri ay sinasakop kung ang pagsusuri ay medikal na naaangkop na pangangalagang pang-iwas sa sakit alinsunod sa mga karaniwang tinatanggap na propesyonal na pamantayan ng pagsasanay.</p>	<p>\$0</p>



Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
 <p>Taunang pagbisita upang manatiling walang sakit</p> <p>Puwede kang makakuha ng taunang checkup. Ito ay upang gumawa o mag-update ng planong pang-iwas sa sakit batay sa iyong mga kasalukuyang salik ng panganib. Babayaran namin ito nang isang beses kada 12 buwan.</p> <p>Tandaan: Hindi maaaring maganap ang iyong unang taunang pagbisita para manatiling malusog sa loob ng 12 buwan mula sa iyong pagbistang “Welcome sa Medicare”. Gayunpaman, hindi mo kailangang magkaroon ng pagbisita na “Welcome sa Medicare” para magkaroon ng mga taunang pagbisita para manatiling malusog pagkatapos mong magkaroon ng Bahagi B sa loob ng 12 buwan.</p>	<p>\$0</p>
<p>Mga Serbisyo sa Pag-iwas sa Hika:</p> <p>Maaari kayong tumanggap ng edukasyon sa hika at pagtatasa sa kapaligiran ng bahay para sa mga trigger na karaniwang nakikita sa mga bahay ng mga taong may hindi maayos na nakokontrol na hika.</p>	<p>\$0</p>
 <p>Pagsukat ng bone mass</p> <p>Babayaran namin ang ilang partikular na pamamaraan para sa mga miyembrong kwalipikado (sa karaniwan, isang taong nanganganib na mawalan ng bone mass o nanganganib na magkaroon ng osteoporosis). Sa mga pamamaraang ito, natutukou ang bone mass, nalalaman ang pagkawala ng buto, o nalalaman ang kalidad ng buto.</p> <p>Babayaran namin ang mga serbisyo nang isang beses kada 24 na buwan, o mas madalas kung medikal na kinakailangan. Babayaran din namin ang doktor upang tingnan at bigyan ng komento ang mga resulta.</p>	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
 <p>Screening para sa kanser sa suso (mga mammogram)</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isang baseline mammogram sa pagitan ng 35 taong gulang at 39 taong gulang. • Isang screening mammogram kada 12 buwan para sa mga babaeng 40 taong gulang at mas matanda. • Mga klinikal na pagsusuri sa suso nang isang beses kada 24 na buwan. 	<p>\$0</p>
<p>Mga serbisyo ng rehabilitasyon kaugnay sa puso (puso)</p> <p>Babayaran namin ang mga serbisyo ng rehabilitasyon kaugnay sa puso gaya ng ehersisyo, edukasyon, at pagpapayo. Dapat matugunan ng mga miyembro ang ilang partikular na kondisyon at dapat may makuha silang utos ng doktor.</p> <p>Sinasakop din namin ang mga masusing programa ng rehabilitasyon kaugnay sa puso, na mas matindi kaysa sa mga programa ng rehabilitasyon kaugnay sa puso.</p>	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>
 <p>Pagbisita para sa pagbabawas ng panganib ng sakit hinggil sa puso at ugat (puso) (therapy para sa sakit sa puso)</p> <p>Babayaran namin ang isang pagbisita kada taon, o higit pa kung medikal na kinakailangan, sa iyong provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) para makatulong na mabawasan ang iyong panganib na magkaroon ng sakit sa puso. Sa panahon ng pagbisita, magagawa ng iyong doctor na:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talakayin ang paggamit ng aspirin, • Tingnan ang iyong presyon ng dugo, at/o • Magbigay sa iyo ng mga tip upang matiyak na kumakain ka nang maayos. 	<p>\$0</p>


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano		Ang dapat mong bayaran
	<p>Pagsusuri para sa sakit hinggil sa puso at ugat (puso)</p> <p>Babayaran namin ang mga pagsusuri ng dugo upang makita kung may sakit hinggil sa puso at ugat nang isang beses kada limang taon (60 buwan). Tinitingnan din ng mga pagsusuri ng dugo na ito kung may mga depekto dahil sa mataas na panganib na magkaroon ng sakit sa puso.</p>	\$0
	<p>Screening para sa kanser sa cervix at ari ng babae</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para sa lahat ng babae: Mga Pap test at pagsusuri ng balakang nang isang beses kada 24 na buwan. • Para sa mga babaeng may mataas na panganib na magkaroon ng kanser sa cervix o sa ari ng babae: isang Pap test kada 12 buwan. • Para sa mga babaeng nagkaroon ng abnormal na Pap test sa loob ng nakalipas na tatlong taon at nasa edad na maaari nang mag-anak: isang Pap test kada 12 buwan. • Para sa mga babaeng 30-65 taong gulang: human papillomavirus (HPV) testing o Pap plus HPV testing nang isang beses kada 5 taon. 	\$0


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga chiropractic na serbisyo†</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga pagsasaayos ng spine upang iwasto ang alignment. Ang mga sakop na serbisyo na ito ng Medicare ay ibinibigay ng chiropractor na nasa network. Para sa listahan ng mga chiropractor na nasa network, mangyaring sumangguni sa Direktoryo ng Provider at Parmasya. • Maaaring sakupin ng Medi-Cal ang mga chiropractic na serbisyo kapag natanggap sa isang Pederal na Kwalipikadong Sentrong Pangkalusugan (FQHC) o Mga Panlalawigang Klinika para sa Kalusugan (RHC) sa network ng Kaiser Permanente. Ang mga FQHC at RHC ay maaaring mangailangan ng referral upang makuha ang mga serbisyo. Upang makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa mga serbisyong available sa isang FQHC o RHC, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. 	<p>\$0</p>


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
 <p>Screening para sa colorectal cancer</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ang colonoscopy ay walang minimum o maximum na limitasyon sa edad at sinasakop ito nang isang beses kada 120 buwan (10 taon) para sa mga pasyenteng walang mataas na panganib, o 48 buwan pagkatapos ng nakaraang flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyente na walang mataas na panganib para sa colorectal cancer, at isang beses kada 24 na buwan para sa mga pasyenteng may mataas na panganib pagkatapos ng nakaraang screening colonoscopy o barium enema. • Flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng 45 taong gulang pataas. Isang beses kada 120 buwan para sa mga pasyenteng walang mataas na panganib pagkatapos makatanggap ng screening colonoscopy. Isang beses kada 48 buwan para sa mga pasyenteng may mataas na panganib mula sa huling flexible sigmoidoscopy o barium enema. • Screening ng fecal-occult blood test para sa mga pasyenteng 45 taong gulang pataas. Isang beses kada 12 buwan. • Multitarget stool DNA para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi nakakatugon sa pamantayan sa mataas na panganib. Isang beses kada tatlong taon. • Mga Pagsusuri sa Biomarker na nakabatay sa dugo para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi nakakatugon sa mga pamantayan sa mataas na panganib. Isang beses kada tatlong taon. • Barium Enema bilang alternatibo sa colonoscopy para sa mga pasyenteng may mataas na panganib at 24 na buwan mula noong huling screening para sa barium enema o huling screening para sa colonoscopy. 	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<ul style="list-style-type: none"> • Barium Enema bilang alternatibo sa flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng walang mataas na panganib at 45 taong gulang pataas. Isang beses sa loob ng hindi bababa sa 48 buwan kasunod ng huling screening para sa barium enema o screening para sa flexible sigmoidoscopy. • Kabilang na sa mga screening na pagsusuri sa colorectal cancer ang follow-up na screening para sa colonoscopy pagkatapos magkaroon ng positibong resulta ang isang hindi invasive na screening na pagsusuri na nakabatay sa dumi na sakop ng Medicare. 	
<p>Mga serbisyo ng dentista</p> <p>Ang Planong Pangkalusugan ay may kasunduan sa Delta Dental of California (“Delta Dental”) upang ibigay sa iyo ang DeltaCare® USA Dental HMO Program. Ang DeltaCare USA ay nagbibigay ng komprehensibong pangangalaga sa ngipin sa pamamagitan ng network ng mga dentista na nakikipagkontrata sa Delta Dental upang magbigay ng mga serbisyo sa ngipin. Para sa impormasyon tungkol sa mga provider ng serbisyo sa ngipin, mangyaring sumangguni sa Direktoryo ng Provider ng Serbisyo sa Ngipin.</p>	<p>\$0 para sa mga sakop na serbisyo na inilalarawan sa seksyong “Pangangalaga sa ngipin (DeltaCare USA Dental HMO Program)” sa dulo ng chart na ito.</p>
<p>Nagbabayad kami para sa ilang partikular na serbisyo para sa ngipin, kabilang ang pero hindi limitado sa, mga paglilinis, filling, at pustiso. Ang hindi namin sinasakop ay available sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Program na inilalarawan Seksyon E.</p>	<p>\$0</p>
<p> Screening para sa depresyon</p> <p>Babayaran namin ang isang screening para sa depresyon kada taon. Dapat isagawa ang screening sa isang lugar ng pangunahing pangangalaga na makakapagbigay ng follow-up na paggamot at/o mga referral.</p>	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
 <p>Screening para sa diyabetis</p> <p>Babayaran namin ang screening na ito (kabilang ang mga fasting glucose test) kung mayroon ka ng alinman sa mga sumusunod na salik ng panganib:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mataas na presyon ng dugo (altapresyon) • Kasaysayan ng mga abnormal na antas ng kolesterol at triglyceride (dyslipidemia) • Obesity • Kasaysayan ng mataas na asukal sa dugo (glucose) <p>Maaaring sakupin ang mga pagsusuri sa ilan pang kaso, gaya ng kung overweight ka at may diyabetis sa kasaysayan ng pamilya.</p> <p>Depende sa mga resulta ng pagsusuri, maaari kang maging kwalipikado sa hanggang dalawang screening para sa diyabetis kada 12 buwan.</p>	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p> Pagsasanay sa pamamahala ng sarili, mga serbisyo, at mga supply para sa diabetic</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo para sa lahat ng taong may diyabetis (ang mga ito man ay insulin o hindi):</p> <ul style="list-style-type: none"> • †Mga supply upang masubaybayan ang iyong glucose sa dugo, kabilang ang mga sumusunod: <ul style="list-style-type: none"> • Isang blood glucose monitor. • Mga blood glucose test strip. • Mga lancet device at lancet. • Mga solusyon sa pagkontrol ng glucose para sa pagtingin sa katumpakan ng mga test strip at monitor. • †Para sa mga taong may diyabetis na may malubhang sakit na diabetic foot, babayaran namin ang mga sumusunod: <ul style="list-style-type: none"> • Isang pares na therapeutic na custom-molded na sapatos (kabilang ang mga insert), kabilang ang fitting, at dalawang karagdagang pares ng insert kada taon sa kalendaryo, o • Isang pares ng depth shoes, kabilang ang fitting, at tatlong pares ng insert kada taon (hindi kabilang ang mga hindi naka-customize at naalis na insert na ibinigay sa naturang sapatos) • †Sa ilang kaso, babayaran namin ang pagsasanay upang matulungan kang pamahalaan ang iyong diyabetis. Upang matuto pa, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro. <p>Tandaan: Maaari mong piliing makatanggap ng pagsasanay sa pamamahala ng sarili para sa diyabetis mula sa isang programang wala sa aming plano na kinikilala ng American Diabetes Association at inaprubahan ng Medicare.</p>	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga Serbisyo ng Doula</p> <p>Para sa mga indibidwal na buntis, babayaran namin ang siyam na pagbisita sa doula sa panahon bago manganak at pagkatapos manganak pati na rin suporta sa panahon ng labor at panganganak.</p>	<p>\$0</p>
<p>Matibay na kagamitang pangmedikal (DME) at mga nauugnay na supply†</p> <p>Sumangguni sa Kabanata 12 ng Handbook ng Miyembro na ito para sa kahulugan ng “Matibay na kagamitang pangmedikal (DME).”</p> <p>Sinasakop namin ang mga sumusunod na item:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga wheelchair, kabilang ang mga electric wheelchair. • Mga saklay. • Mga powered mattress system. • Dry pressure pad para sa kutson. • Mga supply para sa diabetic. • Mga kama sa ospital na iniutos ng provider na gamitin sa bahay. • Mga intravenous (IV) infusion pump at pole. • Mga device sa pagbuo ng salita. • Kagamitan at mga supply sa oxygen. • Mga nebulizer. • Mga walker. • Standard curved handle o quad cane at mga kapalit na supply. • Cervical traction (sa pinto). • Bone stimulator. • Mga kagamitan para sa pangangalaga sa dialysis. <p>Maaaring sakupin ang iba pang item.</p> <p style="text-align: right;">Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina</p>	<p>Kung kwalipikado ka para sa tulong sa bahagi sa gastos ng Medicare sa ilalim ng Medi-Cal, \$0 ang babayaran mo. Kung hindi, magbabayad ka ng 20% coinsurance, maliban kung magbabayad ka ng \$0 para sa mga peak flow meter at ultraviolet light therapy equipment.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Matibay na kagamitang pangmedikal (DME) at mga nauugnay na supply (ipinagpatuloy)</p> <p>Babayaran namin ang lahat ng medikal na kinakailangang DME na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung ang aming supplier sa iyong lugar ay walang dinadalang partikular na tatak o tagagawa, maaari mo silang tanungin kung maaari silang espesyal na mag-order nito para sa iyo. Available ang pinakakamakailang listahan ng mga supplier sa aming website sa kp.org/directory.</p>	
<p>Sinasakop din namin ang sumusunod na DME na hindi sinasakop ng Medicare kapag medikal na kinakailangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga accessory sa kama para sa isang kama sa ospital kapag kinakailangan ang extension ng kama. • Mga protector para sa sakong o siko upang maiwasan o mabawasan ang paggamit mh advanced na pressure relief equipment. • Iontophoresis device upang gamutin ang hyperhidrosis kapag ang mga antiperspirant ay kontraindikado at ang hyperhidrosis ay lumikha ng mga medikal na komplikasyon (halimbawa, impeksyon sa balat) o pumipigil sa mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay. • Resuscitation bag kung ang pasyente ng tracheostomy ay may malaking problema sa pamamahala ng secretion, na nangangailangan ng technique ng lavage at suction na tinutulungan ng malalim na paghinga sa pamamagitan ng resuscitation bag. 	

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<ul style="list-style-type: none"> • Ultraviolet light therapy equipment para sa mga kondisyong bukod sa psoriasis kung medikal na kinakailangan, kabilang ang ultraviolet light therapy equipment para sa paggamit sa bahay, kung (1) aaprubahan ang kagamitan para sa iyo sa pamamagitan ng proseso ng paunang pahintulot ng aming plano, gaya ng inilalarawan sa Kabanata 3 at (2) ibibigay ang kagamitan sa loob ng aming sineserbisyuhang lugar. (Ang coverage para sa ultraviolet light therapy equipment ay limitado sa karaniwang item ng kagamitan na sapat na nakakatugon sa iyong mga medikal na pangangailangan. Magpapasya kami kung rerentahan o bibilhin ang kagamitan, at pipiliin namin ang vendor. Dapat mong ibalik ang kagamitan sa amin o bayaran kami sa halagang karaniwang sinisingil para sa kagamitan kapag hindi na namin sinasakop ang mga ito.) 	

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Pangangalagang pang-emergency</p> <p>Ang pangangalagang pang-emergency ay nangangahulugang mga serbisyo na:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibinibigay ng isang provider na sinanay upang magbigay ng mga serbisyong pang-emergency, at • Kinakailangan upang gamutin ang isang medikal na emergency. <p>Ang medikal na emergency ay isang medikal na kondisyon na may matinding panakit o malubhang pinsala. Ang kondisyon ay napakalubha, kung ito ay hindi makakakuha kaagad ng medikal na atensyon, ang sinumang may pangkaraniwang kaalaman sa kalusugan at gamot ay makakaasa na ito ay magresulta sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seryosong panganib sa iyong kalusugan o sa iyong anak na nasa sinapupunan; o • Malubhang pinsala sa mga paggana ng katawan; o • Malubhang pagkapinsala ng anumang organo o bahagi ng katawan; o • Sa kaso ng isang buntis na aktibong nagle-labor, kapag: <ul style="list-style-type: none"> • Hindi sapat ang oras upang ligtas kang mailipat sa ibang ospital bago ang panganganak. • Maaaring magdulot ang paglipat sa ibang ospital ng banta sa iyong kalusugan o kaligtasan o sa kalusugan o kaligtasan ng anak na nasa sinapupunan. <p>Bahagi sa gastos para sa mga kinakailangang serbisyong pang-emergency na ibinibigay sa labas ng network ay kapareho ng mga naturang serbisyo na ibinibigay sa network.</p> <p>Mayroon kang pandaigdigang coverage sa pangangalagang pang-emergency.</p>	<p>\$0</p> <p>†Kung kukuha ka ng pangangalagang pang-emergency sa isang ospital na wala sa network at kailangan mo ng pangangalaga para sa inpatient pagkatapos maging stable ang iyong emergency, dapat kang bumalik sa ospital na nasa network upang patuloy na masakop ang iyong pangangalaga o dapat pahintulutan ng aming plano ang pangangalaga para sa inpatient sa ospital na wala sa network at ang iyong gastos ay ang bahagi sa gastos na babayaran mo sa isang ospital na nasa network.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya</p> <p>Hinahayaan ka ng batas na pumili ng alinmang provider – kung isang provider na nasa network o provider na wala sa network – para sa ilang partikular na serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Nangangahulugan ito ng anumang doktor, klinika, ospital, parmasya, o opisina ng pagpaplano ng pamilya.</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagsusulit sa pagpaplano ng pamilya at medikal na paggamot. • Laboratoryo at mga diagnostic na pagsusuri para sa pagpaplano ng pamilya. • Mga paraan ng pagpaplano ng pamilya (IUC/IUD, implant, iniksyon, birth control pills, patch, o singsing). • Mga supply sa pagpaplano ng pamilya na may reseta (condom, espongha, foam, film, diaphragm, cap). • Pagpapayo at pag-diagnose sa pagiging baog at mga kaugnay na serbisyo. • Pagpapayo, pagsusuri, at paggamot para sa mga impeksyon na nakukuha sa pakikipagtalik (sexually transmitted infection, STI). • Pagpapayo at pagsusuri para sa HIV at AIDS, at iba pang mga kondisyong nauugnay sa HIV. • Permanenteng pagpipigil sa pagbubuntis (Dapat ay 21 taong gulang ka o higit pa para piliin ang pamamaraang ito ng pagpaplano ng pamilya. Dapat kang lumagda sa isang federal sterilization consent form nang hindi bababa sa 30 araw, ngunit hindi hihigit sa 180 araw bago ang petsa ng operasyon.). • Pagpapayo sa henetiko. 	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Babayaran din namin ang ilan pang serbisyo sa pagpapalano ng pamilya. Gayunpaman, dapat kang gumamit ng provider sa aming network ng provider para sa mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paggamot para sa mga medikal na kondisyon ng pagkabaog (Hindi kabilang sa serbisyong ito ang mga artipisyal na paraan upang mabuntis.). • Paggamot para sa AIDS at iba pang kondisyong nauugnay sa HIV. • Genetic na pagsusuri. 	

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Benepisyo sa fitness (ang Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise Program)</p> <p>Kabilang sa programa ng Silver&Fit ang sumusunod:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Magagawa mong sumali sa isang kalahok na fitness center ng Silver&Fit at sulitin ang mga serbisyong kasama sa standard na membership ng fitness center (halimbawa, ang paggamit ng kagamitan sa fitness center o mga klaseng pinapangunahan ng instructor ay hindi nangangailangan ng karagdagang singil). Kung nag-sign up ka para sa isang membership sa fitness center ng Silver&Fit, malalapat ang sumusunod: • Ang fitness center ay nagbibigay ng oryentasyon sa pasilidad at kagamitan. • Nag-iiba ang mga serbisyong ibinibigay ng mga fitness center ayon sa lokasyon. Ang anumang hindi standard na serbisyo sa fitness center na karaniwang nangangailangan ng karagdagang singil ay hindi kasama sa iyong standard na membership sa fitness center sa pamamagitan ng programa ng Silver&Fit (halimbawa, mga bayarin sa court o mga serbisyo sa personal na trainer). • Para makasali sa Silver&Fit fitness center, magparehistro sa pamamagitan ng kp.org/SilverandFit at piliin ang iyong (mga) lokasyon. Pagkatapos ay maaari mong i-print o i-download ang iyong “Liham ng Pagdating,” kung saan kabilang ang iyong Silver&Fit card na may numero ng fitness ID na ibibigay sa napiling fitness center. <p>Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina</p>	


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Benepisyong sa fitness (ang Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise Program) (ipinagpatuloy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kapag sumali ka, maaari kang lumipat sa ibang lumalahok na fitness center ng Silver&Fit nang isang beses kada buwan at magkakaroon ng bisa ang iyong pagbabago sa unang araw ng susunod na buwan (maaaring kailanganin mong kumumpleto ng bagong kasunduan sa membership sa fitness center). • Kung gusto mong mag-ehersisyo sa bahay, maaari kang pumili ng isang Fitness Kit para sa Bahay kada taon sa kalendaryo. Maraming mapagpipiliang Fitness Kit para sa Bahay, kabilang ang mga opsyon sa Nasusuot na Fitness Tracker, Mga Pilate, Strength, Swim, at Yoga Kit. Ang mga kit ay maaaring magbago at kapag napili na, hindi na mapapalitan ang mga ito. Para mapili ang iyong kit, pakibisita ang kp.org/SilverandFit o tumawag sa serbisyo sa customer ng Silver&Fit. • Access sa mga online na serbisyo ng Silver&Fit sa kp.org/SilverandFit na nagbibigay ng mga on-demand na workout video, Workout Plan, ang Well-Being Club, isang newsletter, at iba pang kapaki-pakinabang na feature. Ang pinahusay na feature na Well-Being Club ng website ng Silver&Fit ay nagbibigay sa mga miyembro ng pagkakataong tingnan ang mga naka-customize na resource pati na rin dumalo sa mga klase at event sa live-streaming. <p>Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina</p>	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Para sa higit pang impormasyon tungkol sa Silver&Fit program at listahan ng mga kalahok na fitness center at home kit, bisitahin ang kp.org/SilverandFit o tumawag sa serbisyo sa customer ng Silver&Fit sa 1-877-750-2746 (TTY 711), Lunes hanggang Biyernes, 5 a.m. hanggang 6 p.m. (PST).</p> <p>Ang programa ng Silver&Fit ay ibinibigay ng American Specialty Health Fitness, Inc., na isang subsidiary ng American Specialty Health Incorporated (ASH). Ang Silver&Fit ay isang trademark ng ASH na nakarehistro sa pederal na pamahalaan at ginagamit ito nang may pahintulot dito. Ang mga kalahok na fitness center at fitness chain ay maaaring mag-iba ayon sa lokasyon at maaaring magbago.</p>	


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p> Mga programa ng edukasyon sa kalusugan at pagiging walang sakit</p> <p>Nagbibigay kami ng maraming programa na nakatuon sa ilang partikular na kondisyon sa kalusugan. Kabilang sa mga ito ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga klase sa Edukasyong Pangkalusugan; • Mga klase sa Edukasyon sa Nutrisyon; • Paghinto sa Paninigarilyo at Paggamit ng Tabako; at • Nursing Hotline <p>Bilang bahagi ng aming Mga Programa sa Malusog na Paraan ng Pamumuhay, sinasakop ng aming plano ang ilang panggrupong klase sa edukasyong pangkalusugan kabilang ang: malusog na puso (healthy heart), pamumuhay nang may mga hindi gumagaling na kondisyon at depresyon (living with chronic conditions and depression). Ang Mga Programa sa Malusog na Pamumuhay ay ibinibigay ng sertipikadong tagapagturo sa kalusugan o iba pang kwalipikadong propesyonal na kalusugan.</p> <p>Sinasakop namin ang iba't ibang pagpapayo, programa, at materyal para sa edukasyong pangkalusugan upang matulungan kang gampanan ang isang aktibong tungkulin sa pagprotekta at pagpapabuti sa iyong kalusugan, kabilang ang mga programa para sa mga hindi gumagaling na kondisyon (gaya ng diyabetis at hika). Maaari ka ring lumahok sa mga programang hindi namin sinasaklaw, na maaaring mangailangan na magbayad ka ng bayarin.</p> <p>Para sa higit pang impormasyon tungkol sa aming pagpapayo, mga programa, at mga materyal para sa edukasyong pangkalusugan, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong lokal na Departamento ng Edukasyong Pangkalusugan, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro, o pumunta sa aming website sa kp.org.</p>	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga serbisyo sa pandinig</p> <p>Babayaran namin ang mga pagsusuri sa pandinig at balanse na isinagawa ng iyong provider. Sinasabi sa iyo ng mga pagsusuring ito kung kailangan mo ng medikal na paggamot. Sinasakop ang mga ito bilang pangangalaga ng outpatient kapag kinuha mo ang mga ito mula sa isang doktor, audiologist, o iba pang kwalipikadong provider.</p> <p>Mga hearing aid</p> <p>Sinasakop namin ang mga hearing aid kung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nasuri ka sa pagkawala ng pandinig. • Medikal na kinakailangan ang mga hearing aid. • Nakatanggap ka ng reseta mula sa iyong doktor. <p>Ang coverage ay limitado sa pinakamurang aid na tumutugon sa iyong mga medikal na pangangailangan. Kami ang pipili kung sino ang magbibigay ng hearing aid. Sinasakop namin ang isang hearing aid maliban na lang kung kinakailangan ang isang hearing aid para sa bawat tainga para sa mga resultang higit na mas mabuti kaysa sa kung isang aid lamang ang makukuha mo.</p> <p>Sinasakop namin ang sumusunod para sa bawat sakop na hearing aid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga ear mold na kinakailangan para sa fitting. • Isang package ng standard na baterya. • Mga pagbisita upang matiyak na gumagana nang tama ang aid. • Mga pagbisita para sa paglilinis at fitting ng iyong hearing aid. • Pagkukumpuni ng iyong hearing aid. 	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Sasakupin namin ang kapalit na hearing aid kung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hindi na maiwawasto ng iyong kasalukuyang hearing aid ang pagkawala ng iyong pandinig. • Ang iyong hearing aid ay nawala, ninakaw, o nasira (at hindi na makukumpuni), at hindi mo ito kasalanan. Dapat mo kaming bigyan ng mensahe na nagsasabi sa amin kung paano ito nangyari. <p>Hindi kabilang sa coverage ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga kapalit na baterya ng hearing aid 	
<p> Screening para sa HIV</p> <p>Babayaran namin ang isang screening exam para sa HIV kada 12 buwan para sa mga tao na:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humiling ng screening test para sa HIV, o • Nanganganib na magkaroon ng impeksyon sa HIV. <p>Para sa mga babaeng buntis, babayaran namin ang hanggang tatlong screening test para sa HIV sa panahon ng pagbubuntis.</p> <p>Babayaran din namin ang (mga) karagdagang screening para sa HIV kapag inirerekomenda ng iyong provider.</p>	\$0
<p>Mga pagkaing dine-deliver sa bahay</p> <p>Sa ilalim ng Medi-Cal, puwede kang maging kwalipikado para sa coverage para sa mga pagkaing inihahatid sa bahay sa ilalim ng Mga Suporta sa Komunidad. Ang Mga Suporta sa Komunidad ay hindi available sa lahat ng lugar at kailangan mong matugunan ang mga partikular na pamantayan sa pagiging kwalipikado. Magtanong sa iyong doktor para sa higit pang impormasyon tungkol sa Mga Suporta sa Komunidad ng Medi-Cal.</p>	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Pangangalaga ng ahensyang pangkalusugan sa bahay</p> <p>Bago ka makakuha ng mga serbisyong pangkalusugan sa bahay, dapat sabihin sa amin ng doktor na kailangan mo ang mga ito, at dapat ibigay ang mga ito ng isang ahensyang pangkalusugan sa bahay. Dapat ay homebound ka, ibig sabihin, nahahirapan kang lumabas ng bahay.</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring iba pang serbisyong hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga part-time o intermittent na serbisyo sa sanay na pag-aalaga at tulong sa kalusugan sa bahay (Upang masakop sa ilalim ng benepisyong pangangalagang pangkalusugan sa bahay, ang iyong mga serbisyo sa sanay na pag-aalaga at tulong sa kalusugan sa bahay ay dapat mas kaunti sa 8 oras kada araw at 35 araw kada linggo kapag pinagsama-sama.) • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy. • Mga medikal na serbisyo at serbisyong panlipunan. • Mga kagamitan at supply na pangmedikal. 	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p> <p>Tandaan: Walang bahagi sa gastos para sa mga serbisyo at item sa pangangalagang pangkalusugan na ibinigay alinsunod sa mga alituntunin ng Medicare.</p> <p>Gayunpaman, ang naaangkop na bahagi sa gastos na nakalista saanman sa Chart ng Mga Benepisyong na ito ay malalapat kung sinasakop ang item sa ilalim ng ibang benepisyong; halimbawa, matibay na kagamitang pangmedikal na hindi ibinigay ng ahensyang pangkalusugan sa bahay.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Home infusion therapy†</p> <p>Babayaran ng aming plano ang home infusion therapy, na inilalarawan bilang mga gamot o biological na substance na itinuturok sa ugat o inilalapat sa ilalim ng balat at ibinibigay sa iyo sa bahay. Ang sumusunod ay kinakailangan upang maisagawa ang infusion sa bahay:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ang gamot o biological na substance, gaya ng antiviral o immune globulin; • Kagamitan, gaya ng pump; at • Mga supply, gaya ng tubing o catheter. <p>Sinasakop ng aming plano ang mga serbisyo ng home infusion kung saan kabilang ang ngunit hindi limitado sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga propesyonal na serbisyo, kabilang ang mga serbisyo ng pag-aalaga, na ibinibigay alinsunod sa iyong plano ng pangangalaga; • Pagsasanay at edukasyon ng miyembro na hindi pa kasama sa benepisyong DME; • Remote na pagsubaybay; at • Mga serbisyo sa pagsubaybay para sa pagbibigay ng home infusion therapy at mga gamot para sa home infusion na ibinibigay ng isang kwalipikadong supplier ng home infusion therapy. 	<p>\$0 para sa mga propesyonal na serbisyo, pagsasanay, at pagsubaybay. Ang mga bahagi (gaya ng, mga gamot, DME, at medikal na supply sa Bahagi B ng Medicare) na kinakailangan upang magsagawa ng home infusion ay maaaring mapailalim sa naaangkop na bahagi sa gastos na nakalista saanman sa Chart ng Mga Benepisyong ito depende sa item.</p>


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Sinasakop namin ang mga supply at gamot para sa home infusion kung totoo ang lahat ng sumusunod:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ang iyong inireresetang gamot ay nasa aming pormularyo ng Bahagi D ng Medicare. • Inaprubahan namin ang iyong inireresetang gamot para sa home infusion therapy. • Ang iyong reseta ay isusulat ng isang provider na nasa network at pupunan sa isang parmasya ng home-infusion na nasa network. 	<p>\$0</p> <p>Tandaan: Kung ang sakop na supply o gamot para sa home infusion ay hindi napunan ng isang parmasya ng home-infusion na nasa network, ang supply o gamot ay maaaring mapailalim sa naaangkop na bahagi sa gastos na nakalista saanman sa booklet na ito depende sa serbisyo.</p>
<p>Pangangalaga sa hospice</p> <p>May karapatan kang pumili ng hospice kung matukoy ng iyong provider at medikal na direktor ng hospice na mayroon kang wala nang lunas na pagtaya sa kalalabasan ng sakit. Ito ay nangangahulugang mayroon kang wala nang lunas na karamdaman at inaasahang mayroon kang anim na buwan o mas kaunti upang mabuhay. Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa programa ng hospice na sertipikado ng Medicare. Dapat tulungan ka ng aming plano na makahanap ng mga programa sa hospisyong sertipikado ng Medicare sa sineserbisyuhang lugar ng plano. Ang iyong doktor ng hospice ay maaaring isang provider na nasa network o isang provider na wala sa network.</p>	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Kabilang sa mga sakop na serbisyo ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga gamot upang gamutin ang mga sintomas at pananakit. • Panandaliang respite na pangangalaga. • Pangangalagang sa bahay. <p>Ang mga serbisyo ng hospisyo at mga serbisyong sinasakop ng Bahagi A o Bahagi B ng Medicare na nauugnay sa iyong terminal na prognosis ay sinisingil sa Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sumangguni sa Seksyon E ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon. <p>Para sa mga serbisyong sinasakop ng aming plano pero hindi sinasakop ng Bahagi A o Bahagi B ng Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinasakop ng aming plano ang mga serbisyong hindi sinasakop sa ilalim ng Bahagi A o Bahagi B ng Medicare. Sinasakop namin ang mga serbisyo nauugnay man ang mga ito o hindi sa iyong terminal na prognosis. Babayaran mo ang halaga ng bahagi sa gastos ng aming plano para sa mga serbisyong ito. <p>Para sa mga gamot na maaaring sakupin ng benepisyo ng Bahagi D ng Medicare ng aming plano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ang mga gamot ay hindi kailanman sakop ng hospice at aming plano nang magkasabay. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa Kabanata 5 ng Handbook ng Miyembro na ito. <p>Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalagang hindi galing sa hospisyo, tawagan ang iyong tagasaayos ng pangangalaga at/o Mga Serbisyo sa Miyembro para maisaayos ang mga serbisyo. Ang pangangalaga na wala sa hospice ay pangangalaga na hindi nauugnay sa iyong wala nang lunas na pagtaya sa kalalabasan ng sakit.</p> <p>Sinasakop ng aming plano ang mga serbisyo ng konsultasyon sa hospice (isang beses lang) para sa isang miyembrong mayroong wala nang lunas na sakit na hindi nakapili ng benepisyo sa hospice.</p>	

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
 <p>Mga Pagbabakuna</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bakuna para sa pulmonya. • Mga bakuna para sa trangkaso, isang beses para sa bawat panahon ng trangkaso sa taglagas at taglamig, na may mga karagdagang bakuna para sa trangkaso kung medikal na kinakailangan. • Bakuna para sa hepatitis B kung mayroon kang mataas o agarang panganib na magkaroon ng hepatitis B. • Mga bakuna para sa COVID-19. • Iba pang bakuna kung ikaw ay nasa panganib at natutugunan ng mga ito ang mga panuntunan sa coverage ng Bahagi B ng Medicare. <p>Babayaran namin ang iba pang bakuna na nakakatugon sa mga panuntunan sa coverage ng Bahagi D ng Medicare. Sumangguni sa Kabanata 6 ng Handbook ng Miyembro na ito upang matuto pa.</p>	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Pangangalaga ng ospital para sa inpatient</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo at iba pang medikal na kinakailangang serbisyo na hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semi-private na kuwarto (o isang pribadong kuwarto kung medikal na kinakailangan). • Mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta. • Mga regular na serbisyo sa pag-aalaga. • Mga halaga ng mga unit ng espesyal na pangangalaga, gaya ng mga unit ng masusing pangangalaga o pangangalaga ng puso. • Mga gamot at medikasyon. • Mga pagsusuri sa laboratoryo. • Mga X-ray at iba pang serbisyo sa radiology. • Mga kinakailangang supply para sa operasyon at medikal na supply. • Mga appliance, gaya ng mga wheelchair. • Mga serbisyo sa operating at recovery room. • Physical, occupational, at speech therapy. • Mga serbisyo sa pag-abuso sa substance para sa inpatient. • Sa ilang kaso, ang mga sumusunod na uri ng mga transplant: cornea, bato, bato/lapay, puso, atay, baga, puso/baga, bone marrow, stem cell, at bituka/multivisceral. <p>Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina</p>	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p> <p>Dapat kang kumuha ng pag-apuba mula sa aming plano upang makakuha ng pangangalaga para sa inpatient sa isang ospital na wala sa network pagkatapos maging stable ang iyong emergency.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Pangangalaga ng ospital para sa inpatient (ipinagpatuloy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kung kailangan mo ng transplant, isang transplant center na inaprubahan ng Medicare ang susuri sa iyong kaso at magpapasya kung isa kang kandidato para sa transplant. Ang mga provider ng transplant ay maaaring lokal o wala sa sineserbisyuhang lugar. Kung handang tanggapin ng mga lokal na provider ng transplant ang rate ng Medicare, maaari mong makuha ang iyong mga serbisyo sa transplant nang lokal o sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa iyong komunidad. Kung nagbibigay ang aming plano ng mga serbisyo sa transplant sa labat ng pattern ng pangangalaga para sa aming komunidad at pinili mong kunin ang iyong transplant doon, isasaayos o babayarannamin ang mga gastos sa tirahan at pagbiyahe para sa iyo at isa pang tao, alinsunod sa aming mga alituntunin sa pagbiyahe at tirahan, na available sa Mga Serbisyo sa Miyembro. • Dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay. • Mga serbisyo ng doktor. • Tandaan: Para maging inpatient, dapat magsulat ng utos ang iyong provider para pormal kang ma-admit sa ospital bilang isang inpatient. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, puwede ka pa ring ituring na “outpatient.” Kung hindi ka sigurado kung isa kang inpatient o outpatient, dapat mong tanungin ang tauhan ng ospital. 	

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<ul style="list-style-type: none"> • Makakakita ka rin ng higit pang impormasyon sa isang fact sheet ng Medicare na tinatawag na “Isa ka bang Inpatient o Outpatient sa Ospital? Kung Mayroon Kang Medicare – Magtanong!”. Available ang fact sheet na ito sa Web sa www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari mong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. 	
<p>Mga serbisyo para sa inpatient sa isang psychiatric na ospital</p> <p>Babayaran namin ang mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan ng isip na nangangailangan ng pananatili sa ospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kung ikaw ay 65 taong gulang o mas matanda, babayaran namin ang mga serbisyong makukuha mo sa isang Institusyon para sa Mga Sakit sa Isip (IMD). 	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>
<p>Pananatili ng inpatient: Mga sakop na serbisyo sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga (SNF) sa panahon ng hindi sakop na pananatili ng inpatient</p> <p>Hindi kami magbabayad para sa iyong inpatient na pananatili o kung ang pananatili ay hindi makatuwiran at medikal na kinakailangan.</p> <p>Gayunpaman, sa ilang partikular na sitwasyon kung saan hindi sinasakop ang pangangalaga para sa inpatient, maaari naming bayaran ang mga serbisyong makukuha mo habang ikaw ay nasa pasilidad ng pag-aalaga. Upang matuto pa, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.</p>	<p>\$0</p>


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring iba pang serbisyong hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga serbisyo ng doktor. • Mga diagnostic na pagsusuri, tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo. • X-ray, radium, at isotope therapy, kabilang ang mga materyal at serbisyo ng technician. • Mga gasa para sa operasyon. • Mga splint, cast, at iba pang device na ginagamit para sa mga bali sa buto at dislocation. • Mga prosthetic at orthotic device, maliban sa dental, kabilang ang pagpapalit o mga pagkukumpuni ng mga naturang device. Ang mga ito ay mga device na papalit sa lahat o bahagi ng: • An panloob na organ ng katawan (kabilang ang contiguous tissue), o • Ang paggana ng panloob na organ sa katawan na hindi naoperahan o hindi gumagana. • Mga brace sa binti, braso, likod, at leeg, truss, at artipisyal na binti, braso, at mata. Kabilang dito ang mga pagsasaayos, pagkukumpuni, at pagpapalit na kinakailangan dahil sa pagkasira, pagkaluma, pagkawala, o pagbabago sa iyong kondisyon. • Physical therapy, speech therapy, at occupational therapy. 	



Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga serbisyo at supply para sa sakit sa bato</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga serbisyo ng edukasyon sa sakit sa bato na magtuturo ng pangangalaga sa bato at makatutulong na gumawa ng mabubuting desisyon tungkol sa iyong pangangalaga. Ikaw ay dapat na may stage IV na hindi gumagaling na sakit sa bato, at dapat kang i-refer ng iyong doktor. Sinasakop namin ang hanggang anim na session ng mga serbisyo sa edukasyon sa sakit sa bato. • Mga dialysis na paggamot para sa inpatient kung na-admit ka bilang inpatient sa isang ospital para sa espesyal na pangangalaga. • Pagsasanay sa self-dialysis, kabilang ang pagsasanay para sa iyo at sinumang tumutulong sa iyo sa iyong mga dialysis na paggamot sa bahay. • Ilang partikular na serbisyo ng suporta sa bahay, gaya ng mga kinakailangang pagbisita ng mga sinanay na dialysis worker upang suriin ang iyong dialysis sa bahay, upang tumulong sa mga emergency, at upang suriin ang iyong kagamitan sa dialysis at supply ng tubig. • Mga regular na pagsusuri sa laboratoryo upang malaman kung gaano kabisa ang dialysis. • Isang regular na pagbisita sa tanggapan kada buwan sa pangkat sa neprolohiya. • Mga vascular at peritoneal access procedure kapag isinagawa sa isang setting ng ospital para sa outpatient kung natutugunan ang ilang partikular na pamantayan. 	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<ul style="list-style-type: none"> • Mga hindi regular na pagbisita sa tanggapan sa pangkat sa neprolohiya. • Mga vascular at peritoneal access procedure kapag isinagawa sa isang medikal na tanggapan. <p>Babayaran ng iyong benepisyo ng gamot sa Bahagi B ng Medicare ang ilang gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon, sumangguni sa “Mga inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare” sa Chart ng Mga Benepisyo na ito.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Mga kagamitan at supply para sa dialysis sa bahay. • Mga dialysis na paggamot para sa outpatient, kabilang ang mga dialysis na paggamot kapag pansamantalang wala sa sineserbisyuhang lugar, gaya ng inilalarawan sa Kabanata 3 ng Handbook ng Miyembro na ito, o kapag ang iyong provider para sa serbisyong ito ay pansamantalang hindi available o hindi naa-access. 	Kung kwalipikado ka para sa tulong sa bahagi sa gastos ng Medicare sa ilalim ng Medi-Cal, \$0 ang babayaran mo. Kung hindi, magbabayad ka ng 20% coinsurance.
 <p>Screening para sa kanser sa baga</p> <p>Babayaran ng aming plano ang screening para sa kanser sa baga kada 12 buwan kung ikaw ay:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50-77 taong gulang, at • May pagbisita para sa pagpapayo at nakabahaging pagpapasya sa iyong doktor o iba pang kwalipikadong provider, at • Nanigarilyo ka nang hindi bababa sa 1 pakete sa isang araw sa loob ng 20 taon nang walang palatandaan o sintomas ng kanser sa baga o naninigarilyo ka ngayon o huminto ka sa nakalipas na 15 taon. <p>Pagkatapos ng unang screening, babayaran ng aming plano ang isa pang screening kada taon na may nakasulat na utos mula sa iyong doktor o iba pang kwalipikadong provider.</p>	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
 <p>Medical nutrition therapy</p> <p>Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may diyabetis o sakit sa bato na walang dialysis. Para rin ito sa pagkatapos ng transplant ng bato kapag iniutos ng iyong doktor.</p> <p>Babayaran namin ang tatlong oras ng mga serbisyo sa one-on-one na pagpapayo sa una mong taon na kukuha ka ng mga serbisyo sa medical nutrition therapy sa ilalim ng Medicare. Maaari naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan.</p> <p>Babayaran namin ang dalawang oras ng mga serbisyo sa one-on-one na pagpapayo kada taon pagkatapos nito. Kung magbago ang iyong kondisyon, paggamot, o diyagnosis, maaari kang makakuha ng higit pang oras ng paggamot na may utos ng doktor. Isang doktor ang dapat magreseta ng mga serbisyong ito at mag-renew ng utos kada taon kung kailangan mo ng paggamot sa susunod na taon sa kalendaryo. Maaari naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan.</p> <p>Sinasakop din namin ang pagpapayo sa nutrisyon/pagkain sa isang provider na nasa network na hindi nauugnay sa diyabetis o ESRD.</p>	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>
 <p>Programang Pag-iwas sa Diyabetis ng Medicare (MDPP)</p> <p>Binabayaran ng aming plano ang mga serbisyo ng MDPP. Ang MDPP ay idinisenyo upang tulungan kang pataasin ang malusog na pag-uugali. Nagbibigay ito ng praktikal na pagsasanay sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pangmatagalang pagbabagong may kaugnayan sa pagkain, at • Pinataas na pisikal na aktibidad, at • Mga paraan upang mapanatili ang pagbaba ng timbang at malusog na paraan ng pamumuhay. 	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare†</p> <p>Ang mga gamot na ito ay sinasakop sa ilalim ng Bahagi B ng Medicare. Babayaran ng aming plano ang mga sumusunod na gamot:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga gamot na hindi mo karaniwang ibinibigay sa iyong sarili at itinuturok o ini-infuse habang kumukuha ka ng mga serbisyo ng doktor, serbisyo ng ospital para sa outpatient, o serbisyo sa ambulatory surgery center. • Insulin na ibinibigay sa pamamagitan ng isang item ng matibay na kagamitang pangmedikal (gaya ng medikal na kinakailangang insulin pump). • Mga gamot na iniinom mo gamit ang matibay na kagamitang pangmedikal (gaya ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng aming plano. • Mga clotting factor na ibinibigay mo sa sarili mo sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kang hemophilia. • Mga immunosuppressive na gamot, kung nagpa-enroll ka sa Bahagi A ng Medicare sa panahon ng transplant ng organ. • Mga gamot para sa osteoporosis na itinuturok. Babayaran namin ang mga gamot na ito kung ikaw ay nasa bahay, may bali sa buto na pinatunayan ng doktor na nauugnay sa post-menopausal osteoporosis, at hindi maaaring ikaw mismo ang magturok ng gamot. • Mga antigen. • Ilang partikular na iniinom na gamot laban sa kanser at gamot laban sa pagduduwal. <p>Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina</p>	<p>\$0</p>


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare (ipinagpatuloy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ilang partikular na gamot para sa dialysis sa bahay, kabilang ang heparin, ang antidote para sa heparin (kapag medikal na kinakailangan), mga ipinapahid na anesthetic, at mga erythropoiesis-stimulating agent (gaya ng Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®], o Darbepoetin Alfa) • IV immune globulin para sa paggamot sa bahay ng mga pangunahing sakit sa immune deficiency <p>Sinasakop din namin ang ilang bakuna sa ilalim ng aming benepisyo ng inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare.</p> <p>Ipinapaliwanag sa Kabanata 5 ng Handbook ng Miyembro na ito ang ating benepisyo ng inireresetang gamot para sa outpatient. Ipinapaliwanag nito ang mga panuntunan na dapat mong sundin upang masakop ang mga reseta.</p> <p>Ipinapaliwanag sa Kabanata 6 ng Handbook ng Miyembro na ito kung ano ang babayaran mo para sa iyong mga inireresetang gamot para sa outpatient sa pamamagitan ng aming plano.</p>	

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga na sakop sa ilalim ng iyong coverage sa Medicare</p> <p>Ang pasilidad ng pag-aalaga (nursing facility, NF) ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi makakuha ng pangangalaga sa bahay pero hindi kailangang magpaospital.</p> <p>Kasama sa mga serbisyong binabayaran namin ang, pero hindi limitado sa, mga sumusunod:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semiprivate na kuwarto (o isang pribadong kuwarto kung medikal na kinakailangan). • Mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta. • Mga serbisyo sa pag-aalaga. • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy. • Therapy para sa paghinga. • Mga gamot na ibinibigay sa iyo bilang bahagi ng iyong plano ng pangangalaga. (Kabilang dito ang mga substance na natural na mayroon sa katawan, tulad ng mga blood-clotting factor.) • Dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay. • Mga medikal na supply at supply para sa operasyon na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga. • Mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga. • Mga X-ray at iba pang serbisyo sa radiology na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga. • Paggamit ng mga appliance, gaya ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga. <p>Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina</p>	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<ul style="list-style-type: none"> • Mga serbisyo ng doktor/practitioner. • Matibay na kagamitang pangmedikal. • Mga serbisyo sa ngipin, kabilang ang mga pustiso. • Mga benepisyo sa paningin. • Mga pagsusuri sa pandinig. • Chiropractic na pangangalaga. • Mga serbisyo sa pangangalaga ng paa. <p>Karaniwan kang kumukuha ng iyong pangangalaga mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, maaari mong makuha ang iyong pangangalaga mula sa isang pasilidad na wala sa aming network. Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga para sa pagbabayad ng aming plano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isang pasilidad ng pag-aalaga o komunidad ng pagreretiro para sa patuloy na pangangalaga kung saan ka nakatira bago ka pumunta sa ospital (hangga't nagbibigay ito ng pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga). • Isang pasilidad ng pag-aalaga kung saan nakatira ang iyong asawa o domestic partner sa oras na umalis ka sa ospital. 	
 <p>Screening at therapy para sa obesity upang mapanatiling mababa ang timbang</p> <p>Kung mayroon kang body mass index na 30 o higit pa, babayaran namin ang pagpapayo upang tulungan kang magbawas ng timbang. Dapat mong kunin ang pagpapayo sa isang setting ng pangunahing pangangalaga. Sa ganoong paraan, maaari itong pamahalaan gamit ang iyong buong planong pang-iwas sa sakit. Makipag-usap sa iyong provider ng pangunahing pangangalaga upang matuto pa.</p>	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga serbisyo sa programa ng paggamot gamit ang opioid (OTP)</p> <p>Babayaran ng aming plano ang mga sumusunod na serbisyo upang gamutin ang disorder sa paggamit ng opioid (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga aktibidad sa pag-inom. • Mga pana-panahong pagtatasa. • Mga gamot na inaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) at, kung naaangkop, pamamahala at pagbibigay sa iyo ng mga gamot na ito. • Pagpapayo sa labis na pag-inom ng alak at paggamit ng droga. • Pang-indibidwal at panggrupong therapy. • Pagsusuri para sa mga gamot o kemikal sa iyong katawan (pagsusuri sa mga lason). 	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>
<p>Mga diagnostic na pagsusuri at therapeutic na serbisyo at supply para sa outpatient</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo at iba pang medikal na kinakailangang serbisyo na hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga X-ray. • Radiation (radium at isotope) therapy, kabilang ang mga materyal at supply ng technician. • Mga supply para sa operasyon, gaya ng mga gasa. • Mga splint, cast, at iba pang device na ginagamit para sa mga bali sa buto at dislocation. • Mga pagsusuri sa laboratoryo. • Dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay. • Iba pang diagnostic na pagsusuri para sa outpatient. 	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Obserbasyon ng ospital para sa outpatient</p> <p>Ang mga serbisyo sa obserbasyon ay mga serbisyo ng ospital para sa outpatient na ibinibigay upang matukoy kung kailangan mong ma-admit bilang isang inpatient o maaari kang lumabas.</p> <p>Upang masakop ang mga serbisyo sa obserbasyon ng ospital para sa outpatient, ang mga ito ay dapat makatugon sa mga pamantayan ng Medicare at maituturing na makatuwiran at kinakailangan. Ang mga serbisyo sa obserbasyon ay sinasakop lang kapag ibinigay ayon sa utos ng doktor o ng iba pang indibidwal na pinapahintulutan ng batas sa paglilisensya ng estado at mga batas sa kawani ng ospital upang mag-admit ng mga pasyente sa ospital o mag-utos ng mga pagsusuri para sa outpatient.</p> <p>Tandaan: Maliban kung nagsulat ang provider ng utos upang i-admit ka bilang inpatient sa ospital, isa kang outpatient at ikang ang magbabayad ng mga halaga ng bahagi sa gastos para sa mga serbisyo ng ospital para sa outpatient. Kahit na manatili ka sa ospital magdamag, maaari ka pa ring ituring na “outpatient.” Kung hindi ka sigurado kung isa kang outpatient, dapat kang magtanong sa kawani ng ospital.</p> <p>Maaari mo ring makita ang higit pang impormasyon sa fact sheet ng Medicare na tinatawag na “Ikaw ba ay Inpatient o Outpatient sa Ospital? Kung Mayroon Kang Medicare – Magtanong!” Available ang fact sheet na ito sa Web sa www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari mong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.</p>	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga serbisyo ng ospital para sa outpatient</p> <p>Babayaran namin ang mga medikal na kinakailangang serbisyo na matatanggap mo sa departamento para sa outpatient ng ospital para sa diyagnosis o paggamot ng karamdaman o pinsala, gaya ng:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga serbisyo sa isang departamento para sa emergency o klinika para sa outpatient, gaya ng operasyon ng outpatient o mga serbisyo sa obserbasyon. • Ang mga serbisyo sa obserbasyon ay tumutulong sa iyong doktor na malaman kung kailangan mong ma-admit sa ospital bilang “inpatient.” • Kung minsan, ikaw ay maaaring manatili sa ospital nang magdamag at manatiling “outpatient.” <p>Maaari kang makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagiging inpatient o outpatient sa fact sheet na ito: www.medicare.gov/media/11101</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga pagsusuri sa laboratoryo at diagnostic na pagsusuri na sinisingil ng ospital. • Pangangalaga sa kalusugan ng isip, kabilang ang pangangalaga sa programa para sa hindi lubos na pagpapaospital, kung mapatunayan ng doktor na kakailanganin ang paggamot sa inpatient nang wala ito. • Mga X-ray at iba pang serbisyo sa radiology na sinisingil ng ospital. • Mga medikal na supply, gaya ng mga splint at cast. • Mga screening at serbisyong pang-iwas sa sakit na nakalista sa buong Chart ng Mga Benepisyo. • Ilang gamot na hindi mo maaaring ibigay sa iyong sarili. 	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<ul style="list-style-type: none"> • Para sa mga pamamaraan sa ngipin sa isang pasilidad a nasa network, kami ang magbibigay ng general anesthesia at mga serbisyo ng pasilidad na nauugnay sa anesthesia kung totoo ang lahat ng sumusunod: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ikaw ay may kapansanan sa pag-develop, o nakompromiso ang iyong kasulugan. ○ Dahil sa iyong klinikal na kalagayan o umiiral na medikal na kondisyon, kailangan mong matanggap ang pamamaraan sa ngipin sa isang ospital o surgery center para sa outpatient. ○ Hindi karaniwang nangangailangan ng general anesthesia ang pamamaraan sa ngipin. • Hindi namin sinasakop ang anupamang serbisyo na nauugnay sa pamamaraan sa ngipin, gaya ng mga serbisyo ng dentista, maliban na lang kung sinasakop ng DeltaCare o Medi-Cal Dental ang mga serbisyo. 	
<p>Pangangalaga sa kalusugan ng isip para sa outpatient</p> <p>Babayaran namin ang mga serbisyo sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrist o doktor na lisensyado ng estado. • Isang klinikal na psychologist. • Isang klinikal na social worker. • Isang espesyalistang klinikal na nars. • Isang lisensyadong propesyonal na tagapayo (licensed professional counselor, LPC). • Isang lisensyadong marriage and family therapist (licensed marriage and family therapist, LMFT). • Isang nars na practitioner (nurse practitioner, NP). • Isang assistant ng doktor (physician assistant, PA). 	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<ul style="list-style-type: none"> • Sinupamang propesyonal sa kalusugan ng isip na kwalipikado sa Medicare ayon sa pinapahintulutan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado. <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring iba pang serbisyong hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga serbisyo sa klinika. • Paggamot sa araw. • Mga serbisyo sa psychosocial na rehabilitasyon. • Mga programa sa hindi lubos na pagpapaospital o masusing programa para sa outpatient. • Pang-indibidwal o panggrupong pagsusuri at paggamot sa kalusugan ng isip. • Psychological na pagsusuri kapag may klinikal na indikasyon upang suriin ang isang resulta ng kalusugan ng isip. • Mga serbisyo para sa outpatient para sa mga layunin ng pagsubaybay sa drug therapy. • Laboratoryo, mga gamot, mga supply, at mga supplement para sa outpatient. • Psychiatric na konsultasyon. 	

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga serbisyo ng rehabilitasyon para sa outpatient</p> <p>Babayaran namin ang physical therapy, occupational therapy, at speech therapy.</p> <p>Maaari kang makakuha ng mga serbisyo ng rehabilitasyon para sa outpatient mula sa mga departamento ng ospital para sa outpatient, hiwalay na tanggapan ng therapist, pasilidad sa kumprehensibong rehabilitasyon ng outpatient (CORF), at iba pang pasilidad.</p> <p>Sinasakop din namin ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physical therapy upang maiwasan ang mga pagkatumba para sa mga nasa hustong gulang na nanganganib na matumba kapag iniutos ng iyong doktor. • Physical, occupational, at speech therapy na ibinigay sa isang organisado at multidisciplinary na programa ng rehabilitasyon na nauugnay sa paggamot sa araw. 	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>
<p>Mga serbisyo sa pag-abuso sa substance para sa outpatient.</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring iba pang serbisyong hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Screening at pagpapayo para sa labis na pag-inom ng alak. • Paggamot sa pag-abuso sa droga. • Panggrupo o pang-indibidwal na pagpapayo ng isang kwalipikadong clinician, kabilang ang isang lisensyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (LMFT). • Subacute detoxification sa programa para sa residensyal na pagkagumon. • Mga serbisyo sa alkohol at/o gamot sa isang sentro ng masusing paggamot sa outpatient. • Paggamot gamit ang extended release Naltrexone (vivitrol). 	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Operasyon para sa outpatient</p> <p>Babayaran namin ang operasyon at mga serbisyo para sa outpatient sa mga pasilidad ng ospital para sa outpatient at ambulatory surgical center.</p>	<p>\$0</p>
<p>Over-the-Counter (OTC) na Kalusugan at Pananatiling Walang Sakit</p> <p>Sinasakop din namin ang mga OTC na item na nakalista sa aming catalog ng OTC para sa libreng delivery sa bahay. Maaari kang mag-order ng mga OTC na item na hanggang sa \$250 na quarterly na limitasyon ng benepisyo. Ang bawat order ay dapat hindi bababa sa halagang \$25. Hindi maaaring lumampas ang iyong order sa iyong quarterly na limitasyon ng benepisyo. Ang anumang hindi nagamit na porsyon ng quarterly na limitasyon ng benepisyo ay hindi maiipon patungo sa susunod na quarter. (Mare-reset ang limitasyon ng iyong benepisyo sa Enero 1, Abril 1, Hulyo 1, at Oktubre 1).</p> <p>Para matingnan ang aming catalog at makapag-order online, mangyaring bisitahin ang kp.org/otc/ca. Maaari kang mag-order sa telepono o humiling na magpadala sa iyo ng naka-print na catalog sa pamamagitan ng koreo sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-833-569-2360 (TTY 711), 7 a.m. hanggang 6 p.m. PST, Lunes hanggang Biyernes.</p> <p>Maaari kang magkaroon ng karagdagang coverage para sa ilang partikular na OTC na item na sinasakop sa ilalim ng Medi-Cal sa pamamagitan ng programang Medi-Cal Rx. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa Medi-Cal Rx, tumawag sa Serbisyo sa Customer ng Medi-Cal Rx sa 1-800-977-2273, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. Puwede mo ring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx sa https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/.</p>	<p>Magbabayad ka ng \$0 hanggang \$250 na limitasyon ng benepisyo kada quarter.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano		Ang dapat mong bayaran
<p>Mga Over-the-Counter (OTC) na item para sa pagpapalit ng nicotine</p> <p>Sinasakop namin ang ilang partikular na therapy sa pagpapalit ng nicotine na inaprubahan ng FDA para sa over-the-counter na paggamit. Ang mga item ay dapat i-order ng isang provider na nasa network at nakuha mula sa isang parmasya na nasa network. Magbibigay kami ng hanggang pang-100 araw na supply nang dalawang beses sa taon sa kalendaryo.</p>	\$0	
<p>Mga serbisyo para sa hindi lubos na pagpapaospital</p> <p>Ang hindi lubos na pagpapaospital ay isang nakabalangkas na programa ng aktibong psychiatric na paggamot. Ibinibigay ito bilang serbisyo ng ospital para sa outpatient o ng sentro para sa kalusugan ng isip sa komunidad. Ito ay mas matindi kaysa sa pangangalagang nakukuha mo sa tanggapan ng iyong doktor o therapist. Makakatulong itong maiwasan ang iyong pangangailangang manatili sa ospital.</p> <p>Ang intensive outpatient service ay isang nakabalangkas na programa ng aktibong behavioral (mental) na paggamot na therapy sa kalusugan na ibinibigay bilang isang serbisyo ng outpatient sa ospital, isang community mental health center, isang Federally qualified na health center, o isang rural health clinic na mas matindi kaysa sa pangangalagang natanggap sa iyong opisina ng doktor o therapist ngunit hindi gaanong matindi kaysa sa bahagyang pag-ospital.</p>	\$0 Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.	

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Pangangalaga para sa Pagpapaghawa ng Sakit</p> <p>Sinasakop namin ang pangangalaga para sa pagpapaghawa ng sakit para sa Mga Miyembrong natutugunan ang mga pamantayan sa pagiging nararapat sa Medi-Cal para sa mga serbisyong ito. Binabawasan ng pangangalaga para sa pagpapaghawa ng sakit ang mga pisikal, emosyonal, panlipunan, at espirituwal na mga kahirapan para sa isang Miyembrong may malubhang sakit. Ang pangangalaga para sa pagpapaghawa ng sakit ay maaaring ibigay kasabay ng panlunas na pangangalaga.</p> <p>Kabilang sa pangangalaga para sa pagpapaghawa ng sakit ang sumusunod:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maagang pagpapalano ng pangangalaga. • Pagtatasa at konsultasyon para sa pangangalaga para sa pagpapaghawa ng sakit. • Isang plano ng pangangalaga kabilang ang lahat ng pinapahintutulang pangangalaga para sa pagpapaghawa ng sakit at panlunas na pangangalaga. • Isang pangkat sa plano ng pangangalaga, kabilang ang, ngunit hindi limitado sa sumusunod: <ul style="list-style-type: none"> • Doktor ng medisina o osteopathy. • Assistant ng Doktor. • Rehistradong Nurse. • Lisensyadong Vocational Nurse o Nurse Practitioner. • Social Worker. • Chaplain. 	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<ul style="list-style-type: none"> • Pagkoordinang pangangalaga. • Pamamahala ng pananakit at sintomas. • Kalusugan ng isip at mga medikal na serbisyong panlipunan. <p>Hindi maaaring sabay na tumanggap ng pangangalaga para sa pagpapaghawa ng sakit at pangangalaga sa hospice ang mga nasa hustong gulang na nasa edad na 21 o mas matanda. Kung nakatanggap ka ng pangangalaga para sa pagpapaghawa ng sakit at natutugnan mo ang pagiging nararapat para sa pangangalaga sa hospice, maaari mong hilinging lumipat sa pangangalaga sa hospice anumang oras.</p>	
<p>Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga medikal na kinakailangang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o operasyon na ibinibigay sa mga lugar gaya ng: <ul style="list-style-type: none"> • Tanggapan ng doktor. • Sertipikadong ambulatory surgical center. • Departamento ng ospital para sa outpatient. • Konsultasyon, diyagnosis, at paggamot ng isang espesyalista. • Mga basic na pagsusuri sa pandinig at balanse na ibinibigay ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga, kung hihilingin ng iyong doktor ang mga ito upang malaman kung kailangan mo ng paggamot. 	<p>\$0</p> <p>Maaaring kinakailangan ang referral para sa ilang may espesyalisasyong serbisyo at serbisyo as ngipin.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<ul style="list-style-type: none"> • Nagbabayad kami para sa ilang serbisyo para sa ngipin kapag ang serbisyo ay isang mahalagang bahagi ng partikular na paggamot ng pangunahing medikal na kondisyon ng benepisyaryo. Kabilang sa ilang halimbawa ang reconstruction ng panga kasunod ng fracture o injury, mga pagbubunot ng ngipin na isinagawa bilang paghahanda para sa radiation treatment para sa kanser sa panga. • Sinasakop din namin ang mga serbisyo sa ngipin na kinakailangan upang matiyak na walang impeksyon ang oral cavity bago ilagay sa wait list ng transplant para sa mga transplant ng allogeneic stem cell/bone marrow, puso, bato, atay, baga, lapay, at maraming organ. Sa kaso ng agarang pag-transplant, ang mga serbisyong ito ay maaaring isagawa pagkatapos ng transplant. Kabilang sa mga serbisyo ang: <ul style="list-style-type: none"> • Eksaminasyon at pagsusuri sa oral cavity. • Mga serbisyo sa paggamot kabilang ang mga extraction na kinakailangan para sa transplant. • Mga nauugnay na X-ray ng ngipin. • Paglilinis. • Mga paggamot gamit ang fluoride. • Mga pagbisita sa iyong bahay ng doktor na nasa network (o ng provider na nasa network na isang rehistradong nars) sa loob ng aming sineserbisyuhang lugar kapag ang pangangalaga ay pinakamainam na maibibigay sa iyong bahay na tinukoy ng provider na nasa network. • Mga ultraviolet light treatment. • Pangalawang opinyon ng ibang provider na nasa network bago ang operasyon. Sa ilalim ng iyong coverage sa Medi-Cal, kung hindi available ang provider na nasa network o kailangan mo ng pangalawang opinyon para sa ibang serbisyo, isasaayos namin ito. <p style="text-align: right;">Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina</p>	

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor (ipinagpatuloy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ilang partikular na serbisyo ng telehealth, kabilang ang: pangunahin at may espesyalisasyong pangangalaga, kung saan kabilang ang mga serbisyo ng ospital para sa inpatient, mga serbisyo ng pasilidad ng sanay na pag-aalaga, mga serbisyo ng rehabilitasyon kaugnay sa puso, mga serbisyo ng rehabilitasyon hinggil sa baga, mga serbisyong pang-emergency, mga agarang kinakailangang serbisyo, hindi lubos na pagpapaospital, mga serbisyo sa kalusugan sa bahay, mga serbisyo ng occupational therapy, kalusugan ng isip, pangangalaga ng paa, mga serbisyo sa psychiatry, mga serbisyo sa physical therapy at speech-language pathology, mga serbisyo sa paggamot gamit ang opioid, mga serbisyo ng X-ray para sa outpatient, mga serbisyo ng ospital para sa outpatient, mga serbisyo ng obserbasyon, pang-outpatient na pag-abuso sa substance, mga serbisyo ng dialysis, mga serbisyo sa nutrisyon/pagkain, edukasyong pangkalusugan, mga serbisyo sa edukasyon sa sakit sa bato, pagsasanay para sa sariling pamamahala sa diyabetis, at mga eksaminasyon sa pandinig, paghahanda para sa operasyon o pananatili sa ospital, at mga follow up na pagbisita pagkatapos ng pananatili sa ospital, operasyon, o pagbisita sa Departamento para sa Emergency. Ang mga serbisyo ay ibibigay lang ng telehealth kapag itinuturing na medikal na naaangkop ng provider na nasa network na nagbibigay ng serbisyo. • Mayroon kang opsyong makuha ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng personal na pagbisita o sa pamamagitan ng telehealth. Kung pipiliin mong kunin ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, dapat kang gumamit ng provider na nasa network na nag-aalok ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. Iniaalok namin ang mga sumusunod na paraan ng telehealth: 	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor (ipinagpatuloy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga pagbisita sa pamamagitan ng interactive video para sa mga propesyonal na serbisyo kapag maaaring ibigay ang pangangalaga sa ganitong format ayon sa pagpapasya ng provider na nasa network. • Mga nakaiskedyul na pagbisita sa pamamagitan ng appointment sa telepono para sa mga propesyonal na serbisyo kapag maaaring ibigay ang pangangalaga sa ganitong format ayon sa pagpapasya ng provider na nasa network. • Mga serbisyo ng telehealth para sa mga buwanang pagbisita na nauugnay sa end-stage na sakit hinggil sa bato (ESRD) para sa dialysis sa bahay sa isang sentro ng dialysis hinggil sa bato na nasa ospital o nasa ospital na may kritikal na access, pasilidad ng dialysis hinggil sa bato, o sa bahay. • Mga serbisyo ng telehealth upang ma-diagnose, masuri, o magamot ang mga sintomas ng stroke. • Mga serbisyo ng telehealth para sa mga miyembrong may disorder sa labis na pag-inom ng alak at paggamit ng droga o may kasabay na disorder sa kalusugan ng isip. • Mga serbisyo ng telehealth para sa diyagnosis, pagsusuri, at paggamot ng mga disorder sa kalusugan ng isip kung: <ul style="list-style-type: none"> • Mayroon kang personal na pagbisita sa loob ng 6 na buwan bago ang iyong unang pagbisita sa pamamagitan ng telehealth. • Mayroon kang personal na pagbisita kada 12 buwan habang tinatanggap ang mga serbisyo ng telehealth na ito. • Maaaring gawin ang mga pagbubukod sa mga nasa itaas para sa ilang partikular na sitwasyon. <p style="text-align: right;">Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina</p>	


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor (ipinagpatuloy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga serbisyo ng telehealth para sa mga pagbisita para sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng Mga Panlalawigang Klinika sa Kalusugan at Mga Pederal na Kwalipikadong Sentrong Pangkalusugan. • Mga virtual na pag-check in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) sa iyong doktor sa loob ng 5-10 minuto kung <ul style="list-style-type: none"> • Hindi ka bagong pasyente at • Ang pag-check in ay hindi nauugnay sa isang pagbisita sa tanggapan sa nakalipas na 7 araw at • Hindi humantong ang pag-check in sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamaagang available na appointment. • Pagsusuri ng video at/o mga larawang ipinadala mo sa iyong doktor at interpretasyon at follow-up ng iyong doktor sa loob ng 24 na oras kung <ul style="list-style-type: none"> • Hindi ka bagong pasyente at • Ang pagsusuri ay hindi nauugnay sa isang pagbisita sa tanggapan sa nakalipas na 7 araw at • Hindi humantong ang pag-check in sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamaagang available na appointment. • Konsultasyon ng iyong doktor sa mga doktor sa pamamagitan ng telepono, Internet, o elektronikong rekord ng kalusugan kung hindi ka bagong pasyente. <p style="text-align: right;">Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina</p>	

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Telehealth sa ilalim ng iyong coverage sa Medi-Cal: Ang telehealth ay isang paraan ng pagkuha ng mga serbisyo nang hindi kailangang pumunta sa parehong aktwal na lokasyon ng iyong provider. Maaaring kabilang sa telehealth ang pagkakaroon ng live na pakikipag-usap sa iyong provider. O maaaring kabilang sa telehealth ang pagbabahagi ng impormasyon sa iyong provider nang walang live na pakikipag-usap. Maaari kang makatanggap ng maraming serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. Gayunpaman, maaaring hindi available ang telehealth para sa lahat ng sakop na serbisyo. Maaari kang makipag-ugnayan sa iyong provider upang malaman kung anong mga uri ng serbisyo ang maaaring available sa pamamagitan ng telehealth. Mahalagang pareho kayong sumang-ayon ng iyong provider na ang paggamit ng telehealth para sa partikular na serbisyo ay naaangkop para sa iyo. Mayroon kang karapatan sa mga personal na serbisyo at hindi mo kinakailangang gumamit ng telehealth kahit na sumang-ayon ang iyong provider na ito ay naaangkop para sa iyo.</p>	
<p>Mga serbisyo sa pangangalaga ng paa</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diyagnosis at medikal na paggamot o operasyon na paggamot ng mga pinsala at sakit sa paa (gaya ng hammer toe o mga heel spur). • Regular na pangangalaga ng paa para sa mga miyembrong may mga kondisyong nakakaapekto sa mga binti, gaya ng diyabetis. <p>Sa ilalim ng iyong coverage sa Medi-Cal, sinasakop namin ang mga serbisyo sa pangangalaga ng paa bilang Medikal na Kinakailangan para sa diyagnosis at medikal na paggamot, operasyon na paggamot, mekanikal na paggamot, manipulative na paggamot, at elektrikal na paggamot ng paa ng tao. Kabilang dito ang bukong-bukong at mga litid na nakapaloob sa paa at hindi operasyong paggamot ng mga kalamnan at litid ng binti na kumokontrol sa mga paggana ng paa.</p>	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
 <p>Mga screening exam para sa kanser sa prostate</p> <p>Para sa mga lalaking 50 taong gulang at mas matanda, babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo nang isang beses kada 12 buwan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isang digital na pagsusuri sa puwit. • Isang antigen test na partikular sa prostate (PSA). 	\$0
<p>Mga prosthetic na device at nauugnay na supply†</p> <p>Pinapalitan ng mga prosthetic na device ang lahat o bahagi ng bahagi o paggana ng katawan. Babayaran namin ang mga sumusunod na prosthetic na device, at maaaring iba pang device na hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga colostomy bag at supply na nauugnay sa pangangalaga ng colostomy. • Nutrisyon na ipinapasok sa bituka at nutrisyon na ipinapasok sa katawan sa pamamagitan ng iniksyon, kabilang ang mga supply kit para sa pagpapakain, infusion pump, tubing at adaptor, mga solution, at mga supply para sa mga iniksyon na ibinibigay sa sarili. • Mga pacemaker. • Mga brace. • Mga prosthetic na sapatos. • Mga artipisyal na braso at binti. • Mga prosthesis para sa suso (kabilang ang pang-operasyong brassiere pagkatapos ng mastectomy (pag-alis ng suso ng babae)). • Mga prosthesis na ipampapalit sa lahat ng bahagi o sa isang bahagi ng external na bahagi ng mukha na inalis o napinsala na dulot ng sakit, pinsala, o congenital na depekto. • Cream at mga diaper para sa hindi mapigilang pag-ihi o pagdumi. <p>Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina</p>	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga prosthetic na device at nauugnay na supply† (ipinagpatuloy)</p> <p>Babayaran namin ang ilang supply na nauugnay sa mga prosthetic na device. Magbabayad din kami upang kumpunihin o palitan ang mga prosthetic na device.</p> <p>Nag-aalok kami ng ilang coverage pagkatapos ng pag-aalis ng katarata o operasyon ng katarata. Sumangguni sa “Pangangalaga ng paningin” sa dulong bahagi ng chart na ito para sa mga detalye.</p> <p>Sinasakop din namin ang mga item na ito na hindi sinasakop ng Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga gradient compression stocking para sa lymphedema. • Ilang partikular na pang-operasyong bota kasunod ng operasyon kapag ibinigay sa panahon ng pagbisita ng outpatient. • Vacuum erection device para sa kakulangan ng kakayahang sekswal. • Ilang partikular na sealant, moisturizer, ointment sa balat na medikal na kinakailangang pangangalaga ng balat. • Hindi namin babayaran ang mga prosthetic dental device, maliban kung inilalarawan sa ilalim ng “Mga serbisyo sa ngipin.” <p>Sa ilalim ng iyong coverage sa Medi-Cal, sinasakop namin ang mga prosthetic at orthotic na device kung natutugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ang item ay medikal na kinakailangan upang ibalik kung paano gumagana ang isang bahagi ng katawan (para sa mga prosthetic lang). • Ang item ay inirereseta para sa iyo. • Ang item ay medikal na kinakailangan upang suportahan ang isang bahagi ng katawan (para sa mga orthitic lang). 	


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<ul style="list-style-type: none"> • Ang item ay medikal na kinakailangan upang makapagsagawa ka ng mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay. • Ang item ay makabuluhan para sa iyong pangkalahatang medikal na kondisyon. • Ang item ay sinasakop ng Medi-Cal. • Dapat aprubahan nang maaga ang item na ito para sa iyo. Kasama rito ang mga ipinapasok na device para sa pandinig, mga artipisyal na suso/mga bra matapos maoperahan sa suso, mga isinusuot upang magbigay ng presyon para sa pagpapagaling ng sunog at mga artipisyal na bahagi ng katawan upang ibalik ang paggana o palitan ang bahagi ng katawan, o upang suportahan ang humina o nasirang hugis bahagi ng katawan. Ang coverage ay limitado sa pinakamurang item ng kagamitan na sapat na nakakatugon sa iyong mga medikal na pangangailangan. Kami ang pipili ng vendor. 	
<p>Mga serbisyo ng rehabilitasyon hinggil sa бага:</p> <p>Babayaran namin ang mga programa ng rehabilitasyon hinggil sa бага para sa mga miyembrong may katamtaman hanggang napakalubhang hindi gumagaling na sakit na nagdudulot ng pagbabara sa paghinga (chronic obstructive pulmonary disease, COPD). Dapat ay mayroon kang utos para sa rehabilitasyon hinggil sa бага mula sa doktor o provider na gumagamot ng COPD.</p>	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Residensyal na paggamot sa labis na pag-inom ng alak at paggamit ng droga at kalusugan ng isip†</p> <p>Sinasakop namin ang mga sumusunod na serbisyo kapag ibinigay ang mga serbisyo sa isang lisensyadong residensyal na pasilidad ng paggamot na nagbibigay ng 24 na oras na indibidwal na paggamot sa disorder sa labis na pag-inom ng alak at paggamit ng droga o kalusugan ng isip, kapag ang mga serbisyo ay ibinigay, sa pangkalahatan at ayon sa nakasanayan, sa pamamagitan ng residensyal na programa sa paggamot sa sakit sa labis na pag-inom ng alak at paggamit ng droga o kalusugan ng isip sa isang lisensyadong residensyal na pasilidad sa paggamot, at kapag ang mga serbisyo ay nakakataas sa antas ng kustodyal na pangangalaga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pang-indibidwal at panggrupong pagpapayo. • Mga medikal na serbisyo. • Pagsubaybay sa gamot. • Kuwarta at pananatili. • Ang mga iniresetang gamot ng provider na nasa network bilang bahagi ng iyong plano ng pangangalaga sa residensyal na pasilidad ng paggamot alinsunod sa aming mga aliuntunin sa pormularyo ng gamot kung ang mga ito ay ibinigay sa iyo sa pasilidad ng medikal na tauhan. • Pagpaplano ng paglabas. <p>Walang limitasyon sa bilang ng mga medikal na kinakailangang araw sa aming residesyal na programa ng paggamot upang gamutin ang mga kondisyon sa kalusugan ng isip at pag-abuso sa substance kapag inireseta ng isang provider na nasa network.</p>	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
 <p>Screening at pagpapayo para sa mga impeksyon na nakukuha sa pakikipagtalik (sexually transmitted infection, STI)</p> <p>Babayaran namin ang mga screening para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Ang mga screening na ito ay sinasakop para sa mga buntis at para sa mga taong may mas mataas na panganib na magkaroon ng STI. Dapat hilingin ng isang provider ng pangunahing pangangalaga ang mga pagsusuri. Sinasakop namin ang mga pagsusuri na ito nang isang beses kada 12 buwan o sa ilang partikular na pagkakataon sa panahon ng pagbubuntis.</p> <p>Babayaran din namin ang hanggang dalawang session ng face-to-face at high-intensity na pagpapayo sa kalusugan ng pag-uugali kada taon para sa mga sekswal na aktibong nasa hustong gulang na nanganganib na magkaroon ng mga STI. Ang bawat session ay maaaring 20 hanggang 30 minuto ang tagal. Babayaran lang namin ang mga session ng pagpapayo na ito bilang isang serbisyong pang-iwas sa sakit kung ibinigay ng isang provider ng pangunahing pangangalaga. Ang mga session ay dapat nasa setting ng pangunahing pangangalaga, gaya ng tanggapan ng doktor.</p>	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF)</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring iba pang serbisyong hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isang semi-private na kuwarto o pribadong kuwarto kung ito ay medikal na kinakailangan. • Mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta. • Mga serbisyo sa pag-aalaga. • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy. • Mga gamot na nakukuha mo bilang bahagi ng iyong plano ng pangangalaga, kabilang ang mga substance na natural na nasa katawan, gaya ng mga salik na pamumuo ng dugo. • Dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay. • Mga medikal na supply at supply para sa operasyon na ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga. • Mga pagsusuri sa laboratoryo na ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga. • Mga X-ray at iba pang serbisyo sa radiology na ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga. • Mga appliance, gaya ng mga wheelchair, na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga. • Mga serbisyo ng doktor/provider. <p>Karaniwan kang kumukuha ng iyong pangangalaga mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, maaari mong makuha ang iyong pangangalaga mula sa isang pasilidad na wala sa aming network. Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga para sa pagbabayad ng aming plano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isang pasilidad ng pag-aalaga o komunidad ng pagreretiro para sa patuloy na pangangalaga kung saan ka tumira bago ka pumunta sa ospital (hangga't nagbibigay ito ng pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga). • Isang pasilidad ng pag-aalaga kung saan nakatira ang iyong asawa o domestic partner sa oras na umalis ka sa ospital. 	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p> Paghinto sa paninigarilyo at paggamit ng tabako</p> <p>Kung gumagamit ka ng tabako, wala kang palatandaan o mga sintomas ng mga sakit na nauugnay sa tabako, at gusto o kailangan mong huminto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Babayaran namin ang dalawang pagsubok sa paghinto sa loob ng 12 buwan bilang isang serbisyong pang-iwas sa sakit. Libre para sa iyo ang serbisyong ito. Kabilang sa bawat pagsubok sa paghinto ang apat na face-to-face na pagbisita para sa pagpapayo. <p>Kung gumagamit ka ng tabako at na-diagnose ka na may sakit na nauugnay sa tabako o umiinom ka ng gamot na maaaring maapektuhan ng tabako:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Babayaran namin ang dalawang pagsubok sa paghinto sa loob ng 12 buwan. Kabilang sa bawat pagsubok sa pagpapayo ang apat na face-to-face na pagbisita. 	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Supervised exercise therapy (SET)</p> <p>Babayaran namin ang SET para sa mga miyembrong may symptomatic na peripheral artery disease (PAD) na may referral para sa PAD mula sa doktor na responsable para sa paggamot sa PAD.</p> <p>Babayaran ng aming plano ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hanggang 36 na session sa 12 linggong yugto ng panahon kung natutugunan ang lahat ng kinakailangan sa SET. • Karagdagang 36 na session sa paglipas ng panahon kung itinuturing na medikal na kinakailangan ng provider ng pangangalagang pangkalusugan. <p>Ang programang SET ay dapat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga 30 hanggang 60 minutong session ng therapeutic exercise-training program para sa PAD sa mga miyembrong may pamumulikat ng binti dahil sa mahinang pagdaloy ng dugo (claudication). • Sa isang setting ng ospital para sa outpatient o sa isang tanggapan ng doktor. • Inihahatid ng kwalipikadong tauhan na tinitiyak na ang benepisyo ay lampas sa pinsala at sinanay sa exercise therapy para sa PAD. • Sa ilalim ng direktang pangangasiwa ng doktor, assistant ng doktor, o nurse practitioner/espesyalistang klinikal na nars na sinanay sa parehong basic at advanced na diskarte sa suporta sa buhay. 	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Transportasyon: Medikal na transportasyon na hindi pang-emergency†</p> <p>Binibigyang-daan ng benepisyong ito ang transportasyon na pinakamatipid at naa-access. Maaaring kabilang dito ang: mga serbisyo ng ambulansya, litter van, wheelchair van, medikal na transportasyon, at pagkokoordina sa para transit.</p> <p>Ang mga anyo ng transportasyon ay pinapahintulutan kapag:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hindi ka binibigyang-daan ng iyong medikal at/o pisikal na kondisyon na magbiyahe sa pamamagitan ng bus, pampasaherong sasakyan, taxicab, o ibang anyo ng pampubliko o pribadong transportasyon, at • Depende sa serbisyo, maaaring kinakailangan ang paunang pahintulot. <p>Para sa impormasyon kung paano humiling ng medikal na transportasyong hindi pang-emergency, sumangguni sa Kabanata 3.</p>	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>
<p>Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon†</p> <p>Nagbibigay-daan ang benepisyong ito para sa transportasyon sa mga medikal na serbisyo sa pamamagitan ng pampasaherong sasakyan, taxi, o iba pang anyo ng pampubliko/pribadong transportasyon.</p> <p>Kinakailangan ang transportasyon para sa layunin ng pagkakaroon ng kinakailangang medikal na pangangalaga, kabilang ang pagbiyahe papunta sa mga appointment para sa ngipin at upang kunin ang mga inireresetang gamot.</p> <p>Hindi nililimitahan ng benepisyong ito ang iyong benepisyo sa medikal na transportasyong hindi pang-emergency.</p> <p>Para sa impormasyon kung paano humiling ng hindi medikal na transportasyon, sumangguni sa Kabanata 3.</p>	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Agarang kinakailangang pangangalaga</p> <p>Ang agarang kinakailangang pangangalaga ay pangangalagang ibinibigay para gamutin ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isang hindi pang-emergency na nangangailangan ng agarang medikal na pangangalaga, o • Isang biglaang medikal na karamdaman, o • Isang pinsala, o • Isang kondisyon na nangangailangan kaagad ng pangangalaga. <p>Kung kailangan mo ng agarang kinakailangang pangangalaga, dapat mo munang subukang kunin ito sa isang provider na nasa network.</p> <p>Sa loob ng aming sineserbisyuhang lugar: Dapat kang makakuha ng agarang pangangalaga mula sa mga provider na nasa network, maliban na lang kung pansamantalang hindi available o hindi naa-access ang aming network ng provider dahil sa hindi pangkaraniwan at kakaibang sitwasyon (halimbawa, malaking sakuna).</p> <p>Sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar: Mayroon kang pandaigdigang coverage sa agarang pangangalaga kapag bumiyaha ka kung kailangan mo ng agarang medikal na atensyon para sa isang hindi inaasahang karamdaman o pinsala at makatuwiran kang naniniwala na lubhang makakasama sa iyong kalusugan kung iaantala mo ang paggamot hanggang sa bumalik ka sa aming sineserbisyuhang lugar.</p>	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p> Pangangalaga ng paningin</p> <p>Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isang regular na pagsusuri ng mata kada taon. • Mga serbisyo ng doktor para sa outpatient para sa diyagnosis at paggamot ng mga sakit at pinsala sa mata. Halimbawa, kabilang dito ang mga taunang pagsusuri ng mata para sa diabetic retinopathy para sa mga taong may diyabetis at paggamot para sa macular degeneration na nauugnay sa edad. • Para sa mga taong may diyabetis, screening para sa at pagsubaybay sa diabetic retinopathy. • Mga visual field test. <p>Para sa mga taong may mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma, babayaran namin ang isang screening para sa glaucoma kada taon. Kabilang sa mga taong may mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga taong may glaucoma sa kasaysayan ng pamilya. • Mga taong may diyabetis. • Mga African-American na 50 taong gulang at mas matanda. • Mga Hispanic American na 65 taong gulang o mas matanda. 	<p>\$0</p> <p>Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral para sa ophthalmology.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Eyewear kasunod ng operasyon sa katarata: Babayaran namin ang mga sumusunod:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isang pares ng salamin o contact lens pagkatapos ng bawat operasyon sa katarata kapag naglagay ang doktor ng intraocular lens. Kung mayroon kang dalawang magkahiwalay na operasyon sa katarata, dapat kang makatanggap ng isang pares ng salamin pagkatapos ng bawat operasyon. Hindi ka maaaring makatanggap ng dalawang pares ng salamin pagkatapos ng pangalawang operasyon, kahit na hindi ka nakatanggap ng isang pares ng salamin pagkatapos ng unang operasyon. • Mga corrective lens/frame (at pamalit) na kinakailangan pagkatapos ng pag-aalis ng katarata na walang lens implant. 	<p>\$0 para sa eyewear alinsunod sa mga alituntunin ng Medicare.</p> <p>Tandaan: Kung higit sa sinasakop ng Medicare ang bibilhin mong eyewear, babayaran mo ang kulang.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga salamin sa mata at contact lens: Isang beses kada 12 buwan, magbibigay kami ng allowance na \$350 na magagamit mo sa pagbili ng eyewear mula sa isang optical facility na nasa plano kapag ang isang doktor o tagasukat ng salamin sa mata ay nagreseta ng salamin sa mata o contact lens para sa pagwawasto ng paningin. Ang allowance ay magagamit upang bayaran ang mga sumusunod na item:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mga lens ng salamin sa mata kapag inilagay ng isang provider na nasa network ang mga lens sa isang frame. • Mga frame ng salamin sa mata kapag inilagay ng isang provider na nasa network ang dalawang lens (dapat ay may refractive value ang kahit isa man lang sa mga ito) sa frame. • Mga contact lens, fitting, at dispensing. <p>Hindi namin ibibigay ang allowance kung nagbigay kami ng allowance para sa (o kung hindi man ay sinakop) mga lens o frame sa loob ng nakalipas na 12 buwan.</p> <p>Ang allowance ay magagamit lang sa unang point of sale. Kung hindi mo gagamitin ang lahat ng iyong allowance sa unang point of sale, hindi mo ito magagamit sa ibang pagkakataon.</p>	<p>Kung higit sa \$350 ang bibilhin mong eyewear, babayaran mo ang kulang.</p> <p>Sinasakop ng Medi-Cal ang mga bago o pamalit na frame na may halagang \$80 o mas mababa, kada 24 na buwan. Kung higit sa \$80 ang bibilhin mong mga frame, babayaran mo ang kulang.</p>
<p>Mga lens ng salamin sa mata sa ilalim ng iyong coverage sa Medi-Cal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ang mga bago o pamalit na lens ng salamin sa mata ay ibinibigay ng vendor ng lens ng salamin sa mata ng DHCS. Kung hindi maibibigay sa iyo ng vendor ng DHCS ang mga lens na kailangan mo, isasaayos namin ang paggawa ng iyong mga lens sa ibang optical lab. Hindi mo kakailanganing magbayad ng karagdagan kung kailangan naming gumawa ng mga pagsasaayos dahil hindi magagawa ng vendor ng DHCS ang mga lens ng iyong salamin sa mata. 	<p>\$0</p> <p>Kung gusto mo ng mga lens ng salamin sa mata o mga feature na hindi sinasakop ng Medi-Cal, maaaring kailangan mong magbayad ng karagdagan para sa mga pag-upgrade na iyon.</p>


Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga pamalit na lens: Kung mayroon kang pagbabago sa reseta na hindi bababa sa .50 diopter sa isa o parehong mata sa loob ng 12 buwan mula sa unang point of sale ng isang lens ng salamin sa mata o contact lens kung saan kami nagbigay ng allowance (o kung hindi man ay sinakop), magbibigay kami ng allowance para sa presyo ng pagbili sa parehong uri ng pamalit na item (mga lens ng salamin sa mata, o contact lens, fitting, at dispensing) para sa mata na may pagbabagong .50 diopter. Ang allowance para sa isa sa mga pamalit na lens ay \$30 para sa mga single vision na lens ng salamin sa mata o para sa isang contact lens (kabilang ang pagsusukat at pagbibigay) at \$45 para sa mga multifocal o lenticular na lens ng salamin sa mata.</p>	<p>Kung higit sa allowance na \$30 ang mga bibilhin mong lens para sa single vision o \$45 para sa multifocal o lenticular na lens ng salamin sa mata, babayaran mo ang halagang lampas sa iyong allowance.</p>
<p>Mga espesyal na contact lens: Sinasakop namin ang mga sumusunod na espesyal na contact lens kapag inireseta ng doktor na nasa network o provider na nasa network na isang tagasukat ng salamin sa mata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hanggang dalawang medikal na kinakailangang contact lens, fitting, at dispensing sa bawat mata kada 12 buwan upang gamutin ang aniridia (nawawalang iris). • Kung magbibigay ang mga contact lens (maliban sa mga contact lens para sa aniridia) ng malaking pagpapahusay sa iyong paningin na hindi maibibigay ng mga lens ng salamin sa mata, sinasakop namin ang alinmang pares ng mga contact lens (kabilang ang fitting at dispensing) o unang supply ng mga disposable na contact lens (kabilang ang fitting at dispensing) na hindi mahigit isang beses kada 12 buwan. Gayunpaman, hindi namin sasakupin ang anumang contact lens kung nagbigay kami ng allowance para sa (o kung hindi man ay sinakop) mga contact lens sa loob ng nakalipas na 12 buwan, ngunit hindi kabilang ang mga sakop na contact lens para sa aniridia. 	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
<p>Mga Low Vision device: Sinasakop namin ang mga low vision device sa ilalim ng Medi-Cal kapag natugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ang pinakamainam na naiwawastong visual acuity ay 20/60 o mas malala sa mas mainam na mata, o may field restriction ng alinmang mata sa 10 degrees o mas mababa mula sa fixation point. • Ang kondisyon na nagdudulot ng subnormal vision ay hindi gumagaling at hindi maaaring maibsan sa pamamagitan ng medikal na paraan o operasyon. • Ang kondisyon ng katawan at isip ng tagatanggap ay tulad ng may makatuwirang inaasahan na magagamit ang aid upang mapahusay ang pang-araw-araw na gawain ng tagatanggap. <p>Ang coverage ay limitado sa pinakamurang device na tumutugon sa mga pangangailangan ng Miyembro. Hindi kabilang sa coverage sa Medi-Cal ang mga electronic magnification device at device na walang kasamang lens na magagamit sa mata.</p>	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong babayaran ng aming plano	Ang dapat mong bayaran
 <p>Mga pagbisitang pang-iwas sa sakit na “Welcome sa Medicare”</p> <p>Sinasakop namin ang pang-isang beses na pagbisitang pang-iwas sa sakit na “Welcome sa Medicare.” Kabilang sa pagbisita ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagsusuri sa iyong kalusugan, • Edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga serbisyong pang-iwas sa sakit na kailangan mo (kabilang ang mga screening at bakuna), at • Mga referral para sa ibang pangangalaga kung kailangan mo ito. <p>Tandaan: Sinasakop lang namin ang pagbisitang pang-iwas sa sakit na “Welcome sa Medicare” sa unang 12 buwan na mayroon kang Bahagi B ng Medicare. Kapag nagpa-appointment ka, sabihin sa tanggapan ng iyong doktor na gusto mong iiskedyul ang iyong pagbisitang pang-iwas sa sakit na “Welcome sa Medicare.”</p>	<p>\$0</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng mga ganitong serbisyo
<p>Karagdagang Pangangalaga ng ngipin (DeltaCare® USA Dental HMO Program)</p> <p>Ang Planong Pangkalusugan ay may kasunduan sa Delta Dental of California (“Delta Dental”) upang ibigay sa iyo ang DeltaCare USA Dental HMO Program. Ang DeltaCare USA ay nagbibigay ng komprehensibong pangangalaga sa ngipin sa pamamagitan ng network ng mga dentista na nakikipagkontrata sa Delta Dental upang magbigay ng mga serbisyo sa ngipin. Para sa impormasyon tungkol sa mga provider ng serbisyo sa ngipin, mangyaring sumangguni sa Direktoryo ng Provider ng Serbisyo sa Ngipin.</p> <p>Ang mga benepisyong ipinapakita sa ibaba ay isinasagawa nang ayon sa kung itinuturing itong naaangkop ng tumitinging dentista sa DeltaCare USA alinsunod sa mga limitasyon at pagbubukod na nakasaad sa kabanatang ito. Dapat talakayin ng mga miyembro ang lahat ng opsyon sa paggamot sa kanilang dentista sa DeltaCare USA bago isagawa ang mga serbisyo. Kung ang mga serbisyo para sa isang nakalistang procedure ay isinagawa ng itinalagang nakakontratang dentista, babayaran ng enrollee ang tinukoy na copayment. Ang mga nakalistang procedure na nangangailangan ng dentistang magbibigay ng mga serbisyo ng espesyalista, at na-refer ng itinalagang nakakontratang dentista, ay dapat awtorisahan ng Delta Dental. Babayaran ng enrollee ang copayment na tinukoy para sa mga naturang serbisyo.</p> <p>Kung hindi nakalista ang pamamaraan sa ibaba, hindi ito sakop. Tandaan: Sakop na benepisyong lamang ang anumang serbisyo, na nakalista sa ibaba nang may asterisk (*), kapag ibinibigay ang mga ito kasama ng ibang nakalistang serbisyo na hindi minarkahan ng asterisk.</p> <p>Partikular na nilalayon ng naka-italicize na text sa ibaba na linawin ang tungkol sa paghahatid ng mga benepisyong sa ilalim ng mga programa ng DeltaCare USA Dental HMO at hindi dapat ituring ang mga ito na mga code ng pamamaraan, katawagan o tagapaglarawan ng Current Dental Terminology (CDT) para sa 2024, na napapailalim sa copyright ng American Dental Association (ADA). Maaaring pana-panahong baguhin ng ADA ang mga code o pagpapakahulugan ng CDT. Ang mga naturang na-update na code, tagapaglarawan, o katawagan ay maaaring gamitin upang ilarawan ang mga saklaw na pamamaraan na ito alinsunod sa pederal na batas.</p>	

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng mga ganitong serbisyo
Diagnostic (D0100-D0999)†	
D0120: Pana-panahong pagsusuri sa bibig – matagal nang pasyente.	\$0
D0140: Limitadong pagsusuri sa bibig – nakatuon sa problema.	\$0
D0150: Kumprehensibong pagsusuri sa bibig – bago o matagal nang pasyente.	\$0
D0160: Detalyado at malawak na pagsusuri sa bibig – nakatuon sa problema, ayon sa ulat	\$0
D0180: Komprehensibong periodontal na pagsusuri – bago o matagal nang pasyente	\$0
D0210: Sa loob ng bibig – komprehensibong serye ng mga radiographic image – limitado sa 1 serye kada 24 na buwan.	\$0
D0220: Sa loob ng bibig – unang periapical na radiographic image.	\$0
D0230: Sa loob ng bibig – bawat karagdagang periapical na radiographic image.	\$0
D0240: Sa loob ng bibig – occlusal na radiographic na larawan.	\$0
D0250: Sa labas ng bibig – 2D projection na radiographic image na ginawa gamit ang isang nakapirming source ng radiation, at detector.	\$0
D0251: Radiographic image ng posterior ng ngipin na kinukuha mula sa labas ng bibig.	\$0
D0270: Bitewing – isang radiographic image.	\$0
D0272: Mga Bitewing – dalawang radiographic image.	\$0
D0274: Mga bitewing – apat na radiographic image – limitado sa 1 serye sa bawat 6 na buwan.	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tagaw. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng mga ganitong serbisyo
D0330: Panoramic na radiographic image.	\$0
D0350: Mga 2D na photographic image ng bibig/mukha na kinuha mula sa loob o labas ng bibig – para sa diyagnosis at paggamot ng partikular na klinikal na kondisyon na hindi nakikita sa mga radiograph – 4 kada petsa ng serbisyo.	\$0
D0396: 3D printing ng isang 3D na dental surface scan.	\$0
D0419: Pagtatasa ng daloy ng laway ayon sa dami – 1 kada 12 buwan.	\$0
D0502: Iba pang pamamaraan sa pathology ng bibig, ayon sa ulat.	\$0
D0999: Hindi tinukoy na diagnostic na pamamaraan, ayon sa ulat – kabilang ang pagbisita sa tanggapan, kada pagbisita (bilang karagdagan sa iba pang serbisyo).	\$0
Pang-iwas sa sakit (D1000-D1999) D1110: Prophylaxis na paglilinis – nasa hustong gulang – 1 D1110 o D4346 kada 6 na buwan.	\$0
D1206: Topical na paglalagay ng fluoride varnish – 1 D1206 o D1208 kada 6 na buwan.	\$0
D1208: Topical na paglalagay ng fluoride – hindi kasama ang varnish – 1 D1206 o D1208 kada 6 na buwan.	\$0
D1354 Paglalagay ng panggamot na pumipigil sa paglala ng caries – kada ngipin – 1 kada 6 na buwan	\$0
Para sa pag-restore (D2000-D2999)† Kasama ang polishing, lahat ng adhesive at bonding agent, hindi direktang pulp capping, mga base, mga liner, at mga procedure kaugnay ng acid etch. Sa pagpapalit ng mga crown, inlay at onlay, kailangan na 5+ taon na ang tagal ng kasalukuyang restoration.	

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng mga ganitong serbisyo
D2140: Amalgam – isang surface, pangunahin o permanente – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2150: Amalgam – dalawang surface, pangunahin o permanente – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2160: Amalgam – tatlong surface, pangunahin o permanente – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2161: Amalgam – apat o higit pang surface, pangunahin o permanente – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2330: Composite na gawa sa resin – isang surface, anterior – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2331: Composite na gawa sa resin – dalawang surface, anterior – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2332: Composite na gawa sa resin – tatlong surface, anterior – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2335: Composite na gawa sa resin – apat o higit pang surface (anterior) – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2390: Crown na gawa sa resin, anterior – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2391: Composite na gawa sa resin – isang surface, posterior – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2392: Composite na gawa sa resin – dalawang surface, posterior – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2393: Composite na gawa sa resin – tatlong surface, posterior – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2394: Composite na gawa sa resin – apat o higit pang surface, posterior – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2910: Pag-recement o pag-rebind nang inlay, onlay, veneer, o partial na coverage na restoration – limitado sa 1 kada 12 buwan.	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng mga ganitong serbisyo
D2920: Pag-recement o pag-rebond ng crown – Ang orihinal na provider ang responsable para sa lahat ng pag-recement sa loob ng unang 12 buwan pagkatapos ng unang paglalagay ng prefabricated o naproseso sa laboratoryo na crown. Pagkatapos ng unang 1 buwan, limitado sa 1 kada 12 buwan.	\$0
D2928 Prefabricated na porcelain/ceramic na crown-permanenteng ngipin – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2931: Prefabricated na stainless steel na crown – permanenteng ngipin – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2932: Prefabricated na resin crown – anterior na pangunahing ngipin – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2933: Prefabricated na stainless steel na crown na may resin window – limitado sa 1 kada 36 na buwan.	\$0
D2940: Pamprotektang restoration – limitado sa 1 sa 6 na buwan.	\$0
D2952: Post at core bilang karagdagan sa korona, hindi direktang gawa – may kasamang paghahanda ng canal – isang beses sa bawat ngipin anuman ang bilang ng mga post na inilagay, at kasabay lamang ng mga pinahihintulutang korona (prefabricated o naproseso sa laboratoryo).	\$0
D2954: Prefabricated post at core bilang karagdagan sa korona - base metal post; kasama ang paghahanda ng kanal - isang beses bawat ngipin anuman ang bilang ng mga post na inilagay, at kasabay lamang ng mga pinapayagang korona (prefabricated o laboratoryo na naproseso) sa root canal treated permanenteng ngipin.	\$0
D2976: Band stabilization – bawat ngipin - limitado sa isang beses sa isang buhay bawat ngipin	\$0
D2989: Ang pag-excavate ng ngipin na nagreresulta sa pagpapasiya ng hindi maibabalik	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng mga ganitong serbisyo
Endodontics (D3000-D3999)† D3110: Pulp cap – direkta (hindi kasama ang panghuling restoration).	\$0
D3346: Muling paggamot ng nakaraang root canal therapy – anterior – Hindi benepisyo sa orihinal na provider sa loob ng 12 buwan mula sa unang paggamot.	\$0
Periodontics (D4000-D4999)† Kasama ang mga preoperative at postoperative na pagsusuri at paggamot habang mayroong lokal na anesthesia. D4341: Periodontal scaling at root planing – apat o higit pang ngipin kada quadrant – limitado sa 1 kada quadrant sa loob ng 24 na buwan.	\$0
D4342: Periodontal scaling at root planing – isa sa tatlong ngipin kada quadrant – limitado sa 1 kada quadrant sa loob ng 24 na buwan.	\$0
D4346: Scaling na mayroong pangkalahatang bahagya o malubhang pamamaga ng gilagid – buong bibig, pagkatapos ng pagsusuri sa bibig D1110 o D4346 – 1 kada 6 na buwan	\$0
D4355: Debridement sa buong bibig upang mabigyang-daan ang komprehensibong periodontal na pagsusuri at diyagnosis sa kasunod na pagbisita – limitado sa 1 paggamot sa anumang 12 magkakasunod na buwan.	\$0
D4910: Periodontal na pagmementina – Isang benepisyo na para lang sa mga pasyenteng nakatira sa isang Pasilidad sa Sanay na Pag-aalaga o Pasilidad sa Intermediate na Pangangalaga, kapag mayroon lang naunang periodontal scaling at root planing (D4341-D4342), pagkatapos lang na makumpleto ang lahat ng kinakailangang scaling at root planing, limitado sa 1 paggamot kada quarter sa kalendaryo, sa loob lang ng 24 na buwan pagkatapos ng huling scaling at root planing.	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng mga ganitong serbisyo
<p>Prosthodontics, natatanggal (D5000-D5899)†</p> <p>Ang mga rebase, reline at pagkokondisyon ng tissue ay limitado sa 1 kada pustiso sa loob ng anumang 12 magkakasanod na buwan. Sa pagpapalit ng pustiso o isang partial na pustiso, kailangang 5+ taon na ang tagal ng kasalukuyang pustiso. Tandaan: Para sa lahat ng nakalistang copayment para sa pustiso para sa anumang naaalisan na prosthesis, reline, tissue conditioning, o repair kasama ang lahat ng mga pagsasaayos na kinakailangan para sa anim na buwan pagkatapos ng petsa ng serbisyo. Dapat ay patuloy na maging kwalipikado ang nagpatala, at dapat ibigay ang serbisyo sa pasilidad ng Kinontratang Dentista kung saan orihinal na ibinigay ang pustiso.</p>	
D5110: Buong pustiso – maxillary.	\$0
D5120: Buong pustiso – mandibular.	\$0
D5130: Pustisong agarang makukuha – maxillary.	\$0
D5140: Pustisong agarang makukuha – mandibular.	\$0
D5410: Pagsasaayos ng buong pustiso – maxillary – Isang beses kada petsa ng serbisyo; 2 sa loob ng 12 buwan.	\$0
D5411: Pagsasaayos ng buong pustiso – mandibular – Isang beses kada petsa ng serbisyo; 2 sa loob ng 12 buwan.	\$0
D5511: Pag-aayos ng nasirang base ng buong pustiso, mandibular. Isang bawat arch kada petsa ng serbisyo; limitado sa 2 sa loob ng 12 buwan.	\$0
D5512: Pag-aayos ng nasirang base ng buong pustiso, maxillary. Isang bawat arch kada petsa ng serbisyo; limitado sa 2 sa loob ng 12 buwan.	\$0
D5520: Pagpapalit ng mga natanggal o nasirang ngipin – buong pustiso (bawat ngipin) – Hanggang sa maximum na apat bawat arch, kada petsa ng serbisyo bawat provider; limitado sa dalawang beses bawat arch, sa loob ng 12 buwan.	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng mga ganitong serbisyo
D5611: Pag-aayos ng nasirang base ng partial na pustiso gamit ang resin, mandibular. Isang bawat arch kada petsa ng serbisyo; limitado sa 2 sa loob ng 12 buwan.	\$0
D5612: Pag-aayos ng nasirang base ng partial na pustiso gamit ang resin, maxillary. Isang bawat arch kada petsa ng serbisyo; limitado sa 2 sa loob ng 12 buwan.	\$0
D5730: Pag-reline ng buong pustiso sa maxillary (chairside) – limitado sa 1 kada pustiso sa loob ng 12 buwan.	\$0
D5731: Pag-reline ng buong pustiso sa mandibular (chairside) – limitado sa 1 kada pustiso sa loob ng 12 buwan.	\$0
D5750: Pag-reline ng buong pustiso sa maxillary (laboratory) - limitado sa 1 kada pustiso sa loob ng 12 buwan.	\$0
D5751: Pag-reline ng buong pustiso sa mandibular (laboratory) – limitado sa 1 kada pustiso sa loob ng 12 buwan.	\$0
D5850: Pagkokondisyon ng tissue, maxillary – limitado sa 2 kada pustiso sa loob ng 36 na buwan.	\$0
D5851: Pagkokondisyon ng tissue, mandibular – limitado sa 2 kada pustiso sa loob ng 36 na buwan.	\$0
D5863: Overdenture – buong maxillary – limitado sa 1 kada limang taon.	\$0
D5865: Overdenture – buong mandibular – limitado sa 1 kada limang taon.	\$0
<p>Mga serbisyo ng implant (D6000-D6199)†</p> <p>Ituturing lang na benepisyo kapag may naidokumentong mga hindi pangkaraniwang medikal na kondisyon at nasuri kung medikal na kinakailangan. Kinakailangan ang paunang pahintulot. Tumutukoy din sa mga limitasyon at/o pagbubukod. Ang orihinal na provider ang responsable para sa lahat ng pag-recement sa loob ng unang 12 buwan pagkatapos ng unang paglalagay ng mga crown na suportado ng implant/abutment. Pagkatapos ay limitado sa 1 kada 12 buwan mula sa nakaraang pag-recement ng parehong provider.</p>	

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng mga ganitong serbisyo
D6092: Pag-recement o pag-rebond ng crown na sinusuportahan ng implant/abutment.	\$0
D6093: Pag-recement o pag-rebond ng nakapirming partial na pustiso na sinusuportahan ng implant/abutment.	\$0
D6096: Pag-alis ng nasirang retaining screw ng implant.	\$0
D6100: Surgical na pag-aalis ng implant.	\$0
D6105: Pag-aalis ng implant body na hindi nangangailangan ng pagtatanggal ng buto o pag-aangat ng flap.	\$0
D6197: Pagpapalit ng restorative na materyal na ginamit upang isara ang isang access na bukana ng prosthesis na suportado ng screw-retained na implant, kada implant.	\$0
<p>Prosthodontics, hindi natatanggal (D6200-D6999)†</p> <p>Ang bawat retainer at bawat pontic ay bumubuo sa isang yunit sa isang hindi natatanggal na partial na pustiso (bridge). Sa pagpapalit ng crown, pontic, inlay, onlay, o stress breaker, kailangang 5+ taon na ang tagal ng kasalukuyang bridge.</p>	
D6930: Pag-recement o pag-rebond sa hindi natatanggal na hindi buong pustiso.	\$0
D6999: Hindi tinukoy na pamamaraan sa hindi natatanggal na prosthodontic, ayon sa ulat.	\$0
<p>Oral at Maxillofacial na Operasyon (D7000-D7999)†</p> <p>Kasama ang mga preoperative at postoperative na pagsusuri at paggamot habang mayroong lokal na anesthesia.</p>	
D7111: Pagbunot, mga coronal remnant – pangunahing ngipin.	\$0
D7140: Pagbunot, lumabas nang ngipin o nakikitang root (pag-aangat at/o pagtatanggal gamit ang forceps).	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng mga ganitong serbisyo
D7210: Pagbunot, lumabas nang ngipin na nangangailangan ng pagtatanggal ng buto at/o paghiwa sa ngipin, at kasama ang pag-aangat ng mucoperiosteal flap kung tinukoy.	\$0
D7220: Pagtatanggal ng apektadong ngipin – soft tissue.	\$0
D7230: Pagtatanggal ng apektadong ngipin – medyo mabuto.	\$0
D7240: Pagtatanggal ng apektadong ngipin – ganap na mabuto.	\$0
D7241: Pagtatanggal ng apektadong ngipin – ganap na mabuto, na mayroong hindi karaniwang komplikasyon mula sa operasyon.	\$0
D7250: Pagtatanggal ng mga natirang root ng ngipin (pamamaraan ng paggupit).	\$0
D7270: Muling pag-implant ng ngipin at/o pag-stabilize ng ngipin na hindi sinasadyang napuwera sa paglabas o nawala sa posisyon – para lang sa mga permanenteng anterior na ngipin – isang beses kada arch.	\$0
D7284: Excisional biopsy ng minor na salivary gland.	\$0
D7286: Biopsy ng tissue sa bibig – soft – hindi kasama ang mga pamamaraan sa laboratoryo para sa pathology.	\$0
Mga Karagdagang Pangkalahatang Serbisyo (D9000-D9999)†	
D9110: Palliative na paggamot sa pananakit ng ngipin – kada pagbisita.	\$0
D9210: Local anesthesia na hindi kasabay ng mga pamamaraan sa operasyon o surgery.	\$0
D9211: Regional block anesthesia.	\$0
D9212: Trigeminal division block anesthesia.	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng mga ganitong serbisyo
D9215: Local anesthesia na kasabay ng mga pamamaraan sa operasyon o surgery.	\$0
D9222: Deep sedation/general anesthesia - sa unang 15 minuto	\$0
D9223: Deep sedation/general anesthesia – magdaragdag ng 15 minuto bawat isa.	\$0
D9230: Paglanghap ng nitrous oxide/anxiolysis, analgesia.	\$0
D9239: Intravenous na katamtamang (gising) pampakalma/analgesia – sa unang 15 minuto.	\$0
D9243: Intravenous na katamtamang (gising) pampakalma/analgesia – tuwing 15 minuto.	\$0
D9248: Hindi intravenous na katamtamang pampakalma (gising). Limitado sa isang beses kada petsa ng serbisyo.	\$0
D9310: Konsultasyon – serbisyo ng pag-diagnose na ibinibigay ng dentista o doktor bukod sa humihiling na dentista o doktor. Sisingilin lang ang pamamaraang ito bilang mga pamamaraan ng pag-diagnose na D0120, D0140, D0150, o D0160.	\$0
D9311: Konsultasyon sa isang propesyonal sa medikal na pangangalagang pangkalusugan.	\$0
D9430: Pagbisita sa tanggapan para sa obserbasyon (sa mga regular na nakaiskedyul na oras) – walang ibang serbisyong gagawin. Isang beses kada petsa ng serbisyo.	\$0
D9440: Pagbisita sa tanggapan – pagkatapos ng mga regular na nakaiskedyul na oras – isang beses kada petsa ng serbisyo at sa paggamot lang na itinuturing na benepisyo.	\$0
D9910: Paglalagay ng gamot na pang-desensitize – para lang sa mga permanenteng ngipin – limitado sa isa sa bawat 12 buwan.	\$0
D9930: Paggamot ng mga komplikasyon (bago ang operasyon) – mga hindi karaniwang sitwasyon, ayon sa ulat. Isang beses kada petsa ng serbisyo.	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng mga ganitong serbisyo
D9986: Hindi napuntahang appointment – walang abiso sa loob ng 24 na oras.	\$0
D9987: Nakanselang appointment – walang abiso sa loob ng 24 na oras.	\$0
D9990 Mga certified na serbisyo ng pagsasalin o sign language – bawat pagbisita.	\$0
D9991: Pamamahala ng kaso sa ngipin – pagtugon sa mga hadlang para masunod ang appointment.	\$0
D9992: Pamamahala sa kaso sa ngipin – pagkoordinang pangangalaga.	\$0
D9995: Teledentistry – synchronous; real-time na isinasagawa.	\$0
<ul style="list-style-type: none"> D9996: Teledentistry – asynchronous; sino-store at ipinapasa ang impormasyon sa dentista para sa kasunod na pagsusuri. 	\$0
<p>Pang-emergency na pangangalaga sa ngipin*†</p> <p>Kung kailangan mo ng pang-emergency na pangangalaga sa ngipin, dapat kang makipag-ugnayan sa nakatalaga sa iyong dentista ng DeltaCare USA o sa Serbisyo sa Customer ng Delta Dental sa 1-877-644-1774, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. EST, 7 araw sa isang linggo Oktubre 1 – Marso 31, 8 a.m. hanggang 8 p.m. EST, (Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711).</p> <ul style="list-style-type: none"> Sakop na pang-emergency na pangangalaga sa ngipin na natanggap mula sa nakatalaga sa iyong dentista ng DeltaCare USA. 	\$0

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga serbisyong sakop para sa iyo	Ang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng mga ganitong serbisyo
<ul style="list-style-type: none"> • Ang sakop na pang-emergency na pangangalaga sa ngipin na natatangap mula sa isang dentista na bukod sa nakatalaga sa iyong dentista ng DeltaCare USA ay limitado sa \$100 kada emergency, hindi kasama ang iyong bahagi sa gastos. Limitado rin ang sakop na pang-emergency na pangangalaga sa kinakailangang pangangalaga na kailangan upang ma-stabilize ang iyong kondisyon at makapagbigay ng palliative na suporta+. Bilang karagdagan, kung hindi natugunan ang mga sumusunod na kondisyon, ikaw ang dapat na magbayad ng kabuuang gastos sa pangangalaga ng ngipin: <ul style="list-style-type: none"> • Nagsagawa ka ng makatuwirang pagtatangka na makipag-ugnayan sa nakatalaga sa iyong dentista ng DeltaCare USA at hindi ka makita sa loob ng 24 na oras o naniniwala ka na dahil sa iyong kondisyon, hindi makatuwiran na o imposibleng bumiyaha ka papunta sa nakatalaga sa iyong dentista ng DeltaCare USA. Kung isa kang bagong miyembro na wala pang nakatalagang dentista, dapat kang makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer ng Delta Dental para sa tulong sa paghahanap ng dentista ng DeltaCare USA. • Tumawag ka sa Serbisyo sa Customer ng Delta Dental bago tumanggap ng pang-emergency na pangangalaga sa ngipin, o makatuwiran para sa iyo na tumanggap ng pang-emergency na pangangalaga sa ngipin nang hindi tumawag sa Serbisyo sa Customer kung isasaalang-alang ang iyong kondisyon at ang mga sitwasyon. • Ang mga claim para sa mga sakop na pang-emergency na serbisyo sa ngipin ay dapat isumite sa Delta Dental sa loob ng 90 araw mula sa petsa ng paggamot maliban na lang kung mapapatunayan mo na hindi makatuwirang posible na isumite ang claim sa panahong iyon. Sa ganitong sitwasyon, dapat matanggap ang claim sa loob ng isang taon mula sa petsa ng paggamot. Ipadala ang iyong claim sa: Delta Dental Claims Department, P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023. 	<p>Babayaran mo ang anumang halagang lampas sa \$100 na maximum.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

E. Mga benepisyong sakop sa labas ng aming plano

Hindi namin sinasakop ang mga sumusunod na serbisyo, ngunit available ang mga ito sa pamamagitan ng Original Medicare o fee-for service ng Medi-Cal.

E1. Mga Pag-transition sa Komunidad ng California (CCT)

Ang programang Mga Pag-transition sa Komunidad ng California (CCT) ay gumagamit ng lokal na mga Namumunong Organisasyon upang tulungan ang mga kwalipikadong benepisyaryo ng Medi-Cal, na nanirahan sa isang pasilidad ng inpatient sa loob ng hindi bababa sa 90 magkakasunod na araw, nag-transition pabalik sa, at ligtas na nananatili sa, isang komunidad. Pinopondohan ng programa ng CCT ang mga serbisyo ng pagkoordinang pag-transition sa panahon bago ang pag-transition at sa loob ng 365 araw pagkatapos ng pag-transition upang matulungan ang mga benepisyaryong makabalik sa normal na pamumuhay sa isang komunidad.

Maaari kang kumuha ng mga serbisyo sa pagkoordinang pag-transition mula sa anumang Nangungunang Organisasyon ng CCT na nagseserbisyo sa county kung saan ka nakatira. Makakakita ka ng listahan ng Mga Nangungunang Organisasyon sa CCT at county na sineserbisyan nila sa website ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan sa: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para sa mga serbisyo ng pagkoordinang pag-transition ng CCT

Magbabayad ang Medi-Cal para sa mga serbisyo ng pagkoordinang pag-transition. Wala kang babayaran para sa mga serbisyonang ito.

Para sa mga serbisyonang hindi nauugnay sa iyong pag-transition ng CCT

Sisingilin kami ng provider para sa iyong mga serbisyo. Magbabayad ang aming plano para sa mga serbisyonang ibinigay pagkatapos ng iyong pag-transition. Wala kang babayaran para sa mga serbisyonang ito.

Habang tumatanggap ka ng mga serbisyo ng pagkoordinang pag-transition ng CCT, babayaran namin ang mga serbisyonang nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D**.

Walang pagbabago sa benepisyo sa coverage sa gamot

Hindi sinasakop ng programang CCT ang mga gamot. Makukuha mo pa rin ang iyong karaniwang benepisyo sa gamot sa pamamagitan ng aming plano. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalagang hindi nauugnay sa pag-transition ng CCT, tumawag sa iyong tagapagkoordinang pangangalaga upang maayos ang mga serbisyo. Ang pangangalagang hindi nauugnay sa pag-transition ng CCT ay pangangalagang **hindi** nauugnay sa pag-transition mo mula sa isang institusyon o pasilidad.

E2. Programa sa Pangangalaga ng Ngipin ng Medi-Cal

Ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin ay makukuha sa pamamagitan ng Programa sa Pangangalaga ng Ngipin ng Medi-Cal; kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, mga serbisyong gaya ng:

- Mga unang eksaminasyon, X-ray, pagpapalinis, at fluoride treatment.
- Mga restoration at crown.
- Root canal therapy.
- Mga bahagya at buong pustiso, pag-adjust, pag-repair, at pag-reline.

Available ang mga benepisyo para sa ngipin sa Medi-Cal Dental Fee-For-Service Program. Para sa higit pang impormasyon, o kung kailangan mo ng tulong sa paghahanap ng dentista na tumatanggap ng Medi-Cal, makipag-ugnayan sa linya ng serbisyo sa customer sa **1-800-322-6384** (Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-735-2922**). Libre ang tawag. Available ang mga kinatawan ng Programang Mga Serbisyo sa Pangangalaga ng Ngipin ng Medi-Cal upang tulungan ka mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Puwede mo ring bisitahin ang website sa **<https://smilecalifornia.org/>** para sa higit pang impormasyon.

Bukod pa sa Medi-Cal Dental Fee-For-Service Program, puwede ka ring makakuha ng mga benepisyo para sa ngipin sa pamamagitan ng isang plano ng pinapamahalaang pangangalaga para sa ngipin. Available ang mga plano sa pinapamahalaang pangangalaga ng ngipin sa County ng Los Angeles. Kung gusto mo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga dental plan, o kung gusto mong magpalit ng mga dental plan, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa **1-800-430-4263** (Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-430-7077**), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Libre ang tawag.

Nag-aalok ang aming plano ng mga karagdagang serbisyo sa pangangalaga ng ngipin. Pumunta sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D** para sa higit pang impormasyon.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

E3. Pangangalagang hospisyo

May karapatan kang pumili ng hospice kung matukoy ng iyong provider at medikal na direktor ng hospice na mayroon kang wala nang lunas na pagtaya sa kalalabasan ng sakit. Ito ay nangangahulugang mayroon kang wala nang lunas na karamdaman at inaasahang mayroon kang anim na buwan o mas kaunti upang mabuhay. Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa programa ng hospice na sertipikado ng Medicare. Ang plano ay dapat makatulong sa iyo na maghanap ng mga programa ng hospice na sertipikado ng Medicare. Ang iyong doktor ng hospice ay maaaring isang provider na nasa network o isang provider na wala sa network.

Sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D** para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung ano ang binabayaran namin habang tumatanggap ka ng mga serbisyo ng pangangalaga sa hospice.

Para sa mga serbisyo ng hospice at mga serbisyong sinasakop ng Bahagi A o Bahagi B ng Medicare na nauugnay sa iyong terminal na prognosis

- Sisingilin ng provider ng hospice ang Medicare para sa iyong mga serbisyo. Magbabayad ang Medicare para sa mga serbisyo ng hospice na nauugnay sa iyong terminal na prognosis. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong sakop ng Bahagi A o Bahagi B ng Medicare na hindi nauugnay sa iyong terminal na prognosis

- Sisingilin ng provider ang Medicare para sa iyong mga serbisyo. Magbabayad ang Medicare para sa mga serbisyong sinasakop ng Bahagi A o Bahagi B ng Medicare. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga gamot na maaaring sakupin ng benepisyo ng Bahagi D ng Medicare ng aming plano

- Ang mga gamot ay hindi kailanman sakop ng hospice at aming plano nang magkasabay. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong Handbook ng Miyembro.

Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalaga na wala sa hospice, tumawag sa iyong tagapagkoordinang pangangalaga upang isaayos ang mga serbisyo. Ang pangangalaga na wala sa hospice ay pangangalaga na hindi nauugnay sa iyong terminal na prognosis.

E4. In-Home Supportive Services (IHSS)

- Ang Programa ng IHSS ay tutulong sa pagbabayad para sa mga serbisyong ibinibigay sa iyo para manatili kang ligtas sa iyong sariling tahanan. Ang IHSS ay itinuturing na isang alternatibo sa out-of-home na pangangalaga, tulad ng mga nursing home o board and care facility.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Ang mga uri ng mga serbisyo na puwedeng pahintulutan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo sa personal na pangangalaga (tulad ng pag-aalaga sa bituka at pantog, paliligo, pag-aayos at mga serbisyong paramedikal), kasama sa mga medikal na appointment, at pangangasiwa ng proteksyon para sa mga may kapansanan sa pag-iisip.
- Matutulungan ka ng iyong tagasaayos ng pangangalaga na mag-apply para sa IHSS sa ahensya sa serbisyong panlipunan ng iyong county.
 - Departamento ng Mga Pampublikong Serbisyong Panlipunan ng County ng Los Angeles sa **1-866-613-3777 (TTY 711)**.
 - Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Orange sa **1-855-541-5411 (TTY 711)**.
 - Departamento ng Mga Pampublikong Serbisyong Panlipunan ng County ng Riverside sa **1-877-410-8827 (TTY 711)**.
 - Mga Serbisyo sa Pagtanda at Para sa Nasa Hustong Gulang ng County ng San Bernardino sa **1-909-891-3900 (TTY 711)**.
 - Departamento ng Mga Serbisyo sa Kalusugan at Tao ng San Diego **1-866-262-9881 (TTY 711)**.

E5. 1915(c) Mga Programa ng Waiver ng Mga Serbisyong Nakabatay sa Tahanan at Komunidad (Home and Community Based Services, HCBS)

Waiver para sa May Tulong na Pamumuhay (Assisted Living Waiver, ALW)

- Inaalok ng Waiver para sa May Tulong na Pamumuhay (ALW) ang mga kwalipikadong benepisyaryo ng Medi-Cal ang opsyong tumira sa isang lugar na may assisted living bilang alternatibo sa pangmatagalang pamamalagi sa isang pasilidad ng pag-aalaga. Layunin ng ALW na pangasiwaan ang pagbalik mula sa pasilidad ng pag-aalaga papunta sa isang parang tahanan at komunidad na setting o maiwasan ang mga pagka-admit sa sanay na pag-aalaga para sa mga benepisyaryo na may napipintong pangangailangan na mailagay sa isang pasilidad ng pag-aalaga.
- Ang mga miyembrong naka-enroll sa ALW at na-transition sa Medi-Cal Managed Care ay puwedeng manatiling naka-enroll sa ALW habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong ALW Care Coordination Agency para isaayos ang mga serbisyong natatanggap mo.
- Matutulungan ka ng iyong tagasaayos ng pangangalaga na mag-aplay para sa ALW.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Waiver ng HCBS para sa mga Taga-California na may Mga Kapansanan sa Pag-develop (HCBS-DD)

Waiver ng Self-Determination Program (SDP) ng California para sa Mga Indibidwal na may Mga Kapansanan sa Pag-develop

- May dalawang 1915(c) waiver, ang Waiver ng HCBS-DD at Waiver ng SDP, na nagbibigay ng mga serbisyo sa mga tao na na-diagnose ng kapansanan sa pag-develop na nagsisimula bago ang ika-18 kaarawan ng indibidwal at inaasahang magpapatuloy ito nang walang tiyak na tagal ng panahon. Ang dalawang waiver ay paraan para pondohan ang ilang partikular na serbisyo na nagbibigay-daan sa mga taong may mga kapansanan sa pag-develop na tumira sa bahay o sa isang komunidad sa halip na tumira sa isang lisensyadong pasilidad ng kalusugan. Ang mga gastos para sa mga serbisyong ito ay magkasamang pinopondohan ng programa ng Medicaid ng pederal na pamahalaan at ng Estado ng California. Makakatulong ang iyong tagasaayos ng pangangalaga na maikonekta ka sa mga serbisyo ng Waiver ng DD.

Waiver ng Home and Community-Based Alternative (HCBA)

- Ang Waiver ng HCBA ay nagbibigay ng mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga sa mga taong nasa panganib na mailagay sa nursing home o institusyon. Ang mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga ay ibinibigay ng isang multidisciplinary na Pangkat sa Pamamahala ng Pangangalaga na binubuo ng isang nars at social worker. Kinokoordina ng pangkat ang mga serbisyo sa Waiver at Plano ng Estado (gaya ng medikal, kalusugan ng pag-uugali, In-Home Supportive Services, atbp.), at isinasaayo nito ang iba pang pangmatagalang serbisyo at suporta na available sa lokal na komunidad. Ang mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga at Waiver ay ibinibigay sa tirahan na nakabase sa komunidad ng kalahok. Ang tirahan na ito ay maaaring pribadong pag-aari, nakuha sa pamamagitan ng kasunduan sa pagpaparenta sa tenant, o tirahan ng kapamilya ng kalahok.
- Ang mga miyembrong naka-enroll sa Waiver ng HCBA at na-transition sa Medi-Cal Managed Care ay puwedeng manatiling naka-enroll sa Waiver ng HCBA habang tumatanggap ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong ahensya ng waiver ng HCBA para isaayos ang mga serbisyong natatanggap mo.
- Matutulungan ka ng iyong tagasaayos ng pangangalaga na mag-aplay para sa ALW.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Medi-Cal Waiver Program (MCWP)

- Ang Medi-Cal Waiver Program (MCWP) ay nagbibigay ng komprehensibong pamamahala ng kaso at mga serbisyo sa direktang pangangalaga sa mga taong namumuhay nang may HIV bilang alternatibo sa pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga o pagpapaospital. Ang pamamahala ng kaso ay isang pamamaraan ng team na nakasentro sa kalahok na binubuo ng isang rehistradong nars at tagapamahala ng kaso ng social work. Nakikipagtulungan ang mga tagapamahala ng kaso sa kalahok at (mga) provider ng pangunahing pangangalaga, pamilya, (mga) tagapagalaga, at iba pang provider ng serbisyo, para matasa ang mga pangangailangan sa pangangalaga para mapanatili ang kalahok sa kanyang tahanan at komunidad.
- Ang mga layunin ng MCWP ay: (1) makapagbigay ng mga serbisyong nakabatay sa tahanan at komunidad para sa mga taong may HIV na maaaring mangailangan ng mga serbisyong institusyonal; (2) matulungan ang mga kalahok sa pamamahala sa kalusugan kaugnay ng HIV; (3) mapahusay ang pag-access sa suporta sa kalusugang panlipunan at pag-uugali at (4) mapag-ugnay ang mga provider ng serbisyo at maalis ang pagdoble ng mga serbisyo.
- Ang mga miyembrong naka-enroll sa Waiver ng MCWP at na-transition sa Medi-Cal Managed Care ay puwedeng manatiling naka-enroll sa Waiver ng MCWP habang tumatanggap ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong ahensya ng waiver ng MCWP para isaayos ang mga serbisyong natatanggap mo.
 - Matutulungan ka ng iyong tagasaayos ng pangangalaga na mag-aplay para sa MCWP.

Programa ng Maraming Layunin na Serbisyo sa Matatanda (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- Ang Programa ng Maraming Layunin na Serbisyo sa Matatanda (MSSP) ay nagbibigay ng parehong mga serbisyong panlipunan at serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan para matulungan ang mga indibidwal na manatili sa kanilang sariling mga tahanan at komunidad.
- Bagama't karamihan sa mga kalahok sa programa ay tumatanggap din ng In-Home Supportive Services, ang MSSP ay nagbibigay ng patuloy na pagsasaayos ng pangangalaga, nag-uugnay sa mga kalahok sa iba pang kinakailangang serbisyo at mapagkukunan sa komunidad, nakikipag-ugnayan sa mga provider ng pangangalagang pangkalusugan, at bumibili ng ilang kinakailangang serbisyo na hindi available para maiwasan o maantala ang institusyonalisasyon. Ang kabuuang taunang pinagsamang halaga ng pamamahala ng pangangalaga at iba pang serbisyo ay dapat mas mababa kaysa sa halaga ng pagtanggap ng pangangalaga sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Ang isang pangkat ng mga propesyonal sa serbisyong pangkalusugan at panlipunan ay nagbibigay sa bawat kalahok ng MSSP ng kumpletong pagsusuri sa kalusugan at psychosocial para matukoy ang mga kinakailangang serbisyo. Pagkatapos, makikipagtulungan ang pangkat sa kalahok ng MSSP, sa kanyang doktor, pamilya, at iba pa para makabuo ng plano sa pangangalaga na nakabatay sa indibidwal. Kabilang sa mga serbisyo ang:
 - Pamamahala ng pangangalaga.
 - Adult day care.
 - Kaunting pag-aayos/pagkukumpuni sa bahay.
 - Mga karagdagang gawain sa bahay, personal na pangangalaga, at mga serbisyo sa pangangasiwa ng proteksyon.
 - Mga serbisyo ng pahinga.
 - Mga serbisyo sa transportasyon.
 - Mga serbisyo sa pagpapayo at therapeutic.
 - Mga serbisyo sa pagkain.
 - Mga serbisyo sa komunikasyon.
- Ang mga miyembrong naka-enroll sa Waiver ng MSSP at na-transition sa Medi-Cal Managed Care ay puwedeng manatiling naka-enroll sa Waiver ng MSSP habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong provider ng MSSP para isaayos ang mga serbisyong natatanggap mo.
- Matutulungan ka ng iyong tagasaayos ng pangangalaga na mag-apply para sa MSSP.

E6. Mga serbisyo ng pagtatasa ng Lokal na Ahensya sa Edukasyon (“LEA”)

Walang responsibilidad ang Planong Pangkalusugan para sa coverage para sa mga serbisyo ng pagtatasa ng LEA gaya ng tinukoy sa Pamagat 22 CCR Seksyon 51360(b) kapag ibinibigay sa isang miyembro na kwalipikado para sa mga serbisyo ng LEA batay sa Seksyon 51190.1 Titulo 22 ng CCR.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

E7. Mga serbisyo ng LEA gaya ng isinaad sa Seksyon 51360 Titulo 22 ng CCR

Walang responsibilidad ang Planong Pangkalusugan para sa coverage para sa mga serbisyo ng LEA na ibinigay alinsunod sa Pang-indibidwal na Plano ng Edukasyon (IEP) gaya ng nakasaad sa Seksyon 56340 at mga kasunod ng Kodigo ng Edukasyon, o sa isang Pang-indibidwal na Plano ng Serbisyo sa Pamilya (IFSP) gaya ng nakasaad sa Seksyon 95020 ng Kodigo ng Pamahalaan, o mga serbisyo ng LEA na ibinigay sa ilalim ng Pang-indibidwal na Plano para sa Kalusugan at Suporta (IHSP), gaya ng inilarawan sa Seksyon 51360 Titulo 22 ng CCR.

E8. Mga serbisyo sa laboratoryo na ibinibigay sa ilalim ng programa sa pagsusuri para sa serum alpha-fetoprotein ng Estado

Ang coverage para sa mga serbisyo sa ilalim ng programa sa pagsusuri para sa serum alpha-fetoprotein ng Estado ay sa pamamagitan ng FFS Medi-Cal.

E9. Dasal o ispirituwal na pagpapagaling

Ang mga serbisyo ng panalangin o ispirituwal na pagpapagaling gaya ng tinukoy sa Seksyon 51312 ng Titulo 22 ng CCR ay makukuha sa pamamagitan ng FFS Medi-Cal. Mangyaring makipag-ugnayan sa iyong county para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano ma-access ang mga serbisyong ito.

F. Mga benepisyong hindi sinasakop ng aming plano, Medicare, o Medi-Cal

Isinasaad ng seksyong ito sa inyo ang tungkol sa mga benepisyong hindi isinasama ng aming plano. Ang “hindi kasama” ay nangangahulugang hindi kami nagbabayad para sa mga benepisyong ito. Hindi rin nagbabayad ang Medicare at Medi-Cal para sa mga ito.

Inilalarawan ng listahan sa ibaba ang ilang serbisyo at item na hindi namin sinasakop sa ilalim ng anumang kondisyon at ang ilan na hindi lang namin isinasama sa ilang sitwasyon.

Hindi kami nagbabayad para sa mga hindi kasamang medikal na benepisyong nakalista sa seksyong ito (o sa kahit saan pa man sa **Handbook ng Miyembro** na ito) maliban sa ilalim ng mga partikular na kondisyong nakalista. Kahit na natanggap mo ang mga serbisyo sa isang pasilidad sa emergency, hindi magbabayad ang plano para sa mga serbisyo. Kung sa palagay mo ay dapat magbayad ang aming plano para sa isang serbisyong hindi sakop, maaari kang humiling ng apela. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Bilang karagdagan sa anumang pagbubukod o limitasyon na inilalarawan sa Chart ng Mga Benepisyo, hindi sinasakop ng aming plano ang mga sumusunod na item at serbisyo:

- Mga serbisyong itinuturing na hindi “makatuwiran at medikal na kinakailangan,” ayon sa Medicare at Medi-Cal, maliban na lang kung ililista namin ang mga ito bilang mga sakop na serbisyo. Hindi nalalapat ang pagbubukod na ito sa mga serbisyo o item na hindi sakop ng Original Medicare ngunit sakop ng aming plano.
- Mga pang-eksperimentong medikal at surhikal na pamamaraan, kagamitan at medikasyon. Ang pang-eksperimentong pamamaraan at item ay iyong mga item at pamamaraan na natukoy ng Original Medicare na hindi pangkalahatang tinatanggap ng medikal na komunidad. Maaaring sakop ng Original Medicare sa ilalim ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral na naaprubahan ng Medicare. (Tingnan ang Kabanata 3 para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral.)
- Isang pribadong silid sa ospital, maliban kung medikal na kinakailangan.
- Mga pribadong naka-duty na nars.
- Mga personal na item sa iyong silid sa ospital o pasilidad ng pag-aalaga.
- Full-time na pag-aalaga sa iyong bahay.
- Mga bayad na sinisingil ng iyong mga malapit na kamag-anak o miyembro ng iyong sambahayan.
- Mga elective o boluntaryong pamamaraan o serbisyo sa pagpapaganda (kasama ang pagbaba ng timbang, pagkalagas o pagtubo ng buhok, pagganap sa pakikipagtalik, atletikong pagganap, mga cosmetic na layunin, anti-aging at pagganap ng pag-iisip), maliban kapag medikal na kinakailangan.
- Chiropractic na pangangalaga, maliban sa manu-manong pagmamanipula ng gulugod na alinsunod sa mga alituntunin sa coverage.
- Regular na pangangalaga sa paa, maliban sa inilalarawan sa “Mga serbisyo para sa pangangalaga ng paa sa Seksyon D.
- Orthopedic na sapatos o mga pansuportang device, maliban kung ang sapatos ay bahagi ng isang brace ng binti at kasama sa halaga ng brace, o ang sapatos ay para sa isang taong may diabetic foot disease.
- Mga operasyong pangwasto ng paningin (halimbawa, LASIK surgery).
- Mga pamamaraan ng pag-reverse ng sterilization. Tandaan na ang mga item na hindi inireresetang contraceptive ay sakop ng Medi-Cal Rx.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Mga serbisyong naturopath (ang paggamit ng mga natural o alternatibong paggamot).
- Mga serbisyong ibinigay sa mga beterano sa mga pasilidad ng Veterans Affairs (VA). Gayunpaman, kapag ang isang beterano ay kumuha ng mga serbisyong pang-emergency sa isang ospital ng VA at mas malaki ang bahagi sa gastos ng VA kaysa sa bahagi sa gastos sa ilalim ng aming plano, ire-reimburse namin ang beterano para sa diperensiya. Responsibilidad mo pa rin ang mga halaga ng iyong bahagi sa gastos.
- Ilang partikular na eksaminasyon at serbisyo:
 - Makakuha o pumirmi sa isang trabaho
 - Makakuha ng insurance
 - Makakuha ng anumang uri ng lisensya
 - Ayon sa utos ng isang korte, o kung para sa parole o probation
 - Hindi nalalapat ang pagbubukod na ito kung malalaman ng doktor na nasa network na medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.
- Mga item na para sa kaghinaan o kombinyente. Hindi kasama sa coverage ng Medi-Cal ang mga kagamitan o feature na para sa kaghinaan, kombinyente o karangyaan. Kasama rito ang mga item na para lamang sa kaghinaan o kombinyente ng isang miyembro, kapamilya ng miyembro o ng provider ng pangangalagang pangkalusugan ng miyembro. Hindi nalalapat ang pagbubukod na ito sa pang-retail na mga breast pump na ibinigay sa mga babae pagkatapos ng pagbubuntis. Hindi rin nalalapat ang pagbubukod na ito sa mga item na inaprubahan para sa iyo sa ilalim ng Mga Suporta sa Komunidad.
- Mga cosmetic na serbisyo o pamamaraan. Hindi nalalapat ang pagbubukod na ito sa sumusunod:
 - Mga testicular implant na ikinabit bilang bahagi ng sinasakop na reconstructive na operasyon.
 - Mga prosthesis para sa suso na kinakailangan pagkatapos ng isang mastectomy o lumpectomy.
 - Mga prosthesis para palitan ang lahat o bahagi ng panlabas na bahagi ng mukha.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Mga disposable na supply. Hindi kasama sa coverage ng Medi-Cal ang mga sumusunod na disposable na supply para sa paggamit sa bahay: mga benda, gasa, tape, mga antiseptiko, pantakip ng sugat, at mga Ace-type na benda. Hindi nalalapat ang pagbubukod na ito sa mga disposable na supply na ibinibigay bilang bahagi ng mga sumusunod na benepisyo na inilarawan sa **Kabanata 4** (“Mga benepisyo at mga serbisyo”) ng **Handbook ng Miyembro** na ito:
 - Paggamot gamit ang dialysis/hemodialysis.
 - Matibay na kagamitang pangmedikal.
 - Pangangalagang pangkalusugan sa bahay.
 - Pangangalaga sa hospice at pangangalaga para sa pagpapaghawa ng sakit.
 - Mga medikal na supply, kagamitan at mga appliance.
 - Mga inireresetang gamot.
 - Mga prosthetics device at nauugnay na supply.
- Mga serbisyo para sa pertilidad:
 - Mga serbisyo upang i-reverse ang mga serbisyo para sa pagkabaog at pagpapanatili ng pertilidad na boluntaryong tinanggap at inihatid sa pamamagitan ng operasyon.
 - Pagbuo sa pamamagitan ng mga artipisyal na paraan, gaya ng in vitro fertilization, mga zygote intrafallopian transfer, ovum transplant, at gamete intrafallopian transfer (maliban sa artificial insemination at mga nauugnay na serbisyong sinasakop ng Medicare).
- Mga item at serbisyong hindi mga item at serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan maliban kung ang mga ito ay inaprubahan ng iyong coverage ng Medi-Cal sa ilalim ng ILOS program o Matibay na Kagamitang Pangmedikal. Halimbawa, hindi namin sinasakop ang:
 - Pagtuturo ng wastong asal at gawi.
 - Pagtuturo at pansuportang serbisyo upang makabuo ng mga kasanayan sa pagpapalano gaya ng pagpapalano ng pang-araw-araw na aktibidad at pagpapalano ng gawain.
 - Mga item at serbisyo para sa layunin na dagdagan ang pang-akademikong kaalaman o kasanayan.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Pagtuturo at pansuportang serbisyo upang madagdagan ang talino.
- Pang-akademikong pagtuturo para sa mga kasanayan katulad ng gramatika, matematika at pangangasiwa ng oras.
- Pagtuturo sa iyong magbasa, ikaw man ay mayroong dyslexia o wala.
- Pang-edukasyong pagsusuri.
- Pagtuturo ng sining, pagsasayaw, pagsakay ng kabayo, musika, dula, o paglangoy, maliban na ang pagbubukod na ito para sa “pagtuturo ng dula” ay hindi nalalapat sa mga serbisyo na bahagi ng isang plano ng paggamot na therapy sa kalusugan ng pag-uugali at sakop sa Kabanata 4.
- Pagtuturo ng mga kasanayan para sa pagtatrabaho o bokasyonal na layunin.
- Bokasyonal na pagsasanay o pagtuturo ng mga bokasyonal na kasanayan.
- Mga kurso sa propesyonal na pag-unlad.
- Pagsasanay para sa isang partikular na trabaho o pagpapayo sa trabaho.
- Mga pagbabago sa iyong bahay o kotse, maliban kung mga pansamantalang pagbabago ang mga ito na natukoy na medikal na kinakailangan o inaprubahan para sa iyo sa ilalim ng Mga Suporta sa Komunidad.
- Therapy na nangangailangan ng pagbababad sa tubig at iba pang therapy na gumagamit ng tubig. Ang pagbubukod na ito para sa therapy na nangangailangan ng pagbababad sa tubig at iba pang therapy na gumagamit ng tubig ay hindi nalalapat sa mga serbisyo ng therapy na bahagi ng isang plano sa paggamot na physical therapy at sinasakop bilang bahagi ng mga sumusunod na benepisyo:
 - Pangangalagang pangkalusugan sa bahay.
 - Pangangalaga sa hospice at pangangalaga para sa pagpapaghawa ng sakit.
 - Mga rehabilitative at habilitative na serbisyo.
 - Mga serbisyo ng pasilidad ng sanay na pag-aalaga.
- Therapy na masahe. Hindi nalalapat ang pagbubukod na ito sa mga serbisyo ng therapy na bahagi ng isang plano ng paggamot na physical therapy at sinasakop bilang bahagi ng mga sumusunod na benepisyo:
 - Pangangalagang pangkalusugan sa bahay.
 - Pangangalaga sa hospice at pangangalaga para sa pagpapaghawa ng sakit.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Mga rehabilitative at habilitative na serbisyo.
- Mga serbisyo ng pasilidad ng sanay na pag-aalaga.
- Mga serbisyo ng personal na pangangalaga (custodial na pangangalaga), gaya ng tulong sa mga aktibidad ng pang-araw-araw na pamumuhay (halimbawa: paglalakad, pagtayo at paghiga sa kama, paliligo, pagbibihis, pagpapakain, paggamit ng banyo, at paggamit ng gamot). Hindi nalalapat ang pagbubukod na ito sa tulong sa mga aktibidad ng pang-araw-araw na pamumuhay na ibinibigay bilang bahagi ng coverage na inilalarawan sa ilalim ng mga sumusunod na seksyon:
 - Pangangalaga sa hospice at pangangalaga para sa pagpapaghinawa ng sakit.
 - Mga serbisyo at suporta sa pangmatagalang pangangalaga.
 - Pasilidad sa pangangalaga na may kasanayan/pasilidad sa pangangalaga sa may kapansanan o matatandang hindi kayang alagaan ang sarili/pasilidad sa pangangalaga ng mga may malubhang sakit.
 - Mga Suporta sa Komunidad.
- Mga serbisyong hindi aprubado ng pederal na Food and Drug Administration. Hindi namin sinasakop ang mga gamot, suplemento, pagsusuri, bakuna, kagamitan, radioactive na materyal at anumang iba pang serbisyo na ayon sa batay ay nangangailangan ng pag-apruba mula sa pederal na Food and Drug Administration (“FDA”) upang maibenta sa U.S. pero hindi inaprubahan ng FDA. Hindi nalalapat ang pagbubukod na ito sa mga sumusunod na sitwasyon:
 - Mga serbisyong sinasakop sa ilalim ng Mga Klinikal na Pagsubok.
 - Mga serbisyong ibinibigay bilang bahagi ng mga sakop na serbisyong sinisiyasat pa lang.
- Mga serbisyong isinasagawa ng mga hindi lisensyadong indibidwal. Sa pangkalahatan, hindi kasama sa coverage ang mga serbisyong ginagawa nang ligtas at mahusay ng mga taong hindi kailangan ng mga lisensya o mga certificate ng estado upang magbigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan at kung saan ang kondisyon ng miyembro ay hindi kailangan ng mga serbisyong ibinibigay ng isang lisensyadong provider ng pangangalagang pangkalusugan. Hindi nalalapat ang pagbubukod na ito sa sumusunod:
 - Mga serbisyong sinasakop sa Kabanata 4 ng Handbook ng Miyembro na ito.
 - Mga Sakop na Suporta sa Komunidad na inaprubahan para sa iyo.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Mga sakop na serbisyo ng doula
- Mga sakop na serbisyo ng health worker sa komunidad.
- Mga serbisyong may kaugnayan sa hindi sakop na serbisyo. Kapag hindi sinasakop ang isang serbisyo, hindi isinasama ang lahat ng serbisyong may kaugnayan sa hindi sakop na serbisyo. Hindi nalalapat ang pagbubukod na ito sa paggamot ng mga kumplikasyon na nagreresulta sa mga hindi sakop na serbisyo, kung sasakupin man ang mga kumplikasyong iyon. Halimbawa, kung mayroon kang cosmetic na operasyon na hindi sinasakop, hindi namin sasakupin ang mga serbisyong matatanggap mo upang maghanda para sa operasyon o para sa follow-up na pangangalaga. Kung sa kalaunan ay makakaranas ka ng kumplikasyon na nakamamatay tulad ng malubhang impeksiyon, hindi malalapat ang pagbubukod na ito at sasakupin namin ang mga serbisyong kailangan upang gamutin ang kumplikasyon, basta't ang mga serbisyo ay sinasakop sa ilalim ng Handbook ng Miyembro na ito.
- Pamamahala ng kaso tungkol sa pagkalason sa tingga noong bata pa na ibinibigay ng mga departamento ng kalusugan ng county. Mangyaring makipag-ugnayan sa iyong county para sa higit pang impormasyon sa mga serbisyo ng pamamahala ng kaso tungkol sa pagkalason sa tingga.

Mga pagbubukod sa DeltaCare USA

Kung ang mga serbisyo para sa isang nakalistang procedure ay isinagawa ng itinalagang nakakontratang dentista, babayaran ng enrollee ang tinukoy na copayment. Ang mga nakalistang procedure na nangangailangan ng dentistang magbibigay ng mga serbisyo ng espesyalista, at na-refer ng itinalagang nakakontratang dentista, ay dapat awtorisahan ng Delta Dental. Babayaran ng enrollee ang copayment na tinukoy para sa mga naturang serbisyo.

Ang mga sumusunod na serbisyo at item ay hindi sinasakop sa ilalim ng iyong benepisyo sa ngipin ng DeltaCare USA:

- Anumang pamamaraan na hindi partikular na nakalista sa ilalim ng “Karagdagang Pangangalaga sa Ngipin (DeltaCare® USA Dental HMO Program)” sa kabanatang ito.
- Lahat ng nauugnay na bayarin para sa pagpasok, paggamit, o pananatili sa isang ospital, surgery center para sa outpatient, pasilidad para sa pinahabang pangangalaga, o iba pang katulad na pasilidad ng pangangalaga.
- Pagkawala o pagnanakaw ng mga buong pustiso, space maintainer, at crown.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Mga bayarin para sa ngipin na natamo kaugnay ng anumang pamamaraan sa ngipin na nagsimula pagkatapos ng pagwawakas ng kwalipikasyon para sa coverage.
- Mga bayarin para sa ngipin na natamo kaugnay ng anumang pamamaraan sa ngipin bago ang kwalipikasyon ng nagpatala sa prepaid na programa sa ngipin. Kasama sa halimbawa ang: Kabilang sa mga halimbawa ang: mga ngipin na ginawa para sa mga crown, mga hindi kumpleto at pustiso, mga root canal na nasa progreso.
- Mga congenital malformation (hal. congenitally missing teeth, supernumerary teeth, enamel at dentinal dysplasias, atbp.) maliban kung kasama sa ilalim ng “Karagdagang Pangangalaga sa Ngipin (DeltaCare® USA Dental HMO Program)” sa kabanatang ito.
- Pagbibigay ng mga gamot na hindi karaniwang ibinibigay sa isang pasilidad ng ngipin maliban kung kasama sa ilalim ng “Karagdagang Pangangalaga sa Ngipin (DeltaCare® USA Dental HMO Program)” sa kabanatang ito.
- Anumang pamamaraan na sa propesyonal na opinyon ng nakakontratang dentista, nakakontratang espesyalista, o tagapayo sa plano sa ngipin:
 - May hindi magandang pagtaya sa kalalabasan ng sakit para sa isang matagumpay na resulta at makatuwirang itatagal batay sa kondisyon ng ngipin o mga ngipin at/o mga kalapit na istruktura, o
 - Ay hindi tumutugma sa mga malawakang tinatanggap na pamantayan para sa dentistry.
- Mga serbisyo sa ngipin na natanggap mula sa anumang pasilidad sa ngipin maliban sa itinakdang nakakontratang dentista kasama ang mga serbisyo ng espesyalista sa ngipin, maliban na lang kung hayagang inawtorisahan sa pamamagitan ng sulat o na binanggit sa ilalim ng “Pang-emergency na pangangalaga ng ngipin” sa ilalim ng Karagdagang Pangangalaga sa Ngipin (DeltaCare® USA Dental HMO Program) sa kabanatang ito. Para makakuha ng nakasulat na pahintulot, dapat tumawag ang nagpa-enroll sa Departamento ng Serbisyo sa Customer sa **1-877-644-1774**, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. EST, 7 araw sa isang linggo Oktubre 1 – Marso 31, 8 a.m. hanggang 8 p.m. EST, (Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **711**).
- Mga konsultasyon para sa mga benepisyong hindi sakop.
- Ang mga restoration na inilagay lang para sa cosmetics, mga abrasion, attrition, erosion, pag-restore o pag-alter sa vertical dimension, congenital o developmental na malformation ng mga ngipin.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Ang mga pamamaraang preventative, endodontic o restorative ay hindi isang benepisyo upang panatilihin ang mga ngipin para sa mga overdenture.
- Ang mga appliance o restoration ay kinakailangan sa pagpapataas ng vertical dimension, pagpapalit o pag-stabilize ng pagkawala ng istruktura ng ngipin nang dahil sa attrition, realignment ng mga ngipin, periodontal splinting, mga gnathologic recording, equilibration o paggamot ng mga disturbances sa temporomandibular joint (TMJ), maliban na lang kung kasama ito sa ilalim ng “Karagdagang Pangangalaga sa Ngipin (DeltaCare® USA Dental HMO Program)” sa kabanatang ito.
- Ang isang panimulang plano sa paggamot na kinabibilangan ng pagtatanggal at muling paglalagay ng mga occlusal contact ng 10 o higit pang crown ng mga ngipin ay itinuturing bilang reconstruction ng buong bibig sa ilalim ng prepaid na programa sa ngipin. Ang mga crown na nauugnay sa naturang plano ng paggamot ay hindi sakop na mga benepisyo. Hindi inaalis sa pagbubukod na ito ang benepisyo para sa iba pang sakop na serbisyo.
- Precious metal para sa mga naalis na appliance, mga metallic o permanenteng soft base para sa mga kumpletong pustiso, porcelain na pustisong ngipin, at pag-personalize at characterization ng mga buong pustiso.
- Pagbubunot ng mga ngipin, kapag ang mga ngipin ay asymptomatic/non-pathologic (walang mga tanda o sintomas ng pathology o impeksyon), kasama ang, ngunit hindi nalilimitahan sa pagtatanggal ng mga ikatlong molar.
- Mga modality ng paggamot ng temporomandibular joint dysfunction na may sangkot na prosthodontia, orthodontia, at mga pamamaraan para sa buo o hindi buong occlusal rehabilitation o TMJ dysfunction para lang sa paggamot ng bruxism.
- Mga procedure kaugnay ng vestibuloplasty / ridge extension na isinagawa sa parehong petsa ng serbisyo gaya ng mga pagbubunot (D7111-D7250) sa parehong arch.
- Deep sedation/general anesthesia para sa mga sakop na pamamaraan sa parehong petsa ng serbisyo gaya ng analgesia, anxiolysis, paglanghap ng nitrous oxide o para sa intravenous conscious sedation/analgesia.
- Intravenous conscious sedation/analgesia para sa mga sakop na pamamaraan sa parehong petsa ng serbisyo gaya ng analgesia, anxiolysis, paglanghap ng nitrous oxide o para sa deep sedation/general anesthesia.
- Paglanghap ng nitrous oxide kapag ibinigay sa iba pang sakop na pamamaraan ng sedation.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Dapat ibigay ang orthodontic na paggamot ng isang lisensyadong dentista. Hindi saklaw ang orthodontics na pinapangasiwaan ng sarili.
- Hindi sakop na benepisyo ang pag-alis ng mga nakapirming orthodontic appliance para sa mga dahilang bukod sa pagkumpleto ng paggamot.

Mga limitasyon ng DeltaCare USA

Ang mga sumusunod na serbisyo at item ay nililimitahan sa ilalim ng iyong benepisyo sa ngipin ng DeltaCare USA:

- May limitasyon sa dalas ng mga partikular na benepisyo. Ang lahat ng mga limitasyon sa dalas ay nakalista sa ilalim ng “Karagdagang Pangangalaga sa Ngipin (DeltaCare® USA Dental HMO Program)” sa kabanatang ito.
- Ang filling ay isang benepisyo para sa pagtatanggal ng bulok, para sa mga karaniwang pag-aayos ng istruktura ng ngipin, o upang palitan ang nawalang filling.
- Ang isang crown ay isang benepisyo kapag may hindi sapat na istruktura ng ngipin na susuporta sa filling o upang palitan ang isang dati nang crown na hindi gumagana o hindi mare-restore at nakakatugon sa lima+ taong limitasyon.
- Sinasakop ang pagpapalit ng kasalukuyang crown o natatanggal na buong pustiso kapag:
 - Ang kasalukuyang restoration/pustiso ay hindi na nagagamit nang maayos at hindi na magagawang magamit nang maayos sa pamamagitan ng pag-aayos o pag-adjust, at
 - Ang kasalukuyang hindi nagagamit nang maayos na restoration/pustiso ay inilagay lima o higit pang taon na ang nakalipas bago ang pagpapalit nito.
- Ang mga pansamantalang hindi buong pustiso (stayplates), kasama ng mga nakapirmi o natatanggal na appliance, ay limitado sa pagpapalit ng mga binunot na ngipin sa harap para sa mga nasa hustong gulang sa panahon ng pagpapagaling kapag hindi mairaragdag ang mga ngipin sa isang dati nang hindi buong pustiso.
- Ang mga benepisyo para sa isang programa ng pamamahala sa malambot na tissue ay limitado sa mga bahaging iyon, na mga nakalistang sakop na serbisyo sa ilalim ng “Karagdagang Pangangalaga ng Ngipin (DeltaCare USA Dental HMO Program)” sa kabanatang ito. Kung tatanggihan ng isang nagpatala ang mga hindi sakop na serbisyo sa loob ng isang programa ng pamamahala ng malambot na tissue, hindi nito inaalis o binabago ang iba pang sakop na serbisyo.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Kasama sa bagong natatanggal na buo o sinasakop na pustisong agaran ang paggawa ang mga pagsasaayos pagkatapos ng paghahatid at pagkokondisyon ng tissue nang walang karagdagang gastusin para sa unang anim na buwan pagkatapos ng paglalagay kung patuloy na magiging kuwalipikado ang nagpatala at ang serbisyo ay ibinigay sa pasilidad ng nakakontratang dentistang kung saan orihinal na inihatid ang pustiso.
- Limitado ang mga benepisyo sa alinman sa intraoral na komprehensibong serye ng mga radiographic na larawan (D0210) o panoramic radiographic na imahe (D0330) bawat taon ng kalendaryo.
- Maaaring kabilang sa mga komprehensibong larawan sa intraoral ang anumang kumbinasyon ng mga periapical at bitewings.
- Ang mga panoramic na larawan ay hindi itinuturing na bahagi ng isang komprehensibong intraoral series.
- Ang mga bitewing ng anumang uri ay hindi pinapayagan sa loob ng 6 na buwan ng isang intraoral na komprehensibong intraoral series maliban kung ito ay ginagarantiyahan ng mga espesyal na pangyayari.
- Sinasakop ang mga pustisong agaran ang paggawa kapag natugunan ang isa o higit pa sa mga sumusunod na kondisyon:
 - May malawak o laganap na caries na nakikita sa mga radiograph, o
 - May nakitang malubhang periodontal na aktibidad, o
 - Maraming ngipin ang nawawala na nagdudulot ng pagbaba ng kakayahan sa pagnguya na labis na nakakaapekto sa kalusugan ng nagpatala.
- Ituturing lang na benepisyo ang mga serbisyo ng implant kapag may naidokumentong mga hindi pangkaraniwang medikal na kondisyon, sinuri para sa medikal na pangangailangan at paunang pinahintulutan. Ang mga hindi pangkaraniwang medikal na kondisyon ay kinabibilangan ng, ngunit hindi limitado sa:
 - Cancer sa oral cavity na nangangailangan ng ablative na operasyon at/o radiation na hahantong sa pagkasira ng alveolar bone, kung saan hindi magagawang suportahan ng mga natitirang istruktura ng osseous ang kumbensyonal na prosthesis ng ngipin.
 - Malubhang atrophy ng mandible at/o maxilla na hindi maiwawasto sa mga pamamaraan ng vestibular extension o pamamaraan ng osseous augmentation, at hindi magamit nang maayos ng nagpatala sa kumbensyonal na prosthesis.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Mga deformity sa skeleton na nangangailangan ng paggamit ng kumbensyonal na prosthesis (gaya ng arthrogryposis, ectodermal dysplasia, partial anaodontia at cleidocranial dysplasia).
- Ang ilang partikular na nakalistang pamamaraan na isinagawa ng espesyalista ay maaaring ituring bilang pangunahin sa ilalim ng medikal na coverage ng nagpatala. Ang mga benepisyo sa ngipin ay isasaayos sa naaangkop na paraan.
- Ang deep sedation/general anesthesia o intravenous conscious sedation/analgesia para sa mga sakop na pamamaraan ay nangangailangan ng dokumentasyon upang mabigyang katuwiran ang medikal na pangangailangan batay sa limitasyon ng pag-iisip o pangangatawan o kontra-indikasyon sa isang local anesthesia agent.
- Ang pagbibigay ng deep sedation/general anesthesia (D9223), nitrous oxide (D9230), intravenous conscious sedation/analgesia (D9243) at therapeutic na parenteral na gamot (D9610) ay isang benepisyong kasama ng mga mababayaran nauugnay na pamamaraan. Dapat tanggihan ang paunang pahintulot o pagbabayad kung tinanggihan ang lahat ng nauugnay na pamamaraan ng iisang provider. Isang pamamaraan ng anesthesia lang ang mababayaran sa bawat petsa ng serbisyo anupaman ang mga paraan ng pagbibigay o mga gamot na ginamit.
- Ang pagbibigay ng non-intravenous conscious sedation (D9248) ay nangangailangan ng dokumentasyon upang mabigyang katuwiran ang medikal na pangangailangan batay sa kondisyon ng pangangatawan, pag-uugali, paglaki o emosyon na naglilimita sa pasyente sa pagtugon sa mga pagsubok ng provider na magsagawa ng paggamot. Hindi isang benepisyo sa parehong petsa ng serbisyo kagaya sa deep sedation/general anesthesia (D9223), analgesia, anxiolysis, paglanghap ng nitrous oxide (D9230) o intravenous conscious sedation/analgesia (D9243) o kapag tinanggihan ang lahat ng nauugnay na pamamaraan sa parehong petsa ng serbisyo ng iisang provider.
- Paggamot sa mga kumplikasyon (pagkatapos ng operasyon) - mga hindi karaniwang pangyayari, ayon sa ulat (D9930) ay isang benepisyo para sa paggamot sa isang tuyong socket o labis-labis na pagdurugo sa loob ng 30 araw ng petsa ng serbisyo ng isang pagbunot o para sa pag-aalis ng mga bony fragment sa loob ng 30 araw ng petsa ng serbisyo ng pagbunot.

Kabanata 5: Pagkuha ng iyong mga inireresetang gamot ng outpatient

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga panuntunan para sa pagkuha sa iyong mga inireresetang gamot ng outpatient. Ito ang mga gamot na ipinag-utos ng iyong provider para sa iyo na kukunin mo sa isang parmasya o sa pamamagitan ng mail-order. Kasama sa mga ito ang mga gamot sa ilalim ng Bahagi D ng Medicare at Medi-Cal. Sinasabi sa iyo ng **Kabanata 6 ng Handbook ng Miyembro** na ito kung ano ang babayaran mo para sa mga gamot na ito. Makikita ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Sinasakop din namin ang mga sumusunod na gamot, bagama't hindi tinalakay ang mga ito sa kabanatang ito:

- Mga gamot na sinasakop ng Bahagi A ng Medicare. Pangkalahatang kasama sa mga ito ang mga gamot na ibinibigay sa iyo habang ikaw ay nasa ospital o pasilidad ng pag-aalaga.
- Mga gamot na sinasakop ng Bahagi B ng Medicare. Kasama sa mga ito ang ilang gamot sa chemotherapy, ilang iniksyon ng gamot na ibinibigay sa iyo sa isang pagbisita sa opisina sa isang doktor o iba pang provider, at mga gamot na ibinibigay sa iyo sa isang klinika para sa dialysis. Upang matuto pa tungkol sa kung anong mga gamot sa Bahagi B ng Medicare ang sinasakop, sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyong sa **Kabanata 4 ng Handbook ng Miyembro** na ito.
- Bukod pa sa Bahagi D ng Medicare ng plano at coverage sa mga medikal na benepisyong, posibleng sakupin ng Original Medicare ang iyong mga gamot kung nasa hospice ka ng Medicare. Para sa higit pang impormasyon, mangyaring sumangguni sa **Seksyon F** “Kung ikaw ay nasa isang programa ng hospice na sertipikado ng Medicare.”

Mga panuntunan para sa coverage ng gamot para sa outpatient ng aming plano

Kadalasang sasakupin namin ang iyong mga gamot hangga't susundin mo ang mga panuntunan sa seksyong ito.

1. Dapat mong ipasulat sa isang doktor o iba pang provider ang iyong reseta, na dapat ay may bisa sa ilalim ng nalalapat na batas ng estado. Kadalasan, ang taong ito ay ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga (PCP). Puwede rin itong maging ibang provider kung ni-refer ka ng iyong PCP para sa pangangalaga.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

2. Ang iyong tagareseta ay **hindi** dapat kasali sa Mga Listahan ng Pagbubukod o Preclusion ng Medicare o anumang katulad na listahan ng Medi-Cal.
3. Sa pangkalahatan, dapat kang gumamit ng parmasyang nasa network upang kunin ang iyong reseta.
4. Ang iyong mga iniresetang gamot ay dapat na nasa aming **Listahan ng Mga Sakop na Gamot**. Tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot” para paikliin.
 - Kung wala ito sa Listahan ng Gamot, magagawa naming sakupin ito sa pamamagitan ng pagbibigay sa iyo ng pagbubukod.
 - Sumangguni sa Kabanata 9 upang matutunan ang tungkol sa paghiling ng pagbubukod.
 - Dapat mo ring tandaan na susuriin sa ilalim ng mga pamantayan ng Medicare at Medi-Cal ang kahilingang sakupin ang iyong inireresetang gamot.
5. Dapat gamitin ang iyong gamot para sa medikal na tinatanggap na indikasyon. Ibig sabihin nito, ang paggamit ng gamot ay inaaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) o sinusupportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian. Maaari kang tulungan ng iyong doktor na tukuyin ang mga medikal na sanggunian upang suportahan ang hinihiling na paggamit ng inireresetang gamot.

Kabanata 5 Talaan ng Mga Nilalaman

A. Pagkuha ng iyong mga reseta	186
A1. Pagkuha ng iyong reseta sa isang parmasyang nasa network	186
A2. Paggamit sa iyong ID Card ng Miyembro kapag kumukuha ng reseta.....	186
A3. Ano ang dapat gawin kung papalitan mo ang iyong parmasyang nasa network.....	186
A4. Ano ang dapat gawin kung aalis sa network ang iyong parmasya.....	187
A5. Paggamit ng specialized na parmasya.....	187
A6. Paggamit ng mga mail-order na serbisyo upang makuha ang iyong mga gamot	188
Pagkuha ng mga reseta sa pamamagitan ng koreo.....	188
Mga proseso sa mail-order	189
A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot	190

A8. Paggamit ng parmasya na wala sa network ng aming plano	190
A9. Pagbabalik ng bayad sa iyo para sa reseta	191
B. Ang Listahan ng Gamot ng aming plano	191
B1. Mga gamot sa aming Listahan ng Gamot	192
B2. Paano maghanap ng gamot sa aming Listahan ng Gamot	192
B3. Mga gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot	193
C. Mga limitasyon sa ilang gamot.....	194
D. Mga dahilan kung bakit maaaring hindi sakop ang iyong mga gamot.....	196
D1. Pagkuha ng pansamantalang supply	196
D2. Paghingi ng pansamantalang supply	198
D3. Paghiling ng pagbubukod	198
E. Mga pagbabago sa coverage para sa iyong mga gamot	199
F. Coverage sa gamot sa mga espesyal na sitwasyon	201
F1. Sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga para sa pananatili na sakop ng aming plano	201
F2. Sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga	202
F3. Sa programa ng hospice na sertipikado ng Medicare	202
G. Mga Programa sa kaligtasan ng gamot at pamamahala ng mga gamot.....	203
G1. Mga programa na makakatulong sa iyo na gumamit ng mga gamot sa ligtas na paraan.....	203
G2. Mga programa na makakatulong sa iyo na pamahalaan ang iyong mga gamot	203
G3. Programa sa pamamahala sa gamot para sa ligtas na paggamit ng mga opioid na gamot.....	204

A. Pagkuha ng iyong mga reseta

A1. Pagkuha ng iyong reseta sa isang parmasyang nasa network

Sa karamihan ng mga sitwasyon, babayaran lang namin ang mga reseta kapag kinuha sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network. Ang parmasyang nasa network ay isang tindahan ng gamot na sumasang-ayon na punan ang mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Maaari mong gamitin ang alinman sa aming mga parmasyang nasa network.

Para makahanap ng parmasyang nasa network, maghanap sa **Direktoryo ng Provider at Parmasya**, bisitahin ang aming website o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

A2. Paggamit sa iyong ID Card ng Miyembro kapag kumukuha ng reseta

Para mapunan ang iyong reseta, **ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro** sa iyong parmasya na nasa network. Sisingilin kami ng parmasyang nasa network para sa aming bahagi sa gastos ng iyong mga sakop na inireresetang gamot. Maaaring kailangan mong bayaran ang parmasya ng copay kapag kinuha mo ang iyong reseta.

Tandaan, kailangan mo ang iyong Medi-Cal card o Benefits Identification Card (BIC) upang ma-access ang mga sakop na gamot ng Medi-Cal Rx.

Kung hindi mo dala ang iyong ID Card ng Miyembro o BIC kapag kukunin mo ang iyong reseta, hilingin sa parmasyang tawagan kami para makuha ang kinakailangang impormasyon.

Kung hindi makukuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, maaaring kailangan mong bayaran ang buong halaga ng reseta kapag pinuntahan mo ito. Pagkatapos, maaari mong hilingin sa amin na ibalik sa iyo ang bayad para sa aming bahagi. **Kung hindi mo kayang bayaran ang gamot, makipag-ugnayan kaagad sa Mga Serbisyo sa Miyembro.** Gagawin namin ang lahat ng makakaya namin upang tumulong.

- Upang hilingin sa amin na ibalik ang bayad mo, sumangguni sa **Kabanata 7 ng Handbook ng Miyembro** na ito.
- Kung kailangan mo tulong sa pagkuha ng reseta, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

A3. Ano ang dapat gawin kung papalitan mo ang iyong parmasyang nasa network

Kung kailangan mo tulong sa pagpapalit ng iyong parmasyang nasa network, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

A4. Ano ang dapat gawin kung aalis sa network ang iyong parmasya

Kung aalis sa network ng aming plano ang parmasyang ginagamit mo, kailangan mong maghanap ng bagong parmasyang nasa network.

Para makahanap ng bagong parmasya na nasa network, maghanap sa **Direktoryo ng Provider at Parmasya**, bisitahin ang aming website, o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

A5. Paggamit ng specialized na parmasya

Kung minsan, dapat kunin ang mga reseta sa isang specialized na parmasya. Kasama sa mga specialized na parmasya:

- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa home infusion therapy.
- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa mga residente ng isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, gaya ng pasilidad ng pag-aalaga.
 - Kadalasan, ang mga pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga ay may sariling mga parmasya. Kung isa kang residente ng pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, titiyakin naming makukuha mo ang mga gamot na kailangan mo sa parmasya ng pasilidad.
 - Kung ang parmasya ng iyong pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga ay wala sa aming network o nahihirapan kang makuha ang iyong mga gamot sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.
- Mga parmasyang naglilingkod sa Programang Serbisyong Pangkalusugan ng Indian/Tribal/Kalusugan ng Indian sa Urban. Maliban sa mga emergency, mga Native American o Alaska Native lang ang maaaring gumamit sa mga parmasyang ito.
- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot na pinaghihigpitan ng FDA sa ilang partikular na lokasyon o nangangailangan ng espesyal na pangangasiwa, koordinasyon ng provider, o edukasyon sa kanilang paggamit. (Tandaan: Bihira dapat mangyari ang sitwasyong ito.)

Upang makahanap ng specialized na parmasya, tumingin sa **Direktoryo ng Provider at Parmasya**, bisitahin ang aming website, o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

A6. Paggamit ng mga mail-order na serbisyo upang makuha ang iyong mga gamot

Para sa ilang partikular na uri ng mga gamot, maaari mong gamitin ang mga serbisyo na mail-order ng aming plano. Sa pangkalahatan, ang mga gamot na available sa pamamagitan ng mail-order ay mga gamot na regular mong iniinom para sa hindi gumagaling o pangmatagalang medikal na kondisyon. Ang mga gamot na available sa pamamagitan ng serbisyo na mail-order ng aming plano ay minarkahan bilang mga mail-order na gamot sa aming Listahan ng Gamot.

Ang serbisyo na mail-order ng aming plano ay nagbibigay-daan sa iyo na mag-order ng hanggang pang-100 araw na supply. Ang copay para sa pang-100-araw na supply ay pareho ng sa pang-isang buwang supply.

Pagkuha ng mga reseta sa pamamagitan ng koreo

Para makakuha ng impormasyon tungkol sa pagpuno sa iyong mga reseta sa pamamagitan ng koreo, bisitahin ang iyong lokal na parmasya na nasa network o ang aming website sa **kp.org/refill**. Madali mong mao-order ang iyong mga refill ng reseta sa mga sumusunod na paraan:

- Secure na magparehistro at mag-order online sa **kp.org/refill**.
- Tumawag sa **1-866-206-2983 (TTY 711)**, Lunes hanggang Biyernes, 7 a.m. hanggang 7 p.m. o sa naka-highlight na numerong nakalista sa label ng iyong reseta at sundin ang mga prompt. Tiyaking piliin ang opsyon na delivery sa pamamagitan ng koreo kapag na-prompt.
- Ipadala ang iyong reseta o kahilingan para sa refill sa form ng mail-order na available sa anumang parmasya na nasa network ng Kaiser Permanente.

Kapag nag-order ka ng mga refill para sa delivery sa bahay online, sa pamamagitan ng telepono, o sa sulat, dapat mong bayaran ang iyong bahagi sa gastos kapag ginawa mo ang iyong order (walang singil para sa pagpapadala para sa karaniwang delivery sa pamamagitan ng koreo ng USPS). Kung gusto mo, maaari kang magtalaga ng parmasya na nasa network kung saan mo gustong kunin at bayaran ang iyong reseta. Mangyaring makipag-ugnayan sa parmasya na nasa network kung mayroon kang tanong tungkol sa kung maaari bang ipadala sa koreo ang iyong reseta o tingnan ang aming Listahan ng Gamot para sa impormasyon tungkol sa mga gamot na maaaring ipadala sa pamamagitan ng koreo.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Karaniwang dumarating ang reseta sa mail-order sa loob ng 5 araw. Kung naantala ang iyong reseta sa mail-order, mangyaring tumawag sa numerong nakalista sa itaas o sa label sa bote ng iyong reseta para sa tulong. Bukod pa rito, kung hindi mo mahihintay ang pagdating ng iyong reseta mula sa aming parmasya para sa mail-order, maaari kang kumuha ng agarang supply sa pamamagitan ng pagtawag sa iyong lokal na retail na parmasya na nasa network na nakalista sa iyong **Direktoryo ng Provider at Parmasya** o sa **kp.org/directory**. Pakitandaan na mas malaki ang babayaran mo kung kukuha ka ng pang-100 na supply mula sa retail na parmasya na nasa network kumpara sa pagkuha nito mula sa aming parmasya para sa mail-order.

Mga proseso sa mail-order

May magkakaibang pamamaraan ang serbisyo na mail-order para sa mga bagong resetang direkta nitong nakukuha mula sa iyo, bagong reseta na direkta nitong nakukuha mula sa opisina ng iyong provider, at refill sa iyong mga reseta sa mail-order.

1. Mga bagong reseta na nakukuha ng parmasya mula sa opisina ng iyong provider

Kapag nakakuha ang parmasya ng reseta mula sa provider ng pangangalagang pangkalusugan, nakikipag-ugnayan ito sa iyo upang malaman kung gusto mong kunin kaagad ang gamot o sa ibang pagkakataon.

- Binibigyan ka nito ng pagkakataon na tiyakin na ang tamang gamot ang ide-deliver ng parmasya (kabilang ang lakas, dami, at anyo) at, kung kinakailangan, nagbibigay-daan ito sa iyo na ipatigil o ipaantala ang order bago ka singilin at bago ito ipadala.
- Tumugon sa bawat pakikipag-ugnayan sa iyo ng parmasya, upang ipaalam sa kanila kung ano ang gagawin sa bagong reseta at upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa pagpapadala.

2. Mga refill sa reseta sa mail-order

- Para sa mga refill, makipag-ugnayan sa iyong parmasya 5 araw bago maubos ang iyong kasalukuyang reseta upang matiyak na maipapadala sa iyo ang iyong order nang nasa oras.

Ipaalam sa parmasya ang mga pinakamainam na paraan sa pakikipag-ugnayan sa iyo upang makaugnayan ka nila para kumpirmahin ang iyong order bago ito ipadala. Kapag nag-order ka, mangyaring ibigay ang iyong kasalukuyang impormasyon sa pakikipag-ugnayan para kung sakaling kailangan ka naming makausap.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot

Maaari kang kumuha ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot sa Listahan ng Gamot ng aming plano. Ang mga maintenance na gamot ay mga gamot na regular mong iniinom, para sa hindi gumagaling o pangmatagalang medikal na kondisyon.

May ilang parmasya na nasa network na nagbibigay-daan sa iyo na kumuha ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Ang copay para sa pang-100-araw na supply ay pareho ng sa pang-isang buwang supply. Ipinapaalam sa iyo ng **Direktoryo ng Provider at Parmasya** kung aling mga parmasya ang makakapagbigay sa iyo ng pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Maaari ka ring tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang impormasyon.

Para sa ilang partikular na uri ng mga gamot, maaari mong gamitin ang mga serbisyo na mail-order ng aming plano upang kumuha ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Sumangguni sa **Seksyon A6** upang matuto tungkol sa mga serbisyo sa mail-order.

A8. Paggamit ng parmasya na wala sa network ng aming plano

Sa pangkalahatan, nagbabayad lang kami para sa mga gamot na kinuha sa parmasyang wala sa network kapag hindi mo magagawang gumamit ng parmasyang nasa network.

Binabayaran namin ang mga resetang kinuha sa parmasyang wala sa network sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Kung bumabyahe ka sa loob ng United States at mga teritoryo nito ngunit sa labas ng sineserbisyuhang lugar at nagkasakit ka o naubos ang iyong sakop na mga inireresetang gamot sa Bahagi D, sasakupin namin ang mga reseta na kinuha sa parmasyang wala sa network sa mga limitado at hindi pangkaraniwang sitwasyon alinsunod sa aming mga alituntunin sa pormularyo ng Bahagi D ng Medicare.
- Kung kailangan mo ng inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare kasama ng sakop na emergency na pangangalaga sa labas ng network o agarang pangangalaga sa labas ng sineserbisyuhang lugar, sasakupin namin ang hanggang pang-30 araw na supply mula sa parmasya na wala sa network. Tandaan: Ang mga inireresetang gamot na inireseta at ibinigay sa labas ng United States at mga teritoryo nito bilang bahagi ng sakop na pang-emergency o agarang pangangalaga ay sasakupin nang hanggang pang-30 araw na supply sa loob ng 30 araw. Ang mga gamot na ito ay hindi sakop sa ilalim ng Bahagi D ng Medicare; samakatuwid, hindi isasama ang mga pagbabayad para sa mga gamot na ito sa pag-abot ng catastrophic na coverage na yugto.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Kung hindi ka nakakuha ng sakop na gamot sa napapanahong paraan sa loob ng aming sineserbisyuhang lugar dahil walang parmasya na nasa network na nasa makatwirang distansya ng pagmamaneho na nagbibigay ng 24 na oras na serbisyo. Maaaring hindi namin sakupin ang iyong reseta kung mayroon namang naaangkop na tao na kayang bumili ng gamot sa parmasya na nasa network sa mga karaniwang oras ng negosyo.
- Kung sinusubukan mong kumuha ng reseta para sa isang gamot na hindi regular na iniimbak sa naa-access na parmasya na nasa network o available sa pamamagitan ng aming parmasya para sa mail-order (kabilang ang mga mahal na gamot).
- Hindi mo nakuha ang iyong mga reseta mula sa parmasya na nasa network sa panahon ng sakuna.

Sa mga sitwasyong ito, makipag-ugnayan muna sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman kung mayroong malapit na parmasya na nasa network.

A9. Pagbabalik ng bayad sa iyo para sa reseta

Kung kailangan mong gumamit ng parmasya na wala sa network, sa pangkalahatan ay dapat mong bayaran ang buong halaga sa halip na copay kapag kinuha mo ang iyong reseta. Maaari mong hilingin sa amin na ibalik sa iyo ang bayad para sa aming bahagi sa gastos.

Kung babayaran mo ang buong halaga ng iyong reseta na maaaring sakop ng Medi-Cal Rx, maaari kang bigyan ng reimbursement ng parmasya kapag nagbayad na ang Medi-Cal Rx para sa reseta. O kaya, maaari mong hilingin sa Medi-Cal Rx na ibalik sa iyo ang bayad sa pamamagitan ng pagsusumite ng claim na “Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan).” Makikita sa website ng Medi-Cal Rx ang higit pang impormasyon: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Upang matuto pa tungkol dito, sumangguni sa **Kabanata 7** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

B. Ang Listahan ng Gamot ng aming plano

Mayroon kaming **Listahan ng Mga Sakop na Gamot**. Tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot” para paikliin.

Pinipili namin ang mga gamot sa Listahan ng Gamot sa tulong ng pangkat ng mga doktor at pharmacist. Ibinibigay din sa iyo ng Listahan ng Gamot ang mga panuntunan na kailangan mong sundin upang makuha ang iyong mga gamot.

Sa pangkalahatan ay sinasakop namin ang gamot na nasa Listahan ng Gamot ng aming plano kapag sinunod mo ang mga panuntunan na ipinapaliwanag namin sa kabanatang ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

B1. Mga gamot sa aming Listahan ng Gamot

Kabilang sa aming Listahan ng Gamot ang mga gamot na sinasakop sa ilalim ng Bahagi D ng Medicare.

Ang karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha mo sa parmasya ay sakop ng aming plan. Ang iba pang gamot, tulad ng ilang gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring sakupin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Maaari ka ring tumawag sa Sentro ng Serbisyo sa Customer ng Medi-Cal Rx sa **1-800-977-2273**. Mangyaring dalhin ang iyong ID ng Benepisyaryo (BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng iyong mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

Kasama sa aming Listahan ng Gamot ang mga branded na gamot, generic na gamot, at biosimilar.

Ang branded na gamot ay inireresetang gamot na ibinebenta sa ilalim ng naka-trademark na pangalan na pagmamay-ari ng manufacturer ng gamot. Ang mga branded na gamot na mas kumplikado kumpara sa mga karaniwang gamot (halimbawa ay mga gamot na protina ang pangunahing sangkap) ay tinatawag na mga biyolohikong produkto. Sa aming Listahan ng Gamot, kapag sinabi naming “mga gamot” maaari itong tumukoy sa gamot o biyolohikong produkto.

Ang mga generic na gamot ay may mga aktibong sangkap na gaya sa mga branded na gamot. Dahil mas kumplikado ang mga biyolohikong gamot kumpara sa mga karaniwang gamot, sa halip na magkaroon ng generic na anyo, mayroong mga alternatibo ang mga ito na tinatawag na mga biosimilar. Sa pangkalahatan, ang mga generic na gamot at biosimilar ay kasingbisa ng mga branded na gamot o biyolohikong produkto at karaniwang mas mura ang mga ito. May mga pamalit na generic na gamot o biosimilar na alternatibo na available para sa maraming branded na gamot at ilang biyolohikong produkto. Kausapin ang iyong provider kung mayroon kang mga tanong tungkol sa kung matutugunan ng generic o branded na gamot ang iyong mga pangangailangan.

B2. Paano maghanap ng gamot sa aming Listahan ng Gamot

Upang malaman kung nasa aming Listahan ng Gamot ang gamot na iniinom mo, maaari mong:

- Tingnan ang pinakabagong Listahan ng Gamot na ibinigay namin sa electronic na paraan sa aming website.
- Bisitahin ang website ng aming plano sa kp.org/seniorrx. Ang Listahan ng Gamot sa aming website ay palaging ang pinakabagong bersyon.
- Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman kung ang gamot ay nasa aming Listahan ng Gamot o upang humingi ng kopya ng listahan.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

- Ang mga gamot na hindi sakop ng Bahagi D ay maaaring sakupin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa higit pang impormasyon.
- Gamitin ang aming “Real Time Benefit Tool” sa kp.org/seniorrx o tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Gamit ang tool na ito, makakapaghanap ka ng mga gamot sa Listahan ng Gamot para makakuha ka ng pagtatantya ng kung ano ang babayaran mo at kung may mga alternatibong gamot sa Listahan ng Gamot na makakagamot sa parehong kondisyon.

B3. Mga gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot

Hindi namin sakop ang lahat ng inireresetang gamot. May ilang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot dahil hindi pinapahintulutan ng batas na sakupin namin ang mga gamot na iyon. Sa ibang sitwasyon, pinili naming huwag isama ang isang gamot sa aming Listahan ng Gamot

Hindi nagbabayad ang aming plano para sa mga uri ng mga gamot na inilalarawan sa seksyong ito. Ang mga ito ay tinatawag na **mga hindi kasamang gamot**. Kung makakatanggap ka ng reseta para sa hindi kasamang gamot, maaaring kailanganin mong ikaw mismo ang magbayad nito. Kung sa palagay mo ay dapat na kami ang magbayad para sa hindi kasamang gamot dahil sa iyong kaso, maaari kang maghain ng apela. Sumangguni sa **Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga apela.

Narito ang tatlong pangkalahatang panuntunan para sa mga hindi kasamang gamot:

- Ang coverage ng aming plano para sa gamot para sa outpatient (kung saan kabilang ang mga gamot sa Bahagi D ng Medicare) ay hindi maaaring magbayad para sa gamot na sinasakop na ng Bahagi A o Bahagi B ng Medicare. Libreng sinasakop ng aming plano ang mga gamot na sakop sa ilalim ng Bahagi A o Bahagi B ng Medicare, pero ang mga gamot na ito ay hindi itinuturing na bahagi ng iyong mga benepisyo sa inireresetang gamot para sa outpatient.
- Hindi maaaring sakupin ng aming plano ang isang gamot na binili sa labas ng United States at mga teritoryo nito.
- Ang paggamit ng gamot ay dapat inaprubahan ng FDA o sinusupportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian bilang paggamot para sa iyong kondisyon. Maaaring magreseta ang iyong doktor ng partikular na gamot upang gamutin ang iyong kondisyon, kahit pa hindi ito inaprubahan upang gamutin ang kondisyong iyon. Tinatawag itong “off-label na paggamit.” Karaniwang hindi sakop ng aming plano ang mga gamot na inireseta para sa off-label na paggamit.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

- Sa ilalim ng Medi-Cal, karamihan sa mga inireresetang gamot para sa outpatient ay sakop ng Medi-Cal Rx bilang isang serbisyo sa pamamagitan ng FFS Medi-Cal. Upang masakop ng Medi-Cal Rx, ang gamot ay dapat na nasa Listahan ng Nakakontratang Gamot ng Medi-Cal (“CDL”) ang gamot o maagang naaprubahan para sa iyo ng Medi-Cal Rx. Masasabi sa iyo ng iyong provider kung ang gamot ay nasa CDL ng Medi-Cal Rx.

Bukod pa rito, ayon sa batas, hindi maaaring sakupin ng Medicare o Medi-Cal ang mga uri ng mga gamot na nakalista sa ibaba:

- Mga gamot na ginagamit upang pataasin ang kakayahang magkaanak.
- Mga gamot na ginagamit para mapaginhawa ang mga sintomas ng ubo o sipon.*
- Mga gamot na ginagamit para sa mga cosmetic na layunin o upang magpalago ng buhok.
- Mga inireresetang bitamina at mineral na produkto, maliban sa prenatal na bitamina at fluoride* na paghahanda.
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng sekswal o erectile dysfunction.
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng anorexia, pagbaba ng timbang o pagtaas ng timbang.*
- Mga gamot para sa outpatient na ginawa ng kumpanya na nagsasabing dapat na sa kanila ka lang magpagawa ng mga pagsusuri o serbisyo.
- *Puwedeng saklawin ng Medi-Cal ang mga piling produkto. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon.

C. Mga limitasyon sa ilang gamot

Para sa ilang partikular na inireresetang gamot, may mga espesyal na panuntunan na naglilimita sa kung paano at kailan sinasakop ang mga ito ng aming plano. Sa pangkalahatan, hinihikayat ka ng aming mga panuntunan na kumuha ng gamot na naaangkop sa iyong medikal na kondisyon at ligtas at mabisa. Kapag mayroong ligtas at mas murang gamot na kasing bisa lang ng mas mahal na gamot, inaasahan namin ang iyong provider na ireseta ang mas murang gamot.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung mayroong espesyal na panuntunan para sa iyong gamot, karaniwang nangangahulugan ito na ikaw o ang iyong provider ay may mga karagdagang dapat gawin upang masakop namin ang gamot. Halimbawa, maaaring kailanganin ng iyong provider na sabihin sa amin ang iyong diyagnosis o magbigay muna ng mga resulta ng mga pagsusuri ng dugo. Kung sa palagay mo o ng iyong provider ay hindi dapat na ilapat sa iyong sitwasyon ang aming mga panuntunan, hilingin sa amin na gumawa ng pagbubukod. Maaari kaming sumang-ayon o hindi sumang-ayon na pahintulutan kang gamitin ang gamot nang walang ginagawang karagdagang hakbang.

Para matuto pa tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

1. Paglimita sa paggamit ng branded na gamot kapag may available na generic na bersyon.

Sa pangkalahatan, ang generic na gamot ay kasing bisa ng branded na gamot at karaniwang mas mura ito. Kung mayroong available na generic na bersyon ng branded na gamot, ang generic na bersyon ang ibibigay sa iyo ng aming mga parmasya sa network.

- Karaniwang hindi kami nagbabayad para sa branded na gamot kapag mayroong available na generic na bersyon.
- Gayunpaman, kung sinabi sa amin ng iyong provider ang medikal na dahilan na hindi gagana sa iyo ang generic na gamot o iba pang sakop na gamot na ginagamit para gamutin ang parehong kondisyon, sasakupin namin ang branded na gamot.
- Maaaring mas malaki ang iyong copay para sa branded na gamot o orihinal na biological na produkto kaysa sa generic na gamot o maaaring palitan ng biosimilar.

2. Maagang pagpapaapruba sa plano

Para sa ilang gamot, ikaw o ang iyong doktor ay kailangang kumuha ng pag-apruba mula sa aming plano bago mo makuha ang iyong reseta. Kung hindi ka maaaprubahan, maaaring hindi namin sakupin ang gamot.

3. Mga limitasyon sa dami

Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang dami ng gamot na puwede mong makuha. Tinatawag itong limitasyon sa dami. Halimbawa, maaari naming limitahan kung gaano karaming gamot batay sa halaga nito ang makukuha mo sa tuwing kukunin mo ang iyong reseta.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Upang malaman kung may alinman sa mga panuntunan sa itaas ang nalalapat sa gamot na ginagamit mo o gusto mong gamitin, tingnan ang aming Listahan ng Gamot. Para sa pinakabagong impormasyon, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro o tingnan ang aming website sa **kp.org/seniorrx**. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon sa coverage batay sa alinman sa mga dahilan sa itaas, puwede kang humiling ng apela. Mangayring sumangguni sa **Kabanata 9** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

D. Mga dahilan kung bakit maaaring hindi sakop ang iyong mga gamot

Sinisikap naming maging naaangkop sa iyo ang iyong coverage sa gamot, ngunit minsan, may gamot na maaaring hindi sakop sa paraang gusto mo. Halimbawa:

- Hindi sakop ng aming plano ang gamot na gusto mong gamitin. Maaaring wala ang gamot sa aming Listahan ng Gamot. Maaaring sakop namin ang generic na bersyon ng gamot ngunit hindi ang branded na bersyon na gusto mong gamitin. Maaaring bago ang gamot, at hindi pa namin ito nasusuri para sa kaligtasan at pagiging mabisa.
- Sinasakop ng aming plano ang gamot, pero may mga espesyal na panuntunan o limitasyon sa coverage. Gaya ng ipinaliwanag sa **Seksyon C**, may mga panuntunan ang ilang gamot sa aming plano na naglilimita sa paggamit ng mga ito. Sa ilang sitwasyon, mainam na ikaw o ang iyong doktor ay humiling sa amin ng pagbubukod.

May mga bagay na maaari mong gawin kung hindi namin sakop ang isang gamot sa paraang gusto mong sakupin namin ito.

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply

Sa ilang sitwasyon, maaari ka naming bigyan ng pansamantalang supply ng gamot kapag wala ang gamot sa aming Listahan ng Gamot o limitado ito sa anumang paraan. Magbibigay ito sa iyo ng panahon upang kausapin ang iyong provider tungkol sa pagkuha ng ibang gamot o upang hilingin sa amin na sakupin ang gamot.

Upang makakuha ng pansamantalang supply ng gamot, dapat mong matugunan ang dalawang panuntunan sa ibaba:

1. Ang gamot na iniinom mo ay:
 - Wala na sa aming Listahan ng Gamot o
 - Hindi kailanman naging kabilang sa aming Listahan ng Gamot o
 - Limitado na ngayon sa anumang paraan.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

2. Ikaw ay dapat na nasa isa sa mga sitwasyong ito:

- Kabilang ka sa aming plano noong nakaraang taon.
 - Sinasakop namin ang pansamantalang supply ng iyong gamot **sa unang 90 araw ng taon ng kalendaryo.**
 - Ang pansamantalang supply na ito ay hanggang 30 araw.
 - Kung nakasulat ang iyong reseta para sa mas kaunting araw, pinapayagan namin ang maraming pag-refill upang magbigay ng hanggang maximum na pang-30 araw na gamot. Dapat mong kunin ang reseta sa isang parmasya na nasa network.
 - Maaaring ibigay ng mga parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga ang iyong inireresetang gamot nang paunti-unti upang maiwasan ang pagkasayang.
- Bago ka lang sa aming plano.
 - Sinasakop namin ang pansamantalang supply ng iyong gamot sa unang 90 araw ng iyong membership sa aming plano.
 - Ang pansamantalang supply na ito ay hanggang 30 araw.
 - Kung nakasulat ang iyong reseta para sa mas kaunting araw, pinapayagan namin ang maraming pag-refill upang magbigay ng hanggang maximum na pang-30 araw na gamot. Dapat mong kunin ang reseta sa isang parmasya na nasa network.
 - Maaaring ibigay ng mga parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga ang iyong inireresetang gamot nang paunti-unti upang maiwasan ang pagkasayang.
- Ikaw ay kabilang sa aming plano nang mahigit 90 araw, nakatira sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, at nangangailangan ng supply sa lalong madaling panahon.
 - Sakop namin ang isang pang-31 araw na supply, o mas kaunti kung nakasulat ang iyong reseta para sa mas kaunting araw. Dagdag ito sa pansamantalang supply sa itaas.

- Kung papasok o pinalabas ka mula sa ospital, pasilidad ng sanay na pag-aalaga, o pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga at pinapunta sa ibang setting ng pangangalaga o sa bahay, ito ang tinatawag na pagbabago ng antas ng pangangalaga. Kapag nagbago ang iyong antas ng pangangalaga, maaaring mangailangan ka ng karagdagang pampuno sa iyong gamot. Sa pangkalahatan ay sinasakop namin ang hanggang pang-isang buwang supply ng iyong mga gamot sa Bahagi D sa panahong ito ng paglipat ng antas ng pangangalaga kahit pa wala ang gamot sa aming Listahan ng Gamot.

D2. Paghingi ng pansamantalang supply

Upang humiling ng pansamantalang supply ng gamot, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kapag nakakuha ka ng pansamantalang supply ng gamot, makipag-usap sa iyong provider sa lalong madaling panahon upang magdesisyon tungkol sa kung ano ang dapat gawin kapag naubos na ang iyong supply. Narito ang mga opsyon mo:

- Lumipat sa ibang gamot.

Maaaring may sakop na gamot ang aming plano na naaangkop sa iyo. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang humiling ng listahan ng mga sinasakop naming gamot na kayang gamutin ang parehong medikal na kondisyon. Maaaring makatulong ang listahan sa iyong provider na maghanap ng sakop na gamot na posibleng gumana para sa iyo.

O

- Humiling ng pagbubukod.

Ikaw at ang iyong provider at maaaring humiling sa amin na gumawa ng pagbubukod. Halimbawa, maaari mong hilingin sa amin na sakupin ang isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o hilingin sa amin na sakupin ang gamot nang walang limitasyon. Kung sasabihin ng iyong provider na mayroon kang naaangkop na medikal na dahilan para sa pagbubukod, matutulungan ka nilang humiling nito.

D3. Paghiling ng pagbubukod

Kung ang gamot na ginagamit mo ay aalisin sa aming Listahan ng Gamot o lilimitahan sa anumang paraan sa susunod na taon, bibigyang-daan ka namin na humiling ng pagbubukod bago ang susunod na taon.

- Sasabihin namin sa iyo ang tungkol sa anumang pagbabago sa coverage para sa iyong gamot para sa susunod na taon. Hilingin sa amin na gumawa ng pagbubukod at sakupin ang gamot para sa susunod na taon sa paraang gusto mo.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Sasagutin namin ang iyong kahilingan sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan (o ang pansuportang pahayag ng iyong tagareseta).

Para matuto pa tungkol sa paghiling ng pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung kailangan mo tulong sa paghiling ng pagbubukod, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

E. Mga pagbabago sa coverage para sa iyong mga gamot

Ang karamihan sa mga pagbabago sa coverage ng gamot ay nangyayari tuwing Enero 1, ngunit maaari kaming magdagdag o mag-alis ng mga gamot sa aming Listahan ng Gamot sa buong taon. Maaari din naming baguhin ang aming mga panuntunan tungkol sa mga gamot. Halimbawa, maaari naming:

- Pagpasyahan kung kakailanganin namin o hindi ng paunang pag-apruba (PA) para sa isang gamot (pahintulot mula sa amin bago mo makuha ang isang gamot).
- Dagdagan o baguhin ang dami ng gamot na puwede mong makuha (mga limitasyon sa dami).
- Dagdagan o baguhin ang mga paghihigpit sa step therapy sa isang gamot (dapat mo munang subukan ang isang gamot bago namin sakupin ang iba pang gamot).

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga panuntunang ito sa mga gamot, sumangguni sa **Seksyon C**.

Kung gumagamit ka ng gamot na sakop namin sa **simula** ng taon, karaniwang hindi namin aalisin o babaguhin ang coverage ng gamot na iyon **sa loob ng natitirang bahagi ng taon na iyon** maliban kung:

- Magkakaroon ng bago at mas murang generic na gamot sa merkado na kasing bisa ng gamot na nasa aming Listahan ng Gamot ngayon, **o**
- Nalaman namin na hindi ligtas ang isang gamot, **o**
- Inalis mula sa merkado ang isang gamot.

Para makakuha ng higit pang impormasyon sa kung ano ang nangyayari kapag nagbabago ang aming Listahan ng Gamot, anumang oras ay maaari mong:

- Tingnan ang aming kasalukuyang Listahan ng Gamot online sa **kp.org/seniorrx** o
- Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro para tingnan ang aming kasalukuyang Listahan ng Gamot.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Nangyayari **kaagad** ang ilang pagbabago sa aming Listahan ng Gamot. Halimbawa:

- **May bagong generic na gamot na naging available.** Minsan, nagkakaroon ng bagong generic na gamot sa merkado na kasing bisa ng branded na gamot na nasa aming Listahan ng Gamot ngayon. Kapag nangyari iyon, maaaring alisin namin ang branded na gamot at ilagay ang bagong generic na gamot, ngunit hindi magbabago ang gastos mo para sa bagong gamot o di kaya'y magiging mas mababa ito.

Kapag idinagdag namin ang bagong generic na gamot, posible ring magpasya kami na panatilihin ang branded na gamot sa listahan pero baguhin ang mga panuntunan o limitasyon nito sa coverage.

- Maaaring hindi ka namin sabihan bago namin gawin ang pagbabagong ito, ngunit papadalhan ka namin ng impormasyon tungkol sa partikular na pagbabagong ginawa namin kapag nagawa na ito.
- Ikaw o ang iyong provider ay puwedeng humiling ng “pagbubukod” mula sa mga pagbabagong ito. Papadalhan ka namin ng abiso na naglalaman ng mga hakbang na maaari mong gawin upang humiling ng pagbubukod. Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 9** ng **Handbook ng Miyembro** na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga pagbubukod.
- **Inalis mula sa merkado ang isang gamot.** Kung sasabihin ng FDA na hindi ligtas ang gamot na iniinom mo o aalisin ng manufacturer ang gamot sa merkado, aalisin namin ito sa aming Listahan ng Gamot. Kung iniinom mo ang gamot, sasabihan ka namin. Malalaman din ng iyong tagareseta ang tungkol sa pagbabagong ito, at maaari siyang makipagtulungan sa iyo upang humanap ng ibang gamot para sa iyong kondisyon.

Maaaring gumawa kami ng iba pang pagbabago na nakakaapekto sa mga gamot na ginagamit mo. Sasabihan ka namin nang maaga tungkol sa iba pang pagbabagong ito sa aming Listahan ng Gamot. Maaaring mangyari ang mga pagbabagong ito kung:

- Magbibigay ang FDA ng bagong patnubay o may mga bagong klinikal na patnubay tungkol sa isang gamot.
- Magdadagdag kami ng generic na gamot na hindi bago sa merkado **at**
 - Magpapalit ng *branded* na gamot na kasalukuyang nasa aming Listahan ng Gamot o
 - Babaguhin ang mga panuntunan o limitasyon sa coverage para sa branded na gamot.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kapag nangyari ang mga pagbabagong ito:

- Sasabihan ka namin sa loob ng hindi bababa sa 30 araw bago namin gawin ang pagbabago sa aming Listahan ng Gamot o
- Ipapaalam namin sa iyo ito at bibigyan ka namin ng pang-30 araw na supply ng gamot pagkatapos mong humiling ng refill.

Makapagbibigay ito sa iyo ng panahon upang makipag-usap sa iyong doktor o iba pang tagareseta. Matutulungan ka nila na magpasya:

- Kung mayroong katulad na gamot sa aming Listahan ng Gamot na puwede mong gamitin kapalit nito o
- Kung dapat kang humiling ng eksepsyon mula sa mga pagbabagong ito. Para matuto pa tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

Maaaring gumawa kami ng mga pagbabago sa mga gamot na hindi nakakaapekto sa iyo ngayon. Para sa mga ganoong pagbabago, kung gumagamit ka ng gamot na sakop namin sa **simula** ng taon, karaniwang hindi namin inaalis o binabago ang coverage sa gamot na iyon **sa loob ng natitirang bahagi ng taon na iyon.**

- Halimbawa, kung aalisin o lilimitahan namin ang paggamit ng gamot na ginagamit mo, hindi maaapektuhan ng pagbabago ang iyong paggamit ng gamot para sa natitirang bahagi ng taon.

F. Coverage sa gamot sa mga espesyal na sitwasyon

F1. Sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga para sa pananatili na sakop ng aming plano

Kung na-admit ka sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga para sa pananatili na sakop ng aming plano, sa pangkalahatan ay sinasakop namin ang gastos sa iyong mga inireresetang gamot sa panahon ng iyong pananatili. Hindi ka magbabayad ng copay. Kapag umalis ka na sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga, sasakupin namin ang iyong mga gamot sa kondisyong natutugunan ng mga gamot ang lahat ng aming mga panuntunan sa coverage.

Upang matuto pa tungkol sa coverage sa gamot at ibinabayad mo, sumangguni sa **Kabanata 6 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

F2. Sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga

Kadalasan, ang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tulad ng pasilidad ng pag-aalaga, ay may sariling parmasya o parmasya na nagsu-supply ng mga gamot para sa lahat ng kanilang residente. Kung nakatira ka sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, maaari mong kunin ang iyong mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng parmasya ng pasilidad kung bahagi ito ng aming network.

Tingnan ang iyong **Direktoryo ng Provider at Parmasya** para malaman kung bahagi ng aming network ang parmasya ng iyong pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga. Kung hindi o kung kailangan mo ng higit pang impormasyon, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

F3. Sa programa ng hospice na sertipikado ng Medicare

Ang mga gamot ay hindi kailanman sakop ng hospice at aming plano nang magkasabay.

- Maaaring nakatala ka sa isang hospice ng Medicare at nangangailangan ka ng gamot para sa pananakit, pagduduwal, pampadumi, o pagkabalisa na hindi sakop ng iyong hospice dahil ito nauugnay sa iyong terminal na prognosis at mga kondisyon. Sa ganoong sitwasyon, bago namin maaaring sakupin ang gamot ay dapat na makatanggap ang aming plan ng abiso mula sa tagareseta o iyong provider ng hospice na hindi nauugnay ang gamot.
- Upang maiwasan ang mga pagkaantala sa anumang hindi nauugnay na gamot na dapat na sakupin ng aming plano, maaari mong tanugin ang iyong provider ng hospice o tagareseta upang matiyak na natanggap namin ang abiso na ang gamot ay hindi nauugnay bago mo hilingin sa parmasya na punuin ang iyong reseta.

Kung aalis ka sa hospice, sasakupin ng aming plano ang lahat ng iyong gamot. Para maiwasan ang anumang pagkaantala sa parmasta kapag natapos na ang iyong benepisyo ng hospice sa Medicare, dalhin ang dokumentasyon sa parmasya upang i-verify na umalis ka na sa hospice.

Sumangguni sa mga naunang bahagi ng kabanatang ito na nagsasabi sa iyo ng tungkol sa mga gamot na sinasakop ng aming plano. Sumangguni sa **Kabanata 4 ng Handbook ng Miyembro** na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa benepisyo ng hospice.

G. Mga Programa sa kaligtasan ng gamot at pamamahala ng mga gamot

G1. Mga programa na makakatulong sa iyo na gumamit ng mga gamot sa ligtas na paraan

Sa tuwing nagpupuno ka ng reseta, naghahanap kami ng mga posibleng problema, tulad ng mga pagkakamali sa gamot o mga gamot na:

- Maaaring hindi kailangan dahil umiinom ka ng ibang gamot na ganoon din ang ginagawa.
- Maaaring hindi ligtas para sa iyong edad o kasarian.
- Maaaring magdulot ng pinsala sa iyo kung ginagamit mo ang mga ito nang sabay.
- May mga sangkap kung saan ka allergic o posibleng allergic.
- May mga mapanganib na dami ng mga opioid na gamot sa pananakit.

Kung may makikita kaming posibleng problema sa iyong paggamit ng mga inireresetang gamot, makikipagtulungan kami sa iyong provider upang itama ang problema.

G2. Mga programa na makakatulong sa iyo na pamahalaan ang iyong mga gamot

Ang aming plano ay may programa para matulungan ang mga miyembro na may mga kumplikadong pangangailangan sa kalusugan. Sa mga ganoong sitwasyon, maaaring maging kwalipikado ka na tumanggap ng mga serbisyo, nang wala kang binabayaran, sa pamamagitan ng programa sa pamamahala ng therapy sa pamamagitan ng gamot (MTM). Ang programang ito ay boluntaryo at libre. Nakakatulong ang programang ito sa iyo at sa iyong provider na tiyaking gumagana ang iyong mga gamot upang pabutihin ang iyong kalusugan. Kung kwalipikado ka sa programa, bibigyan ka ng pharmacist o iba pang propesyonal sa kalusugan ng komprehensibong pagsusuri ng lahat ng iyong gamot at kakausapin ka nila tungkol sa:

- Kung paano masulit ang mga gamot na ginagamit mo.
- Anumang alalahanin na mayroon ka, tulad ng mga halaga ng gamot at mga reaksyon sa gamot.
- Pinakamainam na paraan ng pag-inom sa iyong mga gamot.
- Anumang tanong tungkol o problema na mayroon ka tungkol sa reseta sa iyo at over-the-counter na gamot.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Pagkatapos ay bibigyan ka nila ng:

- Nakasulat na buod ng talakayang ito. Naglalaman ang buod ng plano ng aksyon para sa gamot na nagrerekomenda ng maaari mong gawin para sa pinakamainam na paggamit sa iyong mga gamot.
- Personal na listahan ng gamot na naglalaman ng lahat ng gamot na ginagamit mo, kung gaano karami ang iniinom mo, at kung kailan at bakit mo ginagamit ang mga ito.
- Impormasyon tungkol sa ligtas na pagtatapon ng mga kontroladong substance na inireresetang gamot.

Magandang ideya na makipag-usap sa iyong doktor tungkol sa iyong plano sa pagkilos at listahan ng gamot.

- Dalhin ang iyong plano ng aksyon at listahan ng gamot sa iyong pagbisita sa tuwing makikipag-usap ka sa iyong mga doktor, pharmacist, at iba pang provider ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
- Dalhin ang iyong listahan ng gamot kung pupunta ka sa ospital o emergency room.

Ang mga programa ng MTM ay boluntaryo at libre sa mga kwalipikadong miyembro. Kung mayroon kaming programa na naaangkop sa iyong mga pangangailangan, ie-enroll ka namin sa programa at ipapadala namin sa iyo ang impormasyon. Kung hindi mo gustong sumali sa programa, ipaalam sa amin, at maaari kang huminto sa paglahok anumang oras.

Kung mayroon kang mga tanong, tungkol sa mga programang ito, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

G3. Programa sa pamamahala sa gamot para sa ligtas na paggamit ng mga opioid na gamot

Mayroong programa ang aming plano na makakatulong sa mga miyembro na ligtas na magamit ang kanilang mga inireresetang opioid na gamot at iba pang gamot na madalas na ginagamit nang mali. Ang programang ito ay tinatawag na Programa sa Pamamahala sa Gamot (DMP).

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung gumagamit ka ng mga opioid na gamot na kinukuha mo mula sa maraming doktor o parmasya o kung nagkaroon ka ng overdose sa opioid kamakailan, posible naming kausapin ang iyong mga doktor para tiyaking tama at medikal na kinakailangan ang iyong paggamit ng mga opioid na gamot. Sa pakikipagtulungan sa iyong mga doktor, kung pagpapasyahan namin na hindi ligtas ang iyong paggamit ng mga iniresetang opioid o benzodiazepine na gamot, maaari naming limitahan kung paano mo makukuha ang mga gamot na iyon. Maaaring kasama sa mga limitasyon ang:

- Pangangailangang kunin mo ang lahat ng mga inireseta para sa mga gamot na iyon mula sa ilang partikular na parmasya at/o mula sa ilang partikular na doktor.
- Paglimita sa dami ng mga gamot na sinasakop namin para sa iyo

Kung sa palagay namin ay may isa o higit pang limitasyon na dapat na ilapat sa iyo, papadalhan ka namin ng sulat nang maaga. Sasabihin sa iyo ng sulat kung lilimitahan namin ang coverage ng mga gamot na ito para sa iyo, o kung kakailanganin mong kunin ang mga reseta para sa mga gamot na ito mula lamang sa isang partikular na provider o parmasya.

Magkakaroon ka ng pagkakataon na sabihin sa amin kung aling mga doktor o parmasya ang mas gugustuhin mong gamitin at ang anumang impormasyon na sa palagay mo ay mahalagang malaman namin. Kung magpapasya kaming limitahan ang iyong coverage para sa mga gamot na ito pagkatapos mong magkaroon ng pagkakataong tumugon, papadalhan ka namin ng ibang sulat na kumukumpirma sa mga limitasyon.

Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, hindi ka sumasang-ayon na nasa panganib ka dahil sa maling paggamit ng inireresetang gamot, o hindi ka sumasang-ayon sa limitasyon, ikaw at ang iyong tagareseta ay maaaring maghain ng apela. Kung gagawa ka ng apela, susuriin namin ang iyong kaso at bibigyan ka namin ng desisyon. Kung patuloy naming tatanggihan ang anumang bahagi ng iyong apela na nauugnay sa mga limitasyon sa iyong access sa mga gamot na ito, awtomatiko naming ipapadala ang iyong kaso sa isang Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri (Independent Review Organization, IRO). (Para matuto pa tungkol sa mga apela at sa IRO, sumangguni sa **Kabanata 9** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.)

Maaaring hindi naaangkop sa iyo ang DMP kung ikaw ay:

- May ilang partikular na medikal na kondisyon, tulad ng kanser o sickle cell disease,
- Tumatanggap ng pangangalaga sa hospice, pangangalaga para sa pagpapaghinawa ng sakit, o pangangalaga sa katapusan ng buhay, o
- Nakatira sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa iyong mga inireresetang gamot sa Medicare at Medi-Cal

Panimula

Ipinapakita sa iyo ng kabanatang ito kung ano ang binabayaran mo para sa mga outpatient na inireresetang gamot sa iyo. Ang ibig sabihin namin sa “mga gamot” ay:

- Mga Medicare Part D na inireresetang gamot, at
- Mga gamot at item na sinasakop sa ilalim ng Medi-Cal Rx, at
- Mga gamot at item na sinasakop ng aming plano bilang mga karagdagang benepisyo.
- Dahil kwalipikado ka para sa Medi-Cal, makakakuha ka ng “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare upang tulungan kang magbayad para sa iyong mga Medicare Part D na inireresetang gamot. Magpadala kami sa iyo ng hiwalay na insert na tinatawag na **Rider ng Katunayan ng Pagsakop para sa Mga Taong Nakakatanggap ng Karagdagang Tulong para sa Pagbabayad ng Mga Inireresetang Gamot** (na tinatawag ding “Rider ng Subsidya para sa May Mababang Kita” o “LIS Rider”), na nagpapaalam sa iyo ng iyong mga coverage sa gamot. Kung wala ka ng insert na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro at humingi ng “LIS Rider.”

Ang **Karagdagang Tulong** ay isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may mga limitadong kita at resource na mabawasan ang mga gastos sa Medicare Part D na inireresetang gamot, tulad ng mga premium, deductible, at copay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Subsidya para sa May Mababang Kita,” o “LIS.”

Ang iba pang pangunahing termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay nakalista nang naaayon sa pagkakasunod-sunod ng letra sa huling kabanata ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Para matuto pa tungkol sa mga inireresetang gamot, maaari kang maghanap sa mga lugar na ito:

- Aming Listahan ng Mga Sakop na Gamot.
 - Tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot.” Ipinapakita nito sa iyo ang:
 - Kung aling mga gamot ang binabayaran namin.
 - Kung may anumang limitasyon sa mga gamot.
 - Kung kailangan mo ng kopya ng aming Listahan ng Gamot, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Mahahanap mo rin ang pinakabagong kopya ng aming Listahan ng Gamot sa aming website sa **kp.org/seniorrx**.
 - Ang karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha mo sa parmasya ay sakop ng aming plano. Ang iba pang gamot, tulad ng mga gamot na over-the-counter (OTC) at ilang partikular na vitamins, ay maaaring sakop ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (**medi-calrx.dhcs.ca.gov/**) para sa higit pang impormasyon. Maaari ka ring tumawag sa Sentro ng Serbisyo sa Customer ng Medi-Cal Rx sa **1-800-977-2273**. Mangyaring dalhin ang iyong Identification Card ng Benepisyaryo (BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.
- Kabanata 5 ng Handbook ng Miyembro na ito.
 - Ipinapakita nito kung paano kunin ang mga outpatient na iniresetang gamot sa iyo sa pamamagitan ng aming plano.
 - Naglalaman ito ng mga panuntunan na dapat mong sundin. Isinasaad din dito kung aling mga uri ng mga inireresetang gamot ang hindi sakop ng aming plano.
 - Kapag ginamit mo ang “Real Time Benefit Tool” ng plano para maghanap ng coverage sa gamot (sumangguni sa **Kabanata 5, Seksyon B2**), ang ipinapakitang halaga ay ibinibigay nang “real time”, ibig sabihin, ang halagang ipinapakita sa tool ay sumasalamin sa partikular na sandali para makapagbigay ng pagtatantya ng gastos na mula sa sariling bulsa na inaasahang babayaran mo. Maaari mong tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang impormasyon.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Aming Direktoryo ng Provider at Parmasya.
 - Sa karamihan ng mga sitwasyon, dapat kang gumamit ng parmasya na nasa network para kunin ang iyong mga sakop na gamot. Ang mga parmasya na nasa network ay mga parmasya na sumang-ayon na makipagtulungan sa amin.
 - Nakalista sa **Direktoryo ng Provider at Parmasya** ang aming mga parmasya na nasa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng **Handbook ng Miyembro** na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga parmasya na nasa network.

Kabanata 6 Talaan ng Mga Nilalaman

A.	Ang Pagpapaliwanag ng Mga Benepisyo (EOB).....	210
B.	Paano subaybayan ang iyong mga gastos sa gamot.....	211
C.	Mga Yugto ng Pagbabayad sa Gamot para sa mga gamot sa Bahagi D ng Medicare	213
D.	Yugto 1: Ang Yugto ng Inisyal na Coverage	213
	D1. Ang iyong mga opsyon sa parmasya	214
	D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot.....	214
	D3. Ang binabayaran mo.....	214
	D4. Ang Pagtatapos ng Inisyal na Coverage na Yugto	215
E.	Yugto 2: Ang Catastrophic na Coverage na Yugto	216
F.	Gastos sa iyong gamot kung hindi aabot sa pang isang buwang supply ang inireseta ng doktor	216
G.	Tulong para sa pagbabahagi sa gastos sa reseta para sa mga taong may HIV/AIDS.....	217
	G1. Ang AIDS Drug Assistance Program (ADAP)	217
	G2. Kung hindi ka nakatala sa ADAP	217
	G3. Kung nakatala ka sa ADAP	217
H.	Mga Bakuna.....	218
	H1. Ano ang kailangan mong malaman bago ka magpabakuna	218
	H2. Ang binabayaran mo para sa pagpabakuna na sakop ng Bahagi D ng Medicare.....	218

A. Ang Pagpapaliwanag ng Mga Benepisyo (EOB)

Sinusubaybayan ng aming plano ang mga iniresetang gamot sa iyo. Dalawang uri ng mga gastos ang sinusubaybayan namin:

- Ang iyong **mga gastos na mula sa sariling bulsa**. Ito ang halaga ng pera na ibinabayad mo, o ng ibang tao sa ngalan mo, para sa mga inireseta sa iyo.
- Ang iyong **kabuuang halaga ng gamot**. Ito ang halaga ng pera na ibinabayad mo, o ng ibang tao sa ngalan mo, para sa mga inireseta sa iyo, pati na ang halaga na ibinabayad namin.

Kung kukuha ka ng mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano, papadalhan ka namin ng buod na tinatawag na **Paliwanag ng Mga Benepisyo**. Kung nakakuha ka na ng mga reseta nang isang beses o higit pa sa pamamagitan ng plano sa nakalipas na buwan, papadalhan ka namin ng **Paliwanag ng Mga Benepisyo**. Tinatawag namin itong EOB para paikliin. Ang EOB ay hindi isang bill. Ang EOB ay may higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom mo. Kasama sa EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwan**. Sinasabi ng buod kung anong mga inireresetang gamot ang nakuha mo para sa nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang gastos sa gamot, kung ano ang binayaran namin, at kung ano ang binayaran mo at ng ibang tao.
- **Year-to-date na impormasyon**. Ito ang iyong kabuuang gastos sa gamot at ang kabuuang pagbabayad na ginawa mula noong Enero 1.
- **Impormasyon sa presyo ng gamot**. Ito ang kabuuang presyo ng gamot at anumang pagbabago sa porsyento sa presyo ng gamot mula sa unang pagkuha.
- **Mga mas murang alternatibo**. Kapag available, lalabas ang mga ito sa buod sa ibaba ng iyong mga kasalukuyang gamot. Maaari mong kausapin ang iyong tagareseta upang matuto pa.

Nag-aalok kami ng coverage ng mga gamot na hindi sinasakop sa ilalim ng Medicare.

- Ang mga pagbabayad para sa mga gamot na ito ay hindi idaragdag sa iyong gastos na mula sa sariling bulsa.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Ang karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha mo sa parmasya ay sakop ng plano. Ang iba pang gamot, tulad ng ilang gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring sakupin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (**medi-calrx.dhcs.ca.gov/**) para sa higit pang impormasyon. Maaari mo ring tawagan ang serbisyo sa customer ng Medi-Cal sa **1-800-977-2273**. Mangyaring dalhin ang iyong identification card ng benepisyaryo (BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.
- Upang malaman kung aling mga gamot ang sinasakop ng aming plano, sumangguni sa aming Listahan ng Gamot.

B. Paano subaybayan ang iyong mga gastos sa gamot

Upang masubaybayan ang iyong mga gastos sa gamot at mga pagbabayad na ginagawa mo, ginagamit namin ang mga tala na nakukuha namin mula sa iyo at sa iyong parmasya. Narito kung paano mo kami matutulungan:

1. Gamitin ang iyong ID Card ng Miyembro.

Ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro sa tuwing kukuha ka ng reseta. Makakatulong sa amin ito na malaman kung anong mga reseta ang kinuha mo at kung magkano ang ibinayad mo.

2. Tiyaking mayroon kami ng impormasyong kailangan namin.

Bigyan kami ng mga kopya ng mga resibo para sa mga sakop na gamot na binayaran mo. Maaari mong hilingin sa amin na ibalik sa iyo ang bayad para sa aming bahagi sa gastos sa gamot.

Narito ang ilang pagkakataon kung kailan dapat mo kaming bigyan ng mga kopya ng iyong mga resibo:

- Kapag bumili ka ng sakop na gamot sa parmasya na nasa network sa espesyal na presyo o gamit ang discount card na hindi bahagi ng benepisyo ng aming plano.
- Kapag nagbayad ka ng copay para sa mga gamot na matatanggap mo sa ilalim ng programang tulong sa pasyente ng gumawa ng gamot
- Kapag bumili ka ng mga sakop na gamot sa parmasya na wala sa network.
- Kapag binayaran mo ang kabuuang presyo para sa mga sakop na gamot

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghiling sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi sa gastos sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

3. Ipadala sa amin ang impormasyon tungkol sa mga pagbabayad na ginawa ng iba para sa iyo.

Ang mga pagbabayad na ginawa ng ilang partikular na tao at organisasyon ay isasama rin sa iyong gastos na mula sa sariling bulsa. Halimbawa, ang mga pagbabayad na ginawa ng AIDS drug assistance program (ADAP), Indian Health Service, at karamihan ng mga charity ay kasama sa iyong gastos na mula sa sariling bulsa. Makakatulong ito sa iyo na maging kwalipikado para sa catastrophic na coverage. Kapag naabot mo na ang Yugto ng Catastrophic Coverage, babayaran ng aming plano ang lahat ng gastos ng iyong mga gamot sa Bahagi D ng Medicare para sa natitirang bahagi ng taon.

4. Tingnan ang mga EOB na ipapadala namin sa iyo.

Kapag nakatanggap ka ng EOB sa koreo, tiyaking kumpleto at wasto ito.

- **Nakikilala mo ba ang pangalan ng bawat parmasya?** Tingnan ang mga petsa. Kumuha ka ba ng mga gamot noong araw na iyon?
- **Nakuha mo ba ang mga nakalistang gamot?** Tumutugma ba ang mga ito sa mga nakalista sa mga resibo mo? Tumutugma ba ang mga gamot sa inireseta ng iyong doktor?

Para sa higit pang impormasyon, puwede kang tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Paano kung makakita ka ng mga pagkakamali sa buod na ito?

Kung may nakakalito o parang hindi tama sa EOB na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

Paano ang tungkol sa posibleng panloloko?

Kung nagpapakita ang buod na ito ng mga gamot na hindi mo iniinom o anupamang bagay na mukhang kahina-hinala para sa iyo, mangyaring makipag-ugnayan sa amin.

- Tawagan kami sa Mga Serbisyo sa Miyembro.
- O tawagan ang Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**. Maaari mong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
- Kung pinaghihinalaan mo na ang isang provider na tumatanggap ng Medi-Cal ay nakagawa ng panloloko, pag-aaksaya o pang-aabuso, karapatan mong iulat ito sa pamamagitan ng pagtawag sa kumpidensyal na walang bayad na numerong **1-800-822-6222**. Makikita ang iba pang paraan ng pag-uulat ng panloloko ng Medi-Cal sa: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

Kung sa palagay mo ay mayroong mali o nawawala, o kung mayroon kang anumang tanong, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Puwede mo ring piliing tingnan ang iyong **EOB** online sa halip na sa pamamagitan ng koreo. Pakibisita ang **kp.org/goinggreen** at mag-sign in para matuto pa tungkol sa pagpiling tingnan ang iyong **EOB** nang secure online. Itago ang mga EOB na ito. Mahahalagang rekord ang mga ito ng iyong mga gastusin sa gamot.

C. Mga Yugto ng Pagbabayad sa Gamot para sa mga gamot sa Bahagi D ng Medicare

May dalawang yugto ng pagbabayad para sa iyong coverage sa Bahagi D ng Medicare na inireresetang gamot sa ilalim ng aming plano. Nakadepende ang babayaran mo sa yugto na kinabibilangan mo kapag kumuha ka ng inireresetang gamot o nagpa-refill ka ng inireresetang gamot. Ito ang dalawang yugto:

Yugto 1: Yugto ng Unang Coverage	Yugto 2: Yugto ng Catastrophic na Coverage
<p>Sa yugtong ito, binabayaran namin ang porsyon ng halaga ng iyong mga gamot, at babayaran mo ang porsyon mo. Tinatawag na copay ang porsyon mo.</p> <p>Magsisimula ka sa yugtong ito sa oras na kunin mo ang iyong unang reseta ng taon.</p>	<p>Sa yugtong ito, babayaran namin ang lahat ng gastusin sa iyong mga gamot hanggang Disyembre 31, 2024.</p> <p>Magsisimula ka sa yugtong ito kapag nakapagbayad ka na ng partikular na halaga ng gastos na mula sa sariling bulsa.</p>

D. Yugto 1: Ang Yugto ng Inisyal na Coverage

Sa Inisyal na Coverage na Yugto, babayaran namin ang bahagi ng gastos sa iyong mga sakop na inireresetang gamot, at babayaran mo ang bahagi mo. Tinatawag na copay ang porsyon mo. Ang copay ay nakadepende sa tier ng pagbabahagi sa gastos na kinabibilangan ng gamot at kung saan mo ito kukunin.

Ang mga tier ng pagbabahagi ng gastos ay mga grupo ng mga gamot na may parehong copay. Ang bawat gamot sa Listahan ng Gamot ng aming plano ay nasa isa sa dalawang tier ng pagbabahagi sa gastos. Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang numero ng tier, mas mataas din ang copay. Upang mahanap ang mga tier ng pagbabahagi sa gastos para sa iyong mga gamot, sumangguni sa aming Listahan ng Gamot.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Ang mga Tier 1 at 2 na gamot ang may pinakamababang copay. Maaaring mga generic na gamot ang mga ito. Ang copay ay mula sa **\$0** hanggang **\$4.50**, depende sa iyong kita.
- Ang mga Tier 3, 4, at 5 na gamot ang may pinakamataas na copay. Ang mga ito ay branded o mga espesyal na gamot. Ang copay ay mula sa **\$0** hanggang **\$11.20**, depende sa iyong kita.

D1. Ang iyong mga opsyon sa parmasya

Ang babayaran mo para sa gamot ay nakadepende sa kung kukunin mo ito sa:

- Parmasya na nasa network o
- Parmasya na wala sa network.

Sa mga limitadong sitwasyon, sinasakop namin ang mga resetang pinuno sa mga parmasyang wala sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng **Handbook ng Miyembro** na ito upang malaman kung kailan namin ginagawa iyon.

Para matuto pa tungkol sa mga pagpipiliang ito, sumangguni sa **Kabanata 5** ng **Handbook ng Miyembro** na ito at sa aming **Direktoryo ng Provider at Parmasya**.

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot

Para sa ilang gamot, maaari kang kumuha ng pangmatagalang supply (tinatawag ding “extended na supply”) kapag nagpupuno ka ng inireseta sa iyo. Ang pangmatagalang supply ay hanggang pang-100 araw na supply. Ang halaga nito ay pareho ng pang-isang buwang supply.

Para sa mga detalye tungkol sa kung saan at paano makakakuha ng pangmatagalang supply ng gamot, sumangguni sa **Kabanata 5** ng **Handbook ng Miyembro** na ito o sa **Direktoryo ng Provider at Parmasya** ng aming plano.

D3. Ang binabayaran mo

Sa Inisyal na Coverage na Yugto, maaari kang magbayad ng copay sa tuwing kukuha ka ng reseta. Kung ang iyong sakop na gamot ay may halagang mas mababa sa copay, babayaran mo ang mas mababang presyo.

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro para malaman kung magkano ang iyong coinsurancepara sa anumang sakop na gamot.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Ang iyong bahagi sa gastos kapag kumuha ka ng pang-isang buwan o pangmatagalang supply ng sakop na inireresetang gamot mula sa:

	Isang parmasya sa network o ang serbisyo ng mail-order ng aming plano	Parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga na nasa network	Parmasya na wala sa network
	Hanggang pang-100 araw na supply	Hanggang pang-31 araw na supply	Hanggang pang-30 araw na supply. Limitado sa ilang partikular na sitwasyon ang coverage. Sumangguni sa Kabanata 5 ng Handbook ng Miyembro na ito para sa mga detalye.
Tier 1 ng Pagbabahagi ng gastos (mga generic na gamot)	\$0-\$4.50 bawat reseta , depende sa iyong antas ng Dagdag na Tulong		
Tier 2 na Pagbabahagi sa gastos (mga branded at espesyal na gamot)	\$0-\$11.20 bawat reseta , depende sa iyong antas ng Dagdag na Tulong		

Para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga parmasya ang makakapagbigay sa iyo ng mga pangmatagalang supply, sumangguni sa aming **Direktoryo ng Provider at Parmasya**.

D4. Ang Pagtatapos ng Inisyal na Coverage na Yugto

Matatapos ang Inisyal na Coverage na Yugto kapag ang iyong kabuuang gastos na mula sa sariling bulsa ay umabot sa **\$8,000**. Sa puntong iyon, magsisimula ang Catastrophic na Coverage na Yugto. Sakop namin ang lahat ng iyong gastos sa gamot mula sa panahong iyon hanggang sa katapusan ng taon.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Tinutulungan ka ng iyong EOB na masubaybayan kung magkano na ang naibayad mo para sa iyong mga gamot sa loob ng taon na iyon. Ipapaalam namin sa iyo kapag naabot mo na ang **\$8,000** na limitasyon. Maraming tao ang hindi umaabot dito sa loob ng isang taon.

E. Yugto 2: Ang Catastrophic na Coverage na Yugto

Kapag naabot mo ang limitasyon sa gastos na mula sa sariling bulsa na **\$8,000** para sa iyong mga inireresetang gamot, magsisimula ang Yugto ng Catastrophic na Coverage. Mananatili ka sa Yugto ng Catastrophic na Coverage hanggang sa katapusan ng taon ng kalendaryo. Sa yugtong ito, babayaran ng aming plano ang lahat ng gastos para sa iyong mga gamot sa Bahagi D ng Medicare.

F. Gastos sa iyong gamot kung hindi aabot sa pang isang buwang supply ang inireseta ng doktor

Kadalasan, magbabayad ka ng copay upang sakupin ang buong pang-isang buwang supply ng sakop na gamot. Gayunpaman, maaaring magreseta ang iyong doktor ng hindi aabot sa pang-isang buwang supply ng mga gamot.

- Maaaring magkaroon ng mga pagkakataon kung saan mainam na tanungin mo ang iyong doktor tungkol sa pagrereseta ng hindi aabot sa pang-isang buwang supply ng gamot (halimbawa, kapag sinusubukan mo ang isang gamot, na alam na nagdudulot ng mga malalang side effect, sa unang pagkakataon).
- Kung sasang-ayon ang iyong doktor, hindi ka magbabayad para sa buong pang-isang buwang supply para sa ilang partikular na gamot.

Kapag kumuha ka ng supply ng gamot na hindi aabot sa pang-isang buwan, ang halagang babayaran mo ay nakabatay sa kung pang-ilang araw ang gamot na kinuha mo. Kakalkulahin namin ang halaga na ibabayad mo kada araw para sa iyong gamot (ang “pang-araw-araw na rate ng bahagi sa gastos”) at imu-multiply ito sa kung para sa ilang araw ang gamot na kinuha mo.

- Narito ang isang halimbawa: Sabihin nating, ang copay para sa iyong gamot para sa buong pang-isang buwang supply (pang-30 araw na supply) ay \$1.35. Nangangahulugan ito na ang halagang babayaran mo para sa iyong gamot ay mas mababa sa \$0.05 kada araw. Kapag kumuha ka ng pang-7 araw na supply ng gamot, ang iyong ibabayad ay hindi hihigit sa \$.05 kada araw na imu-multiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayad na mas mababa sa \$0.35.
- Nagbibigay-daan sa iyo ang pang-araw-araw na bahagi sa gastos na matiyak na gumagana ang gamot sa iyo bago ka magbayad para sa buong pang-isang buwang supply.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Maaari mo ring hilingin sa iyong provider na magreseta ng hindi aabot sa pang-isang buwang supply ng gamot upang matulungan kang:
 - Mas mapagplanuhan kung kailan ire-refill ang iyong mga gamot,
 - Mapangasiwaan ang mga refill kasama ng iba pang gamot na ginagamit mo, **at**
 - Mabawasan ang pagpunta sa parmasya.

G. Tulong para sa pagbabahagi sa gastos sa reseta para sa mga taong may HIV/AIDS

G1. Ang AIDS Drug Assistance Program (ADAP)

Tinutulungan ng ADAP ang mga kwalipikadong indibidwal na namumuhay nang may HIV/AIDS na maka-access ng mga gamot sa HIV na nakakapagligtas ng buhay. Ang mga inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare para sa outpatient na sinasakop din ng ADAP ay kwalipikado para sa tulong sa bahagi sa gastos sa reseta sa pamamagitan ng Departamento ng Pamublikong Kalusugan ng California, Tanggapan ng AIDS para sa mga indibidwal na naka-enroll sa ADAP.

G2. Kung hindi ka nakatala sa ADAP

Para sa impormasyon tungkol sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado, mga sakop na gamot, o kung paano magpa-enroll sa program, tumawag sa **1-844-421-7050** o tingnan ang website ng ADAP sa

www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Kung nakatala ka sa ADAP

Maaaring patuloy na bigyan ng ADAP ang mga kliyente ng ADAP ng tulong sa paghahati sa gastusin sa reseta sa Bahagi D ng Medicare para sa mga gamot na nasa pormularyo ng ADAP. Upang matiyak na patuloy kang makakakuha ng tulong na ito, abisuhan ang iyong lokal na tauhan sa pagpapatala ng ADAP tungkol sa anumang pagbabago sa iyong pangalan o numero ng patakarang sa Bahagi D ng Medicare. Kung kailangan mo ng tulong sa paghahanap sa pinakamalapit na lugar ng pagpapatala at/o tauhan sa pagpapatala ng ADAP, tumawag sa **1-844-421-7050** o tingnan ang website na nakalista sa itaas.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

H. Mga Bakuna

Mahalagang Mensahe Tungkol sa Ano ang Binabayaran Mo para sa Mga Bakuna:

Itinuturing na mga medikal na benepisyo ang ilang bakuna. Ang iba pang bakuna ay itinuturing na mga gamot sa Bahagi D ng Medicare. Makikita mong nakalista ang mga bakunang ito sa **Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Pormularyo)** ng plano. Sinasakop ng aming plano ang karamihan sa mga bakuna ng Bahagi D ng Medicare nang wala kang kailangang bayaran. Sumangguni sa **Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Pormularyo)** ng aming plano o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa mga detalye ng coverage at bahagi sa gastos tungkol sa mga partikular na bakuna.

May dalawang bahagi sa aming coverage sa mga pagbabakuna sa Bahagi D ng Medicare:

1. Ang unang bahagi ng coverage ay para sa halaga ng bakuna mismo. Ang bakuna ay isang inireresetang gamot.
2. Ang pangalawang bahagi ng coverage ay para sa halaga ng **pagbibigay sa iyo ng bakuna**. Halimbawa, minsan, maaari mong tanggapin ang bakuna bilang isang iniksyon na ibibigay sa iyo ng iyong doktor.

H1. Ano ang kailangan mong malaman bago ka magpabakuna

Inirerekomenda namin na tumawag ka sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung plano mong magpabakuna.

- Masasabi namin sa iyo kung paano sinasaklaw ng aming plano ang iyong pagbabakuna.
- Maaari naming sabihin sa iyo kung paano mapapanatiling maliit ang iyong gastos sa pamamagitan ng paggamit ng mga parmasya at provider na nasa network.
- Kung hindi ka makakagamit ng provider at parmasya na nasa network, masasabi namin sa iyo kung ano ang kailangan mong gawin upang hilingin sa amin na ibalik sa iyo ang bayad para sa aming bahagi sa gastos.

H2. Ang binabayaran mo para sa pagbabakuna na sakop ng Bahagi D ng Medicare

Ang binabayaran mo para sa pagbabakuna ay nakabatay sa uri ng bakuna (kung para saan ka binabakunahan).

- May ilang bakuna na itinuturing na mga benepisyo sa kalusugan sa halip na mga gamot. Sinasakop ang mga bakuna nang wala kang babayaran. Upang matuto pa tungkol sa coverage ng mga bakunang ito, sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Ang iba pang bakuna ay itinuturing na mga gamot sa Bahagi D ng Medicare. Mahahanap mo ang mga bakunang ito sa Listahan ng Gamot ng aming plano. Maaaring kailanganin mong magbayad ng copay para sa mga bakuna sa Bahagi D ng Medicare. Kung inirerekomenda ng organisasyong tinatawag na **Advisory Committee or Immunization Practices (ACIP)** ang bakuna para sa mga nasa hustong gulang, hindi mo babayaran ang bakuna.

Narito ang tatlong karaniwang paraan kung paano ka makakakuha ng pagbabakuna sa Bahagi D ng Medicare.

1. Kukunin mo ang bakuna sa Bahagi D ng Medicare at ang iyong shot sa isang parmasya na nasa network.

- Para sa karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D para sa nasa hustong gulang, wala kang babayaran.
- Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, magbabayad ka ng copay para sa bakuna.

2. Kukunin mo ang bakuna sa Bahagi D ng Medicare sa opisina ng iyong doktor, at ang iyong doktor ang magbibigay sa iyo ng shot.

- Magbabayad ka ng copay sa doktor para sa bakuna.
- Binabayaran ng aming plano ang halaga ng pagbibigay sa iyo ng shot.
- Dapat tawagan ng opisina ng doktor ang aming plano sa sitwasyong ito upang matiyak namin na alam nila na kailangan mo lamang magbayad ng copay para sa bakuna.

3. Kukunin mo ang gamot na bakuna sa Bahagi D ng Medicare sa isang parmasya, at dadalhin mo ito sa tanggapan ng iyong doktor para sa turok.

- Para sa karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D para sa nasa hustong gulang, wala kang babayaran para sa mismong bakuna.
- Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, magbabayad ka ng copay para sa bakuna.
- Binabayaran ng aming plano ang halaga ng pagbibigay sa iyo ng shot.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bill na natanggap mo para sa mga sakop na serbisyo o gamot

Panimula

Ipinapakita sa iyo ng kabanatang ito kung paano at kailan magpapadala sa amin ng bill upang humiling ng bayad. Sinasabi din nito sa iyo kung paano maghain ng apela kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon sa coverage. Makikita ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kabanata 7 Talaan ng Mga Nilalaman

A. Paghiling sa amin na magbayad para sa iyong mga serbisyo o gamot	221
B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa bayad.....	225
C. Mga desisyon sa coverage	227
D. Mga Apela.....	228

A. Paghiling sa amin na magbayad para sa iyong mga serbisyo o gamot

Kung makakatanggap ka ng bill para sa buong halaga ng pangangalagang pangkalusugan o gamot, huwag bayaran ang bill at ipadala ito sa amin.

Upang magpadala sa amin ng bill, sumangguni sa **Seksyon B**.

- Kung sakop namin ang mga serbisyo o gamot, direkta naming babayaran ang provider.
- Kung sakop namin ang mga serbisyo o gamot at nagbayad ka na nang mahigit sa iyong bahagi sa gastos, karapatan mong maibalik sa iyo ang ibinayad mo.
 - Kung nagbayad ka para sa mga serbisyong sakop ng Medicare, babayaran ka namin.
- Kung nagbayad ka para sa mga serbisyo ng Medi-Cal na natanggap mo na, posibleng maging kwalipikado ka para sa ma-reimburse (mabayaran) kung natutugunan mo ang lahat ng sumusunod na kondisyon:
 - Ang serbisyong natanggap mo ay isang sakop na serbisyo ng Medi-Cal na dapat naming bayaran. Hindi ka namin ire-reimburse para sa isang serbisyong hindi sakop ng aming plano.
 - Natanggap mo ang sakop na serbisyo pagkatapos mong maging kwalipikadong miyembro ng Senior Advantage Medicare Medi-Cal.
 - Hinihiling mong bayaran ka sa loob ng isang taon mula sa petsa kung kailan mo natanggap ang sakop na serbisyo.
 - Magbibigay ka ng patunay na binayaran mo ang sakop na serbisyo, gaya ng detalyadong resibo mula sa provider.
 - Natanggap mo ang sakop na serbisyo mula sa isang naka-enroll na provider ng Medi-Cal sa aming network. Hindi mo kailangang matugunan ang kondisyong ito kung nakatanggap ka ng pangangalagang pang-emergency, mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, o iba pang serbisyo na pinapayagan ng Medi-Cal na manggaling sa mga provider na wala sa network nang walang paunang pag-apruba (paunang pahintulot).
- Kung karaniwang nangangailangan ng paunang pag-apruba (paunang pahintulot) ang sakop na serbisyo, kailangan mong magbigay ng patunay mula sa provider na nagpapakita ng medikal na pangangailangan para sa sakop na serbisyo.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Sasabihin namin sa iyo kung ire-reimburse ka nila sa isang sulat na tinatawag na Abiso ng Pagkilos. Kung matutugunan mo ang lahat ng kondisyon sa itaas, dapat bayaran ka ng provider na naka-enroll sa Medi-Cal para sa buong halagang binayaran mo. Kung tatanggi ang provider na bayaran ka, babayaran ka ng aming plano para sa buong halagang binayaran mo. Ire-reimburse ka namin sa loob ng 45 araw ng trabaho pagkatapos matanggap ang claim. Kung naka-enroll ang provider sa Medi-Cal, pero wala ito sa aming network at tatanggi itong bayaran ka, babayaran ka ng aming plano, pero hanggang sa halaga lang na babayaran ng FFS Medi-Cal. Babayaran ka namin para sa buong halaga ng gastos na mula sa sariling bulsa para sa mga serbisyong pang-emergency, mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya, o iba pang serbisyo na pinapayagan ng Medi-Cal na ibigay ng mga provider na wala sa network nang walang paunang pag-apruba. Kung hindi mo matutugunan ang isa sa mga kondisyon sa itaas, hindi ka namin babayaran.
- Hindi ka namin babayaran kung:
 - Humiling at tumanggap ka ng mga serbisyong hindi sakop ng Medi-Cal, gaya ng mga serbisyo sa pagpapaganda.
 - Ang serbisyo ay hindi sakop na serbisyo sa ilalim ng Senior Advantage Medicare Medi-Cal.
 - Pumunta ka sa isang doktor na hindi tumatanggp ng Medi-Cal at lumagda ka sa isang form na nagsasabing gusto mo pa ring magpatingin at ikaw mismo ang magbabayad para sa mga serbisyo.
- Kung hindi namin sakop ang mga serbisyo o gamot, sasabihin namin sa iyo.

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung mayroon kang anumang tanong. Kung hindi mo alam kung magkano dapat ang ibinayad mo, o kung makakatanggap ka ng bill at hindi mo alam kung ano ang gagawin doon, makakatulong kami. Maaari ka ring tumawag kung gusto mong magsabi sa amin ng impormasyon tungkol sa kahilingan para sa bayad na naipadala mo na sa amin.

Narito ang mga halimbawa ng mga sitwasyon kung kailan maaaring kailanganin mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo o bayaran ang bill na natanggap mo:

1. Kapag kumuha ka ng pangangalagang pangkalusugan na pang-emergency o agarang kinakailangan mula sa isang provider na wala sa network

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Hilingin sa provider na singilin kami.

- Kung binayaran mo ang buong halaga noong tinanggap mo ang pangangalaga, hilingin sa amin na ibalik sa iyo ang bayad para sa aming bahagi sa gastos. Ipadala sa amin ang bill at katibayan ng anumang pagbabayad na ginawa mo.
- Maaari kang makatanggap ng bill mula sa provider na humihiling sa iyo ng bayad na sa palagay mo ay hindi mo dapat bayaran. Ipadala sa amin ang bill at katibayan ng anumang pagbabayad na ginawa mo.
 - Kung dapat na bayaran ang provider, direkta naming babayaran ang provider.
 - Kung nagbayad ka na nang mahigit sa iyong bahagi sa gastos para sa serbisyo ng Medicare, aalamin namin kung magkano ang dapat na binayaran mo at ibalik namin sa iyo ang aming bahagi sa gastos.

2. Kapag pinadalhan ka ng bill ng provider na nasa network

Kami dapat ang sisingilin ng mga provider na nasa network sa lahat ng pagkakataon. Mahalagang ipakita mo ang iyong ID Card ng Miyembro kapag kumukuha ka ng anumang serbisyo o mga reseta. Pero kung minsan, nagkakamali sila at hinihiling sa iyong bayaran mo ang iyong mga serbisyo o higit pa sa iyong bahagi sa mga gastos.

Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito **kung makakatanggap ka ng anumang bill.**

- Bilang isang miyembro ng plano, babayaran mo lang ang copay kapag tumanggap ka ng mga serbisyo na sakop namin. Hindi namin pinapayagan ang mga provider na singilin ka nang higit pa sa halagang ito. Totoo ito kahit na babayaran namin ang provider nang mas maliit kaysa sa siningil ng provider para sa isang serbisyo. Kahit pa magdesisyon kami na hindi magbayad para sa ilang singil, hindi mo pa rin sila kailangang bayaran.
- Kapag nakatanggap ka ng bill mula sa provider na nasa network na sa palagay mo ay higit pa sa dapat mong bayaran, ipadala sa amin ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aayusin ang problema.
- Kung binayaran mo na ang isang bill mula sa isang provider na nasa network para sa mga serbisyong sakop ng Medicare, pero sa tingin mo ay sobra ang binayaran mo, ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo. Ibalik namin sa iyo ang bayad para sa sobra sa pagitan ng halagang ibinayad mo at halagang dapat na babayaran mo sa ilalim ng aming plano.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

3. Kung retroactive kang naka-enroll sa aming plano

Kung minsan, puwedeng maging retroactive ang pagpapa-enroll mo sa plano. (Ibig sabihin, lumipas na ang unang araw ng iyong pagpapa-enroll. Posibleng noong nakaraang taon pa ito.)

- Kung naka-enroll ka nang retroactive at nagbayad ka ng bill pagkatapos ng petsa ng pagpapa-enroll, puwede mong hilinging bayaran ka namin.
- Ipadala sa amin ang bill at katibayan ng anumang pagbabayad na ginawa mo.

4. Kapag gumamit ka ng parmasya na wala sa network upang kumuha ng reseta.

Kung gumamit ka ng parmasya na wala sa network, babayaran mo ang buong halaga ng iyong reseta.

- Sa ilang pagkakataon lang, sasakupin namin ang mga resetang pupunan sa mga parmasyang wala sa network. Padalhan kami ng kopya ng iyong resibo kapag hiniling mo sa amin na ibalik sa iyo ang bayad para sa aming bahagi sa gastos.
- Sumangguni sa **Kabanata 5** ng **Handbook ng Miyembro** na ito upang matuto pa tungkol sa mga parmasyang wala sa network.

5. Kapag binayaran mo ang buong halaga ng reseta sa Bahagi D ng Medicare dahil hindi mo dala ang iyong ID card ng plano

Kung hindi mo dala ang iyong ID Card ng Miyembro, puwede mong hilingin sa parmasya na tawagan kami o tingnan ang impormasyon ng iyong pagpapa-enroll sa plano.

- Kung hindi agad na makukuha ng parmasya ang impormasyon, posibleng kailanganin mong bayaran mismo ang buong halaga ng reseta o bumalik sa parmasya nang dala ang iyong ID Card ng Miyembro.
- Padalhan kami ng kopya ng iyong resibo kapag hiniling mo sa amin na ibalik sa iyo ang bayad para sa aming bahagi sa gastos.

6. Kapag binayaran mo ang buong halaga ng reseta sa Bahagi D ng Medicare para sa isang gamot na hindi sakop

Maaaring ikaw ang magbayad ng buong halaga ng reseta dahi hindi sakop ang gamot.

- Maaaring wala ang gamot sa aming **Listahan ng Mga Sakop na Gamot** (Listahan ng Gamot), sa aming website, o maaaring mayroon itong kinakailangan o paghihigpit na hindi mo alam o sa palagay mo ay hindi naaangkop sa iyo. Kung magpapasya kang kunin ang gamot, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Kung hindi mo babayaran ang gamot ngunit sa palagay mo ay dapat namin itong sakupin, maaari kang humiling ng desisyon sa coverage (sumangguni sa **Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito).
- Kung sa tingin mo at ng iyong doktor o ng iba pang tagareseta ay kailangan mo agad ang gamot (sa loob ng 24 na oras), puwede kang humiling ng mabilis na pasya sa coverage (sumangguni sa **Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro**) na ito.
- Padalhan kami ng kopya ng iyong resibo kapag hiniling mo sa amin na ibalik sa iyo ang bayad. Sa ilang sitwasyon, maaaring kailanganin naming kumuha ng higit pang impormasyon mula sa iyong doktor o iba pang tagaresera upang maibalik sa iyo ang bayad para sa aming bahagi sa gastos sa gamot.

Kapag nagpadala ka sa amin ng kahilingan para sa bayad, sinusuri namin ito at nagdedesisyon kami kung dapat na sakupin ang serbisyo o gamot. Tinatawag itong paggawa ng “desisyon sa coverage.” Kung magdedesisyon kami na dapat na sakupin ang serbisyo o gamot, magbabayad kami para sa aming bahagi sa gastos *nito*.

Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para sa pagbabayad, maaari mong iapela ang aming desisyon. Upang matuto kung paano maghain ng apela, sumangguni sa **Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa bayad

Maaari mong hilingin sa amin na ibalik sa iyo ang bayad sa pamamagitan ng pagpapadala sa amin ng kahilingan sa sulat sa. Kung magpapadala ka ng kahilingan sa pamamagitan ng sulat, ipadala ang iyong bill at dokumentasyon ng anumang pagbabayad na ginawa mo para sa mga serbisyo ng Medicare. Mainam din na gumawa ng kopya ng iyong bill at mga resibo para sa sarili mong mga rekord. **Dapat mong ipadala sa amin ang iyong claim sa loob ng 12 buwan (para sa mga medikal na claim sa Bahagi C) at sa loob ng 36 na buwan (para sa mga claim sa gamot sa Bahagi D) mula sa petsa nang matanggap mo ang serbisyo.**

Upang matiyak na maibibigay mo sa amin ang lahat ng impormasyong kailangan namin upang gumawa ng desisyon, maaari mong punan ang aming form para sa claim upang gawin ang iyong kahilingan para sa bayad. Hindi mo kailangang gamitin ang form, ngunit makakatulong ito sa amin na iproseso ang impormasyon nang mas mabilis. Maaari kang maghain ng claim upang humiling ng bayad sa pamamagitan ng:

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Pagkumpleto at pagsumite ng aming elektronikong form sa **kp.org** at pag-upload ng mga pansuportang dokumentasyon.
- Mag-download ng kopya ng form mula sa aming website (**kp.org**) o tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero ng telepono sa ibaba ng pahinang ito at hilingin sa kanila na ipadala sa iyo ang form. Ipadala ang kumpletong form sa pamamagitan ng koreo sa address ng aming Departamento ng Mga Claim na nakalista sa ibaba:
- Kung hindi mo nakuha ang form, maaari mong ihain ang iyong kahilingan para sa bayad sa pamamagitan ng pagpapadala sa amin ng sumusunod na impormasyon sa address ng aming Departamento ng Mga Claim na nakalista sa ibaba:
 - Isang pahayag kasama ang mga sumusunod na impormasyon:
 - Iyong pangalan (pangalan ng miyembro/pasyente) at numero ng medikal/pangkalusugan na rekord.
 - Petsa kung kailan mo natanggap ang mga serbisyo.
 - Lugar kung saan mo natanggap ang mga serbisyo.
 - Kung sino ang nagbigay ng mga serbisyo.
 - Bakit sa palagay mo ay dapat na magbayad kami para sa mga serbisyo.
 - Iyong lagda at petsa kung kailan nilagdaan. (Kung gusto mong ibang tao maliban sa iyo ang gumawa ng kahilingan, kakailanganin din namin ng kumpletong form na “Pagtatalaga ng Kinatawan,” na available sa **kp.org**.)
 - Kopya ng bill, iyong (mga) medikal na rekord para sa mga serbisyong ito, at iyong resibo kung nagbayad ka para sa mga serbisyo.

Ipadala ang iyong kahilingan para sa bayad kasama ng anumang bill o resibo sa address na ito:

- Ipadala sa amin sa address na ito ang iyong kahilingan para sa bayad sa medikal na pangangalaga kasama ng anumang bill o binayarang resibo:

Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Upang humiling ng pagbabayad ng gamot sa Bahagi D na inireseta ng provider na nasa network at nakuha mula sa parmasya na nasa network, sumulat sa address sa ibaba. Para sa lahat ng iba pang kahilingan sa Bahagi D, ipadala ang iyong kahilingan sa address sa itaas.

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung mayroon kang anumang tanong. Kung hindi mo alam kung magkano dapat ang ibinayad mo, o kung makakatanggap ka ng mga bill at hindi mo alam kung ano ang gagawin sa mga bill na iyon, makakatulong kami. Maaari ka ring tumawag kung gusto mong bigyan kami ng higit pang impormasyon tungkol sa kahilingan para sa bayad na naipadala mo na sa amin.

C. Mga desisyon sa coverage

Kapag natanggap namin ang iyong kahilingan para sa bayad, bubuo kami ng desisyon sa coverage. Nangangahulugan ito na pagdedesisyunan namin kung sakop ng aming plano ang iyong serbisyo, item, o gamot. Pagdedesisyunan din namin ang halaga, kung mayroon man, na dapat mong bayaran.

- Ipapaalam namin sa iyo kung kailangan namin ng higit pang impormasyon mula sa iyo.
- Kung mapagdedesisyunan namin na sakop ng aming plano ang serbisyo, item, o gamot at sinunod mo ang lahat ng panuntunan sa pagkuha nito, babayaran namin ang aming bahagi sa gastos para doon. Kung nagbayad ka na para sa serbisyo gamot, papadalhan ka namin ng tseke para sa aming bahagi sa gastos. Kung hindi ka pa nakakapagbayad, direkta naming babayaran ang provider.

Ipinapaliwanag sa Kabanata 3 ng Handbook ng Miyembro na ito ang mga panuntunan sa pagpapasakop sa iyong mga serbisyo. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 5 ng Handbook ng Miyembro** na ito ang mga panuntunan sa pagpapasakop sa iyong mga inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare.

- Kung magdedesisyon kami na huwag magbayad para sa aming bahagi sa gastos sa serbisyo o gamot, papadalhan ka namin ng sulat na nagsasaad ng mga dahilan. Ipapaliwanag din sa iyo ng sulat ang iyong karapatang maghain ng apela.
- Upang matuto pa tungkol sa mga desisyon sa coverage, sumangguni sa **Kabanata 9**.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

D. Mga Apela

Kung sa palagay mo ay nagkakamali kami sa pagtanggap sa iyong kahilingan para sa bayad, maaari mong hilingin sa amin na baguhin ang aming desisyon. Tinatawag itong “paggawa ng apela.” Maaari ka ring maghain ng apela kung hindi ka sumasang-ayon sa halagang binayaran namin.

May mga detalyadong pamamaraan at deadline ang proseso ng mga pormal na apela. Upang matuto pa tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng **Handbook ng Miyembro** na ito:

- Upang maghain ng apela ukol sa pagpapabalik ng bayad para sa serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Seksyon F**.
- Upang maghain ng apela ukol sa pagpapabalik ng bayad para sa gamot, sumangguni sa **Seksyon G**.

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

Panimula

Kabilang sa kabanatang ito ang iyong mga karapatan at responsibilidad bilang isang miyembro ng aming plano. Dapat naming kilalanin ang iyong mga karapatan. Makikita ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kabanata 8 Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang iyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang tumutugon sa iyong mga pangangailangan	230
B. Ang aming responsibilidad para sa iyong maagap na access sa mga sakop na serbisyo at gamot	231
C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang iyong personal na impormasyon ng kalusugan (PHI).....	234
C1. Paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI.....	235
C2. Ang iyong karapatang tingnan ang iyong mga medikal na rekord	235
D. Ang aming responsibilidad na bigyan ka ng impormasyon	236
E. Ang kawalang-kakayahan ng mga provider na nasa network na singilin ka ng direkta	237
F. Ang iyong karapatan na umalis sa aming plano.....	237
G. Ang iyong karapatang gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan	238
G1. Ang iyong karapatang malaman ang iyong mga opsyon sa paggamot at gumawa ng mga desisyon.....	238
G2. Ang karapatan mong sabihin kung ano ang gusto mong mangyari kung hindi mo kayang gumawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyong sarili	239
G3. Ano ang gagawin kapag hindi nasunod ang iyong mga tagubilin	240
H. Ang iyong karapatang maghain ng mga reklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon	240

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**. 229

H1. Ang gagawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o upang makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan.....	240
I. Impormasyon tungkol sa mga pagtatasa sa bagong teknolohiya.....	241
J. Maaari kang magbigay ng mga suhestyon tungkol sa mga karapatan at responsibilidad	241
K. Ang iyong mga karapatan at responsibilidad bilang miyembro ng plano	241

A. Ang iyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang tumutugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat na tiyakin namin na ang **lahat** ng serbisyo ay ibinibigay sa iyo sa paraang na-access at naaayon sa kultura. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at iyong mga karapatan sa paraang nauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na bahagi ka ng aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter ng wika na available upang magsagot ng mga tanong na nasa iba't ibang wika.
- Mabibigyan ka rin ng aming plano ng mga materyal sa mga wika maliban sa English at sa mga format, tulad ng malaking letra, braille, o audio. Upang makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa Mga Serbisyo sa Miyembro (sumangguni sa **Kabanata 2**). Makipag-ugnayan sa mga serbisyo sa Miyembro upang gawin ang mga sumusunod:
 - Humiling ng gustong wika maliban sa English at/o alternatibong format,
 - Panatilihin ang iyong impormasyon bilang isang nakabinbing kahilingan para sa mga sulat at komunikasyon sa hinaharap, **at**
 - Baguhin ang isang nakabinbing kahilingan para sa mas gustong wika at/o format.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.
- Opisina ng Medi-Cal para sa Mga Karapatang Sibil sa **1-916-440-7370**. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **711**.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao sa **1-800-368-1019**. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-537-7697**.

B. Ang aming responsibilidad para sa iyong maagap na access sa mga sakop na serbisyo at gamot

May mga karapatan ka bilang miyembro ng aming plano.

- May karapatan kang pumili ng provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) na nasa aming network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nagtatrabaho sa amin. Makakahanap ka ng higit pang impormasyon tungkol sa kung anong mga uri ng provider ang maaaring maging PCP at kung paano pumili ng PCP sa **Kabanata 3** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.
 - Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o tingnan ang **Direktoryo ng Provider at Parmasya** para matuto pa tungkol sa mga provider na nasa network at kung sinong mga doktor ang tumatanggap ng mga bagong pasyente.
- May karapatan ka sa espesyalista sa kalusugan ng kababaihan nang hindi kumukuha ng referral pati na sa iba pang provider na inilalarawan sa **Kabanata 3** ng **Handbook ng Miyembro** na ito. Ang referral ay ang pag-apruba mula sa iyong PCP na gumamit ng provider na iba sa iyong PCP.
- May karapatan kang makakuha ng mga sakop na serbisyo mula sa mga provider na nasa network sa loob ng makatuwirang haba ng panahon.
 - Kasama rito ang karapatang makakuha ng mga maagap na serbisyo mula sa mga espesyalista.
 - Kung hindi ka makakuha ng mga serbisyo sa loob ng makatuwirang haba ng panahon, dapat kaming magbayad para sa pangangalaga na wala sa network.
- May karapatan kang kumuha ng mga serbisyong pang-emergency o pangangalagang agarang kinakailangan nang walang paunang pag-apruba (PA).

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- May karapatan kang kunin ang iyong mga reseta sa alinman sa aming mga parmasya na nasa network nang walang matagal na pagkaantala.
- May karapatan kang malaman kung kailan ka makakagamit ng provider na wala sa network. Upang matuto tungkol sa mga provider na wala sa network, sumangguni sa **Kabanata 3** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.
- Sa unang pagkakataon na sumali ka sa aming plano, may karapatan kang panatilihin ang iyong mga kasalukuyang provider at awtorisasyon sa serbisyo nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ang ilang partikular na kondisyon. Upang matuto pa tungkol sa pagpapanatili ng iyong mga provider at awtorisasyon sa serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 1** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.
- May karapatan kang gumawa ng sarili mong mga desisyon ukol sa iyong pangangalagang pangkalusugan sa tulong ng iyong pangkat ng pangangalaga at tagapagkoordinang pangangalaga.
- May karapatan kang:
 - Tratuhan nang may paggalang at dignidad, na nagbibigay pagsasaalang-alang sa iyong karapatan sa privacy at sa pangangailangang panatilihin ang pagiging kompidensiyal ng iyong medikal na impormasyon
 - Mabigyan ng impormasyon tungkol sa plano at mga serbisyo nito, kabilang ang mga sakop na serbisyo, provider na nasa network, at mga karapatan at responsibilidad ng miyembro.
 - Pumili ng provider ng pangunahing pangangalaga na nasa network namin.
 - Malaman ang mga pangalan ng mga taong nagbibigay sa iyo ng pangangalaga at kung anong uri ng pagsasanay ang mayroon sila.
 - Tumanggap ng pangangalaga sa isang lugar na ligtas, protektado, malinis at madaling naa-access.
 - Kumuha ng pangalawang opinyon mula sa isang doktor na nasa network sa anumang oras.
 - Magsabi ng mga karaingan, alinman sa pagsasabi o pagsusulat, tungkol sa organisasyon o sa pangagalagang natanggap mo.
 - Tumanggap ng pangangasiwa sa pangangalaga.
 - Humiling ng apela ng mga desisyon upang tanggihan, ipagpaliban, o limitahan ang mga serbisyo o benepisyo.
 - Makakuha ng mga walang bayad na serbisyo ng interpreter sa iyong wika.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Kumuha ng libreng legal na tulong sa iyong lokal na tanggapan sa legal na tulong o iba pang grupo.
- Gumawa ng mga paunang direktiba.
- Humiling ng Pagdinig ng Estado kung tinanggihan ang isang serbisyo o benepisyo. Maaari ka lang humiling ng pagdinig ng Estado kung nagsumite ka na ng apela sa amin at hindi ka nasiyahan sa desisyon. Maaari ka ring humiling ng Pagdinig ng Estado kung hindi ka nakatanggap ng desisyon sa apela na inihain mo sa amin sa loob ng 30 araw. Kabilang dito ang impormasyon sa mga sitwasyon kung kailan posible ang pinabilis na pagdinig.
- Magkaroon ng access sa, at tumanggap ng mga kopya ng, baguhin o iwasto ang iyong medikal na rekord.
- Tumanggap ng libreng nakasulat na impormasyon ng miyembro sa iba pang format, tulad ng braille, malalaking titik, audio at mga naa-access na elektronikong format, kapag hiniling at sa napapanahong paraan na naaangkop para sa format na hiniling at alinsunod sa Seksyon 14182 (b)(12) ng Kodigo sa Kapakanan at Mga Institusyon.
- Maging malaya mula sa anumang anyo ng pagpipigil o paghihiwalay na ginagamit bilang paraan pamimilit, disiplina, kaginhawaan o paghihiganti.
- Tapat na talakayin ang impormasyon tungkol sa mga available na opsyon sa paggamot at mga alternatibo, na ipinapakita sa paraang naaangkop sa iyong kondisyon at kakayahang makaunawa, anuman ang halaga o coverage.
- Makakuha ng kopya ng iyong mga medikal na rekord, at humiling na baguhin o iwasto ang mga ito, ayon sa tinukoy sa 45 Kodigo ng Mga Pederal na Regulasyon (CFR) §164.524 at 164.526.
- Mayroon kang kalayaan upang gamitin ang mga karapatan na ito nang walang masamang epekto sa kung paano ka tatratuhin ng Kaiser Permanente, mga provider, o ng Estado.
- Magkaroon ng access sa mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya, Mga Freestanding na Sentro para sa Panganganak, Mga Pederal na Kuwalipikadong Sentrong Pangkalusugan, Mga Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan ng Indian, mga serbisyo ng kumadrona, mga Panlalawigang Sentrong Pangkalusugan, mga serbisyo para sa impeksyong nakukuha sa pakikipagtalik at mga serbisyon pang-emergency na wala sa aming network nang alinsunod sa pederal na batas.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Nagbibigay sa iyo ang **Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito ng impormasyon tungkol sa kung ano ang maaari mong gawin kung sa palagay mo ay hindi mo natatanggap ang iyong mga serbisyo o gamot sa makatuwirang tagal ng panahon. Ipinapakita rin nito kung ano ang maaari mong gawin kung tinanggihan namin ang coverage para sa iyong mga serbisyo o gamot at hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon.

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang iyong personal na impormasyon ng kalusugan (PHI)

Pinoprotektahan namin ang iyong PHI gaya sa iniaatas ng mga batas ng pederal na pamahalaan at estado.

- Kabilang sa iyong PHI ang impormasyong ibinigay mo sa amin noong nagpatala ka sa aming plano. Kasama rin dito ang iyong mga medikal na rekord at iba pang medikal at pangkalusugang impormasyon.
- May mga karapatan ka pagdating sa iyong impormasyon at na kontrolin kung paano ginagamit ang iyong PHI. Bibigyan ka namin ng nakasulat na paunawa na nagbibigay ng impormasyon tungkol sa mga karapatang ito at nagpapaliwanag ng kung paano namin pinoprotektahan ang privacy ng iyong PHI. Ang paunawang ito ay tinatawag na “Abiso ng Kasanayan sa Privacy.”
- Hindi kinakailangan ng mga miyembrong magbibigay ng pahintulot na tumanggap ng mga sensitibong serbisyo na kumuha ng pahintulot ng sinupamang tao upang tumanggap ng mga sensitibong serbisyo o upang magsumite ng claim para sa mga sensitibong serbisyo. Ididirekta ng Kaiser Permanente ang mga pakikipag-ugnayan kaugnay ng mga sensitibong serbisyo sa alternatibong mailing address, email address, o numero ng telepono o, kung walang pagtatalaga, sa ngalan ng miyembro sa address o numero ng telepono na naka-file. Hindi maghahayag ang Kaiser Permanente ng medikal na impormasyong nauugnay sa mga sensitibong serbisyo sa sinupamang tao nang walang nakasulat na pahintulot mula sa miyembrong tumatanggap ng pangangalaga. Tatanggap ang Kaiser Permanente ng mga kahilingan para as kompidensiyal na pakikipag-ugnayan sa anyo at format na hinihiling, kung madali itong magagawa sa hiniling na anyo at format, o sa mga alternatibong lokasyon. May bisa ang kahilingan ng miyembro para sa kompidensiyal na pakikipag-ugnayang nauugnay sa mga sensitibong serbisyo hanggang sa bawiin ng miyembro ang kahilingan o magsumite siya ng bagong kahilingan para sa kompidensiyal na pakikipag-ugnayan.
- Maaaring humiling ang mga miyembro ng kumpidensyal na pakikipag-ugnayan sa pamamagitan ng pagkumpleto sa isang form sa kahilingan sa kumpidensyal na pakikipag-ugnayan, na available sa kp.org sa ilalim ng “Mga form sa paghiling ng mga kumpidensyal na pakikipag-ugnayan.”

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

C1. Paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI

Tinitiyak namin na walang hindi pinapahintulatang tao ang titingin o magbabago sa iyong mga rekord.

Maliban sa mga sitwasyon na nakatala sa ibaba, hindi namin ibinibigay ang iyong PHI sa sinumang hindi nagbibigay ng iyong pangangalaga o nagbabayad para sa iyong pangangalaga. Kung gagawin man namin iyon, kailangan muna naming humiling ng nakasulat na pahintulot mula sa iyo. Ikaw, o sinumang legal na pinapahintulatang gumawa ng mga pasya para sa iyo, ang maaaring magbigay ng nakasulat na pahintulot.

Minsan ay hindi na namin kailangang humiling muna ng nakasulat na pahintulot mula sa iyo. Ang mga pagbubukod na ito ay pinapahintulutan o iniaatas ng batas:

- Dapat naming ibigay ang PHI sa mga ahensya ng gobyernong sumusuri sa kalidad ng pangangalaga ng aming plano.
- Dapat naming ibigay ang PHI sa utos ng hukuman.
- Dapat naming ibigay sa Medicare ang iyong PHI. Kung ilalabas ng Medicare ang iyong PHI para sa pananaliksik o iba pang gamit, ginagawa nila ito nang naaayon sa mga pederal na batas.

C2. Ang iyong karapatang tingnan ang iyong mga medikal na rekord

- May karapatan ka na tingnan ang iyong mga medikal na rekord at kumuha ng kopya ng iyong mga rekord. Posibleng singilin ka namin ng bayad para sa paggawa ng kopya ng iyong mga medikal na rekord.
- May karapatan ka na hilingin sa amin na i-update o itama ang iyong mga medikal na rekord. Kung hihilingin mo sa amin ito, makikipagtulungan kami sa iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan upang magpasya kung dapat na gawin ang mga pagbabago.
- May karapatan kang malaman kung ibabahagi at paano namin ibabahagi ang iyong PHI sa iba.

Kung mayroon kang mga tanong o alalahanin tungkol sa privacy ng iyong PHI, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

D. Ang aming responsibilidad na bigyan ka ng impormasyon

Bilang isang miyembro ng aming plano, may karapatan kang kumuha ng impormasyon mula sa amin tungkol sa aming plano, mga provider na nasa network, at iyong mga sakop na serbisyo.

Kung hindi ka nagsasalita ng English, mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang sagutin ang mga tanong na mayroon ka tungkol sa aming plano. Upang makakuha ng interpreter, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Libre ang serbisyong ito sa iyo. Available ang dokumentong ito sa Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, at Vietnamese, sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Maaari ka rin naming bigyan ng impormasyon sa malalaking titik, braille, o audio.

Kung gusto mo ng impormasyon tungkol sa anuman sa mga sumusunod, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro:

- Paano pumili o magpalit ng mga plano
- Aming plano, kabilang ang:
 - pinansyal na impormasyon.
 - paano kami ni-rate ng mga miyembro ng plano.
 - bilang ng apela na ginawa ng mga miyembro.
 - paano umalis sa aming plano.
- Aming mga provider na nasa network at aming mga parmasya na nasa network, kabilang ang:
 - paano pumili o magpalit ng mga provider ng pangunahing pangangalaga.
 - mga kwalipikasyon ng mga provider at parmasya na nasa network namin.
 - paano namin binabayaran ang mga provider na nasa network namin.
- Mga sakop na serbisyo at gamot, kabilang ang:
 - mga serbisyo (sumangguni sa **Kabanata 3 at 4 ng Handbook ng Miyembro** na ito) at gamot (sumangguni sa **Kabanata 5 at 6 ng Handbook ng Miyembro** na ito) na sakop ng aming plano.
 - mga limitasyon sa iyong coverage at mga gamot.
 - mga panuntunan na dapat mong sundin upang makakuha ng mga sakop na serbisyo at gamot.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Bakit hindi sakop ang isang bagay at ano ang magagawa mo tungkol dito (sumangguni sa **Kabanata 9** ng **Handbook ng Miyembro** na ito), kabilang ang paghiling sa amin na:
 - ilagay sa sulat kung bakit hindi sakop ang isang bagay.
 - baguhin ang desisyong ginawa namin.
 - magbayad para sa bill na natanggap mo.

E. Ang kawalang-kakayahan ng mga provider na nasa network na singilin ka ng direkta

Hindi ka maaaring pagbayarin ng mga doktor, ospital, at iba pang provider na nasa network para sa mga sakop na serbisyo. Hindi ka rin nila maaaring singilin o singilin ng balanse kung magbabayad kami nang mas mababa kaysa sa halaga na sinisingil ng provider. Upang malaman kung ano ang gagawin kapag sinusubukan ng provider na nasa network na singilin ka para sa mga sakop na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

F. Ang iyong karapatan na umalis sa aming plano

Walang maaaring pumilit sa iyo na manatili sa aming plano kung hindi mo gusto.

- May karapatan kang masulit ang iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng Original Medicare o iba pang Medicare Advantage (MA) plan.
- Puwede mong kunin ang iyong mga benepisyo sa inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare mula sa isang plano sa inireresetang gamot o mula sa iba pang plano ng MA.
- Sumangguni sa Kabanata 10 ng Handbook ng Miyembro na ito:
 - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung kailan ka puwedeng sumali sa panibagong plano ng MA o plano ng benepisyo sa inireresetang gamot.
 - Para sa impormasyon tungkol sa kung paano mo makukuha ang iyong mga benepisyo ng Medi-Cal kung aalis ka sa aming plano.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

G. Ang iyong karapatang gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan

May karapatan kang makakuha ng kumpletong impormasyon mula sa iyong mga doktor at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan upang matulungan kang gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan.

G1. Ang iyong karapatang malaman ang iyong mga opsyon sa paggamot at gumawa ng mga desisyon

Dapat na ipaliwanag sa iyo ng iyong mga provider ang iyong kondisyon at ang iyong mga opsyon sa paggamot sa paraang nauunawaan mo. May karapatan kang:

- **Malaman ang iyong mga opsyon.** May karapatan kang masabihan tungkol sa lahat ng opsyon sa paggamot.
- **Malaman ang mga panganib.** May karapatan kang sabihan tungkol anumang nauugnay na panganib. Dapat ka naming sabihan nang maaga kung ang isang serbisyo o paggamot ay bahagi ng pampananaliksik na eksperimento. May karapatan kang tanggihan ang mga pinag-eeksperimentuhang paggamot.
- **Makakuha ng pangalawang opinyon.** May karapatan kang gumamit ng ibang doktor bago magpasya sa paggamot.
- **Tumanggi.** May karapatan kang tanggihan ang anumang paggamot. Kabilang dito ang karapatang umalis sa ospital o iba pang medikal na pasilidad, kahit pa pinapayuhan ka ng iyong doktor na huwag gawin ito. May karapatan kang itigil ang pag-inom ng iniresetang gamot. Kung tatanggi ka sa paggamot o titigil ka sa pag-inom ng iniresetang gamot, hindi ka namin aalisin sa aming plano. Gayunpaman, kung tatanggi ka sa paggamot o titigil ka sa pag-inom ng gamot, tinatanggap mo ang buong responsibilidad sa kung ano ang mangyayari sa iyo.
- **Hilingin sa amin na ipaliwanag kung bakit tinanggihan ng provider ang pangangalaga.** May karapatan kang makatanggap ng pagpapaliwanag mula sa amin kung tinanggihan ng provider ang pangangalaga na sa palagay mo ay dapat mong matanggap.
- Hilingin sa amin na sakupin ang serbisyo o gamot na tinanggihan namin o karaniwang hindi namin sakop. Tinatawag itong desisyon sa coverage. Ipinapakita sa Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro na ito kung paano hihiling sa amin ng desisyon sa coverage.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

G2. Ang karapatan mong sabihin kung ano ang gusto mong mangyari kung hindi mo kayang gumawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyong sarili

Minsan, hindi makagawa ang mga tao ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa sarili nila. Bago mangyari iyon, maaari kang:

- Magsagot ng pasulat na form na nagbibigay sa isang tao ng karapatang gumawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo.
- Bigyan ang iyong mga doktor ng mga nakasulat na tagubilin tungkol sa kung paano pangangasiwaan ang iyong pangangalagang pangkalusugan kung hindi ka na makakagawa ng mga pasya para sa iyong sarili, kabilang na ang pangangalagang hindi mo gusto.

Ang legal na dokumentong ginagamit mo upang ibigay ang iyong mga tagubili ay tinatawag na “paunang direktiba.” Mayroong iba't ibang uri ng mga paunang direktiba at magkakaibang pangalan para sa mga ito. Ang mga halimbawa ay ang living will at ang power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan.

Hindi kinakailangan sa iyo na magkaroon ng paunang direktiba, ngunit maaari kang magkaroon nito. Narito ang gagawin kung gusto mong gumamit ng paunang direktiba:

- **Kunin ang form.** Makukuha mo ang form mula sa iyong doktor, sa abugado, ahensya ng mga legal na serbisyo, o social worker. Kadalasang may mga form ang mga parmasya at opisina ng provider. Maaari ka ring humanap ng libreng form online at i-download ito. Maaari ka ring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang hilingin ang form.
- **Punan ang form at lagdaan ito.** Legal na dokumento ang form. Dapat mong pag-isipang magpatulong sa isang abugado o taong pinagkakatiwalaan mo, tulad ng kapamilya o iyong PCP, na kumpletuhin ito.
- **Magbigay ng mga kopya sa mga taong kailangang malaman ang tungkol dito.** Dapat kang magbigay ng kopya ng form sa iyong doktor. Dapat ka ring magbigay ng kopya sa taong tutukuyin mong gagawa ng mga desisyon para sa iyo. Mainam din na magbigay ka ng mga kopya sa mga malapit na kaibigan o kapamilya. Magtabi ng kopya sa bahay.
- Kung maoospital ka at mayroon kang nilagdaang paunang direktiba, **magdala ng kopya nito sa ospital.**
- Tatanungin sa ospital kung mayroon kang nilagdaang form ng paunang direktiba at kung dala mo ito.
- Kung wala kang nilagdaang form ng paunang direktiba, may mga form sa ospital at tatanungin ka kung gusto mong lumagda ng form na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

May karapatan kang:

- Ipalagay ang iyong paunang direktiba sa iyong mga medikal na rekord.
- Baguhin o kanselahin ang iyong paunang direktiba anumang oras.
- Malaman ang tungkol sa mga pagbabago sa mga batas tungkol sa paunang direktiba. Sasabihin sa iyo ng aming plano ang tungkol sa mga pagbabago sa batas ng estado nang hindi lalampas sa 90 araw pagkatapos ng pagbabago.

Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang impormasyon.

G3. Ano ang gagawin kapag hindi nasunod ang iyong mga tagubilin

Kung lumagda ka ng paunang direktiba at sa palagay mo ay hindi sinunod ng doktor o ospital ang mga nakalagay ditong tagubilin, maaari kang maghain ng reklamo sa Organisasyon para sa Pagpapahusay ng Kalidad na nakalista sa **Kabanata 2, Seksyon F ng Handbook ng Miyembro** na ito.

H. Ang iyong karapatang maghain ng mga reklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon

Nagbibigay sa iyo ang **Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito ng impormasyon tungkol sa kung ano ang maaari mong gawin kung mayroon kang anumang problema o alalahanin tungkol sa iyong mga sakop na serbisyo o pangangalaga. Halimbawa, maaari kang humiling sa amin na gumawa ng desisyon sa coverage, maghain ng apela upang baguhin ang desisyon sa coverage, o maghain ng reklamo.

May karapatan kang kumuha ng impormasyon tungkol sa mga apela at reklamo na inihain ng iba pang miyembro ng plano laban sa amin. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang makuha ang impormasyong ito.

H1. Ang gagawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o upang makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan

Kung sa palagay mo ay tinrato ka namin nang hindi patas – at **hindi** ito tungkol sa diskriminasyon para sa mga dahilang nakalista sa **Kabanata 11 ng Handbook ng Miyembro** na ito – o gusto mo ng higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan, maaari kang tumawag sa:

- Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815**, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **711**.
- Ang Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa **1-800-434-0222**. Para sa higit pang detalye tungkol sa HICAP, sumangguni sa **Kabanata 2, Seksyon E ng Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Ang Ombuds Program ng Medicare at Medi-Cal sa **1-888-804-3536**. Para sa higit pang detalye tungkol sa programang ito, sumangguni sa **Kabanata 2** ng **Handbook ng Miyembro**.
- DHCS Ombudsman Program sa **1-888-452-8609**, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
- Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**. (Maaari mo ring basahin o i-download ang “Mga Karapatan at Proteksyon sa Medicare,” na matatagpuan sa website ng Medicare sa www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Impormasyon tungkol sa mga pagtatasa sa bagong teknolohiya

Naaapektuhan ng mabilis na nagbabagong teknolohiya ang pangangalagang pangkalusugan at medisina tulad nangyayari sa ng iba pang industriya. Upang matukoy kung mayroong mga pangmatagalang benepisyo ang isang bagong gamot o iba pang medikal na pag-unlad, maingat na sinusubaybayan at sinusuri ng aming plano ang mga bagong teknolohiya para maisama sa mga sakop na benepisyo. Kabilang sa mga teknolohiyang ito ang mga medikal na pamamaraan, medikal na device, at bagong gamot.

J. Maaari kang magbigay ng mga suhestyon tungkol sa mga karapatan at responsibilidad

Bilang isang miyembro ng aming plano, may karapatan kang magbigay ng mga rekomendasyon tungkol sa mga karapatan at responsibilidad na kasama sa kabanatang ito. Mangyaring itawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro ang anumang suhestyon.

K. Ang iyong mga karapatan at responsibilidad bilang miyembro ng plano

Bilang miyembro ng plano, responsibilidad mo na gawin ang mga bagay na nakalista sa ibaba. Kung mayroon kang anumang tanong, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

- **Basahin ang *Handbook ng Miyembro*** upang malaman kung ano ang sakop ng aming plano at ang mga panuntunang dapat sundin upang makakuha ng mga sakop na serbisyo at inireresetang gamot. Para sa mga detalye tungkol sa iyong:

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

- Mga sakop na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 3 at 4 ng Handbook ng Miyembro** na ito. Ipinapakita sa iyo ng mga kabanatang iyon kung ano ang sinasakop at hindi sinasakop, mga panuntunang kailangan mong sundin, at kung ano Ang binabayaran mo.
- Mga sakop na gamot, sumangguni sa **Kabanata 5 at 6 ng Handbook ng Miyembro** na ito.
- **Sabihin sa amin ang tungkol sa anupamang coverage sa kalusugan o inireresetang gamot** na mayroon ka. Dapat na matiyak naming ginagamit mo ang lahat ng iyong opsyon sa coverage kapag tumatanggap ka ng pangangalagang pangkalusugan. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung mayroon kang iba pang coverage.
- **Sabihin sa iyong doktor at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na** miyembro ka ng aming plano. Ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro kapag kumuha ka ng mga serbisyo o gamot.
- **Tulongan ang iyong mga doktor** at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na maibigay sa iyo ang pinakamahasag na pangangalaga.
 - Ibigay sa kanila ang impormasyong kailangan nila tungkol sa iyong kalusugan. Alamin ang lahat ng kaya mong malaman tungkol sa iyong mga problema sa kalusugan. Sundin ang mga plano at tagubilin sa paggamot na napagkasunduan ninyo ng iyong mga provider.
 - Tiyaking alam ng iyong mga doktor at iba pang provider ang tungkol sa lahat ng gamot na ginagamit mo. Kabilang dito ang mga inireresetang gamot, gamot na hindi kailangan ng reseta (over-the-counter), mga bitamina, at mga suplemento.
 - Itanong ang mga tanong na mayroon ka. Dapat na ipaliwanag sa iyo ng iyong mga doktor at iba pang provider ang mga bagay sa paraang nauunawaan mo. Kapag nagtanong ka at hindi mo naunawaan ang sagot, magtanong ulit.
- **Makipagtulungan sa iyong tagapagkoordina ng pangangalaga** pati sa pagkumpleto ng taunang pagtatasa sa panganib sa kalusugan.
- **Maging maunawain:** Inaasahan namin sa lahat ng miyembro ng plano na igalang ang mga karapatan ng iba. Inaasahan din naming kikilos ka nang may paggalang sa opisina ng iyong doktor, mga ospital, at sa mga opisina ng iba pang provider.
- **Bayaran ang dapat mong bayaran.** Bilang isang miyembro ng plano, ikaw ang responsable para sa mga pagbabayad na ito:

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Mga premium sa Bahagi A at Bahagi B ng Medicare. Para sa karamihan ng mga miyembro ng plano, ang Medi-Cal ang magbabayad para sa iyong premium sa Bahagi A at sa Bahagi B ng Medicare.
- Para sa ilan sa iyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta o gamot na sakop ng aming plano, kailangan mong bayaran ang iyong bahagi sa gastos kapag kinuha mo ang serbisyo o gamot. Ipinapaalam sa iyo ng **Kabanata 4** kung ano ang dapat mong bayaran para sa iyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Ipinapaalam sa iyo ng **Kabanata 6** kung ano ang dapat mong bayaran para sa iyong mga gamot.
- Kung **makakakuha ka ng anumang serbisyo o gamot na hindi sakop ng aming plano, dapat mong bayaran ang buong halaga ng mga ito. Tandaan:** Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon na hindi sakupin ang isang serbisyo o gamot, puwede kang mag-apela. Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 9** para malaman kung paano gumawa ng apela.)
- **Sabihin sa amin kung lilipat ka.** Kung plano mong lumipat, sabihin kaagad sa amin. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.
 - Kung lilipat ka sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar, hindi ka na maaaring manatili sa aming plano. Ang mga tao lang na nakatira sa aming sineserbisyuhang lugar ang maaaring maging miyembro ng planong ito. Nagbibigay ang **Kabanata 1** ng **Handbook ng Miyembro** na ito ng detalye tungkol sa aming sineserbisyuhang lugar.
 - Matutulungan ka namin kung malalaman namin na lilipat ka sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar. Sa espesyal na panahon ng pagpapatala, maaari kang lumipat sa Original Medicare o magpatala sa planong pangkalusugan o plano sa inireresetang gamot ng Medicare sa iyong bagong lokasyon. Masasabi namin sa iyo kung mayroon kaming plano sa iyong bagong lugar.
 - Sabihin sa Medicare at Medi-Cal ang iyong bagong address kapag lumipat ka. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng **Handbook ng Miyembro** na ito para sa mga numero ng telepono ng Medicare at Medi-Cal.
 - **Kung lilipat ka at mananatili sa aming sineserbisyuhang lugar, kailangan pa rin naming malaman.** Kailangang panatilihin naming napapanahon ang iyong rekord ng membership at alam namin kung paano makikipag-ugnayan sa iyo.
- **Sabihin sa amin kung mayroon kang bagong numero ng telepono** o mas madaling paraan ng pakikipag-ugnayan sa iyo.
- Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro para sa tulong kung mayroon kang mga tanong o alalahanin.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kabanata 9. Ano ang dapat gawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon, apela, at reklamo tungkol sa coverage)

Panimula

Ang kabanatang ito ay naglalaman ng impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan. Basahin ang kabanatang ito upang malaman kung ano ang gagawin kapag:

- Mayroon kang problema o reklamo tungkol sa iyong plano.
- Kailangan mo ng serbisyo, item, o gamot na sinabi ng iyong plan na hindi nito babayaran.
- Hindi ka sang-ayon sa desisyon na ginawa ng iyong plano kaugnay ng iyong pangangalaga.
- Sa palagay mo ay masyadong mabilis magwakas ang iyong mga sakop na serbisyo.
- Mayroon kang problema o reklamo sa iyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta, kung saan kabilang ang Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (CBAS) at mga serbisyo ng Pasilidad sa Pag-aalaga (NF).

May iba't ibang seksyon ang kabanatang ito upang matulungan kang mabilis na makita ang hinahanap mo. **Kung mayroon kang problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa iyong sitwasyon.**

Dapat mong kunin ang pangangalagang pangkalusugan, mga gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta na tinukoy ng iyong doktor at iba pang provider na kinakailangan para sa iyong pangangalaga bilang bahagi ng iyong plan sa pangangalaga. **Kung may problema ka sa iyong pangangalaga, puwede mong tawagan ang Ombuds Program ng Medicare Medi-Cal sa 1-888-804-3536 para sa tulong.** Ipinapaliwanag sa kabanatang ito ang iba't ibang opsyon na mayroon ka para sa iba't ibang problema at reklamo, ngunit maaari mong tawagan ng Ombuds Program anumang oras upang makatulong na gabayan ka sa paglutas ng iyong problema. Para sa mga karagdagang resource para matugunan ang iyong mga alalahanin at mga paraan para makaugnayan sila, sumangguni sa **Kabanata 2 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kabanata 9 Talaan ng Mga Nilalaman

A.	Ano ang gagawin kapag mayroon kang problema o alalahanin.....	247
A1.	Tungkol sa mga legal na tuntunin	247
B.	Saan kukuha ng tulong	247
B1.	Para sa higit pang impormasyon at tulong	247
C.	Pag-unawa sa mga reklamo at apela sa Medicare at Medi-Cal sa aming plano	250
D.	Mga problema sa iyong mga benepisyo	250
E.	Mga desisyon sa coverage at apela.....	251
E1.	Mga desisyon sa coverage	251
E2.	Mga Apela	251
E3.	Tulong sa mga desisyon at apela sa coverage	252
E4.	Aling seksyon sa kabanatang ito ang makakatulong sa iyo	253
F.	Pangangalagang medikal	254
F1.	Paggamit ng seksyong ito	254
F2.	Paghiling ng desisyon sa coverage	256
F3.	Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela	258
F4.	Pagsasagawa ng Antas 2 na Apela	263
F5.	Mga problema sa pagbabayad.....	271
G.	Mga inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare	273
G1.	Mga desisyon at apela sa coverage sa Bahagi D ng Medicare	273
G2.	Mga pagbubukod sa Bahagi D ng Medicare	275
G3.	Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng pagbubukod.....	276
G4.	Paghiling ng desisyon sa coverage, kasama ang pagbubukod	276
G5.	Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela	279

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**. 245

G6. Pagsasagawa ng Antas 2 na Apela	282
H. Paghiling sa amin na sakupin ang isang mas mahabang pananatili sa ospital	284
H1. Pag-alam sa iyong mga karapatan sa Medicare	284
H2. Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela	286
H3. Pagsasagawa ng Antas 2 na Apela	288
H4. Pagsasagawa ng Antas 1 na Alternatibong Apela	289
H5. Pagsasagawa ng Antas 2 na Alternatibong Apela	290
I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsakop sa ilang partikular na serbisyong medikal	291
I1. Paunang abiso bago matapos ang iyong coverage.....	291
I2. Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela.....	292
I3. Pagsasagawa ng Antas 2 na Apela.....	294
I4. Pagsasagawa ng Antas 1 na Alternatibong Apela.....	295
I5. Pagsasagawa ng Antas 2 na Alternatibong Apela.....	296
J. Pagdadala ng iyong apela sa sumunod na antas sa Antas 2	297
J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare	297
J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal	298
J3. Antas 3, 4 at 5 ng Apela para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Bahagi D ng Medicare	298
K. Paano maghain ng reklamo	300
K1. Anong mga klase ng mga problema ang dapat ireklamo	300
K2. Mga internal na reklamo.....	302
K3. Mga external na reklamo.....	303

A. Ano ang gagawin kapag mayroon kang problema o alalahanin

Ipinapaliwanag sa kabanatang ito kung paano pangasiwaan ang mga problema at alalahanin. Ang prosesong gagamitin mo ay nakadepende sa uri ng problema na mayroon ka. Gamitin ang isang proseso para sa **mga desisyon sa coverage at apela** at ang isa pa para sa **paghahain ng mga reklamo**; na tinatawag ding mga karaingan.

Upang matiyak ang pagiging patas at mabilis, ang bawat proseso at mayroong hanay ng mga panuntunan, pamamaraan at deadline na dapat mo at naming sundin.

A1. Tungkol sa mga legal na tuntunin

Mayroong mga legal na termino sa kabanatang ito para sa ilang panuntunan at deadline. Marami sa mga terminong ito ang maaaring mahirap maunawaan, kaya gagamit kami ng mga mas simpleng salita para sa ilang partikular na legal na term kapag kaya namin. Iniiwasan namin ang paggamit ng mga daglat hangga't maaari.

Halimbawa, sasabihin naming:

- “Paghahain ng reklamo” sa halip na “paghahain ng karaingan.”
- “Desisyon sa coverage” sa halip na “pagpapasya ng organisasyon,” “pagpapasya sa benepisyo,” “pagpapasya para sa nasa panganib,” o “pagtukoy ng coverage.”
- “Mabilis na pagdedesisyon sa coverage” sa halip na “pinabilis na pagpapasya.”
- “Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri” (IRO) sa halip na “Hiwalay na Entity sa Pagsusuri” (IRE)

Ang pag-alam sa mga naaangkop na legal na termino ay maaaring makatulong sa iyo na makipag-ugnayan nang mas malinaw, kaya ibinibigay din namin ang mga iyon.

B. Saan kukuha ng tulong

B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong

Minsan, nakakalitong simulan o sundan ang proseso ng paglutas sa problema. Lalo pa kung hindi maayos ang iyong pakiramdam o hindi ka gaanong masigla. Minsan, maaaring wala sa iyo ang impormasyong kailangan mo upang gawin ang susunod na hakbang.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Tulong mula sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program

Maaari kang tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP). Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang iyong mga tanong at matutulungan ka nilang maunawaan kung ano ang dapat gawin sa iyong problema. Ang HICAP ay walang kaugnayan sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. May mga sinanay na tagapayo ang HICAP sa bawat county, at libre ang mga serbisyo. Ang numero ng telepono ng HICAP ay **1-800-434-0222**.

Tulong mula sa Medicare Medi-Cal Ombuds Program

Puwede mong tawagan ang Medicare Medi-Cal Ombuds Program at kausapin ang isang tagapagtaguyod tungkol sa iyong mga tanong sa coverage sa kalusugan. Nagbibigay sila ng libreng legal na tulong. Hindi konektado sa amin ang Ombuds Program o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang numero ng kanilang telepono ay **1-888-804-3536** at ang kanilang website ay **www.healthconsumer.org**.

Tulong at impormasyon mula sa Medicare

Para sa higit pang impormasyon at tulong, maaari kang makipag-ugnayan sa Medicare. Narito ang dalawang paraan kung paano ka makakahingi ng tulong mula sa Medicare:

- Tumawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Mga gumagamit ng TTY, tumawag sa **1-877-486-2048**.
- Bisitahin ang website ng Medicare (**www.medicare.gov**).

Tulong mula sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makakatulong ang Ombudsman ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (DHCS) ng California. Makakatulong sila kung may mga problema ka sa pagsali, pagbabago o pag-alis sa planong pangkalusugan. Makakatulong rin sila kung lumipat ka o nagkakaroon ng problema sa paglipat ng iyong Medi-Cal sa iyong bagong county. Maaari mong tawagan ang Ombudsman Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m. sa **1-888-452-8609**.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Tulong mula sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makipag-ugnayan sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC) ng California para sa libreng tulong. Ang DMHC ang responsable sa pangangasiwa sa mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao sa mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o problema sa billing. Ang numero ng telepono ay **1-888-466-2219**. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na bingi, mahina ang pandinig o may kapansanan sa pagsasalita ang walang bayad na numero ng TDD, **1-877-688-9891**. Maaari mo ring bisitahin ang website ng DMHC sa **www.HealthHelp.ca.gov**.

Ang Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California ay responsable sa pagkontrol ng mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kang karaiangan laban sa iyong planong pangkalusugan, dapat mo munang tawagan ang iyong planong pangkalusugan sa **1-800-464-4000 (TTY 711)** at gamitin ang proseso ng karaiangan ng iyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit sa pamamaraan sa karaiangan na ito ay hindi nagbabawal sa anumang posibleng legal na karapatan o remedyo na maaari mong magamit. Kung kailangan mo ng tulong sa karaiangan na may kaugnayan sa isang emerhensiya, isang karaiangan na hindi pa kasiya-siyang nalutas ng iyong planong pangkalusugan, o isang karaiangan na higit sa 30 araw nang hindi pa nalulutas, maaari mong tawagan ang kagawaran para sa tulong. Maaari ka ring maging kwalipikado para sa isang Independiyenteng Pagrepasong Medikal ("IMR"). Kung ikaw ay karapat-dapat para sa IMR, ang proseso ng IMR ay magbibigay ng walang kinikilingang pagsusuri ng mga desisyong medikal na ginawa ng isang planong pangkalusugan na may kaugnayan sa medikal na pangangailangan ng isang iminungkahing serbisyo o paggamot, mga desisyon sa pagsakop sa mga paggamot na sinusubukan o sinisiyasat pa lamang at mga hindi pagkakasundo sa pagbabayad para sa emerhensiya o mga apurahang serbisyong medikal. Ang departamento ay mayroon ding walang bayad na numero ng telepono (**1-888-466-2219**) at linya ng TDD (**1-877-688-9891**) para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang internet website ng departamento na **https://www.dmhc.ca.gov** ay may mga form para sa reklamo, mga form ng aplikasyon para sa IMR, at mga tagubilin online.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela sa Medicare at Medi-Cal sa aming plano

Mayroon kang Medicare at Medi-Cal. Nalalapat ang impormasyon sa kabanatang ito sa **lahat** ng iyong mga benepisyong sa Medicare at Medi-Cal. Minsan ay tinatawag itong “pinagsamang proseso” dahil pinag-iisa, o pinagsasama nito, ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal.

Minsan, hindi maaaring pagsamahin ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal. Sa mga ganoong sitwasyon, gagamit ka ng isang proseso para sa benepisyong ng Medicare at isa pang proseso para sa benepisyong ng Medi-Cal. Ipinapaliwanag sa **Seksyon F4** ang mga sitwasyong ito.

D. Mga problema sa iyong mga benepisyong

Kung mayroon kang problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa iyong sitwasyon. Makakatulong ang sumusunod na chart para mahanap mo ang tamang seksyong ng kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

Tungkol ba sa iyong mga benepisyong o coverage ang iyong problema o alalahanin?

Kasama rito ang mga problema tungkol sa kung sakop ba o hindi ang isang partikular na medikal na pangangalaga o mga inireresetang gamot, paano sinasakop ang mga ito, at mga problema tungkol sa pagbabayad para sa medikal na pangangalaga o mga inireresetang gamot.

Oo.	Hindi.
<p>Tungkol sa mga benepisyong o coverage ang aking problema.</p> <p>Sumangguni sa Seksyon E, “Mga desisyon sa coverage at apela.”</p>	<p>Hindi tungkol sa mga benepisyong o coverage ang aking problema.</p> <p>Sumangguni sa Seksyon K, “Paano maghain ng reklamo.”</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

E. Mga desisyon sa coverage at apela

Ang proseso para sa paghiling ng desisyon sa coverage at paggawa ng apela ay para sa mga problemang nauugnay sa iyong mga benepisyo at coverage. Kasama rin dito ang mga problema sa pagbabayad.

E1. Mga desisyon sa coverage

Ang desisyon sa coverage ay desisyong ginagawa namin tungkol sa iyong mga benepisyo at coverage o sa halagang ibinabayad namin para sa iyong mga medikal na serbisyo o gamot. Halimbawa, gagawa ang iyong doktor na nasa network ng plano ng (paborable) pasya sa coverage para sa iyo sa tuwing tumatanggap ka ng medikal na pangangalaga mula sa kanila (sumangguni sa **Kabanata 4, Seksyon H** ng **Handbook ng Miyembro**) na ito.

Ikaw o ang iyong doktor ay maaari ding makipag-ugnayan sa amin at humiling ng desisyon sa coverage. Maaaring ikaw o ang iyong doktor ay hindi sigurado kung sinasakop namin ang partikular na medikal na serbisyo o kung maaari naming tanggihan ang pagbibigay ng medikal na pangangalagang sa palagay mo ay kailangan mo. **Kung gusto mong malaman kung sasakupin namin ang medikal na serbisyo bago mo ito kunin, puwede mong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa coverage para sa iyo.**

Gumagawa kami ng desisyon sa coverage kapag pinagdedesisyunan namin kung ano ang sakop para sa iyo at kung magkano ang babayaran namin. Sa ilang sitwasyon, maaaring magdesisyon kami na hindi sakupin ang isang serbisyo o gamot o na hindi na ito sinasakop ng Medicare o Medi-Cal para sa iyo. Kung hindi ka sang-ayon sa desisyon sa coverage na ito, maaari kang magsumite ng apela.

E2. Mga Apela

Kung gagawa kami ng desisyon sa coverage at hindi ka masisiyahan sa desisyong ito, maaari mong “iapela” ang desisyon. Ang pag-apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin ang ginawa naming desisyon sa coverage.

Kapag inapela mo ang isang desisyon sa unang pagkakataon, tinatawag itong Antas 1 na Apela. Sa apelang ito, sinusuri namin ang ginawa naming desisyon sa coverage upang tingnan kung sinunod namin nang wasto ang lahat ng panuntunan. Ang mga tagasuring mangangasiwa sa iyong apela ay iba sa mga gumawa ng orihinal na hindi paborableng desisyon.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kadalasan, dapat mong simulan ang iyong apela sa Antas 1. Kung agaran ang iyong problema sa kalusugan o nagdudulot ito ng agaran at seryosong banta sa iyong kalusugan, o kung nakakaramdam ka ng matinding pananakit at kailangan ng agarang pagpapasya, puwede kang humiling ng Medikal na Pagsusuri ng IMR mula sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dmhc.ca.gov. Sumangguni sa seksyong “Mga Reklamo at Hiwalay na Pagsusuring Medikal (“IMR”) sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan” sa huling bahagi ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon.

Kapag nakumpleto na namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa iyo ang desisyon namin. Sa ilang pagkakataon, na ipapaliwanag sa huling bahagi ng kabanatang ito, maaari kang humiling ng pinabilis o “mabilis na desisyon sa coverage” o mabilis na apela ng desisyon sa coverage.

Kung sasagot kami ng **Hindi** sa ilan sa o lahat ng hinihiling mo, papadalhan ka namin ng sulat. Kung ang problema mo ay tungkol sa coverage ng medikal na serbisyo o item ng Medicare o mga gamot sa Bahagi B, ipapaalam sa iyo sa sulat na ipinadala na namin ang iyong kaso sa Hiwalay na Organinsasyon ng Pagsusuri (IRO) para sa Antas 2 na Apela. Kung ang problema mo ay tungkol sa coverage ng isang serbisyo o item ng Bahagi D ng Medicare o ng Medicaid, ipapaalam sa iyo ng sulat kung paano ka mismo makakapaghain ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga Antas 2 na Apela. Kung ang problema mo ay tungkol sa coverage ng isang serbisyo o item na sinasakop ng parehong Medicare at Medicaid, bibigyan ka ng sulat ng impormasyon tungkol sa parehong uri ng mga Antas 2 na Apela.

Kung hindi ka nasiyahan sa desisyon sa Antas 2 na Apela, maaaring makapagpatuloy ka sa mga karagdagang antas ng apela.

E3. Tulong sa mga desisyon at apela sa coverage

Maaari kang humingi ng tulong mula sa alinman sa mga sumusunod:

- **Mga Serbisyo sa Miyembro** sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- Medicare Medi-Cal Ombuds Program sa 1-888-804-3536.
- Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

- **Sa Help Center sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC)** para sa libreng tulong. Ang DMHC ang responsable sa pangangasiwa sa mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao sa mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o problema sa billing. Ang numero ng telepono ay **1-888-466-2219**. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na bingi, mahina ang pandinig o may kapansanan sa pagsasalita ang walang bayad na numero ng TDD, **1-877-688-9891**. Maaari mo ring bisitahin ang website ng DMHC sa **www.HealthHelp.ca.gov**.
- **Iyong doktor o iba pang provider.** Maaaring humiling ang iyong doktor o iba pang provider ng desisyon sa coverage o umapela sa ngayon mo.
- **Kaibigan o kapamilya.** Maaari kang tumukoy ng taong kikilos sa ngalan mo bilang iyong “kinatawan” at humiling ng desisyon sa coverage o maghain ng apela.
- **Abogado.** May karapatan kang kumuha ng abogado, ngunit hindi kinakailangan sa iyo na magkaroon ng abogado para humiling ng desisyon sa coverage o maghain ng apela.
 - Tawagan ang sarili mong abogado, o kunin ang pangalan ng abogado mula sa lokal na asosasyon ng mga abogado o iba pang serbisyo ng referral. May ilang legal na grupong magbibigay sa iyo ng mga libreng legal na serbisyo kung kwalipikado ka.
 - Humiling ng abogado para sa legal na tulong mula sa Medicare Medi-Cal Ombuds Program sa **1-888-804-3536**.
- Punan ang form na Pagtatalaga ng Kinatawan kung gusto mo ng abogado o iba pang tao na kumilos bilang iyong kinatawan. Nagbibigay ang form ng pahintulot sa isang tao na kumilos para sa iyo.
- Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina at humingi ng form na “Pagtatalaga ng Kinatawan.” Makukuha mo rin ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o sa aming website sa **kp.org**. **Dapat kang magbigay sa amin ng kopya ng nilagdaang form.**

E4. Aling seksyon sa kabanatang ito ang makakatulong sa iyo

Mayroong apat na sitwasyon na may kaugnay na desisyon sa coverage at mga apela. Ang bawat sitwasyon ay may iba't ibang panuntunan at deadline. Magbibigay kami ng mga detalye para sa bawat isang sitwasyon sa hiwalay na seksyon sa kabanatang ito.

Sumangguni sa naaangkop na seksyon:

- **Seksyon F**, “Medikal na pangangalaga”
- **Seksyon G**, “Mga inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare”

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- **Seksyon H**, “Paghiling sa amin na sakupin ang isang mas mahabang pananatili sa ospital”
- **Seksyon I**, “Paghiling sa amin na patuloy na sakupin ang ilang partikular na medikal na serbisyo (Naaangkop lang ang seksyong ito sa mga sumusunod na serbisyo: mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga at Pasilidad sa Kumprehensibong Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF).)

Kung hindi ka sigurado sa kung aling seksyon ang gagamitin, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina. Maaari ka ring makahingi ng tulong o impormasyon mula sa mga pampamahalaang organisasyon gaya ng iyong Programa ng Estado na Tulong para sa Insurance sa Kalusugan (nasa **Kabanata 2, Seksyon E**, ng **Handbook ng Miyembro** na ito ang mga numero ng telepono para sa programang ito).

F. Pangangalagang medikal

Ipinapaliwanag sa seksyong ito kung ano ang gagawin kung mayroon kang mga problema sa pagkuha ng coverage para sa medikal na pangangalaga o kung gusto mong ibalik namin sa iyo ang bayad para sa aming bahagi sa gastos sa iyong pangangalaga.

Ang seksyong ito ay tungkol sa iyong mga benepisyo para sa medikal na pangangalaga at mga serbisyong inilalarawan sa **Kabanata 4 ng Handbook ng Miyembro** na ito. Sa pangkalahatan ay “coverage sa medikal na pangangalaga” o “medikal na pangangalaga” ang papatungkulan namin sa natitirang bahagi ng seksyong ito. Kabilang sa terminong “medikal na pangangalaga” ang mga medikal na serbisyo at item pati na mga inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare, na ibinibigay ng iyong doktor o propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan. Posibleng mag-iba-iba ang malapat na panuntunan sa isang inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare. Kapag ganoon ang nangyari, ipapaliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa mga inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare sa mga panuntunan para sa mga medikal na serbisyo at item.

F1. Paggamit ng seksyong ito

Ipinapaliwanag sa seksyong ito kung ano ang maaari mong gawin sa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

1. Sa palagay mo ay sakop namin ang medikal na pangangalagang kailangan mo ngunit hindi mo natatanggap.

Ang maaari mong gawin: Maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa coverage. Sumangguni sa **Seksyon F2**.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Hindi namin inaprubahan ang medikal na pangangalagang gustong ibigay sa iyo ng iyong doktor o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan, at sa palagay mo ay dapat naming aprubahan ito.

Ang maaari mong gawin: Maaari mong iapela ang aming desisyon. Sumangguni sa **Seksyon F3**.

- Tumanggap ka ng medikal na pangangalagang sa palagay mo ay sakop namin, ngunit hindi namin binabayaran.

Ang maaari mong gawin: Maaari mong iapela ang aming desisyong hindi magbayad. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

- Tumanggap ka ng medikal na pangangalagang akala mo ay sakop namin at binayaran mo ito, at gusto mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo.

Ang maaari mong gawin: Maaari mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

- Binawasan o itinigil namin ang iyong coverage para sa ilang partikular na medikal na pangangalaga, at sa palagay mo ay maaaring makasama sa iyong kalusugan ang aming desisyon.

Ang maaari mong gawin: Maaari mong iapela ang aming desisyong bawasan o ihinto ang medikal na pangangalaga. Sumangguni sa **Seksyon F4**.

- Kung ang coverage ay para sa mga serbisyo ng pangangalaga sa ospital, pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, o mga serbisyo ng CORF, may mga naaangkop na espesyal na panuntunan dito. Sumangguni sa **Seksyon H** o **Seksyon I** upang matuto pa.
 - Para sa lahat ng iba pang sitwasyong kaugnay ng pagbabawas o pagpapatigil sa iyong coverage para sa ilang partikular na medikal na pangangalaga, gamitin ang seksyong ito (**Seksyon F**) bilang iyong gabay.
- Nakakaranas ka ng mga pagkaantala sa pangangalaga o hindi ka makahanap ng doktor.
 - Ang maaari mong gawin:** Puwede kang maghain ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K2**.

F2. Paghiling ng desisyon sa coverage

Kapag ang desisyon sa coverage ay nauugnay sa iyong medikal na pangangalaga, tinatawag itong “**pinagsamang pagpapasya ng organisasyon.**”

- Ikaw, ang iyong doktor, o ang iyong kinatawan ay maaaring humiling sa amin ng desisyon sa coverage sa pamamagitan ng:
- Pagtawag: **1-800-443-0815**, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., TTY: **711**. Kung ang iyong desisyon sa coverage, apela, o reklamo ay kwalipikado para sa isang mabilis na desisyon, tawagan ang Expedited Review Unit sa **1-888-987-7247**, 8:30 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Sabado.
- Pag-fax: 1-888-987-2252.
- Pagsulat:
 - Para sa isang karaniwang desisyon o reklamo sa coverage, sumulat sa iyong lokal na tanggapan ng Mga Serbisyo sa Miyembro (tingnan ang **Direktoryo ng Provider at Parmasya** para sa mga lokasyon).
 - Para sa isang karaniwang apela, sumulat sa address na ipinapakita sa abiso ng pagtanggap na ipapadala namin sa iyo. Kung kwalipikado para sa isang mabilis na pagpapasya ang iyong desisyon, apela, o reklamo sa coverage, sumulat sa:
Kaiser Permanente
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Karaniwang desisyon sa coverage

Kapag ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon, gagamitin namin ang mga “karaniwang” deadline maliban kung sumang-ayon kaming gamitin ang mga “mabilis” na deadline. Nangangahulugan ang karaniwang desisyon sa coverage na bibigyan ka namin ng sagot tungkol sa:

- Medikal na serbisyo o item sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan. Para sa mga plano ng Knox-Keene, sa loob ng 5 araw ng negosyo, at hindi lalampas sa 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
- Inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mabilisang desisyon sa coverage

Ang legal na termino para sa “mabilisang desisyon sa coverage” ay “**pinabilis na pagdedesisyon.**”

Kapag hihilingin mo sa aming gumawa ng desisyon sa coverage tungkol sa iyong medikal na pangangalaga at nangangailangan ng mabilisang tugon ang iyong kalusugan, hilingin sa aming gumawa ng “mabilisang desisyon sa coverage.” Ang mabilisang desisyon sa coverage ay nangangahulugang bibigyan ka namin ng sagot tungkol sa isang:

- Medikal na serbisyo o item sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan, o mas maaga pa kung nangangailangan ang iyong medikal na kondisyon ng mas mabilis na sagot.
- Inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.

Upang makatanggap ng mabilisang desisyon sa coverage, dapat mong matugunan ang dalawang kinakailangan:

- Humihingi ka ng coverage para sa medikal na pangangalagang **hindi mo natanggap.**
- Ang paggamit ng mga karaniwang deadline **ay makakapagdulot ng matinding panganib sa iyong kalusugan** o makakasama sa kakayahan mong kumilos.

Awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilisang desisyon sa coverage kapag sinabi sa amin ng iyong doktor na kailangan ito ng kalusugan mo. Kung hihiling ka nang walang suporta ng iyong doktor, kami ang magdedesisyon kung makakatanggap ka ng mabilisang desisyon sa coverage.

Kung magdesisyon kaming hindi natutugunan ng iyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa mabilisang desisyon sa coverage, papadalhan ka namin ng sulat na magsasabi nito at gagamitin namin sa halip ang karaniwang deadline. Sasabihin sa iyo ng sulat:

- Awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilisang desisyon sa coverage kung ang iyong doktor ang hihiling nito.
- Kung paano ka makakapaghain ng “mabilisang reklamo” tungkol sa desisyon naming bigyan ka ng karaniwang desisyon sa coverage sa halip na mabilisang desisyon sa coverage. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo, kasama ang mabilisang reklamo, sumangguni sa **Seksyon K.**

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung sasagot kami ng Hindi sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, papadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag sa mga dahilan.

- Kung sumagot kami ng **Hindi**, may karapatan kang gumawa ng apela. Kung sa tingin mo ay nagkamali kami, ang pag-apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang aming desisyon at baguhin ito.
- Kung magdesisyon kang gumawa ng apela, magpapatuloy ka sa Antas 1 ng proseso ng mga apela (sumangguni sa **Seksyon F3**).

Sa mga limitadong sitwasyon, maaari naming balewalain ang iyong kahilingan para sa desisyon sa coverage, na nangangahulugang hindi namin susuriin ang kahilingan. Kasama sa mga halimbawa kung kailan babalewalain ang isang kahilingan:

- Kung hindi kumpleto ang kahilingan,
- Kung iba ang gumawa ng kahilingan sa ngalan mo ngunit hindi siya legal na pinapahintulutan na gawin ito, o
- Kung hihilingin mong bawiin ang iyong kahilingan.

Kung babalewalain namin ang isang kahilingan para sa desisyon sa coverage, papadalhan ka namin ng abiso na nagpapaliwanag kung bakit nabalewala ang kahilingan at kung paano humiling ng pagsusuri sa pagbalewala

F3. Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela

Upang magsimula ng apela, ikaw, ang iyong doktor, o ang iyong kinatawan ay dapat na makipag-ugnayan sa amin. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Humiling ng karaniwang apela o ng mabilisang apela sa pamamagitan ng pagsulat o sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

- Kung hihilingin ng iyong doktor o iba pang tagareseta na ipagpatuloy ang isang serbisyo o item na natatanggap mo na sa panahon ng iyong apela, posibleng kailanganin mong pangalanan sila bilang iyong kinatawan upang kumilos sa ngalan mo.
- Kung ibang tao maliban sa iyong doktor ang aapela para sa iyo, magsama ng form na Pagtatalaga ng Kinatawan na nagpapahintulot sa taong iyon na katawanin ka. Puwede mong makuha ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o sa aming website sa **kp.org**.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Maaari kaming tumanggap ng kahilingan sa pag-apela nang wala ang form, ngunit hindi namin masisimulan o makukumpleto ang aming pagsusuri hanggang sa matanggap namin ito. Kung hindi namin makukuha ang form sa loob ng 30 na araw sa kalendaryo pagkatapos makuha ang iyong kahilingan sa pag-apela:
 - Babalewalain namin ang iyong kahilingan, at
 - Papadalhan ka namin ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag sa iyong karapatan na hilingin sa IRO na suriin ang aming pasya na tanggihan ang iyong apela.

Kailangan mong humiling ng apela **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** mula sa petsang nasa sulat na ipinadala namin upang sabihin sa iyo ang aming desisyon.

Kung hindi ka umabot sa deadline at mayroon kang magandang dahilan para sa hindi pag-abot dito, maaari ka naming bigyan ng karagdagang panahon upang gawin ang iyong apela. Ang mga halimbawa ng magagandang dahilan ay mga bagay tulad ng nagkaroon ka ng malubhang sakit o maling impormasyon ang naibigay namin sa iyo tungkol sa deadline. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang iyong apela noong ginawa mo ang iyong apela.

Mayroon kang karapatang humingi sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa iyong apela. Ikaw at ang iyong doktor ay maaari ding magbigay sa amin ng higit pang impormasyon upang suportahan ang apela mo. Dapat nakasulat ang kahilingang ito.

Kung kakailanganin ito ng iyong kalusugan, humiling ng mabilisang apela.

Ang legal na termino para sa “mabilisang apela” ay “**pinabilis na muling pagsasaalang-alang.**”

- Kung iaapela mo ang desisyong ginawa namin tungkol sa coverage para sa pangangalagang hindi mo natanggap, magdedesisyon ka at/o ang iyong doktor kung kailangan mo ng mabilisang apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilis na apela kung sasabihin sa amin ng doktor mo na kailangan ito para sa iyong kalusugan. Kung hihiling ka nito nang wala ang suporta ng iyong doktor, pagpapasyahan namin kung makakakuha ka ng mabilis na apela.

- Kung mapagpapasyahan naming hindi natutugunan ng iyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa mabilis na apela, papadalhan ka namin ng sulat na nagsasabi nito at gagamitin namin sa halip ang mga karaniwang deadline. Sasabihin sa iyo ng sulat:
 - Awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilis na apela kung ang iyong doktor ang hihiling nito.
 - Paano ka makakapaghain ng “mabilisang reklamo” tungkol sa desisyon naming bigyan ka ng karaniwang apela sa halip na mabilis na apela. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo, kasama ang mabilisang reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Kung sasabihin namin sa iyong ihihinto o babawasan namin ang mga serbisyo o item na natatanggap mo na, puwede mong hilinging ipagpatuloy ang mga serbisyo o item na iyon sa panahon ng iyong apela.

- Kung magdesisyon kaming baguhin o ihinto ang coverage para sa serbisyo o item na natatanggap mo, papadalhan ka namin ng abiso bago kami kumilos.
- Kung hindi ka sang-ayon sa aming desisyon, maaari kang maghain ng Antas 1 na Apela.
- Ipagpapatuloy namin ang pagsakop sa serbisyo o item kung hihiling ka ng Antas 1 na Apela sa loob ng 10 araw sa kalendaryo simula sa petsang nasa sulat namin o hanggang sa nilalayong petsa ng pagkakaroon ng bisa ng pagkilos, alinman ang mas huli.
 - Kung matutugunan mo ang deadline na ito, matatanggap mo ang serbisyo o item nang walang pagbabago habang nakabinbin ang iyong Antas 1 na apela.
 - Matatanggap mo rin ang lahat ng iba pang serbisyo o item (na hindi paksa ng iyong apela) nang walang pagbabago.
 - Kung hindi ka aapela bago ang mga petsang ito, hindi ipagpapatuloy ang iyong serbisyo o item habang hinihintay mo ang desisyon sa iyong apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Isasaalang-alang namin ang iyong apela at ibibigay namin sa iyo ang aming sagot.

- Kapag sinusuri namin ang iyong apela, sinusuri namin ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan para sa coverage ng medikal na pangangalaga.
- Sinusuri namin kung sinunod namin ang lahat ng panuntunan noong sumagot kami ng **Hindi** sa iyong kahilingan.
- Nangangalap kami ng higit pang impormasyon kung kailangan namin ito. Maaari kaming makipag-ugnayan sa iyo o sa iyong doktor upang makakuha ng higit pang impormasyon.

May mga deadline para sa mabilisang apela.

- Kapag ginamit namin ang mga mabilisang deadline, dapat ka naming bigyan ng sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela, o mas maaga pa kung kailangan ng iyong kalusugan ng mas mabilis na sagot.** Mas maaga naming ibibigay sa iyo ang aming sagot kung kakailanganin ito ng iyong kalusugan.
- Kung hindi ka namin mabibigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos, susuriin ito ng isang IRO. Sa dulong bahagi ng kabanatang ito, sasabihin namin sa iyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag ang Antas 2 na proseso ng mga apela. Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasakop ng Medi-Cal, ikaw mismo ay makakapaghain ng Antas 2 na Apela. May makikitang higit pang impormasyon sa dulong bahagi ng kabanatang ito. Hindi kami awtomatikong naghahain ng Antas 2 na Apela para sa iyo para sa mga serbisyo o item ng Medi-Cal.
- **Kung sasagot kami ng Oo sa ilan sa o lahat ng iyong kahilingan,** dapat pahintulutan o ibigay namin ang coverage na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela, o mas maaga pa kung kailangan ito ng iyong kalusugan.
- **Kung sasagot kami ng Hindi sa ilan sa o lahat ng iyong kahilingan,** ipapadala namin ang iyong apela sa IRO para sa Antas 2 na Apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

May mga deadline para sa karaniwang apela.

- Kapag ginamit namin ang mga karaniwang deadline, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela para sa coverage para sa mga serbisyong hindi mo natanggap.
- Kung ang iyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare na hindi mo natanggap, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela o nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
 - Kung hindi ka namin mabibigyan ng sagot sa deadline, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos, susuriin ito ng isang IRO. Sa bandang huli ng kabanatang ito, sasabihin namin sa iyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag namin ang proseso ng Level 2 na mga apela Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal, maaaring ikaw mismo ang maghain ng Level 2 na Apela. May makikitang higit pang impormasyon sa dulong bahagi ng kabanatang ito. Hindi kami awtomatikong naghahain ng Antas 2 na Apela para sa iyo para sa mga serbisyo o item ng Medi-Cal.

Kung sasagot kami ng Oo sa ilan sa o lahat ng iyong kahilingan, dapat naming pahintulutan o ibigay ang coverage na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 30 araw sa kalendaryo mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang iyong kahilingan sa apela, o sa lalong madaling panahon na kailanganin ng iyong kalusugan at sa loob ng 72 oras mula sa petsa kung kailan namin binago ang aming pasya, o sa loob ng 7 araw sa kalendaryo mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang iyong apela kung ang kahilingan mo ay para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare.

Kung sasagot kami ng Hindi sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, mayroon kang mga karagdagang karapatan sa pag-apela:

- Kung sasagot kami ng **Hindi** sa isang bahagi o sa lahat ng hinihiling mo, papadalhan ka namin ng sulat.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa coverage ng isang serbisyo o item ng Medicare, sasabihin sa iyo ng sulat na ipinadala namin ang kaso mo sa IRO para sa Antas 2 na Apela.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa coverage ng isang serbisyo o item ng Medi-Cal, sasabihin sa iyo ng sulat kung paano ka mismo makakapaghain ng Antas 2 na Apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

F4. Pagsasagawa ng Antas 2 na Apela

Kung sasagot kami ng **Hindi** sa ilan sa o lahat ng iyong Antas 1 na Apela, papadalhan ka namin ng sulat. Sasabihin sa iyo ng sulat na ito kung karaniwang sinasakop ng Medicare, Medi-Cal, o ng parehong programa ang serbisyo o item.

- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasakop ng **Medicare**, awtomatiko naming ipapadala ang iyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng mga apela sa sandaling makumpleto ang Antas 1 na Apela.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasakop ng **Medi-Cal**, ikaw mismo ay makakapaghain ng Antas 2 na Apela. Sasabihin sa iyo ng sulat kung pano ito gagawin. Naglagay rin kami ng higit pang impormasyon sa dulong bahagi ng kabanatang ito.
- Kung ang problema mo ay tungkol sa isang serbisyo o item na posibleng sakupin ng **parehong Medicare at Medi-Cal**, awtomatiko kang makakakuha ng Antas 2 na Apela sa IRO. Bukod pa sa awtomatikong Antas 2 na Apela, puwede ka ring humiling ng Pagdinig ng Estado at isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri sa estado. Gayunpaman, hindi available ang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri kung nagpakita ka na ng patunay sa isang Pagdinig ng Estado.

Kung naging kwalipikado ka para sa pagpapatuloy ng mga benepisyo noong inihain mo ang iyong Antas 1 na Apela, ang iyong mga benepisyo para sa serbisyo, item, o gamot na inaapela ay maaari ding magpapatuloy sa panahon ng Antas 2. Sumangguni sa **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng iyong mga benepisyo sa panahon ng mga Antas 1 na Apela.

- Kung ang problema mo ay tungkol sa isang serbisyo na kadalasang sinasakop lang ng **Medicare**, mahihinto ang iyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon sa panahon ng Antas 2 na proseso ng mga apela sa IRO.
- Kung ang problema mo ay tungkol sa isang serbisyong karaniwang sinasakop lang ng **Medi-Cal**, ang iyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay magpapatuloy kung magsusumite ka ng Antas 2 na Apela sa loob ng 10 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang aming sulat ukol sa desisyon.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasakop ng Medicare.

Susuriin ng IRO ang iyong apela. Isa itong hiwalay na organisasyong na-hire ng Medicare.

Ang pormal na pangalan para sa “Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri” (IRO) ay “**Hiwalay na Entity sa Pagsusuri,**” na kung minsan ay tinatawag na “**IRE.**”

- Ang organisasyong ito ay walang koneksyon sa amin at hindi isang ahensya ng pamahalaan. Ang Medicare ang pumipili sa kumpanyang magiging IRO, at pinapangasiwaan ng Medicare ang trabaho nito.
- Nagpapadala kami ng impormasyon tungkol sa iyong apela (iyong “file ng kaso”) sa organisasyong ito. Mayroon kang karapatan sa libreng kopya ng file ng iyong kaso.
- May karapatan kang bigyan ang IRO ng karagdagang impormasyong susuporta sa iyong apela.
- Maingat na sinusuri ng mga tagasuri sa IRO ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.

Kung nagkaroon ka ng mabilisang apela sa Antas 1, magkakaroon ka rin ng mabilisang apela sa Antas 2.

- Kung naghain ka sa amin ng mabilis na apela sa Antas 1, awtomatiko kang magkakaroon ng mabilis na apela sa Antas 2. Dapat kang bigyan ng IRO ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang iyong apela.

Kung nagkaroon ka ng karaniwang apela sa Antas 1, magkakaroon ka rin ng karaniwang apela sa Antas 2.

- Kung nagkaroon ka ng karaniwang apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kang makakatanggap ng karaniwang apela sa Antas 2.
- Kung ang kahilingan mo ay para sa isang medikal na item o serbisyo, dapat bigyan ka ng IRO ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang iyong apela.
- Kung ang iyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare, dapat kang bigyan ng IRO ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang iyong apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Bibigyan ka ng IRO ng sagot sa pamamagitan ng sulat at ipapaliwanag nito ang mga dahilan.

- Kung sasagot ang IRO ng Oo sa ilan sa o lahat ng kahilingan para sa isang medikal na item o serbisyo, dapat naming ipatupad kaagad ang desisyon:
 - Pahintulutan ang coverage sa medikal na pangangalaga **sa loob ng 72 oras**, o
 - Ibigay ang serbisyo **sa loob ng 5 araw ng trabaho** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO **para sa mga karaniwang kahilingan**, o
 - Ibigay ang serbisyo **sa loob ng 72 oras** mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang desisyon ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan**.
- Kung sasagot ang IRO ng Oo sa ilan sa o lahat ng kahilingan para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare, dapat naming pahintulutan o ibigay ang inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare na pinag-uusapan:
 - **Sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO para sa mga karaniwang kahilingan, o
 - **Sa loob ng 24 na oras** mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang desisyon ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan**.
- **Kung sasagot ang IRO ng Hindi sa ilan sa o lahat ng iyong apela**, ibig sabihin sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan (o ilan sa iyong kahilingan) para sa coverage para sa medikal na pangangalaga. Tinawatag itong “pagsuporta sa desisyon” o “pagtangga sa iyong apela.”
 - Kung matutugunan ng iyong kaso ang mga kinakailangan, makakapili ka kung gusto mong isulong pa ang iyong apela.
 - May tatlong karagdang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, para sa kabuuang limang antas.
 - Kung tinanggihan ang iyong Antas 2 na Apela at natutugunan mo ang mga kinakailangan upang ipagpatuloy ang proseso ng mga apela, dapat kang magdesisyon kung magpapatuloy sa Antas 3 at gagawa ng ikatlong apela. Ang mga detalye kung paano ito gawin ay makikita sa nakasulat na abisong natanggap mo pagkatapos ng iyong Antas 2 na Apela.
 - Isang Hukom ng Batas na Pampangasiwaan (Administrative Law Judge, ALJ) o abugadong tagadesisyon ang nangangasiwa sa Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga Antas 3, 4, at 5 na Apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasakop ng Medi-Cal

(1) Hiwalay na Medikal na Pagsusuri

May dalawang paraan para gumawa ng Antas 2 na apela para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal: (1) Paghahain ng reklamo o Hiwalay na Medikal na Pagsusuri o (2) Pagdinig ng Estado.

Puwede kang maghain ng reklamo sa o humiling para sa isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (IMR) mula sa Sentro ng Tulong sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) ng California. Sa pamamagitan ng paghahain ng reklamo, susuriin ng DMHC ang aming desisyon at gagawa ito ng pagpapasya. Available ang IMR para sa anumang sakop na serbisyo o item ng Medi-Cal na may katangiang medikal. Ang IMR ay isang pagsusuri ng iyong kaso na isinasagawa ng mga doktor na hindi bahagi ng aming plano o bahagi ng DMHC. Kung pabor sa iyo ang desisyon ng IMR, dapat naming ibigay sa iyo ang serbisyo o item na hiniling mo. Wala kang babayaran para sa isang IMR.

Puwede kang maghain ng reklamo o mag-apply para sa IMR kung gagawin ng aming plano ang mga sumusunod:

- Tatanggihan, babaguhin, o aantalahin ang isang serbisyo o paggamot ng Medi-Cal dahil napagpasyahan ng aming plano na hindi ito medikal na kinakailangan.
- Hindi sasakupin ang isang eksperimental o sinisiyasat na paggamot sa Medi-Cal para sa isang malubhang medikal na kondisyon.
- May mga pagtatalo kung ang isang serbisyo o pamamaraan sa operasyon ay may katangiang pampaganda o reconstructive.
- Hindi magbabayad para sa mga serbisyong pang-emergency o agarang serbisyo sa Medi-Cal na natanggap mo na.
- Hindi pa nalulutas ang iyong Antas 1 na Apela sa isang serbisyo ng Medi-Cal sa loob ng 30 araw sa kalendaryo para sa isang karaniwang apela o 72 oras, o mas maaga pa, kung kailangan para sa iyong kalusugan, para sa mabilis na apela.

TANDAAN: Kung maghahain ang iyong provider ng apela para sa iyo, pero hindi namin matanggap ang iyong form ng Pagtatalaga ng Kinatawan, kakailanganin mong ihain ulit ang iyong apela sa amin bago ka makapaghain ng Antas 2 na IMR sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan maliban kung ang apela mo ay kinasasangkutan ng napipinto at matinding banta sa iyong kalusugan, kabilang ang pero hindi limitado sa, matinding pananakit, posibleng pagkamatay, pagkawala ng paa, o pangunahing paggana ng katawan.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

May karapatan ka sa parehong IMR at Pagdinig ng Estado, pero hindi ka karapat-dapat sa isang IMR kung naghain ka na ng patunay sa Pagdinig ng Estado o sumailalim dito kaugnay ng parehong isyu.

Sa karamihan ng kaso, dapat ka munang maghain sa amin ng apela bago ka humiling ng IMR. Sumangguni sa **Seksyon G5** para sa impormasyon, tungkol sa aming Antas 1 na proseso ng apela. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon, puwede kang maghain ng reklamo sa DMHC o humiling sa Sentro ng Tulong ng DMHC para sa isang IMR.

Kung tinanggihan ang iyong paggamot dahil ito ay eksperimental o sinisiyasat pa lang, hindi mo na kailangang dumaan sa aming proseso ng apela bago ka mag-apply para sa isang IMR.

Kung ang problema mo ay agaran o kinasasangkutan ng agaran at matinding banta sa iyong kalusugan o kung nakakaranas ka ng matinding pananakit, puwede mo itong ipagbigay-alam kaagad sa DMHC nang hindi na dumadaan muna sa aming proseso ng apela.

Dapat kang **mag-apply para sa isang IMR sa loob ng 6 na buwan** pagkatapos ka naming padalhan ng nakasulat na pasya tungkol sa iyong apela. Posibleng tanggapin ng DMHC ang iyong aplikasyon pagkatapos ng 6 na buwan para sa makatuwirang dahilan, gaya ng nagkaroon ka ng medikal na kondisyon na pumigil sa iyong humiling ng IMR sa loob ng 6 na buwan o hindi ka nakatanggap ng sapat na abiso mula sa amin tungkol sa proseso ng IMR.

Para makahingi ng IMR:

- Punan ang Form ng Aplikasyon/Reklamo para sa Hiwalay na Medikal na Pagsusuri na available sa: **www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx** o tawagan ang Sentro ng Tulong ng DMHC sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-688-9891.
- Kung mayroon ka ng mga ito, maglakip ng mga kopya ng mga sulat o iba pang mga dokumento tungkol sa serbisyo o item na tinanggihan namin. Mapapabilis nito ang proseso ng IMR. Magpadala ng mga kopya ng mga dokumento, huwag ang mga orihinal na kopya. Hindi na maibabalik ng Sentro ng Tulong ang anumang dokumento.
- Punan ang Form para sa Awtorisadong Assistant kung tinutulungan ka ng isang tao sa iyong IMR. Makukuha mo ang form sa **www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx** o tawagan ang Sentro ng Tulong ng Departamento sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-688-9891.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- I-mail o i-fax ang iyong mga form at anumang kalakip sa:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: **1-916-255-5241**

- Puwede mo ring isumite ang iyong Form ng Aplikasyon/Reklamo para sa Hiwalay na Medikal na Pagsusuri at form ng Awtorisadong Assistant online sa:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Kung kwalipikado ka para sa isang IMR, susuriin ng DMHC ang iyong kaso at papadalhan ka ng sulat sa loob ng 7 araw sa kalendaryo na nagsasabi sa iyong kwalipikado ka para sa isang IMR. Kapag natanggap na ang iyong aplikasyon at mga pansuportang dokumento mula sa iyong plano, magbibigay ng desisyon sa IMR sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Dapat mong matanggap ang desisyon sa IMR sa loob ng 45 araw sa kalendaryo mula sa pagsusumite ng nakumpletong aplikasyon.

Kung agaran ang iyong kaso at kwalipikado ka para sa isang IMR, susuriin ng DMHC ang iyong kaso at papadalhan ka ng sulat sa loob ng 2 araw sa kalendaryo na nagsasabi sa iyong kwalipikado ka para sa isang IMR. Kapag natanggap na ang iyong aplikasyon at mga pansuportang dokumento mula sa iyong plano, magbibigay ng desisyon sa IMR sa loob ng 3 araw sa kalendaryo. Dapat mong matanggap ang desisyon sa IMR sa loob ng 7 araw sa kalendaryo mula sa pagsusumite ng nakumpletong aplikasyon. Kung hindi ka nasisiyahan sa resulta ng IMR, puwede ka pa ring humiling ng Pagdinig ng Estado.

Posibleng mas magtagal ang IMR kung hindi matatanggap ng DMHC ang lahat ng medikal na rekord na kinakailangan mula sa iyo o sa gumagamot na doktor sa iyo. Kung gumagamit ka ng doktor na wala sa network ng iyong planong pangkalusugan, mahalagang kunin at ipadala mo sa amin ang iyong mga medikal na rekord mula sa doktor na iyon. Inaatasan ang iyong planong pangkalusugan na kumuha ng mga kopya ng iyong mga medikal na rekord mula sa mga doktor na nasa network.

Kung mapagpapasyahan ng DMHC na hindi kwalipikado ang iyong kaso para sa isang IMR, susuriin ng DMHC ang iyong kaso sa pamamagitan ng regular na proseso nito sa reklamo ng consumer. Malulutas ang iyong reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo mula sa pagsusumite ng nakumpletong aplikasyon. Kung pang-agaran ang iyong reklamo, mas maaga itong lulutasin.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

(2) Pagdinig ng Estado

Maaari kang humingi ng isang Pagdinig ng Estado para sa mga serbisyo at item na sinasakop ng Medi-Cal. Kung hihiling ang iyong doktor o ibang provider ng isang serbisyo o item na hindi namin aaprubahan, o hindi namin patuloy na babayaran ang isang serbisyo o item na mayroon ka na at sasagot kami ng hindi sa iyong Antas 1 na apela, mayroon kang karapatang humiling ng isang Pagdinig ng Estado.

Sa karamihan ng kaso **mayroon kang 120 araw para humiling ng Pagdinig ng Estado** pagkatapos ipadala sa iyo ang “Sulat sa Desisyon sa Apela”.

TANDAAN: Kung hihiling ka ng Pagdinig ng Estado dahil sinabi namin sa iyong babaguhin o ihihinto ang isang serbisyong kasalukuyan mong natatanggap, mayroon **kang mas kaunting araw upang isumite ang iyong kahilingan** kung gusto mong patuloy na matanggap ang serbisyong iyon habang nakabinbin ang iyong Pagdinig ng Estado. Basahin ang “Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng mga Antas 2 na apela” sa kabanatang ito para sa higit pang impormasyon.

May dalawang paraan upang humiling ng isang Pagdinig ng Estado:

1. Maaari mong kumpletuhin ang “Kahilingan para sa Pagdinig ng Estado” sa likod ng abiso ng pagkilos. Dapat mong ibigay ang lahat ng hiniling na impormasyon gaya ng iyong buong pangalan, address, numero ng telepono, ang pangalan ng plano o county na nagsagawa ng pagkilos laban sa iyo, ang (mga) sangkot na programa ng tulong, at detalyadong dahilan kung bakit gusto mo ng pagdinig. Pagkatapos, maaari mong isumite ang iyong kahilingan sa isa sa mga paraang ito:
 - Sa departamento ng kapakanan ng county sa address na ipinapakita sa abiso.
 - Sa Departamento ng Mga Serbisyong Panlipunang ng California:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - Sa State Hearings Division sa numero ng fax **1-916-651-5210** o **1-916-651-2789**.
2. Maaari mong tawagan ang Departamento ng Mga Serbisyong Panlipunang ng California sa **1-800-743-8525**. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-952-8349**. Kung magdesisyon kang humiling ng Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng telepono, dapat mong malaman na masyadong abala ang mga linya ng telepono.

Hindi mo kailangang magbayad para sa isang Pagdinig ng Estado o IMR.

Mayroon kang karapatan sa parehong Pagdinig ng Estado at IMR. Ngunit kung hihiling ka muna ng Pagdinig ng Estado, at nangyari na ang pagdinig, hindi ka makakahiling ng isang IMR. Sa kasong ito, ang Pagdinig ng Estado ang may huling desisyon. Hindi napapailalim sa proseso ng IMR ang mga desisyon sa benepisyo ng parmasya ng Medi-Cal Rx.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Ang mga seksyon sa ibaba ay magbibigay sa iyo ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano humiling ng isang Pagdinig ng Estado o IMR.

Ang mga reklamo at apelang nauugnay sa mga benepisyo ng parmasya ng Medi-Cal Rx ay hindi pinapangasiwaan ng Kaiser Permanente. Maaari kang magsumite ng mga reklamo at apela tungkol sa mga benepisyo ng parmasya ng Medi-Cal Rx sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273** at **pindutin ang 5** o **711**).

Gayunpaman, ang mga reklamo at apelang nauugnay sa mga benepisyo ng parmasyang hindi napapailalim sa Medi-Cal Rx ay maaaring maging kwalipikado para sa isang Independiyenteng Pagrepassong Medikal. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa isang desisyong nauugnay sa iyong benepisyo ng parmasya ng Medi-Cal Rx, maaari kang humiling ng isang Pagdinig ng Estado.

Tandaan: Ang mga item at serbisyong matatanggap mo sa ilalim ng Programa ng Mga Suporta sa Komunidad ay hindi kwalipikado para sa IMR.

Ibibigay ng Sangay ng Pagdinig ng Estado ang kanilang desisyon sa iyo sa pamamagitan ng sulat at ipapaliwanag nila ang mga dahilan para rito.

- Kung sasagot ng **Oo** ang opisina ng Pandinig ng Estado sa isang bahagi o sa lahat ng isang kahilingan para sa medikal na item o serbisyo, dapat naming pahintulutan o ibigay ang serbisyo o item **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang kanilang desisyon.
- Kung sasagot ang Sangay ng Pagdinig ng Estado ng **Hindi** sa ilan sa o lahat ng iyong apela, ibig sabihin, sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan (o bahagi ng iyong kahilingan) para sa coverage para sa medikal na pangangalaga. Tinawatag itong “pagsuporta sa desisyon” o “pagtanggì sa iyong apela.”

Kung **Hindi** ang magiging desisyon ng IRO o ng Pagdinig ng Estado para sa ilan sa o lahat ng iyong kahilingan, may mga karagdagan ka pang karapatan sa pag-apela.

Kung makakarating ang iyong Antas 2 na Apela sa **IRO**, makakapag-apela ka lang ulit kung ang halaga ng dolyar ng serbisyo o item na gusto mo ay makakatugon sa ilang partikular na minimum na halaga. Isang ALJ o tagahatol na abugado ang nangangasiwa sa Antas 3 na Apela. **Ipapaliwanag sa sulat na makukuha mo mula sa IRO ang mga karagdagang karapatan sa pag-apela na posibleng mayroon ka.**

Ilalarawan sa sulat na makukuha mo mula sa Sangay ng Pagdinig ng Estado ang susunod na opsyon mo sa pag-apela.

Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa pag-apela pagkatapos ng Antas 2.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

F5. Mga problema sa pagbabayad

Hindi namin pinapayagan ang aming mga provider na nasa network na singilin ka para sa mga sakop na serbisyo at item. Totoo ito kahit na babayaran namin ang provider nang mas maliit kaysa sa sinisingil ng provider para sa isang sakop na serbisyo o item. Hindi ka kailanman inaatasang bayaran ang balanse ng anumang bill. Ang tanging halagang dapat hilingin sa iyong bayaran ay ang copay para sa ambulansya, dialysis, at ilang partikular na DME na item gaya ng inilalarawan sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** o ang bahagi sa gastos na inilalarawan sa **Kabanata 6**, kung hindi ka na kwalipikado para sa “Karagdagang Tulong.”

Kung makatanggap ka ng bill na higit sa iyong copay para sa mga sakop na serbisyo at item, ipadala sa amin ang bill. **Hindi dapat ikaw mismo ang magbayad ng bill.** Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aayusin ang problema. Kung binayaran mo ang bill, maaari kang makatanggap ng refund kung sinusunod mo ang mga panuntunan para sa pagkuha ng mga serbisyo o item.

Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 7** ng **Handbook ng Miyembro** na ito. Inilalarawan nito ang mga sitwasyon kung kailan maaaring kailanganin mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo o bayaran ang bill na natanggap mo mula sa isang provider. Sinasabi rin nito kung paano ipapadala sa amin ang dokumentong humihiling sa amin ng bayad.

Kung hihilingin mong ibalik ang ibinayad mo, humihiling ka ng desisyon sa coverage. Susuriin namin kung sakop ang serbisyo o item na binayaran mo at kung sinusunod mo ang lahat ng panuntunan para sa paggamit ng iyong coverage.

- Kung sakop ang serbisyo o item na binayaran mo at sinusunod mo ang lahat ng panuntunan, ipapadala namin sa iyo ang aming bahagi sa gastos para sa serbisyo o item sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
- Kung hindi mo pa nababayaran ang serbisyo o item, direkta naming ipapadala sa provider ang bayad. Kapag ipinadala namin ang bayad, katulad ito ng pagsagot ng **Oo** sa iyong kahilingan para sa isang desisyon sa coverage.
- Kung hindi sakop ang serbisyo o item o hindi mo sinusunod ang lahat ng panuntunan, papadalhan ka namin ng sulat na nagsasabi sa iyong hindi namin babayaran ang serbisyo o item at ipapaliwanag kung bakit.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung hindi ka sang-ayon sa aming desisyong huwag magbayad, **maaari kang gumawa ng apela**. Sundin ang proseso ng mga apelang inilalarawan sa **Seksyon F3**. Kapag sinunod mo ang mga tagubiling ito, tandaan:

- Kapag gumawa ka ng apelang ibalik namin ang ibinayad mo, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- Kung hihilingin mo sa aming ibalik ang ibinayad mo para sa medikal na pangangalagang natanggap mo at ikaw mismo ang nagbayad, hindi ka maaaring humiling ng mabilisang apela.

Kung sasagot kami ng **Hindi** sa iyong apela at karaniwang sinasakop ng **Medicare** ang serbisyo o item, ipapadala namin ang iyong kaso sa IRO. Papadalhan ka namin ng sulat kung mangyayari ito.

- Kung papalitan ng IRO ang aming desisyon at sasabihin nitong dapat ka naming bayaran, dapat naming ipadala sa iyo o sa provider ang bayad sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung **Oo** ang isasagot sa iyong apela sa anumang antas ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala sa iyo o sa provider ng pangangalagang pangkalusugan ang bayad sa loob ng 60 araw sa kalendaryo.
- Kung sasagot ang IRO ng **Hindi** sa iyong apela, nangangahulugan itong sumasang-ayon silang hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan. Tinatawag itong “pagsuporta sa desisyon” o “pagtangga sa iyong apela.” Makakatanggap ka ng sulat na nagpapaliwanag sa mga karagdagang karapatan sa apela na maaaring mayroon ka. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung sasagot kami ng **Hindi** sa iyong apela at karaniwang sinasakop ng **Medi-Cal** ang serbisyo o item, maaaring ikaw mismo ang maghain ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon.

G. Mga inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare

Ang iyong mga benepisyong bilang isang miyembro ng aming plano ay kinabibilangan ng coverage para sa maraming inireresetang gamot. Karamihan sa mga ito ay mga gamot sa Bahagi D ng Medicare. May ilang gamot na hindi sinasakop ng Bahagi D ng Medicare na maaaring sakupin ng Medi-Cal. **Nalalapat lang ang seksyong ito sa mga apela sa gamot sa Bahagi D ng Medicare.** Gagamitin namin ang salitang “gamot” sa natitirang bahagi ng seksyong ito sa halip na sabihing “gamot sa Bahagi D ng Medicare” palagi.

Upang masakop, dapat gamitin ang gamot para sa medikal na tinatanggap na indikasyon. Ibig sabihin nito, ang gamot ay inaaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) o sinusuportahan ng ilan partikular na medikal na sanggunian. Sumangguni sa **Kabanata 5 ng Handbook ng Miyembro** na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa isang medikal na tinatanggap na indikasyon..

G1. Mga desisyon at apela sa coverage sa Bahagi D ng Medicare

Narito ang mga halimbawa ng mga desisyon sa coverage na hiniling mong gawin namin tungkol sa iyong mga gamot sa Bahagi D ng Medicare:

- Hiniling mo sa aming gumawa ng pagbubukod, kasama ang paghiling sa aming:
 - Sakupin ang isang gamot sa Bahagi D ng Medicare na wala sa Listahan ng Gamot ng aming plano o
 - Balewalain ang paghihigpit sa aming coverage para sa isang gamot (gaya ng mga limitasyon sa dami ng makukuha mo).
- Tatanungin mo sa amin kung sinasakop ang isang gamot para sa iyo (gaya ng kapag nasa Listahan ng Gamot ng aming plano ang iyong gamot ngunit kailangan namin itong aprubahan para sa iyo bago namin ito sakupin).

TANDAAN: Kung sasabihin sa iyo ng iyong parmasya na hindi mapupunan ang iyong reseta ayon sa nakasulat, bibigyan ka ng iyong parmasya ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag kung paano makikipag-ugnayan sa amin upang humiling ng pagdedesisyon sa coverage.

Ang isang paunang desisyon sa coverage tungkol sa iyong mga gamot sa Bahagi D ng Medicare ay tinatawag na “**pagtukoy ng coverage.**”

- Hihilingin mo sa aming bayaran ang gamot na nabili mo na. Isa itong paghiling ng desisyon sa coverage tungkol sa bayad.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung hindi ka sumasang-ayon sa isang desisyon sa coverage na ginawa namin, maaari mong iapela ang aming desisyon. Sinasabi sa iyo ng seksyong ito kung paano humiling ng mga desisyon sa coverage at kung paano gumawa ng apela. Gamitin ang chart sa ibaba upang makatulong sa iyo.

Alin sa mga sitwasyong ito ang kinabibilangan mo?			
<p>Kailangan mo ng gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o kailangan mong balewalain namin ang isang panuntunan o paghihigpit sa isang gamot na sinasakop namin.</p>	<p>Gusto mong sakupin namin ang isang gamot na nasa aming Listahan ng Gamot, at sa tingin mo ay natutugunan mo ang mga panuntunan ng plano o paghihigpit (gaya ng paunang pagkuha ng pag-apruba) para sa gamot na kailangan mo.</p>	<p>Gusto mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo para sa isang gamot na natanggap mo na at nabayaran na.</p>	<p>Sinabi namin sa iyong hindi namin sasakupin o babayaran ang gamot sa paraang gusto mo.</p>
<p>Maaari mong hilingin sa aming gumawa ng pagbubukod. (Isa itong uri ng desisyon sa coverage.)</p>	<p>Maaari kang humiling sa amin ng desisyon sa coverage.</p>	<p>Maaari mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo. (Isa itong uri ng desisyon sa coverage.)</p>	<p>Maaari kang gumawa ng apela. (Ibig sabihin nito, hihilingin mo sa aming magsaalang-alang ulit.)</p>
<p>Magsimula sa Seksyon G2, pagkatapos ay sumangguni sa Seksyon G3 at G4.</p>	<p>Sumangguni sa Seksyon G4.</p>	<p>Sumangguni sa Seksyon G4.</p>	<p>Sumangguni sa Seksyon G5.</p>

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

G2. Mga pagbubukod sa Bahagi D ng Medicare

Kung hindi namin sasakupin ang isang gamot sa paraang gusto mo, maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng “pagbubukod.” Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para sa isang pagbubukod, maaari mong iapela ang aming desisyon.

Kapag hihiling ka ng pagbubukod, kailangang ipaliwanag ng iyong doktor o iba pang tagareseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan mo ang pagbubukod.

Kung minsan, ang paghiling ng coverage ng isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o ng pag-aalis ng paghihigpit sa isang gamot ay tinatawag na paghiling ng “**pagbubukod sa pormularyo.**”

Narito ang ilang halimbawa ng mga pagbubukod na maaari mong hilingin o ng iyong doktor o iba pang tagareseta na gawin namin:

Pagsakop sa isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot

- Kung sasang-ayon kaming gumawa ng pagbubukod at sasakupin ang isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot, babayaran mo ang copay na nalalapat sa lahat ng aming gamot.
- Hindi ka makakakuha ng pagbubukod sa kinakailangang halaga ng copay para sa gamot.

Pag-aalis ng paghihigpit para sa isang sakop na gamot

- Nalalapat ang mga dagdag na panuntunan o paghihigpit sa ilang partikular na gamot sa aming Listahan ng Gamot (sumangguni sa **Kabanata 5** ng **Handbook ng Miyembro** na ito para sa higit pang impormasyon).
- Kasama sa mga dagdag na panuntunan at paghihigpit para sa ilang partikular na gamot ang:
 - Pag-aatas na gamitin ang generic na bersyon ng isang gamot sa halip na ang branded na gamot.
 - Paunang pagkuha sa aming pag-apruba bago kami sumang-ayon na sakupin ang gamot para sa iyo. Kung minsan, tinatawag itong “paunang pahintulot” (prior authorization, PA).

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng pagbubukod

Dapat sabihin sa amin ng iyong doktor o iba pang tagareseta ang mga medikal na dahilan.

Dapat kaming bigyan ng iyong doktor o iba pang tagareseta ng pahayag na nagpapaliwanag sa mga medikal na dahilan ng paghiling ng pagbubukod. Para sa mas mabilisang desisyon, isama ang medikal na impormasyong ito mula sa iyong doktor o iba pang tagareseta kapag hihilingin mo ang pagbubukod.

Kadalasang kasama sa aming Listahan ng Gamot ang mahigit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kondisyon. Tinatawag na mga “alternatibong” gamot ang mga ito. Kung ang isang alternatibong gamot ay kasing bisa ng gamot na hinihiling mo at hindi ito magdudulot ng mas maraming hindi magandang epekto o iba pang problema sa kalusugan, sa pangkalahatan ay **hindi** namin aaprubahan ang iyong kahilingan para sa pagbubukod.

Maaari kaming sumagot ng Oo o Hindi sa iyong kahilingan.

- Kung sasagot kami ng **Oo** sa iyong kahilingan para sa pagbubukod, karaniwang tumatagal ang pagbubukod hanggang sa pagtatapos ng taon sa kalendaryo. Totoo ito hangga't patuloy na irereseta ng iyong doktor ang gamot para sa iyo at patuloy na magiging ligtas at epektibo ang gamot na iyon para sa paggamot sa kondisyon mo.
- Kung sasagot kami ng **Hindi** sa iyong kahilingan para sa pagbubukod, maaari kang gumawa ng apela. Sumangguni sa **Seksyon G5** para sa impormasyon sa paggawa ng apela kung sasagot kami ng **Hindi**.

Sasabihin sa iyo ng susunod na seksyon kung paano humiling ng desisyon sa coverage, kasama ang isang pagbubukod.

G4. Paghiling ng desisyon sa coverage, kasama ang pagbubukod

- Hilingin ang uri ng desisyon sa coverage na gusto mo sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro, pagsulat, o pag-fax sa amin. Magagawa mo ito, ng iyong kinatawan, o ng iyong doktor (o iba pang tagareseta). Mangyaring isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa claim.
- Ikaw o ang iyong doktor (o iba pang tagareseta) o isang taong kumikilos sa ngalan mo ay maaaring humiling ng desisyon sa coverage. Maaari mo ring hilingin sa isang abogado na kumilos sa iyong ngalan.
- Sumangguni sa **Seksyon E3** upang malaman kung paano papangalanan ang isang tao bilang iyong kinatawan.
- Hindi mo kailangang magbigay ng nakasulat na pahintulot sa iyong doktor o iba pang tagareseta upang humiling ng desisyon sa coverage sa iyong ngalan.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Kung gusto mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo para sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.
- Kung hihiling ka ng pagbubukod, magbigay sa amin ng “pansuportang pahayag.” Kasama sa pansuportang pahayag ang mga medikal na dahilan ng iyong doktor o iba pang tagareseta para sa kahilingan para sa pagbubukod.
- Maaaring i-fax o ipadala sa amin sa koreo ng iyong doktor o iba pang tagareseta ang pansuportang pahayag. Maaari din nilang sabihin sa amin sa pamamagitan ng telepono at pagkatapos ay i-fax o ipadala sa koreo ang pahayag.

Kung kakailanganin ito ng iyong kalusugan, humiling sa amin ng “mabilisang desisyon sa coverage.”

Gagamitin namin ang “mga karaniwang deadline” maliban kung sumang-ayon kaming gamitin ang “mga mabilisang deadline.”

- Nangangahulugan ang **karaniwang desisyon sa coverage** na bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng iyong doktor.
- Nangangahulugan ang **mabilisang desisyon sa coverage** na bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng iyong doktor.

Ang “mabilisang desisyon sa coverage” ay tinatawag na **“pinabilis na pagtukoy sa coverage.”**

Makakakuha ka ng mabilisang desisyon sa coverage kung:

- Ito ay para sa gamot na hindi mo natatanggap. Hindi ka makakakuha ng mabilisang desisyon sa coverage kung hinihiling mo sa aming ibalik ang ibinayad mo para sa isang gamot na nabili mo na.
- Matinding mapipinsala ang iyong kalusugan o kakayahang kumilos kung gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.

Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor o iba pang tagareseta na nangangailangan ang iyong kalusugan ng mabilisang desisyon sa coverage, sasang-ayon kami at ibibigay namin ito sa iyo. Magpapadala kami sa iyo ng sulat na magsasabi sa iyo.

- Kung hihiling ka ng mabilisang desisyon sa coverage nang walang suporta mula sa iyong doktor o iba pang tagareseta, kami ang magdedesisyon kung makakatanggap ka ng mabilisang desisyon sa coverage.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Kung magdesisyon kaming hindi natutugunan ng iyong medikal na kondisyon ang mga kinakailangan para sa isang mabilisang desisyon sa coverage, gagamitin na lang namin ang mga karaniwang deadline.
 - Magpapadala kami sa iyo ng sulat na magsasabi sa iyo. Sasabihin din sa iyo ng sulat kung paano gumawa ng reklamo tungkol sa aming desisyon.
 - Maaari kang maghain ng mabilisang reklamo at makatanggap ng sagot sa loob ng 24 na oras. Para sa higit pang impormasyon sa paggawa ng mga reklamo, kasama ang mga mabilisang reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Mga deadline para sa mabilisang desisyon sa coverage

- Kung gagamitin namin ang mga mabilisang deadline, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan. Kung hihiling ka ng pagbubukod, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng iyong doktor. Ibibigay namin sa iyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang deadline na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa higit pang impormasyon tungkol sa isang Antas 2 na Apela.
- Kung sasagot kami ng **Oo** sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, ibibigay namin sa iyo ang coverage sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan o ang pansuportang pahayag ng iyong doktor.
- Kung sasagot kami ng **Hindi** sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, papadalhan ka namin ng sulat na may mga dahilan. Sasabihin din sa iyo ng sulat kung paano ka makakagawa ng apela.

Mga deadline para sa isang karaniwang desisyon sa coverage tungkol sa isang gamot na hindi mo kinuha

- Kung gagamitin namin ang mga karaniwang deadline, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan. Kung hihiling ka ng pagbubukod, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng iyong doktor. Ibibigay namin sa iyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang deadline na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng IRO.

- Kung sasagot kami ng **Oo** sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, ibibigay namin sa iyo ang coverage sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan o ang pansuportang pahayag ng iyong doktor para sa isang pagbubukod.
- Kung sasagot kami ng **Hindi** sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, papadalhan ka namin ng sulat na may mga dahilan. Sasabihin din sa iyo ng sulat kung paano gumawa ng apela.

Mga deadline para sa karaniwang desisyon sa coverage tungkol sa isang gamot na nabili mo na

- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
- Kung hindi namin matutugunan ang deadline na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri.
- Kung sasagot kami ng **Oo** sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, ibabalik namin ang ibinayad mo sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo.
- Kung sasagot kami ng **Hindi** sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, papadalhan ka namin ng sulat na may mga dahilan. Sasabihin din sa iyo ng sulat kung paano gumawa ng apela.

G5. Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela

Ang apela sa aming plano tungkol sa isang desisyon sa coverage sa gamot sa Bahagi D ng Medicare ay tinatawag na “**muling pagtukoy**” ng plano.

- Simulan ang iyong **karaniwan o mabilisang apela** sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-866-206-2973**, pagsulat, o pag-fax sa amin. Magagawa mo ito, ng iyong kinatawan, o ng iyong doktor (o iba pang tagareseta). Mangyaring isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa iyong apela.
- Kailangan mong humiling ng apela **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** mula sa petsang nasa sulat na ipinadala namin upang sabihin sa iyo ang aming desisyon.
- Kung hindi ka umabot sa deadline at mayroon kang magandang dahilan para sa hindi pag-abot dito, maaari ka naming bigyan ng karagdagang panahon upang gawin ang iyong apela. Ang mga halimbawa ng magagandang dahilan ay mga bagay tulad ng nagkaroon ka ng malubhang sakit o maling impormasyon ang naibigay namin sa iyo tungkol sa deadline. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang iyong apela noong ginawa mo ang iyong apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Mayroon kang karapatang humingi sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa iyong apela. Ikaw at ang iyong doktor ay maaari ding magbigay sa amin ng higit pang impormasyon upang suportahan ang apela mo.

Kung kakailanganin ito ng iyong kalusugan, humiling ng mabilisang apela.

Ang isang mabilisang apela ay tinatawag ring isang “**pinabilis na muling pagtukoy.**”

- Kung iaapela mo ang isang desisyong ginawa namin tungkol sa isang gamot na hindi mo kinuha, magdedesisyon ka at ang iyong doktor o iba pang tagareseta kung kailangan mo ng mabilisang apela.
- Ang mga kinakailangan para sa mabilisang apela ay katulad ng mga kinakailangan para sa mabilisang desisyon sa coverage. Sumangguni sa **Seksyon G4** para sa higit pang impormasyon.

Isasaalang-alang namin ang iyong apela at ibibigay namin sa iyo ang aming sagot.

- Susuriin namin ang iyong apela at titingnan ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan sa coverage.
- Susuriin namin kung sinunod namin ang mga panuntunan noong sumagot kami ng **Hindi** sa iyong kahilingan.
- Maaari kaming makipag-ugnayan sa iyo o sa iyong doktor o iba pang tagareseta upang kumuha ng higit pang impormasyon.

Mga deadline para sa mabilisang apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang mga mabilisang deadline, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
 - Ibibigay namin sa iyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
 - Kung hindi ka namin mabibigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos, susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon sa pagsusuri at sa Antas 2 ng proseso ng mga apela.
- Kung sasagot kami ng **Oo** sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, dapat naming ibigay ang coverage na sumang-ayon kaming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Kung sasagot kami ng **Hindi** sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, magpapadala kami sa iyo ng sulat na magpapaliwanag sa mga dahilan at magsasabi sa iyo kung paano ka makakagawa ng apela.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang mga karaniwang deadline, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela para sa isang gamot na hindi mo kinuha.
- Ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon nang mas maaga kung hindi mo kinuha ang gamot at kinakailangan ito ng kondisyon ng kalusugan mo. Kung naniniwala kang kinakailangan ito ng kalusugan mo, humiling ng mabilisang apela.
 - Kung hindi ka namin mabibigyan ng desisyon sa loob ng 7 araw sa kalendaryo, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos, susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon sa pagsusuri at sa Antas 2 ng proseso ng mga apela.

Kung sasagot kami ng **Oo** sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan:

- Dapat naming **ibigay ang coverage** na sinang-ayunan naming ibigay nang mabilis ayon sa kinakailangan ng iyong kalusugan, pero **nang hindi lalampas ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- Dapat naming **ipadala sa iyo ang bayad** para sa isang gamot na binili mo **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.

Kung sasagot kami ng **Hindi** sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan:

- Magpapadala kami sa iyo ng sulat na magpapaliwanag sa mga dahilan at magsasabi sa iyo kung paano ka makakagawa ng apela.
- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot tungkol sa pagbabalik ng iyong ibinayad para sa isang gamot na binili mo **sa loob ng 14 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
 - Kung hindi ka namin mabibigyan ng desisyon sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos, susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon sa pagsusuri at sa Antas 2 ng proseso ng mga apela.
- Kung sasagot kami ng **Oo** sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, dapat ka naming bayaran sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Kung sasagot kami ng **Hindi** sa isang bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, magpapadala kami sa iyo ng sulat na magpapaliwanag sa mga dahilan at magkasabi sa iyo kung paano ka makakagawa ng apela.

G6. Pagsasagawa ng Antas 2 na Apela

Kung sasagot kami ng **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela, maaari mong tanggapin ang aming desisyon o maaari kang gumawa ng isa pang apela. Kung magdesisyon kang gumawa ng isa pang apela, gagamitin mo ang Antas 2 na proseso ng mga apela. Susuriin ng **IRO** ang aming desisyon kapag sumagot kami ng **Hindi** sa iyong unang apela. Ang organisasyong ito ang magdedesisyon kung dapat naming baguhin ang aming desisyon.

Ang pormal na pangalan para sa “Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri” (IRO) ay **“Hiwalay na Entity sa Pagsusuri,”** na kung minsan ay tinatawag na **“IRE.”**

Para makagawa ng Antas 2 na Apela, dapat makipag-ugnayan ka, ang iyong kinatawan, o ang iyong doktor o iba pang tagareseta sa IRO **sa pamamagitan ng sulat** at humiling ng pagsusuri ng iyong kaso.

- Kung sasagot kami ng **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela, isasama sa sulat na ipapadala namin sa iyo ang **mga tagubilin tungkol sa kung paano gumawa ng Antas 2 na Apela** sa IRO. Sasabihin ng mga tagubilin kung sino ang makakagawa ng Antas 2 na Apela, anong mga deadline ang dapat mong sundin, at kung paano maaabot ang organisasyon.
- Kapag naghain ka ng apela sa IRO, ipapadala namin ang impormasyong mayroon kami tungkol sa iyong apela sa organisasyon. Ang impormasyong ito ay tinatawag na iyong “file ng kaso.” **Mayroon kang karapatan sa isang libreng kopya ng file ng kaso mo.**
- May karapatan kang bigyan ang IRO ng karagdagang impormasyong susuporta sa iyong apela.

Susuriin ng IRO ang iyong Antas 2 na Apela sa Bahagi D ng Medicare at bibigyan ka ng sagot sa pamamagitan ng sulat. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa IRO.

Mga deadline para sa mabilisang apela sa Antas 2

- Kung kakailanganin ito ng iyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela sa IRO.
- Kung sasang-ayon sila sa mabilisang apela, dapat ka nilang bigyan ng sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang iyong kahilingan sa pag-apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Kung sasagot sila ng **Oo** sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, dapat naming ibigay ang inaprubahang coverage sa gamot **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos matanggap ang desisyon ng IRO.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 2

Kung mayroon kang karaniwang apela sa Antas 2, dapat kang bigyan ng sagot ng IRO:

- **Sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos nilang matanggap ang iyong apela para sa isang gamot na hindi mo kinuha.
- **Sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang iyong apela para sa pagbabayad ng gamot na binili mo.

Kung sasagot ang IRO ng **Oo** sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan:

- Dapat naming ibigay ang inaprubahang coverage sa gamot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO.
- Dapat naming ibalik ang ibinayad mo para sa isang gamot na binili mo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO.
- Kung sasagot ang IRO ng **Hindi** sa iyong apela, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa desisyon naming hindi aprubahan ang iyong kahilingan. Tinawatag itong “pagsuporta sa desisyon” o “pagtanggap sa iyong apela.”

Kung sasagot ang IRO ng **Hindi** sa iyong Antas 2 na Apela, may karapatan ka sa isang Antas 3 na Apela kung ang halaga sa dolyar ng coverage sa gamot na hinihiling mo ay makakatugon sa minimum na halaga sa dolyar. Kung ang halaga sa dolyar ng coverage sa gamot na hinihiling mo ay mas maliit sa kinakailangang minimum, hindi ka makakagawa ng isa pang apela. Sa kasong iyon, pinal na ang desisyon sa Antas 2 na Apela. Papadalhan ka ng IRO ng sulat na magsasabi sa iyo ng minimum na halaga sa dolyar na kinakailangan para magpatuloy sa Antas 3 na Apela.

Kung matutugunan ng iyong kahilingan ang halaga sa dolyar, ikaw ang pipili kung gusto mong isulong pa ang iyong apela.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2.
- Kung sasagot ang IRO ng **Hindi** sa iyong Antas 2 na Apela at natutugunan mo ang kinakailangan para maipagpatuloy ang proseso ng mga apela, ikaw ay:
 - Magdesisyon kung gusto mong gumawa ng Antas 3 na Apela.
 - Sumangguni sa sulat na ipinadala sa iyo ng IRO pagkatapos ng iyong Antas 2 na Apela para sa mga detalye tungkol sa kung paano gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Isang ALJ o tagahatol na abugado ang nangangasiwa sa mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

H. Paghiling sa amin na sakupin ang isang mas mahabang pananatili sa ospital

Kapag na-admit ka sa ospital, mayroon kang karapatang kunin ang lahat ng serbisyo ng ospital na sinasakop namin na kinakailangan upang ma-diagnose at magamot ang iyong sakit o pinsala. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa coverage sa ospital ng ating plano, sumangguni sa **Kabanata 4 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

Sa panahon ng iyong sinasakop na pananatili sa ospital, makikipagtulungan sa iyo ang iyong doktor at ang tauhan ng ospital upang maghanda para sa araw kung kailan ka aalis sa ospital. Tutulong din silang ayusin ang pangangalagang maaaring kailanganin mo pagkaalis mo.

- Ang araw na aalis ka sa ospital ay tinatawag na iyong “petsa ng paglabas ng ospital.”
- Sasabihin sa iyo ng iyong doktor o tauhan ng ospital kung ano ang iyong petsa ng paglabas ng ospital.

Kung sa tingin mo ay masyadong maaga ang pagpapaalis sa iyo sa ospital o nag-aalala ka tungkol sa iyong pangangalaga pagkaalis mo sa ospital, maaari kang humiling ng mas matagal na pananatili sa ospital. Sasabihin sa iyo ng seksyong ito kung paano humiling.

Sa kabila ng mga apelang tinalakay sa **Seksyon H** na ito, puwede ka ring maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC para sa isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri para maipagpatuloy ang iyong pamamalagi sa ospital. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal. Maaari kang humiling ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal bilang karagdagan sa o sa halip na Antas 3 na Apela.

H1. Pag-alam sa iyong mga karapatan sa Medicare

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos mong ma-admit sa ospital, isang tao sa ospital, gaya ng isang nars o caseworker, ang magbibigay sa iyo ng nakasulat na abisong tinatawag na “**Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Iyong Mga Karapatan.**” Makakatanggap ng kopya ng abisong ito ang lahat ng may Medicare sa tuwing maa-admit sila sa isang ospital.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung hindi mo matatanggap ang abiso, hingin ito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan mo ng tulong, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina. Maaari ka ring tumawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

- **Basahing mabuti ang abiso** at magtanong kung hindi mo naunawaan. Sinasabi sa iyo ng abiso ang tungkol sa iyong mga karapatan bilang isang pasyente sa ospital, kasama ang iyong mga karapatang:
 - Kumuha ng mga serbisyong sakop ng Medicare habang at pagkatapos ng iyong pananatili sa ospital. Mayroon kang karapatang malaman kung ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa mga ito, at saan mo makukuha ang mga ito.
 - Maging bahagi ng anumang desisyon tungkol sa haba ng iyong pananatili sa ospital.
 - Malaman kung saan iuulat ang anumang alalahaning mayroon ka tungkol sa kalidad ng iyong pangangalaga sa ospital.
 - Umapela kung sa tingin mo ay masyadong maaga ang pagpapalabas sa iyo sa ospital.
- **Lagdaan ang abiso** upang ipakitang nakuha mo ito at nauunawaan ang iyong mga karapatan.
 - Maaari mong lagdaan ang abiso o ng isang taong kumikilos sa ngalan mo.
 - Ipinapakita **lang** ng paglagda sa abiso na nakuha mo ang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan. Ang paglagda ay **hindi** nangangahulugang sumasang-ayon ka sa petsa ng paglabas ng ospital na maaaring sinabi sa iyo ng iyong doktor o ng tauhan ng ospital.
- **Itabi ang iyong kopya** ng nilagdaang abiso upang nasa iyo ang impormasyon kung kailangan mo ito.
 - Kung lalagdaan mo ang abiso nang mahigit sa dalawang araw bago ang araw na aalis ka sa ospital, makakatanggap ka ng isa pang kopya bago ka palabasin sa ospital.
- Maaari mong paunang tingnan ang isang kopya ng abiso kung ikaw ay:
 - Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina
 - Tumawag sa Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Bisitahin ang www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela

Kung gusto mong sakupin namin ang iyong mga inpatient na serbisyo ng ospital nang mas matagal na panahon, gumawa ng apela. Susuriin ng Organisasyon para sa Pagpapahusay ng Kalidad (QIO) ang Antas 1 na Apela para malaman kung ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital ay medikal na naaangkop para sa iyo.

Ang QIO ay isang grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan. Sinusuri at tumutulong ang mga ekspertong ito na pahusayin ang kalidad para sa mga taong may Medicare. Hindi sila bahagi ng ating plano.

Sa California, ang QIO ay ang Livanta. Tawagan sila sa **1-877-588-1123**. Makikita rin ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa abiso, “Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Iyong Mga Karapatan,” at sa **Kabanata 2**.

Tawagan ang QIO bago ka umalis ng ospital at nang hindi lalampas sa iyong nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital.

- **Kung tatawag ka bago ka umalis**, puwede kang manatili sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital nang hindi nagbabayad para rito habang hinihintay mo ang desisyon ng QIO tungkol sa iyong apela.
- **Kung hindi ka tatawag upang umapela**, at nagdesisyon kang manatili sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital, maaaring ikaw ang magbayad sa lahat ng gastos para sa pangangalaga sa ospital na matatanggap mo pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital.
- **Kung mapapalampas mo ang deadline** para sa pakikipag-ugnayan sa QIO tungkol sa iyong apela, direktang umapela na lang sa aming plano. Sumangguni sa **Seksyon G4** para sa impormasyon tungkol sa pagsasagawa ng apela sa amin.
- Dahil sinasakop ng parehong Medicare at Medi-Cal ang mga pananatili sa ospital, kung hindi pakikilingan ng QIO ang iyong kahilingang ipagpatuloy ang iyong pananatili sa ospital, o naniniwala kang pang-akaran ang iyong sitwasyon, may kaugnay itong pang-akaran at seryosong panganib sa iyong kalusugan, o kung nakakaranas ka ng matinding pananakit, puwede ka ring maghain ng reklamo sa o humiling sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC) para sa isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo at hihiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

Humingi ng tulong kung kailangan mo ito. Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:

- Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina.
- Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa **1-800-434-0222**.

Humiling ng mabilisang pagsusuri. Kumilos kaagad at makipag-ugnayan sa QIO para humiling ng mabilisang pagsusuri sa iyong paglabas ng ospital.

Ang legal na termino para sa “**mabilisang pagsusuri**” ay “**agarang pagsusuri**” o “**pinabilis na pagsusuri.**”

Ano ang nangyayari sa panahon ng mabilisang pagsusuri

- Tatanungin ka o ang iyong kinatawan ng mga tagasuri sa QIO kung bakit sa palagay mo ay dapat magpatuloy ang coverage pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital. Hindi ka inaatasang magsulat ng pahayag, ngunit maaari mo itong gawin.
- Titingnan ng mga tagasuri ang iyong medikal na impormasyon, makikipag-usap sila sa iyong doktor, at susuriin nila ang impormasyong ibinigay sa kanila ng ospital at ng aming plano.
- Pagsapit ng tanghali sa araw pagkatapos sabihin ng mga tagasuri sa aming plano ang tungkol sa iyong apela, makakatanggap ka ng sulat na may kasamang petsa ng iyong nakaplanong paglabas. Magbibigay din ang sulat ng mga dahilan kung bakit naniniwala ang iyong doktor, ang ospital, at kami na iyon ang tamang petsa ng paglabas na medikal na naaangkop para sa iyo.

Ang legal na termino para sa nakasulat na paliwanag na ito ay ang “**Detalyadong Abiso ng Paglabas ng Ospital.**” Makakakuha ka ng sample sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina o **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. (Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.) Puwede ka ring sumangguni sa isang halimbawang abiso online sa **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

Sa loob ng isang buong araw pagkatapos matanggap ang lahat ng impormasyong kailangan nito, ibibigay sa iyo ng QIO ang kanilang sagot sa iyong apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung sasagot ang QIO ng **Oo** sa iyong apela:

- Ibibigay namin ang iyong mga sakop na inpatient na serbisyo sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.

Kung sasagot ang QIO ng **Hindi** sa iyong apela:

- Naniniwala silang medikal na naaangkop ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital.
- Ang aming coverage para sa iyong mga inpatient na serbisyo sa ospital ay matatapos ng tanghaling tapat sa araw pagkatapos ibigay sa iyo ng QIO ang kanilang sagot sa iyong apela.
- Posibleng kailanganin mong bayaran ang buong gastos sa pangangalaga sa ospital na matatanggap mo pagkatapos ng tanghaling tapat sa araw pagkatapos ibigay sa iyo ng QIO ang kanilang sagot sa iyong apela.
- Puwede kang gumawa ng Antas 2 na Apela kung tatanggihan ng QIO ang iyong Antas 1 na Apela **at** mananatili ka sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital.

H3. Pagsasagawa ng Antas 2 na Apela

Para sa isang Antas 2 na Apela, hihilingin mo sa QIO na tingnan ulit ang desisyong ginawa nila sa iyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa **1-877-588-1123**.

Dapat mong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ng araw kung kailan sumagot ang QIO ng **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari mo **lang** hilingin ang pagsusuring ito kung mananatili ka sa ospital pagkatapos ng petsa na natapos ang iyong coverage para sa pangangalaga.

Gagawin ng mga tagasuri ng QIO ang mga sumusunod:

- Susuriin ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.
- Sasabihin sa iyo ang kanilang desisyon tungkol sa iyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo mula noong matanggap ang iyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung sasagot ang QIO ng **Oo** sa iyong apela:

- Dapat naming ibalik ang ibinayad mo para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital simula noong tanghaling tapat sa araw pagkatapos ng petsa kung kailan tinanggihan ng QIO ang iyong Antas 1 na Apela.
- Ibibigay namin ang iyong mga sakop na inpatient na serbisyo sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung sasagot ang QIO ng **Hindi** sa iyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa kanilang desisyon tungkol sa iyong Antas 1 na Apela at hindi ito babaguhin.
- Nagbigay sila sa iyo ng sulat na nagsasabi sa iyo kung ano ang magagawa mo kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari ka ring maghain ng reklamo sa o humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal upang maipagpatuloy ang iyong pananatili sa ospital. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon E4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal.

Isang ALJ o tagahatol na abugado ang nangangasiwa sa mga Antas 3 na Apela.

Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

H4. Pagsasagawa ng Antas 1 na Alternatibong Apela

Ang deadline para sa pakikipag-ugnayan sa QIO para sa Antas 1 na Apela ay sa loob ng 60 araw o hindi lalampas sa iyong nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital. Kung napalampas mo ang deadline ng Antas 1 na Apela, maaari kang gumamit ng proseso ng “Alternatibong Apela”.

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina at humiling sa amin ng isang “mabilisang pagsusuri” ng iyong petsa ng paglabas ng ospital.

Ang legal na termino para sa “mabilisang pagsusuri” o “mabilisang apela” ay **“pinabilis na apela.”**

- Susuriin namin ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong pananatili sa ospital.
- Susuriin namin kung patas ang unang desisyon at sumunod ito sa mga panuntunan.
- Gagamit kami ng mabilis na deadline sa halip na mga karaniwang deadline at ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras mula noong humiling ka ng mabilisang pagsusuri.

Kung sasagot kami ng **Oo** sa iyong mabilisang apela:

- Sumasang-ayon kaming kailangan mong manatili sa ospital pagkatapos ng petsa ng paglabas ng ospital.
- Ibibigay namin ang iyong mga sakop na inpatient na serbisyo sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.
- Ibabalik namin ang ibinayad mo para sa bahagi namin sa mga gastos sa pangangalagang kinuha mo simula noong petsang sinabi naming matatapos ang iyong coverage.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung sasagot kami ng **Hindi** sa iyong mabilisang apela:

- Sumasang-ayon kaming medikal na naaangkop ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital.
- Matatapos ang aming coverage para sa iyong mga inpatient na serbisyo sa ospital sa petsang sinabi namin sa iyo.
- Hindi namin babayaran ang anumang bahagi sa mga gastos pagkatapos ng petsang ito.
- Maaaring kailanganin mong bayaran ang buong gastos sa pangangalaga sa ospital na matatanggap mo pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital kung ipinagpatuloy mo ang pananatili sa ospital.
- Ipapadala namin ang iyong apela sa IRO para matiyak na sinunod namin ang lahat ng panuntunan. Kapag ginawa namin ito, awtomatikong mapupunta ang iyong kaso sa Antas 2 na proseso ng mga apela.

H5. Pagsasagawa ng Antas 2 na Alternatibong Apela

Ipapadala namin ang impormasyon para sa iyong Antas 2 na Apela sa IRO sa loob ng 24 na oras pagkatapos ng pagsagot ng **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Awtomatiko namin itong ginagawa. Wala kang kailangang gawin.

Kung sa palagay mo ay hindi namin natugunan ang deadline na ito, o ang anupamang deadline, maaari kang gumawa ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K** para sa impormasyon tungkol sa pagsasagawa ng mga reklamo.

Nagsasagawa ang IRO ng mabilis na pagsusuri ng iyong apela. Susuriin nila nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong paglabas ng ospital at karaniwang magbibigay sa iyo ng sagot sa loob ng 72 oras.

Kung sasagot ang IRO ng **Oo** sa iyong apela:

- Ibabalik namin ang ibinayad mo para sa bahagi namin sa mga gastos sa pangangalagang kinuha mo simula noong petsang sinabi naming matatapos ang iyong coverage.
- Ibibigay namin ang iyong mga sakop na inpatient na serbisyo sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.

Kung sasagot ang IRO ng **Hindi** sa iyong apela:

- Sumasang-ayon silang medikal na naaangkop ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital.
- Nagbigay sila sa iyo ng sulat na nagsasabi sa iyo kung ano ang magagawa mo kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Isang ALJ o tagahatol na abugado ang nangangasiwa sa mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

Maaari ka ring maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal upang maipagpatuloy ang iyong pananatili sa ospital. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal. Maaari kang humiling ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal bilang karagdagan sa o sa halip na Antas 3 na Apela.

I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsakop sa ilang partikular na serbisyong medikal

Ang seksyong ito ay tungkol lang sa tatlong uri ng serbisyong maaari mong makuha:

- Mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan sa bahay.
- Sanay na pag-aalaga sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga, **at**
- Pangangalaga sa rehabilitasyon bilang isang outpatient sa isang CORF na inaprubahan ng Medicare. Karaniwang nangangahulugan itong tumatanggap ka ng paggamot para sa isang sakit o aksidente o nagpapagaling ka mula sa isang major na operasyon.

Sa alinman sa tatlong uri ng mga serbisyong ito, mayroon kang karapatang kumuha ng mga sakop na serbisyo hangga't sinasabi ng doktor na kailangan mo ang mga ito.

Kapag nagdesisyon kaming ihinto ang pagsakop sa alinman sa mga ito, dapat naming sabihin sa iyo **bago** matapos ang iyong mga serbisyo. Kapag natapos ang iyong coverage para sa serbisyong iyon, ihihinto namin ang pagbabayad para rito.

Kung sa palagay mo ay masyadong maaga naming tatapusin ang coverage ng iyong pangangalaga, **maaari mong iapela ang aming desisyon**. Sasabihin sa iyo ng seksyong ito kung paano humiling ng apela.

I1. Paunang abiso bago matapos ang iyong coverage

Papadalhan ka namin ng nakasulat na abiso na matatanggap mo nang hindi bababa sa dalawang araw bago namin ihinto ang pagbabayad para sa iyong pangangalaga. Tinatawag itong ang “Abiso ng Hindi Pagsakop ng Medicare.” Sasabihin sa iyo ng abiso ang petsa kung kailan ihihinto namin ang pagsakop sa iyong pangangalaga at kung paano iapela ang aming desisyon.

Dapat mong lagdaan o ng iyong kinatawan ang abiso upang maipakitang nakuha mo ito. Ipinapakita **lang** ng paglagda sa abiso na nakuha mo ang impormasyon. Ang paglagda ay **hindi** nangangahulugang sumasang-ayon ka sa aming desisyon.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

I2. Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela

Kung sa palagay mo ay masyadong maaga naming tatapusin ang coverage ng iyong pangangalaga, maaari mong iapela ang aming desisyon. Sinasabi sa iyo ng seksyong ito ang tungkol sa proseso ng Antas 1 na Apela at kung ano ang dapat gawin.

- **Tugunan ang mga deadline.** Mahalaga ang mga deadline. Unawain at sundin ang mga deadline na nalalapat sa mga bagay na dapat mong gawin. Dapat ding sumunod sa mga deadline ang aming plano. Kung sa palagay mo ay hindi namin natutugunan ang aming mga deadline, maaari kang maghain ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K** para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga reklamo.
- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito.** Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:
 - Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina.
 - Tawagan ang HICAP sa **1-800-434-0222**.
- Makipag-ugnayan sa QIO.
 - Sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng **Handbook ng Miyembro** na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa QIO at kung paano makikipag-ugnayan sa kanila.
 - Hilingin sa kanilang suriin ang iyong apela at magdesisyon kung babaguhin ang desisyon ng aming plano.
- **Kumilos nang mabilis at humiling ng “mabilisang apela.** Itanong sa QIO kung medikal na naaangkop para sa amin na wakasan ang coverage ng iyong mga medikal na serbisyo.

Ang iyong deadline para sa pakikipag-ugnayan sa organisasyong ito

- Dapat kang makipag-ugnayan sa QIO para masimulan ang iyong apela ng tanghaling tapat ng araw bago ang petsa ng pagkakaroon ng bisa sa Abiso ng Hindi Pagsakop ng Medicare na ipinadala namin sa iyo.
- Kung mapapalampas mo ang deadline para sa pakikipag-ugnayan sa QIO, puwede kang umapela na lang nang direkta sa amin. Para sa mga detalye tungkol sa kung paano iyon gawin, sumangguni sa **Seksyon I4**.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Kung hindi pakikitingan ng QIO ang iyong kahilingang ipagpatuloy ang coverage ng iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o naniniwala kang pang-agan ang iyong sitwasyon o may kaugnay itong pang-agan at seryosong panganib sa iyong kalusugan o kung nakakaranas ka ng matinding pananakit, puwede kang maghain ng reklamo sa at humiling sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng California (DMHC) para sa isang Hiwalay na Pagsusuring Medikal. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal.

Ang legal na termino para sa nakasulat na abiso ay **“Abiso Tungkol Hindi Pagsakop ng Medicare.”** Upang kumuha ng sample na kopya, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina o tumawag sa Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**. O kumuha ng kopya online sa **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices**.

Ano ang nangyayari sa panahon ng mabilisang apela

- Tatanungin ka o ang iyong kinatawan ng mga tagasuri sa QIO kung bakit sa palagay mo ay dapat magpatuloy ang coverage. Hindi ka inaatasang magsulat ng pahayag, ngunit maaari mo itong gawin.
- Titingnan ng mga tagasuri ang iyong medikal na impormasyon, makikipag-usap sila sa iyong doktor, at susuriin nila ang impormasyong ibinigay sa kanila ng aming plano.
- Magpapadala rin ang aming plano sa iyo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng mga dahilan namin sa pagwawakas ng coverage ng iyong mga serbisyo. Makakatanggap ka ng abiso bago matapos ang araw kung kailan ipinabatid sa amin ng mga tagasuri ang tungkol sa iyong apela.

Ang legal na termino para sa abisong paliwanag ay **“Detalyadong Paliwanag tungkol sa Hindi Pagsakop.”**

- Sasabihin ng mga tagasuri sa iyo ang kanilang pasya sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nila.

Kung sasagot ang QIO ng **Oo** sa iyong apela:

- Bibigay namin ang iyong mga sakop na serbisyo hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung sasagot ang QIO ng **Hindi** sa iyong apela:

- Magwawakas ang iyong coverage sa petsang sinabi namin sa iyo.
- Hihinto kami sa pagbabayad ng aming bahagi sa mga gastos sa pangangalagang ito sa petsang nakalagay sa abiso.
- Babayaran mo ang buong halaga ng pangangalagang ito kung magpapasya kang ipagpatuloy ang pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalalaga, o mga serbisyo ng CORF pagkatapos ng petsa kung kailan nagwakas na ang iyong coverage
- Magpapasya ka kung gusto mong ipagpatuloy ang mga serbisyo ng ito at magsagawa ng Antas 2 na Apela.

I3. Pagsasagawa ng Antas 2 na Apela

Para sa isang Antas 2 na Apela, hihilingin mo sa QIO na tingnan ulit ang desisyong ginawa nila sa iyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa **1-877-588-1123**.

Dapat mong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ng araw kung kailan sumagot ang QIO ng **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari ka **lang** humiling ng pagsusuring ito kung ipagpapatuloy mo ang pangangalaga pagkatapos ng petsa kung kailan nagwakas ang iyong coverage para sa pangangalaga.

Gagawin ng mga tagasuri ng QIO ang mga sumusunod:

- Susuriin ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.
- Sasabihin sa iyo ang kanilang desisyon tungkol sa iyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo mula noong matanggap ang iyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung sasagot ang QIO ng **Oo** sa iyong apela:

- Ibabalik namin ang ibinayad mo para sa bahagi namin sa mga gastos sa pangangalagang kinuha mo simula noong petsang sinabi naming matatapos ang iyong coverage.
- Magbibigay kami ng coverage para sa pangangalaga hangga't medikal itong kinakailangan.

Kung sasagot ang QIO ng **Hindi** sa iyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa aming desisyong wakasan ang iyong pangangalaga at hindi nila ito babaguhin.
- Nagbigay sila sa iyo ng sulat na nagsasabi sa iyo kung ano ang magagawa mo kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Maaari kang maghain ng reklamo sa DMHC at humiling sa kanila ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal upang maipagpatuloy ang coverage ng iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano hihiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal. Maaari kang maghain ng reklamo sa DMHC at humiling sa kanila ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal bilang karagdagan sa o sa halip na Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o tagahatol na abugado ang nangangasiwa sa mga Antas 3 na Apela.

Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

14. Pagsasagawa ng Antas 1 na Alternatibong Apela

Gaya ng ipinaliwanag sa **Seksyon I2**, dapat kumilos ka kaagad at makipag-ugnayan sa QIO para masimulan ang iyong Antas 1 na Apela. Kung lumampas ka na sa deadline, maaari kang gumamit ng proseso ng “Alternatibong Apela”.

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina at humiling sa amin ng “mabilisang pagsusuri.”

Ang legal na termino para sa “mabilisang pagsusuri” o “mabilisang apela” ay **“pinabilis na apela.”**

- Susuriin namin ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kaso.
- Susuriin namin kung patas at sumunod sa mga panuntunan ang unang desisyon noong itinakda namin ang petsa para sa pagwawakas ng coverage para sa iyong mga serbisyo.
- Gagamit kami ng mabilis na deadline sa halip na mga karaniwang deadline at ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras mula noong humiling ka ng mabilisang pagsusuri.

Kung sasagot kami ng **Oo** sa iyong mabilisang apela:

- Sumasang-ayon kami na mas mahabang panahon mo pa kailangan ang mga serbisyo.
- Ibibigay namin ang iyong mga sakop na serbisyo hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.
- Sumasang-ayon kaming bayaran ka para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalagang natanggap mo simula sa petsa kung kailan namin sinabing magwawakas ang iyong coverage.

Kung sasagot kami ng **Hindi** sa iyong mabilisang apela:

- Magwawakas ang aming coverage para sa mga serbisyonang ito sa petsang sinabi namin sa iyo.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Hindi namin babayaran ang anumang bahagi sa mga gastos pagkatapos ng petsang ito.
- Babayaran mo ang buong halaga ng mga serbisyong ito kung patuloy mong kukunin ang mga ito pagkatapos ng petsa na sinabi namin sa iyo na magwawakas ang aming coverage.
- Ipapadala namin ang iyong apela sa IRO para matiyak na sinunod namin ang lahat ng panuntunan. Kapag ginawa namin ito, awtomatikong mapupunta ang iyong kaso sa Antas 2 na proseso ng mga apela.

15. Pagsasagawa ng Antas 2 na Alternatibong Apela

Sa panahon ng Antas 2 na Apela, ipapadala namin ang impormasyon para sa iyong Antas 2 na Apela sa IRO sa loob ng 24 na oras mula sa pagsagot ng Hindi sa iyong Antas 1 na Apela. Awtomatiko namin itong ginagawa. Wala kang kailangang gawin.

Kung sa palagay mo ay hindi namin natugunan ang deadline na ito, o ang anupamang deadline, maaari kang gumawa ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K** para sa impormasyon tungkol sa pagsasagawa ng mga reklamo.

Nagsasagawa ang IRO ng mabilis na pagsusuri ng iyong apela. Susuriin nila nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong paglabas ng ospital at karaniwang magbibigay sa iyo ng sagot sa loob ng 72 oras.

Kung sasagot ang IRO ng **Oo** sa iyong apela:

- Ibabalik namin ang ibinayad mo para sa bahagi namin sa mga gastos sa pangangalagang kinuha mo simula noong petsang sinabi naming matatapos ang iyong coverage.
- Ibigay namin ang iyong mga sakop na inpatient na serbisyo sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.

Kung sasagot ang IRO ng **Hindi** sa iyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa aming desisyong wakasan ang iyong pangangalaga at hindi nila ito babaguhin.
- Nagbigay sila sa iyo ng sulat na nagsasabi sa iyo kung ano ang magagawa mo kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari ka ring maghain ng reklamo sa DMHC at humiling sa kanila ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal upang maipagpatuloy ang coverage ng iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano hihiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal. Maaari kang maghain ng reklamo sa pamamagitan ng at humiling ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal bilang karagdagan sa o sa halip na Antas 3 na Apela.

Isang Hukom sa Pang-administratibong Batas o Hukom o attorney adjudicator ang mangangasiwa ng Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

J. Pagdadala ng iyong apela sa sumunod na antas sa Antas 2

J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare

Kung nagsagawa ka ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo o item ng Medicare, at parehong hindi tinanggap ang iyong mga apela, maaaring may karapatan ka sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung hindi nakatutugon sa isang partikular na minimum na dolyar na halaga ang dolyar na halaga ng serbisyo o item ng Medicare, hindi ka na makakaapela pa. Kung sapat na mataas ang dolyar na halaga, maaari mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela. Ipapaliwanag sa sulat na matatanggap mo mula sa IRO para sa Antas 2 na Apela kung kanino makikipag-ugnayan at ano ang dapat gawin upang humiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Ang antas 3 ng proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng ALJ. Ang taong gagawa ng desisyon ay isang ALJ o attorney adjudicator na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung nagsabi ang ALJ o attorney adjudicator ng **Oo** sa iyong apela, may karapatan kaming umapela sa desisyon sa Antas 3 na pabor sa iyo.

- Kung magpapasya kaming **iapela** ang desisyon, magpapadala kami sa iyo ng kopya ng kahilingan sa Antas 4 na Apela kasama ng anumang suportang dokumento. Maaaring hintayin namin ang desisyon sa Antas 4 bago namin pahintulutan o ibigay ang serbisyong pinagtatalunan.
- Kung magpapasya kaming **hindi iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ibigay sa iyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng ALJ o attorney adjudicator.
- Kung tutugon ang ALJ o attorney adjudicator ng **Hindi** sa iyong apela, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.
- Kung magpapasya kang **tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpapasya kang **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, maaari kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo sa abisong matatanggap mo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Antas 4 na Apela

Susuriin ng Konseho para sa Mga Apela sa Medicare (Konseho) ang iyong apela at bibigyan ka nila ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

Kung tutugon ang Konseho ng **Oo** sa iyong Antas 4 na Apela o tatanggihan nila ang aming kahilingan na suriin ang desisyon sa Antas 3 na Apela na pabor sa iyo, may karapatan kaming umapela sa Antas 5.

- Kung magpapasya kaming **iapela** ang desisyon, sasabihin namin ito sa iyo sa sulat.
- Kung magpapasya kaming **hindi iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ibigay sa iyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Konseho.

Kung tutugon ang Konseho ng **Hindi** o tatanggihan nila ang aming kahilingan sa pagsusuri, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpapasya kang **tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpapasya kang **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa iyong apela, maaaring magawa mong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo sa abisong matatanggap mo kung maaari kang magpatuloy sa Antas 5 na Apela at ano ang dapat gawin.

Antas 5 na Apela

- Susuriin ng hukom sa Pederal na Korte ng Distrito ang iyong apela at ang lahat ng impormasyon at magpapasya siya ng **Oo** o **Hindi**. Pinal na ang desisyong ito. Wala nang iba pang antas ng apela pagkatapos ng Pederal na Korte ng Distrito.

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal

Mayroon din kang iba pang karapatan sa apela kung tungkol ang iyong apela sa mga serbisyo o item na karaniwang sinasakop ng Medi-Cal. Sasabihin sa iyo sa sulat na matatanggap mo mula sa Sangay ng Pagdinig ng Estado kung ano ang dapat gawin kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela.

J3. Antas 3, 4 at 5 ng Apela para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Bahagi D ng Medicare

Maaaring naaangkop para sa iyo ang seksyong ito kung nagsagawa ka ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela, at parehong tinanggihan ang iyong mga apela.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung nakatutugon ang halaga ng gamot na inaapela mo sa isang partikular na dolyar na halaga, maaaring makapagpatuloy ka sa mga karagdagang antas ng apela. Ipapaliwanag sa nakasulat na tugon na matatanggap mo sa iyong Antas 2 na Apela kung kanino makikipag-ugnayan at ano ang gagawin upang makahiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Ang antas 3 ng proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng ALJ. Ang taong gagawa ng desisyon ay isang ALJ o attorney adjudicator na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung tutugon ang ALJ o attorney adjudicator ng **Oo** sa iyong apela:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang coverage sa gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o isagawa ang pagbabayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang desisyon.

Kung tutugon ang ALJ o attorney adjudicator ng **Hindi** sa iyong apela, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpapasya kang **tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpapasya kang **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, maaari kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo sa abisong matatanggap mo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Susuriin ng Konseho ang iyong apela at bibigyan ka nila ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

Kung tutugon ang Konseho ng **Oo** sa iyong apela:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang coverage sa gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o isagawa ang pagbabayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang desisyon.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung tutugon ang Konseho ng **Hindi** sa iyong apela, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpapasya kang **tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpapasya kang **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa iyong apela, maaaring magawa mong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo sa abisong matatanggap mo kung maaari kang magpatuloy sa Antas 5 na Apela at ano ang dapat gawin.

Antas 5 na Apela

- Susuriin ng hukom sa Pederal na Korte ng Distrito ang iyong apela at ang lahat ng impormasyon at magpapasya siya ng **Oo** o **Hindi**. Pinal na ang desisyong ito. Wala nang iba pang antas ng apela pagkatapos ng Pederal na Korte ng Distrito.

K. Paano maghain ng reklamo

K1. Anong mga klase ng mga problema ang dapat ireklamo

Ginagamit lang ang proseso ng reklamo para sa ilang partikular na uri ng mga problema, gaya ng mga problema na nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, koordinasyon ng pangangalaga, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga klase ng problemang pinangangasiwaan sa pamamagitan ng proseso ng reklamo.

Reklamo	Halimbawa
Kalidad ng iyong medikal na pangangalaga	<ul style="list-style-type: none"> • Hindi ka nasisiyahan sa kalidad ng pangangalaga, gaya ng pangangalagang natanggap mo sa ospital.
Paggalang sa iyong privacy	<ul style="list-style-type: none"> • Sa palagay mo, may isang taong hindi gumalang sa iyong karapatan sa privacy o may nagbahagi ng kompidensyal na impormasyon tungkol sa iyo.
Kawalan ng galang, hindi maayos na serbisyo sa customer, o iba pang negatibong pag-uugali	<ul style="list-style-type: none"> • Bastos o walang galang sa iyo ang isang provider o tauhan ng pangangalagang pangkalusugan. • Hindi maayos ang pakikitungo sa iyo ng aming tauhan. • Sa palagay mo ay inaalís ka sa aming plano.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Reklamo	Halimbawa
Tulong sa accessibility at wika	<ul style="list-style-type: none"> • Hindi mo pisikal na ma-access ang mga serbisyo at pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan sa tanggapan ng doktor o provider. • Hindi nagbibigay ng interpreter ang iyong doktor o provider para sa non-English na wikang sinasalita mo (gaya ng American Sign Language o Spanish). • Hindi ibinibigay sa iyo ng iyong provider ang iba pang makatuwirang akomodasyon na kailangan at hinihiling mo.
Mga tagal ng paghihintay	<ul style="list-style-type: none"> • Nahihirapan ka sa pagkuha ng appointment o naghihintay ka nang masyadong matagal sa pagkuha nito. • Pinaghihintay ka nang masyadong matagal ng mga doktor, parmasyutiko, o iba pang propesyonal sa kalusugan, Mga Serbisyo sa Miyembro, o iba pang tauhan sa plano.
Kalinisan	<ul style="list-style-type: none"> • Sa palagay mo ay marumi ang klinika, ospital o tanggapan ng doktor.
Impormasyon na matatanggap mo mula sa amin	<ul style="list-style-type: none"> • Sa palagay mo, hindi ka namin nabigyan ng abiso o sulat na dapat ay natanggap mo. • Sa palagay mo, masyadong mahirap maunawaan ang nakasulat na impormasyong ipinadala namin sa iyo.
Pagiging nasa oras na kaugnay ng mga desisyon o apela sa coverage	<ul style="list-style-type: none"> • Sa palagay mo, hindi namin nasusunod ang aming mga deadline sa pagsasagawa ng desisyon sa coverage o pagsagot sa iyong apela. • Sa palagay mo, pagkatapos makuha ang desisyon sa coverage o apela na pabor sa iyo, hindi namin nasusunod ang mga deadline sa pag-apruba o pagbibigay sa iyo ng serbisyo o pagbabayad sa iyo para sa ilang partikular na medikal na serbisyo. • Sa palagay mo, hindi namin ipinadala ang iyong kaso sa IRO sa tamang oras.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

May iba't ibang klase ng mga reklamo. Maaari kang magsagawa ng internal na reklamo at/o external na reklamo. Inihahain ang internal na reklamo sa at sinusuri ito ng aming plano. Inihahain ang external na reklamo sa at sinusuri ito ng isang organisasyong hindi affiliated sa aming plano. Kung kailangan mo ng tulong sa pagsasagawa ng internal at/o externa na reklamo, maaari kang tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Ang legal na termino para sa “reklamo” ay “**karaingan.**”

Ang legal na termino para sa “paghahain ng reklamo” ay “**paghahain ng karaingan.**”

K2. Mga internal na reklamo

Para makapaghain ng internal na reklamo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Puwede kang maghain ng reklamo anumang oras maliban na lang kung tungkol ito sa gamot sa Bahagi D ng Medicare. Kung ang reklamo ay tungkol sa isang gamot sa Bahagi D ng Medicare, dapat mo itong ihain **sa loob ng 60 araw** sa kalendaryo pagkatapos mong maranasan ang problemang gusto mong ireklamo.

- Kung mayroon pa kang kailangang gawin, sasabihin iyon sa iyo sa Mga Serbisyo sa Miyembro.
- Maaari mo ring isulat ang iyong reklamo at ipadala ito sa amin. Kung isusulat mo ang iyong reklamo, sasagot kami sa iyong reklamo sa pamamagitan ng sulat.

Dapat naming matugunan ang iyong karaingan sa lalong madaling panahon na kinakailangan para sa iyong kalusugan, ngunit nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang iyong reklamo.

Ang legal na termino para sa “mabilisang reklamo” ay “**pinabilis na karaingan.**”

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung posible, sasagutin ka namin kaagad. Kung tatawag ka sa amin para sa isang reklamo, maaaring makapagbigay kami ng sagot sa iyo sa mismong tawag sa telepono. Kung kinakailangan sa kondisyon ng kalusugan mo na sumagot kami kaagad, gagawin naming iyon.

- Sinasagot namin ang karamihan ng mga reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung hindi kami makakagawa ng desisyon sa loob ng 30 araw sa kalendaryo dahil kailangan namin ng higit pang impormasyon, aabisuhan ka namin sa pamamagitan ng sulat. Nagbibigay din kami ng update sa status at tinatayang oras na makukuha mo ang sagot.
- Kung maghahain ka ng reklamo dahil tinanggihan namin ang iyong kahilingan para sa “mabilisang desisyon sa coverage” o “mabilisang apela,” awtomatiko ka naming bibigyan ng “mabilisang reklamo” at tutugon kami sa iyong reklamo sa loob ng 24 na oras.
- Kung mayroon kang reklamo kaugnay ng seryosong banta sa iyong kalusugan, kabilang ang, ngunit hindi limitado sa matinding pananakit o posibleng mamatay, mawalan ng paa o kamay, o ng pangunahing pagganap ng katawan, maaari ka naming bigyan ng “mabilis na reklamo” at maaari kaming tumugon sa iyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

Kung hindi kami sumasang-ayon sa ilan o sa lahat ng iyong reklamo, sasabihin namin iyon sa iyo at ibibigay namin sa iyo ang aming mga dahilan. Tutugon kami kung sumasang-ayon kami sa reklamo o hindi.

K3. Mga external na reklamo

Medicare

Maaari mong sabihin sa Medicare ang tungkol sa iyong reklamo o maaari mo itong ipadala sa Medicare. Makukuha ang Form sa Pagreklamo ng Medicare sa:

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Hindi mo kailangang maghain ng reklamo sa aming plano bago ka maghain ng reklamo sa Medicare.

Sineseryoso ng Medicare ang iyong mga reklamo at ginagamit nito ang impormasyong ito upang makatulong na pahusayin ang kalidad ng programa ng Medicare.

Kung mayroon kang anupamang feedback o alalahanin, o kung sa tingin mo ay hindi tinutugunan ng planong pangkalusugan ang iyong problema, puwede ka ring tumawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**. Libre ang tawag.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Medi-Cal

Puwede kang maghain ng reklamo sa Medi-Cal Managed Care Ombudsman ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS) ng California sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-888-452-8609**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **711**. Tumawag nang Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m.

Maaari kang maghain ng reklamo sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC) ng California. Ang DMHC ang responsable sa pangangasiwa sa mga planong pangkalusugan. Maaari kang tumawag sa Help Center ng DMHC para sa tulong sa mga reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Para sa mga hindi agarang bagay, puwede kang maghain ng reklamo sa DMHC kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon sa iyong Antas 1 na apela o kung hindi nalutas ng plano ang iyong reklamo pagkatapos ng 30 araw sa kalendaryo. Gayunpaman, puwede kang makipag-ugnayan sa DMHC nang hindi naghahain ng Antas 1 na apela kung kailangan mo ng tulong sa isang reklamong nauugnay sa agarang isyu o nauugnay sa agaran at seryosong banta sa iyong kalusugan, kung nakakaranas ka ng matinding pananakit, kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng aming plano tungkol sa iyong reklamo, o kung hindi nalutas ng aming plano ang iyong reklamo pagkalipas ng 30 araw sa kalendaryo.

Narito ang dalawang paraan upang humingi ng tulong mula sa Help Center:

- Tumawag sa **1-888-466-2219**. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na bingi, mahina ang pandinig o may kapansanan sa pagsasalita ang walang bayad na numero ng TTY, **1-877-688-9891**. Libre ang tawag.
- Bisitahin ang website ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng Departamento (**www.dmhc.ca.gov**).

Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights, OCR)

Puwede kang maghain ng reklamo sa OCR ng Departamento ng Mga Serbisyon Pangkalusugan at Pantao (Department of Health and Human Services, HHS) kung sa palagay mo ay hindi naging patas ang pagtrato sa iyo. Halimbawa, maaari kang maghain ng reklamo tungkol sa access ng may kapansanan o tulong sa wika. Ang numero ng telepono para sa OCR ay **1-800-368-1019**. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-537-7697**. Puwede mong bisitahin ang **www.hhs.gov/ocr** para sa higit pang impormasyon.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Puwede ka ring makipag-ugnayan sa lokal na tanggapan ng OCR sa:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Customer Response Center: **1-800-368-1019**

Fax: **1-202-619-3818**

TDD: **1-800-537-7697**

Email: **ocrmail@hhs.gov**

Posibleng may mga karapatan ka rin sa ilalim ng Batas sa Mga Amerikanong May Kapansanan (Americans with Disability Act, ADA).

QIO

Kapag tungkol sa kalidad ng pangangalaga ang iyong reklamo, mayroon kang dalawang pagpipilian:

- Puwede kang direktang maghain ng iyong reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa QIO.
- Puwede kang maghain ng iyong reklamo sa QIO at sa aming plano. Kung maghahain ka ng reklamo sa QIO, makikipagtulungan kami sa kanila para malutas ang iyong reklamo.

Ang QIO ay isang grupo ng mga doktor na nasa propesyon at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan para suriin at pahusayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente ng Medicare. Para matuto pa tungkol sa QIO, sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Sa California, ang QIO ay tinatawag na Livanta. Ang kanilang numero ng telepono ay **1-877-588-1123**.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kabanata 10. Pagwawakas ng iyong membership sa aming plano

Panimula

Ipinapaliwanag sa kabanatang ito kung paano mo mawawakasan ang iyong membership sa aming plano at iyong mga opsyon sa coverage sa kalusugan pagkatapos mong umalis sa aming plano. Kung aalis ka sa aming plano, mananatili ka pa rin sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal hangga't kwalipikado ka. Makikita ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kabanata 10 Talaan ng Mga Nilalaman

A.	Kailan mo maaaring wakasan ang iyong membership sa aming plano.....	307
B.	Paano wawakasan ang iyong membership sa aming plano	308
C.	Paano makakakuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay	309
C1.	Ang iyong mga serbisyo ng Medicare	309
C2.	Ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal	312
	Ang iyong mga medikal na serbisyo at gamot hanggang sa matapos ang membership mo sa aming plano	313
D.	Iba pang sitwasyon kapag nagwakas na ang iyong membership sa aming plano	313
E.	Mga panuntunan laban sa pagpapaalis sa iyo sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa kalusugan.....	315
F.	Ang iyong karapatang maghain ng reklamo kung winakasan namin ang iyong membership sa aming plano	315

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**. 306

A. Kailan mo maaaring wakasan ang iyong membership sa aming plano

Magagawa ng karamihan ng mga taong may Medicare na wakasan ang kanilang membership sa mga partikular na bahagi ng taon. Dahil mayroon kang Medi-Cal, magagawa mong wakasan ang iyong membership sa aming plano o lumipat sa ibang plano nang isang beses sa panahon ng bawat sumusunod na Panahon ng Espesyal na Pagpapapag-enroll:

- Enero hanggang Marso
- Abril hanggang Hunyo
- Hulyo hanggang Setyembre

Bilang karagdagan sa tatlong panahon ng Espesyal na Pagpapatala na ito, maaari mong wakasan ang iyong membership sa aming plano sa panahon ng mga sumusunod na panahon bawat taon:

- Ang **Panahon ng Taunang Pag-enroll**, na mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7. Kung pipili ka ng bagong plano sa panahong ito, magwawakas ang iyong membership sa aming plano sa Disyembre 31 at ang iyong membership sa bagong plano ay magsisimula sa Enero 1.
- Ang **Panahon ng Bukas na Pag-enroll sa Medicare Advantage (MA)**, na mula Enero 1 hanggang Marso 31. Kung pipili ka ng bagong plano sa panahong ito, magsisimula ang iyong membership sa bagong plano sa unang araw ng susunod na buwan.

Maaaring may iba pang sitwasyon kung saan kwalipikado kang gumawa ng pagbabago sa iyong pagpapatala. Halimbawa, kapag:

- Umalis ka sa aming lugar ng serbisyo,
- Nagbago ang iyong pagiging kwalipikado para sa Medi-Cal o Karagdagang Tulong, o
- Kung ikaw ay kamakailang lumipat sa, kasalukuyang nakakatanggap ng serbisyo sa pangangalaga sa, o kamakailang lumabas ng pasilidad ng pag-aalaga o ng ospital para sa pangmatagalang pangangalaga.

Magwawakas ang iyong membership sa huling araw ng buwan kung kailan namin natanggap ang iyong kahilingan na palitan ang iyong plano. Halimbawa, kung matatanggap namin ang iyong kahilingan sa Enero 18, magwawakas ang iyong coverage sa aming plano sa Enero 31. Magsisimula ang iyong bagong coverage sa unang araw ng susunod na buwan (sa Pebrero 1 sa halimbawang ito).

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung aalis ka sa aming plano, makakakuha ka ng impormasyon tungkol sa iyong:

- Mga opsyon sa Medicare sa talahanayan sa **Seksyon C1**.
- Mga opsyon at serbisyo ng Medi-Cal sa **Seksyon C2**.

Makakakuha ka ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano mo mawawakasan ang iyong membership sa pamamagitan ng pagtawag sa:

- Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina. Nakalista din ang numero para sa mga gumagamit ng TTY.
- Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.
- Programa sa Pagpapayo at Suporta sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa **1-800-434-0222**, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **711**. Para sa higit pang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bumisita sa **<https://aging.ca.gov>**. Health Care Options sa **1-800-430-4263**, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-430-7077**.
- Ombudsman ng Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal sa **1-888-452-8609**, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. o i-email ang **MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov**.

TANDAAN: Kung ikaw ay nasa isang programa sa pamamahala ng gamot, hindi ka makakapagpalit ng plano. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng **Handbook ng Miyembro na ito** para sa impormasyon tungkol sa mga programa sa pamamahala ng gamot.

B. Paano wawakasan ang iyong membership sa aming plano

Kung magpapasya kang waksan ang iyong membership, puwede kang magpa-enroll sa ibang plano ng Medicare o lumipat sa Original Medicare. Gayunpaman, kung gusto mong lumipat mula sa aming plano patungo sa Original Medicare, pero hindi ka pa nakapili ng isang hiwalay na plano sa iniresetang gamot ng Medicare, dapat mong hilingin na maalis sa pagkaka-enroll mula sa aming plano. Mayroong dalawang paraan kung paano ka makakahiling na ma-disenroll:

- Puwede kang gumawa ng kahilingan sa pamamagitan ng pagsulat sa amin. Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito kung kailangan mo ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano ito gagawin.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Tumawag sa Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY (mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita) sa **1-877-486-2048**. Kapag tumawag ka sa **1-800-MEDICARE**, puwede ka ring mag-enroll sa isa pang planong pangkalusugan o plano sa gamot ng Medicare. Makikita ang higit pang impormasyon sa pagkuha ng iyong mga serbisyo ng Medicare kapag umalis ka sa aming plano sa chart sa **Seksyon C**.
- Tumawag sa Health Care Options sa **1-800-430-4263**, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-430-7077**.
- Kasama sa **Seksyon C** sa ibaba ang mga hakbang na maaari mong gawin upang magpatala sa ibang plano, na magwawakas din ng iyong membership sa aming plano.

C. Paano makakakuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay

Mayroon kang mga pagpipilian tungkol sa pagkuha ng iyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal kung pipiliin mong umalis sa aming plano.

C1. Ang iyong mga serbisyo ng Medicare

Mayroon kang tatlong opsyon para sa pagkuha ng iyong mga serbisyo ng Medicare na nakalista sa ibaba. Sa pamamagitan ng pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko mong winawakasan ang iyong membership sa aming plano.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

<p>1. Maaari kang lumipat sa:</p> <p>Ibang planong pangkalusugan ng Medicare kabilang ang isang plano na pinagsasama ang iyong coverage ng Medicare at Medi-Cal</p>	<p>Narito ang dapat gawin:</p> <p>Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.</p> <p>Para sa mga tanong tungkol sa Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Kung kailangan mo ng tulong o higit pang impormasyon:</p> <p>Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Suporta sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Para sa higit pang impormasyon o para makahanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bisitahin ang https://www.aging.ca.gov/HICAP/.</p> <p>O</p> <p>Magpatala sa bagong plano ng Medicare.</p> <p>Awtomatiko kang madi-disenroll sa aming plano ng Medicare kapag nagsimula na ang coverage ng iyong bagong plano. posibleng magbago ang iyong plano sa Medi-Cal.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

<p>2. Maaari kang lumipat sa:</p> <p>Original Medicare na may hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare</p>	<p>Narito ang dapat gawin:</p> <p>Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.</p> <p>Kung kailangan mo ng tulong o higit pang impormasyon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Suporta sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Para sa higit pang impormasyon o para makahanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bisitahin ang https://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Magpatala sa bagong plano sa inireresetang gamot ng Medicare.</p> <p>Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala sa aming plano kapag nagsimula na ang iyong coverage sa Original Medicare.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

<p>3. Maaari kang lumipat sa:</p> <p>Original Medicare na walang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare</p> <p>TANDAAN: Kung lilipat ka sa Original Medicare at hindi ka magpapatala sa isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare, maaari kang ipatala ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban na lang kung sasabihin mo sa Medicare na hindi mo gustong sumali.</p> <p>Dapat lang mong bitawan ang coverage sa inireresetang gamot kung mayroon kang coverage sa gamot mula sa ibang mapagkukunan, gaya ng employer o unyon. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa kung kailangan mo ng coverage sa gamot, tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Suporta sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para makahanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bisitahin ang https://www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Narito ang dapat gawin:</p> <p>Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.</p> <p>Kung kailangan mo ng tulong o higit pang impormasyon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Suporta sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Para sa higit pang impormasyon o para makahanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bisitahin ang https://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala sa aming plano kapag nagsimula na ang iyong coverage sa Original Medicare.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C2. Ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano kunin ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal pagkatapos mong umalis sa aming plano, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa **1-800-430-4263**, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-430-7077**. Itanong kung paano nakakaapekto ang pagsali sa ibang plano o ang pagbalik sa Original Medicare sa kung paano mo nakukuha ang iyong coverage sa Medi-Cal.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

Ang iyong mga medikal na serbisyo at gamot hanggang sa matapos ang membership mo sa aming plano

Kung aalis ka sa aming plano, maaaring matagalan bago magwakas ang iyong membership at magsimula ang iyong bagong coverage sa Medicare at Medi-Cal. Sa panahong ito, patuloy kang makakatanggap ng iyong mga inireresetang gamot at pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng aming plano hanggang sa magsimula ang iyong bagong plano.

- Gamitin ang aming mga provider na nasa network para makatanggap ng medikal na pangangalaga.
- Gamitin ang aming mga parmasyang nasa network kabilang ang sa pamamagitan ng aming mga serbisyo ng parmasya sa pag-order sa pamamagitan ng koreo upang mapapunuan ang iyong reseta.
- Kung naospital ka sa araw na nagwakas ang iyong membership sa **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**, sasakupin ng aming plano ang iyong pananatili sa ospital hanggang ka makalabas ka. Mangyayari ito kahit na magsimula ang iyong bagong coverage sa kalusugan bago ka ma-discharge.

D. Iba pang sitwasyon kapag nagwakas na ang iyong membership sa aming plano

Ito ang mga sitwasyon kung kailan dapat na naming wakasan ang iyong membership sa aming plano:

- Kung mayroong pagitan sa iyong coverage sa Bahagi A at Bahagi B ng Medicare.
- Kung hindi ka na kwalipikado para sa Medi-Cal. Ang aming plano ay para sa mga taong kwalipikado para sa parehong Medicare at Medi-Cal. Kung hindi ka na kwalipikado para sa Medicaid, sasabihin namin sa iyo sa pamamagitan ng sulat na mayroon kang apat na buwang palugit na panahon para maging kwalipikado ulit sa Medicaid bago mo kailanganing umalis sa **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** plan. Bago ang pagwawakas ng iyong pagpapa-enroll sa **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** plan, makikipag-ugnayan kami sa iyo para bigyan ka ng pagkakataong magpa-enroll sa isa sa iba pa naming plano ng Senior Advantage. Ang mga benepisyo at gastos na mula sa sariling bulsa sa mga planong ito ay maaaring naiiba sa iyong mga benepisyo at gastos na mula sa sariling bulsa sa **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** plan.
- Kung aalis ka sa aming sineserbisyuhang lugar.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Kung wala ka sa aming sineserbisyuhang lugar sa loob ng mahigit sa anim na buwan.
 - Kung lilipat ka o bibiyahe ka sa malayong lugar, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang alamin kung kasama sa sineserbisyuhang lugar ng aming plano ang lugar kung saan ka lilipat o bibiyahe.
- Kung makukulong ka dahil sa kriminal na pagkakasala.
- Kung nagsinungaling ka tungkol sa o hindi mo ibinigay ang impormasyon tungkol sa iba pang insurance na mayroon ka para sa mga inireresetang gamot.
- Kung hindi ka mamamayan ng United States o hindi legal ang pananatili mo sa United States.
 - Dapat ay mamamayan ka ng United States o legal ang pananatili mo sa United States upang maging miyembro ng aming plano.
 - Aabisuhan kami ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) kung hindi ka kwalipikadong manatiling miyembro batay dito.
 - Dapat ka naming alisin sa pagkakatala kung hindi mo natutugunan ang kinakailangang ito.

Kung ikaw ay nasa apat na buwang panahon ng aming plano kung saan itinuturing na patuloy ang pagiging kwalipikado, patuloy naming ibibigay ang lahat ng benepisyo ng Medicare na sakop ng Medicare Advantage plan. Gayunpaman, sa panahong ito, kakailanganin mong kumonsulta sa Medi-Cal upang alamin kung paano ang tungkol sa anumang bagay na sasakupin ng Medi-Cal para sa mga serbisyong hindi sakop ng aming plano pero sakop ng Medi-Cal. Gayundin, maaaring magbago ang pagbabahagi sa gastos para sa mga gamot sa Bahagi D at premium na babayaran mo sa amin. Maaaring tumaas sa panahong ito ang halagang babayaran mo para sa mga serbisyong sakop ng Medicare. Maaari ka lang naming paalisin sa aming plano para sa mga sumusunod na dahilan kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare at Medi-Cal:

- Kung sadya kang magbibigay sa amin ng maling impormasyon kapag nagpatala ka sa aming plano at nakakaapekto ang impormasyong iyon sa iyong pagiging kwalipikado sa aming plano.
- Kung patuloy kang kikiros sa paraang nakakaabala at pinahihirapan mo kaming makapagbigay ng medikal na pangangalaga para sa iyo at iba pang miyembro ng aming plano.
- Kung ipapagamit mo sa iba ang iyong ID Card ng Miyembro para makakuha ng medikal na pangangalaga. (Maaaring hilingin ng Medicare sa Inspector General na imbestigahan ang iyong kaso kung winakasan namin ang iyong membership para sa dahilang ito.)

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

E. Mga panuntunan laban sa pagpapaalis sa iyo sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa kalusugan

Hindi namin ka maaaring paalisin sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa iyong kalusugan. Kung sa palagay mo ay pinaalis ka namin sa aming plano para sa dahilang nauugnay sa kalusugan, **tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**. Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

F. Ang iyong karapatang maghain ng reklamo kung winakasan namin ang iyong membership sa aming plano

Kung wawakasan namin ang iyong membership sa aming plano, dapat naming sabihin sa iyo sa pamamagitan ng sulat ang aming mga dahilan sa pagwawakas ng iyong membership. Dapat din naming ipaliwanag kung paano ka makakapaghain ng karaingan o makapagreklamo tungkol sa aming desisyon na wakasan ang iyong membership. Maaari ka ring sumangguni sa **Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito para sa impormasyon tungkol sa kung paano maghahain ng reklamo.

G. Paano makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng iyong membership sa plano

Kung mayroon kang mga tanong o kung gusto mo ng higit pang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng iyong membership, puwede mong tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kabanata 11: Mga legal na abiso

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang mga legal na abisong nalalapat sa iyong membership sa aming plano. Makikita ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Kabanata 11 Talaan ng Mga Nilalaman

A.	Abiso tungkol sa mga batas	318
B.	Abiso tungkol sa hindi pandiskrimina	318
C.	Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang payer at Medi-Cal bilang huling magagamit na payer	320
D.	Abiso tungkol sa pagbawi ng ari-arian ng Medi-Cal	320
E.	Pagbibigay ng Handbook ng Miyembro na ito	320
F.	Mga aplikasyon at pahayag	321
G.	Arbitrasyon na Pagpapasyahan ng Tagapamagitan	321
	Sakop ng arbitrasyon	321
	Mga Panuntunan ng Pamamaraan	323
	Pagsisimula ng arbitrasyon	323
	Paghahain ng Pangangailangan para sa Arbitrasyon	323
	Singil sa paghahain.....	324
	Bilang ng mga arbitrator.....	324
	Pagbabayad sa mga bayarin at gastusin ng mga arbitrator	325
	Mga Gastos.....	325
	Mga Pangkalahatang Probisyon	325
H.	Pagtatalaga.....	326

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**. 316

I.	Mga bayarin at gastusin sa abogado at tagapagtanggol.....	326
J.	Pagkoordinang mga benepisyo.....	326
K.	Responsibilidad ng employer.....	327
L.	Handbook ng Miyembro na ipinapatupad sa mga miyembro.....	327
M.	Responsibilidad ng ahensya ng pamahalaan.....	327
N.	Hindi pagkakaroon ng pananagutan ng miyembro.....	327
O.	Walang pagsusuko.....	328
P.	Mga Abiso.....	328
Q.	Pagbawi ng labis na bayad.....	328
R.	Pananagutan ng third party.....	328
S.	Department of Veterans Affairs ng U.S.....	330
T.	Mga benepisyo sa bayad-pinsala sa mga manggagawa (workers' compensation) o pananagutan ng employer.....	330
U.	Surrogacy.....	330

A. Abiso tungkol sa mga batas

Maraming batas ang nalalapat sa **Handbook ng Miyembro** na ito. Maaaring makaapekto ang mga batas na ito sa iyong mga karapatan at responsibilidad kahit na hindi kasama o ipinapaliwanag ang mga batas sa **Handbook ng Miyembro** na ito. Ang mga pangunahing batas na nalalapat ay ang mga pederal at pang-estadong batas tungkol sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Maaari ring nalalapat din ang iba pang pederal at pang-estadong batas.

B. Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina

Hindi kami nandidiskrimina o nagbibigay ng ibang pakikitungo sa iyo dahil sa iyong lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, kasarian sa kapanganakan, kasarian, edad, sekswal na oryentasyon, kapansanan sa pag-iisip o pisikal na kapansanan, kalagayan ng kalusugan, karanasan sa mga claim, medikal na kasaysayan, henetikong impormasyon, katibayan ng pagkakaroon ng insurance, o heograpikong lokasyon sa loob ng sineserbisyuhang lugar. Dagdag dito, hindi kami labag sa batas na nandidiskrimina, nagsasantabi ng mga tao, o nagbibigay sa kanila ng ibang pakikitungo dahil sa pinagmulan ng angkan, pagkakakilanlan ng etnikong pangkat, pagkakakilanlan ng kasarian, katayuan sa pag-aasawa, o medikal na kondisyon.

Kung gusto mo ng higit pang impormasyon o mayroon kang mga alalahanin tungkol sa pandidiskrimina o hindi patas na pagtrato:

- Tumawag sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao sa **1-800-368-1019**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-537-7697**. Maaari ka ring bumisita sa **www.hhs.gov/ocr** para sa higit pang impormasyon.
- Tumawag sa Opisina para sa mga Karapatang Sibil ng Departamento ng Mga Serbisyo ng Pangangalagang Pangkalusugan sa **1-916-440-7370**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **711** (Telecommunications Relay Service).

Kung naniniwala ka na nadiskrimina ka at gusto mong maghain ng karainan sa pandidiskrimina, magagawa mo iyon sa mga sumusunod na paraan:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (maliban sa mga holiday na sarado).
- **Sa pamamagitan ng sulat:** Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro at hilinging magpadala ng form sa iyo.
- **Sa personal na paraan:** Sagutan ang form sa Pagrereklamo o Claim/Kahilingan sa Benepisyo sa tanggapan ng Mga Serbisyo sa Miyembro na matatagpuan sa pasilidad ng plano (pumunta sa iyong **Direktoryo ng Provider at Parmasya** o **kp.org/facilities** para sa mga address)

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- **Online:** Gamitin ang online na form sa aming website sa **kp.org**.
- Maaari ka ring makipag-ugnayan nang direkta sa Mga Tagapagkoordinang Mga Karapatang Sibil ng Kaiser Permanente sa mga address sa ibaba:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

Kung tungkol ang iyong karaingan sa pandidiskrimina sa programa ng Medi-Cal, maaari ka ring maghain ng reklamo sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Departamento ng Mga Serbisyo ng Pangangalagang Pangkalusugan, sa pamamagitan ng telepono, sulat, o elektronikong paraan:

- Sa pamamagitan ng telepono: Tumawag sa **1-916-440-7370**. Kung hindi ka maayos na nakapagsalita o nakakarinig, mangyaring tumawag sa **711** (Telecommunications Relay Service).
- Sa pamamagitan ng sulat: Sagutan ang form sa pagrereklamo o magpadala ng sulat sa:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Available ang mga form para sa pagrereklamo sa
dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Sa elektronikong paraan: Magpadala ng email sa **CivilRights@dhcs.ca.gov**

Kung mayroon kang kapansanan at kailangan mo ng tulong sa pag-access ng mga serbisyo o provider ng pangangalagang pangkalusugan, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Kung mayroon kang reklamo, gaya ng problema sa pag-access ng wheelchair, makakatulong ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

C. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang payer at Medi-Cal bilang huling magagamit na payer

Kung minsan, dapat munang may isang tao na magbayad para sa mga serbisyong ibinibigay namin sa iyo. Halimbawa, kung naaksidente ka sa sasakyan o napinsala ka sa trabaho, ang insurance o Bayad-pinsala sa Mga Manggagawa muna ang dapat na magbayad.

Mayroon kaming karapatan at responsibilidad na mangolekta para sa mga sakop na serbisyo ng Medicare kung saan hindi ang Medicare ang unang payer.

Sumusunod kami sa mga pederal at pang-estadong batas at regulasyon na nauugnay sa legal na pananagutan ng mga third party para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga miyembro. Ginagawa namin ang lahat ng makatuwirang hakbang upang matiyak na ang Medi-Cal ang huling magagamit na payer.

D. Abiso tungkol sa pagbawi ng ari-arian ng Medi-Cal

Ang programa ng Medi-Cal ay dapat humingi ng pagbabayad mula sa mga probated estate ng ilang namatay na miyembro para sa mga benepisyo ng Medi-Cal na natanggap sa o pagkatapos ng kanilang ika-55 na kaarawan. Kasama sa muling pagbabayad ang Fee-For-Service at mga bayad sa premium/capitation ng pinapamahalaang pangangalaga para sa mga serbisyo ng pasilidad ng pag-aalaga, mga serbisyo sa bahay at nakabatay sa komunidad, at mga nauugnay na serbisyo sa ospital at inireresetang gamot na natanggap noong ang miyembro ay isang inpatient sa isang pasilidad ng pag-aalaga o tumatanggap ng mga serbisyo sa bahay at nakabatay sa komunidad. Ang muling pagbabayad ay hindi puwedeng lumampas sa halaga ng probated estate ng isang miyembro.

Para matuto pa, pumunta sa website ng pagbawi ng ari-arian ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dhcs.ca.gov/er o tumawag sa **1-916-650-0590**.

E. Pagbibigay ng Handbook ng Miyembro na ito

Maaari kaming magpatupad ng mga makatuwirang patakaran, pamamaraan, at pagpapaliwanag upang maisulong ang maayos at episyenteng pagbibigay ng **Handbook ng Miyembrong** ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang kp.org/medicare.

F. Mga aplikasyon at pahayag

Dapat mong kumpletuhin ang anumang aplikasyon, form, o pahayag na hinihiling namin sa aming karaniwang proseso sa negosyo o gaya ng tinukoy sa **Handbook ng Miyembro** na ito.

G. Arbitrasyon na Pagpapasyahan ng Tagapamagitan

Ang sumusunod na paglalarawan ng arbitrasyon na pagpapasyahan ng tagapamagitan ay nalalapat sa mga sumusunod na miyembro:

- Lahat ng miyembrong nakatala sa Kaiser Permanente Senior Advantage Individual Plan na mayroong petsa ng pagkakaroon ng bisa bago ang Enero 1, 2008; at
- Lahat ng miyembrong nakatala sa Kaiser Permanente Senior Advantage Individual Plan na may petsa ng pagsisimula na Enero 1, 2008 o pagkatapos nito na hindi hayagang nag-opt out sa proseso ng arbitrasyon na pagpapasyahan ng tagapamagitan sa loob ng 60 araw sa kalendaryo mula sa petsa ng pagkakaroon ng bisa ng kanyang Senior Advantage

Para sa lahat ng claim na napapailalim sa seksyong “May Bisang Arbitrasyon” na ito, isusuko ng Mga Claimant at Respondent ang karapatan para sa isang paglilitis sa harap ng hurado o hukuman at tatanggapin ang paggamit ng may bisang arbitrasyon. Hangga’t nalalapat ang seksyong “Arbitrasyon na Pagpapasyahan ng Tagapamagitan” na ito sa mga claim na iginigiit ng Mga Partido ng Kaiser Permanente, malalapat ito sa retroactive na paraan sa lahat ng hindi pa nalulutas na claim na naihain bago ang petsa ng pagkakaroon ng bisa ng **Handbook ng Miyembro** na ito. Ang pagkakalapat sa retroactive na paraan ay magkakaroon lang ng bisa sa Mga Partido ng Kaiser Permanente.

Sakop ng arbitrasyon

Isusumite ang anumang hindi pagkakaunawaan sa may arbitrasyon na pagpapasyahan ng tagapamagitan kung natutugunan ang lahat ng sumusunod na kinakailangan:

- Ang claim ay resulta ng o nauugnay sa pinaparatang na paglabag sa anumang insidente sa tungkulin sa o resulta ng o nauugnay sa **Handbook ng Miyembro** na ito o sa kaugnayan ng Partido ng miyembro sa Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Planong Pangkalusugan), kabilang ang anumang claim para sa malpractice sa paggamot o sa ospital (isang claim na ang medikal na serbisyo o item ay hindi kinakailangan o hindi awtorisado o hindi wasto, may pagpapabaya, o hindi mahusay na naibigay), pananagutan sa lugar, o nauugnay sa coverage ng, o paghahatid ng, mga serbisyo o item, nang walang pagsasaalang-alang sa mga legal na teorya kung saan itinataguyod ang claim.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Ang claim ay iginigiit ng isa o higit pang Partido ng miyembro laban sa isa o higit pang Partido ng Kaiser Permanente o ng isa o higit pang Partido ng Kaiser Permanente laban sa isa o higit pang Partido ng miyembro.
- Hindi pinagbabawalan ng umiiral na batas ang paggamit ng may arbitrasyon na pagpapasyahan ng tagapamagitan upang malutas ang claim.

Samakatuwid, isinusuko ng mga miyembrong nakatala sa **Handbook ng Miyembro** na ito ang kanilang karapatan sa isang paglilitis sa harap ng hukuman o jury, at sa halip ay tinatanggap nila ang paggamit ng arbitrasyon na pagpapasyahan ng tagapamagitan. Gayunpaman, ang mga sumusunod na uri ng mga claim ay hindi napapailalim sa arbitrasyon na pagpapasyahan ng tagapamagitan:

- Mga claim na nasa hurisdiksyon ng Small Claims Court.
- Mga claim na napapailalim sa pamamaraan sa pag-apela ng Medicare ayon sa nalalapat sa mga miyembro ng Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal na Plano (tingnan ang **Kabanata 9** para sa impormasyon sa apela ng Medicare).
- Mga claim na hindi maaaring mapailalim sa arbitrasyon na pagpapasyahan ng tagapamagitan alinsunod sa umiiral na batas.

Ayon sa tinutukoy sa seksyong “Arbitrasyon na pagpapasyahan ng tagapamagitan” na ito, kabilang sa “Mga Partido ng miyembro” ang:

- Isang miyembro.
- Tagapagmana, kamag-anak, o personal na kinatawan ng miyembro.
- Sinumang indibidwal na naghain ng claim na ang isang tungkulin sa kanya ay mula sa kaugnayan ng miyembro sa isa o higit pang Partido ng Kaiser Permanente.

Kabilang sa “Mga Partido ng Kaiser Permanente” ang:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Mga Kaiser Foundation Hospital.
- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group.
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.
- Sinumang doktor sa Southern California Permanente Medical Group o Permanente Medical Group.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

- Sinumang indibidwal o anumang organisasyon na ang kontrata sa alinman sa mga organisasyong tinukoy sa itaas ay nangangailangan ng arbitrasyon ng mga claim na inihain ng isa o higit pang Partido ng miyembro.
- Sinumang empleyado o ahente ng alinman sa nabanggit.

Tumutukoy ang “claimant” sa isang Partido ng miyembro o isang Partido ng Kaiser Permanente na naggigiit ng isang claim na gaya ng inilalarawan sa itaas. Tumutukoy ang “respondent” sa isang Partido ng miyembro o isang Partido ng Kaiser Permanente kung kanino iginigiit ang claim.

Mga Panuntunan ng Pamamaraan

sasagawa ang mga arbitrasyon alinsunod sa **Mga Panuntunan para sa Mga Arbitrasyon para sa Miyembro ng Kaiser Permanente na Pinapangasiwaan ng Office of the Independent Administrator** (“Mga Panuntunan ng Pamamaraan”) na binuo ng Office of the Independent Administrator nang may pagkonsulta sa Kaiser Permanente at Arbitration Oversight Board. Maaaring makakuha ng mga kopya ng Mga Panuntunan ng Pamamaraan mula sa aming Mga Serbisyo sa Miyembro.

Pagsisimula ng arbitrasyon

Dapat pasimulan ng mga claimant ang arbitrasyon sa pamamagitan ng paghahain ng Pangangailangan para sa Arbitrasyon. Dapat kasama sa Pangangailangan para sa Arbitrasyon ang batayan ng claim laban sa Mga Respondent; ang halaga ng bayad-pinsala na hinihingi ng Claimant sa arbitrasyon; mga pangalan, address, at numero ng telepono ng Mga Claimant at kanilang abogado, kung mayroon; at ang mga pangalan ng lahat ng Mga Respondent. Dapat isama ng Mga Claimant sa Pangangailangan para sa Arbitrasyon ang lahat ng claim laban sa Mga Respondent na nakabatay sa parehong insidente, transaksyon, o nauugnay na sitwasyon.

Paghahain ng Pangangailangan para sa Arbitrasyon

Dapat padalhan ang Planong Pangkalusugan, Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, Permanente Federation, LLC, at Permanente Company, LLC, ng Pangangailangan para sa Arbitrasyon sa pamamagitan ng pagpapadala ng Pangangailan para sa Arbitrasyon na naka-address sa Respondent na iyon sa ngalan ng:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
 Legal Department, Professional & Public Liability
 373 E. Walnut Street
 Pasadena, CA 91188

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Ituturing na tapos na ang Serbisyo para sa Respondent na iyon kapag natanggap ito. Ang lahat ng iba pang Respondent, kabilang ang mga indibidwal, ay dapat mapadalhan nito ayon sa iniaatas ng California Code of Civil Procedure para sa isang sibil na pagkilos.

Singil sa paghahain

Magbabayad ang Mga Claimant ng isahan at hindi nare-refund na singil sa paghahain na nagkakahalaga ng \$150 kada arbitrasyon. Maaari itong bayaran sa “Arbitration Account” nang hindi isinasaalang-alang ang bilang ng mga claim na iginigiit sa Pangangailangan para sa Arbitrasyon o ang bilang ng Mga Claimant o Respondent na pinangalanan sa Pangangailangan para sa Arbitrasyon.

Ang sinumang Claimant na nagsasabing nakakaranas ng matinding kahirapan ay maaaring humiling na alisin ng Office of the Independent Administrator ang singil sa paghahain at ang mga bayarin at gastos para sa neutral arbitrator. Ang isang Claimant na humihingi ng mga naturang waiver ay dapat magkumpleto ng Form para sa Pag-aalis ng Bayarin at magsumite nito sa Office of the Independent Administrator at kasabay itong ibigay sa Mga Respondent. Nakasaad sa Form sa Pag-aalis ng Bayarin ang mga pamantayan sa pag-aalis ng mga bayarin at available ito sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Bilang ng mga arbitrator

Maaaring makaapekto ang bilang ng mga arbitrator sa responsibilidad ng Mga Claimant sa pagbabayad sa mga bayarin at gastos para sa neutral arbitrator (tingnan ang Mga Panuntunan ng Pamamaraan).

Kung humihingi ang Pangangailangan para sa Arbitrasyon ng kabuuang bayad-pinsala na nagkakahalaga ng \$200,000 o mas mababa, diringgin at pagpapasyahan ang hindi pagkakaunawaan ng iisang neutral arbitrator, maliban kung hindi sasang-ayon ang mga partido sa pamamagitan ng pagsulat pagkatapos magkaroon ng hindi pagkakaunawaan at naisumite ang isang kahilingan para sa may bisang arbitrasyon na dapat dinggin ang arbitrasyon ng dalawang party arbitrator at isang neutral arbitrator. Walang awtoridad ang neutral arbitrator na magbigay ng salaping bayad-pinsala na mas malaki sa \$200,000.

Kung humihingi ang Pangangailangan para sa Arbitrasyon ng kabuuang bayad-pinsala na mahigit sa \$200,000, ang hindi pagkakaunawaan ay diringgin at pagpapasyahan ng isang neutral arbitrator at dalawang party arbitrator, kung saan ang isa ay pinagkasunduang itinatalaga ng lahat ng Claimant at ang isa pa ay pinagkasunduang itinatalaga ng lahat ng Respondent. Ang mga partidong may karapatang pumili ng party arbitrator ay maaaring sumang-ayon na iurong ang karapatang ito. Kung sasang-ayon ang lahat ng partido, diringgin ang mga arbitrasyong ito ng iisang neutral arbitrator.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Pagbabayad sa mga bayarin at gastusin ng mga arbitrator

Babayaran ng Planong Pangkalusugan ang mga bayarin at gastos ng neutral arbitrator alinsunod sa ilang partikular na kondisyon ayon sa itinalaga ng Mga Panuntunan ng Pamamaraan. Sa lahat ng iba pang arbitrasyon, ang mga bayarin at gastos ng neutral arbitrator ay dapat bayaran ng tig-kalahati ng Mga Claimant at ng Mga Respondent.

Kung pipiliin ng mga partido ang pagkakaroon ng mga party arbitrator, ang Mga Claimant ang may pananagutan sa pagbabayad ng mga bayarin at gastos para sa kanilang party arbitrator at ang Mga Respondent ang may pananagutan sa pagbabayad ng mga bayarin at gastos para sa kanilang party arbitrator.

Mga Gastos

Maliban sa mga nabanggit na bayarin at gastos para sa neutral arbitrator, at maliban kung inuutos ng mga batas na nalalapat sa mga arbitrasyon alinsunod sa seksyong “Arbitrasyon na pagpapasyahan ng tagapamagitan” na ito, sasagutin ng bawat partido ang sariling mga bayarin sa abogado, bayarin sa saksi at iba pang gastos ng partido na magresulta sa pag-uusig o pagtatanggol laban sa isang claim anuman ang uri ng claim o resulta ng arbitrasyon.

Mga Pangkalahatang Probisyon

luurong ang isang claim at ganap nang mawawalan ng bisa kung (1) sa petsa na inihain ang Pangangailangan para sa Arbitrasyon ng claim ay mawawalan ng bisa ang claim, kung iginiit sa isang sibil na pagkilos, ayon sa pinaghainang Respondent batay sa naaangkop na batas sa mga limitasyon, (2) hindi magagawa ng Mga Claimant na mahabol ang claim sa arbitrasyon alinsunod sa Mga Panuntunan ng Pamamaraan nang may makatuwirang pagsisikap, o (3) hindi masisimulan ang pagdinig sa arbitrasyon sa loob ng limang taon pagkatapos ng mas maagang (a) petsa ng paghahain sa Pangangailangan para sa Arbitrasyon alinsunod sa mga pamamaraang iniaatas dito, o (b) sa petsa ng paghahain ng sibil na pagkilos batay sa parehong insidente, transaksyon, o nauugnay na sitwasyong may kinalaman sa claim. Maaaring mapawalang-bisa ang isang claim dahil sa ibang pamantayan sa pamamagitan ng neutral arbitrator batay pagpapakita ng mabuting layunin. Kung hindi magagawa ng partido na dumalo sa pagdinig sa arbitrasyon pagkatapos mabigyan ng usapin kahit na wala ang naturang partido.

Ang Batas sa Pagbabago sa Kabayaran sa Medikal na Pinsala sa California ng 1975 (California Medical Injury Compensation Reform Act of 1975) (kabilang ang anumang pagbabago rito), kabilang ang mga seksyong bumubuo sa karapatang magpakita ng ebidensya hinggil sa anumang bayad sa benepisyo sa insurance o kapansanan sa pasyente, limitasyon sa pagbawi para sa mga pagkaluging hindi nauugnay sa kabuhayan, at karapatan na mabayaran para sa mga pinsala sa hinaharap na ibibigay sa panapanahong pagbabayad, ay malalapat sa anumang claim para sa propesyonal na kapabayaang o anupamang claim ayon sa pinapahintulutan o iniaatas ng batas.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Ang mga arbitrasyon ay mapapailalim sa seksyong “Arbitrasyon na pagpapasyahan ng tagapamagitan” na ito, Seksyon 2 ng Federal Arbitration Act, at mga probisyon ng Kodigo ng Sibil na Pamamaraan ng California na nauugnay sa arbitrasyon na may bisa kung kailan nilapat ang batas, kasama ng Mga Panuntunan ng Pamamaraan, hanggang sa limitasyong hindi na nauugnay sa seksyong “Arbitrasyon na pagpapasyahan ng tagapamagitan” na ito. Alinsunod sa panuntunang nalalapat sa ilalim ng Seksyon 3 at Seksyon 4 ng Pederal na Batas sa Arbitrasyon (Federal Arbitration Act), ang karapatan sa arbitrasyon sa ilalim ng seksyong “Arbitrasyon na pagpapasyahan ng tagapamagitan” na ito ay hindi dapat tanggihan, panatilihin, o kung hindi naman ay hadlangan dahil ang isang hindi pagkakaunawaan sa pagitan ng isang Partido ng miyembro at isang Partido ng Kaiser Permanente ay nauugnay sa maaaring malutas o hindi malulutas na claim o dahil ang isa o higit pang partido sa arbitrasyon ay partido rin sa isang nakabimbin na pagkilos ng hukuman kasama ng ikatlong partido na resulta ng iisa o nauugnay na transaksyon at nagpapakita ng posibilidad ng pagkakaroon ng problema sa kautusan o kapasyahan.

H. Pagtatalaga

Hindi mo maaaring italaga ang **Handbook ng Miyembro** na ito o ang alinman sa mga karapatan, interes, claim para sa perang dapat bayaran, benepisyo, o obligasyon sa ilalim nito nang walang paunang nakasulat na pahintulot namin.

I. Mga bayarin at gastusin sa abogado at tagapagtanggol

Sa anumang hindi pagkakaunawaan sa pagitan ng miyembro at Planong Pangkalusugan, Medical Group, o Mga Ospital ng Kaiser Foundation, ang bawat partido ang magbabayad ng mga sarili nitong bayarin at gastusin, kabilang ang mga bayarin sa mga abogado, bayarin sa mga tagapagtanggol, at iba pang gastusin, maliban na lang kung may ibang iniaatas ang batas.

J. Pagkoordinang mga benepisyo

Kung mayroon kang iba pang insurance, kinakailangan mong gamitin ang iba pa iyong coverage kasama ng iyong coverage bilang miyembro ng Senior Advantage Medicare Medi-Cal na Plano upang mabayaran ang pangangalagang matatanggap mo. Tinatawag itong “pagkoordinang mga benepisyo” dahil may kaugnay itong pagkoordinang lahat ng benepisyo sa kalusugan na magagamit mo. Makukuha mo ang iyong sakop na pangangalaga na gaya sa karaniwan mula sa mga provider na nasa network, at tutulong lang ang iba pang coverage na mabayaran ang pangangalagang matatanggap mo.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kung ang iba mo pang coverage ang pangunahing nagbabayad, madalas na direkta nitong babayaran ang bahagi nito sa amin, at wala kang kakailanganing gawin. Gayunpaman, kung direktang ipapadala sa iyo ng pangunahing payer ang bayad na dapat ibigay sa amin, kinakailangan mong ibigay sa amin ang pangunahing bayad na ito alinsunod sa batas ng Medicare. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga pangunahing pagbabayad sa mga sitwasyong may pananagutan ang third party, basahin ang **Seksyon Q** sa kabanatang ito, at para sa mga pangunahing pagbabayad sa mga sitwasyon ng bayad-pinsala sa mga manggagawa, tingnan ang **Seksyon R** sa kabanatang ito.

Dapat mong sabihin sa amin kung mayroon kang iba pang coverage sa pangangalagang pangkalusugan, at ipaalam sa amin kapag nagkaroon ng anumang pagbabago sa iyong karagdagang coverage.

K. Responsibilidad ng employer

Para sa anumang serbisyo na iniaatas ng batas sa employer na ibigay, hindi namin babayaran ang employer, at kapag sinakop namin ang anumang naturang serbisyo, maaaring bawiin namin ang halaga ng mga serbisyo mula sa employer.

L. Handbook ng Miyembro na ipinapatupad sa mga miyembro

Sa pamamagitan ng pagpili ng coverage o pagtanggap ng mga benepisyo sa ilalim ng **Handbook ng Miyembro** na ito, ang lahat ng miyembrong may legal na kakayang makipagkontrata, at ang mga legal na kinatawan ng lahat ng miyembrong walang kakayahang makipagkontrata, ay sumasang-ayon sa lahat ng probisyon ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

M. Responsibilidad ng ahensya ng pamahalaan

Para sa anumang serbisyo na iniaatas ng batas na ibigay lang ng o matanggap lang mula sa isang ahensya ng pamahalaan, hindi namin babayaran ang ahensya ng pamahalaan, at kapag sinakop namin ang anumang naturang serbisyo, maaaring bawiin namin ang halaga ng mga serbisyo mula sa ahensya ng pamahalaan.

N. Hindi pagkakaroon ng pananagutan ng miyembro

Nakasaad sa aming mga kontrata sa mga provider ng network na wala kang pananagutan para sa anumang halagang dapat naming bayaran. Gayunpaman, ka ang magbabayad para sa gastusin ng mga hindi sakop na serbisyo na kukunin mo mula sa mga provider na nasa network o provider na wala sa network.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

O. Walang pagsusuko

Ang pagkabigo naming maipatupad ang anumang probisyon ng **Handbook ng Miyembro** na ito ay hindi mangangahulugan ng pagsusuko niyon o ng anupamang probisyon, o makakaapekto sa karapatan namin pagkatapos niyon na hilingin ang mahigpit na pagsunod mo sa anumang probisyon.

P. Mga Abiso

Ipapadala ang aming mga abiso sa iyo sa pinakakamakailang address na mayroon kami. May responsibilidad kang abisuhan kami tungkol sa anumang pagbabago sa iyong address. Kung lilipat ka, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro (naka-print ang mga numero ng telepono sa likod ng booklet na ito) at sa Social Security sa **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) sa lalong madaling panahon upang iulat ang pagbabago ng iyong address.

Q. Pagbawi ng labis na bayad

Maaari naming bawiin ang anumang labis na bayad na ibinigay namin para sa mga serbisyo mula sa sinumang nakatanggap ng naturang labis na bayad o mula sa sinumang tao o alinmang organisasyon na obligadong magbayad para sa mga serbisyo.

R. Pananagutan ng third party

Karaniwan na ang mga third party na nagdulot sa iyo ng pinsala o karamdaman (at/o ang kanilang mga kumpanya ng insurance) ang dapat na magbayad muna bago ang Medicare o aming plano. Samakatuwid, may karapatan kaming habulin ang mga pangunahing pagbabayad na ito. Kung makatanggap ka ng desisyon o bayad mula sa o sa ngalan ng isang third party na sinasabing nagdulot ng pinsala o karamdaman kung saan nauukol ang mga tinanggap mong sakop na serbisyo, dapat mong tiyakin na makatanggap kami ng reimbursement para sa mga serbisyong iyon.

Tandaan: Ang seksyong ito na “Pananagutan ng third party” ay hindi nakakaapekto sa iyong obligasyon na magbayad ng mga bahagi sa gastusin para sa mga serbisyo.

Sa sukdulang pinahihintulutan o iniaatas ng batas, dapat na may pumalit sa amin para managot sa lahat ng claim, sanhi ng pagkilos, at iba pang karapatan na maaaring mayroon ka laban sa isang third party o insurer, programa sa pamahalaan, o iba pang mapagkukunan ng coverage para sa mga monetary damage, bayad-pinsala, o danyos para sa pinsala o karamdaman na sinasabing idinulot ng third party. May papalit sa amin na managot sa panahong ipinadala o inihatid namin ang nakasulat na abiso tungkol sa paggamit namin ng opsyong ito sa iyo o sa iyong abogado.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Upang matiyak ang aming mga karapatan, magkakaroon kami ng mga karapatan sa lien at reimbursement sa mga nalikom sa anumang desisyon o pakikipag-areglo na matatanggap mo o matatanggap namin mula sa isang third party na nagreresulta sa anumang nalikom o desisyon sa pakikipag-areglo, mula sa iba pang uri ng coverage na kinabibilangan ng, pero hindi limitado sa: pananagutan, hindi nakasegurong motorista, underinsured na motorista, personal umbrella, bayad-pinsala sa mga manggagawa, personal na pinsala, mga medikal na pagbabayad at lahat ng iba pang uri ng first party. Ang nalikom sa anumang desisyon o pakikipag-areglo na makukuha mo o makukuha namin ay ilalapat muna sa aming lien, kahit na gumaling o nabayaran ka na o hindi pa at kahit na mas mababa ang kabuuang halaga ng nalikom kaysa sa mga aktwal na pagkalugi at pinsalang natamo. Hindi namin kinakailangang magbayad ng mga bayarin o gastusin sa abogado sa sinumang abogado na kinuha mo upang maghabol ng iyong claim sa mga pinsala. Kung magre-reimburse ka sa amin nang walang kinakailangang legal na pagkilos, papayagan namin ang diskwento sa gastusin sa procurement. Kung kailangan naming magsagawa ng legal na pagkilos upang maipatupad ang interes nito, hindi magkakaroon ng diskwento sa procurement.

Sa loob ng 30 araw pagkatapos ng pagsusumite o paghahain ng claim o legal na pagkilos laban sa third party, dapat kang magpadala ng nakasulat na abiso tungkol sa claim o legal na pagkilos sa:

The Rawlings Group

Subrogation Mailbox
Special Recovery Unit
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031
Fax: **1-502-753-7064**

Upang mapagpasyahan namin ang pagkakaroon ng anumang karapatang maaaring mayroon kami at upang maisakatuparan ang mga karapatan na iyon, dapat mong sagutan at ipadala ang lahat ng pahintulot, pagpapalabas, awtorisasyon, pagtatalaga, at iba pang dokumento, kabilang ang mga uri ng lien na nag-aatas sa iyong abogado, third party, at insurer sa pananagutan ng third party na direktang magbayad sa amin. Maaari kang hindi sumang-ayon na isuko, ilabas, o bawasan ang aming mga karapatan alinsunod sa probisyong ito nang wala ang aming paunang nakasulat na pahintulot.

Kung ipaglalaman ng iyong estate, magulang, tagapag-alaga, o conservator ang isang claim laban sa isang third party batay sa iyong pinsala o karamdaman, mapapailalim ang iyong estate, magulang, tagapag-alaga, o conservator at ang anumang pakikipag-areglo o desisyong nakuha ng estate, magulang, tagapag-alaga, o conservator sa aming mga lien at iba pang karapatan, sa parehong limitasyon kung ka ang naghain ng claim laban sa third party. Maaari naming italaga ang aming mga karapatan upang maisakatuparan ang aming mga lien at iba pang karapatan.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

S. Department of Veterans Affairs ng U.S.

Para sa anumang serbisyo dahil sa mga kondisyong resulta ng serbisyo sa militar na iniaatas ng batas na ibigay ng Departamento ng Mga Veteran Affair, hindi namin babayaran ang Departamento ng Mga Veteran Affair, at kapag sinakop namin ang alinmang naturang serbisyo, maaari naming singilin ang halaga ng mga serbisyo mula sa Departamento ng Mga Veteran Affair.

T. Mga benepisyo sa bayad-pinsala sa mga manggagawa (workers' compensation) o pananagutan ng employer

Karaniwan na ang bayad-pinsala sa manggagawa muna ang dapat na magbayad bago ang Medicare o ang aming plano. Samakatuwid, may karapatan kaming maghahabol ng mga pangunahing pagbabayad sa ilalim ng batas sa bayad-pinsala sa mga manggagawa o pananagutan ng employer. Maaari kang maging kwalipikado sa mga bayad o iba pang benepisyo, kabilang ang mga halagang natanggap bilang pakikipag-areglo (na sama-samang tinutukoy bilang “Pinansyal na Benepisyo”), sa ilalim ng batas sa bayad-pinsala sa mga manggagawa o pananagutan ng employer. Magbibigay kami ng mga sakop na serbisyo kahit na hindi malinaw kung karapat-dapat ka sa isang Pinansyal na Benepisyo, pero maaaring singilin namin ang halaga ng anumang sakop na serbisyo mula sa mga sumusunod na mapagkukunan:

- Mula sa anumang mapagkukunan na nagbibigay ng Pinansyal na Benepisyo o mula sa isang tao na dapat magbayad ng Pinansyal na Benepisyo.
- Mula sa iyo, hanggang sa limitasyon na ang isang Pinansyal na Benepisyo ay ibinibigay o dapat bayaran o kinailangang ibigay o dapat bayaran kung ganap mong ninais na gamitin ang iyong mga karapatan sa Pinansyal na Benepisyo alinsunod sa anumang batas sa bayad-pinsala sa manggagawa o pananagutan ng employer.

U. Surrogacy

Sa mga sitwasyon kung saan makakatanggap ang isang miyembro ng perang kabayaran upang maging isang surrogate, maningingil ang aming plano ng lahat ng Singil sa Plano para sa mga sakop na serbisyong matatanggap ng miyembro na nauugnay sa pagbubuo, pagbubuntis at/o panganganak sa bata. Ang isang kasunduan sa surrogacy ay kasunduan kung saan ang isang babae ay sumasang-ayon na mabuntis at ibigay ang sanggol sa ibang tao o mga tao na naglalayong palakihin ang bata.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang mahahalagang termino na ginamit sa buong **Handbook ng Miyembro** na ito kasama ang mga kahulugan ng mga ito. Nakalista ang mga termino sa alpabetikong pagkakasunod-sunod. Kung hindi mo mahanap ang isang termino o kung kailangan mo ng higit pang impormasyon bukod sa kasamang kahulugan, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Mga aktibidad ng pang-araw-araw na pamumuhay (ADL): Ang mga bagay na ginagawa ng mga tao sa karaniwang araw, gaya ng pagkain, paggamit ng banyo, pagbibihis, pagligo, o pagsesepilyo.

Hukom ng administratibong batas: Isang hukom na nagsusuri ng antas 3 na apela.

AIDS drug assistance program (ADAP): Isang programa na tumutulong sa mga karapat-dapat na indibidwal na may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nagliligtas-buhay.

Ambulatory surgical center: Isang pasilidad na nagbibigay ng pang-outpatient na operasyon sa mga pasyente na hindi nangangailangan ng pangangalaga sa ospital at hindi inaasahan na mangangailangan ng mahigit sa 24 na oras ng pangangalaga.

Apela: Isang paraan upang makuwestyon mo ang aming pagkilos kung sa palagay mo ay nagkamali kami. Maaari mong hilingin sa amin na baguhin ang isang desisyon sa coverage sa pamamagitan ng paghahain ng apela. **Ipinapaliwanag sa Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito ang mga apela, kabilang ang paraan kung paano maghain ng apela.

Kalusugan ng Pag-uugali: Isang all-inclusive na termino na tumutukoy sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip at mga disorder sa pag-abuso sa substance.

Branded na gamot: Isang inireresetang gamot na ginagawa at ibinebenta ng kumpanyang orihinal na gumawa ng gamot. Ang mga branded na gamot ay may mga sangkap na gaya sa mga generic na bersyon ng mga gamot. Ang mga generic na gamot ay karaniwang ginagawa at ibinebenta ng iba pang kumpanya ng gamot.

Tagapagkoordinang pangangalaga: Isang pangunahing tao na nakikipagtulungan sa iyo, sa planong pangkalusugan, at sa iyong mga provider ng pangangalaga upang matiyak na natatanggap mo ang pangangalagang kailangan mo.

Plano sa pangangalaga: Tingnan ang “Pang-indibidwal na Plano sa Pangangalaga.”

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga Opsyonal na Serbisyo ng Plano sa Pangangalaga (CPO Services): Mga karagdagang serbisyo na opsyonal sa ilalim ng iyong Pang-indibidwal na Plano sa Pangangalaga (ICP). Hindi nilalayan ng mga serbisyong ito na palitan ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na may pahintulot kang kunin sa ilalim ng Medi-Cal.

Pangkat sa pangangalaga: Tingnan ang “Pangkat sa Interdisciplinary na Pangangalaga.”

Yugto ng catastrophic na coverage: Ang yugto sa benepisyo sa gamot sa Bahagi D ng Medicare kung saan binabayaran ng aming plano ang lahat ng gastusin sa iyong mga gamot hanggang sa katapusan ng taon. Sisimulan mo ang yugtong ito kapag ikaw (o ang iba pang mga kwalipikadong partido sa ngalan mo) ay gumastos ng **\$8,000** para sa mga sakop na gamot sa Bahagi D ng Medicare sa buong taon. Sa yugto ng pagbabayad na ito, babayaran ng plano ang buong halaga para sa iyong mga sakop na gamot sa Bahagi D ng Medicare. Wala kang babayaran.

Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS): Ang pederal na ahensyang nangangasiwa sa Medicare. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 2** ng **Handbook ng Miyembro** na ito kung paano makikipag-ugnayan sa CMS.

Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (CBAS): Pang-outpatient na programa ng serbisyo sa pasilidad na naghahatid ng sanay na pag-aalaga, mga serbisyong panlipunan, occupational therapy at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/caregiver, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang serbisyo sa mga kwalipikadong miyembrong nakatutugon sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado.

Reklamo: Isang nakasulat o berbal na pahayag na nagsasabing may problema o alalahanin ka tungkol sa iyong mga sakop na serbisyo o pangangalaga. Kabilang dito ang anumang alalahanin tungkol sa kalidad ng serbisyo, kalidad ng iyong pangangalaga, aming mga provider na nasa network, o aming mga parmasyang nasa network. Ang pormal na katawagan para sa “paghahain ng reklamo” ay “paghahain ng karaingan.”

Pasilidad sa kumprehensibong rehabilitasyon ng outpatient (CORF): Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyo ng rehabilitasyon pagkatapos ng pagkakasakit, aksidente, o malaking operasyon. Nagbibigay ito ng iba't ibang serbisyo, kabilang ang physical therapy, mga serbisyong panlipunan o sikolohikal, respiratory therapy, occupational therapy, speech therapy, at mga serbisyo sa pagsusuri sa kapaligiran sa bahay.

Copay: Isang fixed na halagang binabayaran mo bilang iyong bahagi sa gastos sa bawat pagkakataong kukuha ka ng mga partikular na serbisyo o inireresetang gamot. Halimbawa, maaaring magbayad ka ng \$2 o \$5 para sa isang serbisyo o inireresetang gamot.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Pagbabahagi sa gastos: Mga halagang kailangan mong bayaran kapag kumukuha ka ng mga partikular na serbisyo o inireresetang gamot. Kabilang sa mga pagbabahagi sa gastos ang mga copay.

Desisyon sa coverage: Isang desisyon tungkol sa kung anong mga benepisyo ang sasakupin namin. Kabilang dito ang mga desisyon tungkol sa mga sakop na gamot at serbisyo o ang halagang babayaran namin para sa iyong mga serbisyo sa kalusugan.

Ipinapaliwanag sa Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro na ito kung paano hihiling sa amin ng desisyon sa coverage.

Mga sakop na gamot: Ang terminong ginagamit namin para tukuyin ang lahat ng inireresetang gamot at gamot na over-the-counter (OTC) na sinasakop ng aming plano.

Mga sakop na serbisyo: Ang pangkalahatang terminong ginagamit namin para tukuyin ang lahat ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, inireresetang gamot, at kagamitan, at iba pang serbisyo na sinasakop ng aming plano.

Pagsasanay sa kaalaman sa kultura: Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang tagubilin para sa aming mga provider ng pangangalagang pangkalusugan na tumutulong sa kanilang mas maunawaan ang iyong pinagmulan, mga pagpapahalaga, at mga paniniwala upang maiangkop ang mga serbisyo sa pagtugon sa iyong mga pangangailangang panlipunan, pangkultura, at pangwika.

Department of Health Care Services (DHCS): Ang departamento ng estado sa California na nangangasiwa sa Programa ng Medicaid (tinatawag na Medi-Cal).

Department of Managed Health Care (DMHC): Ang departamento ng estado sa California na responsable sa pangangasiwa ng mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao sa mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Nagsasagawarin ang DMHC ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (IMR).

Pag-alis sa pagkakatala: Ang proseso ng pagwawakas ng iyong membership sa aming plano. Maaaring kusang-loob ang pag-alis sa pagkakatala (sarili mong desisyon) o hindi kusang-loob (hindi mo sariling desisyon).

Programang pamamahala ng gamot (Drug management program, DMP): Isang programa na tumutulong na tiyaking ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga inireresetang opioid at iba pang madalas na inaabusong mga gamot.

Dual eligible special needs plan (D-SNP): Planong pangkalusugan na naglilingkod sa mga indibidwal na kwalipikado para sa parehong Medicare at Medicaid. Ang aming plano ay isang D-SNP.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Matibay na kagamitang pangmedikal (DME): Ilang partikular na item na ino-order ng iyong doktor para gamitin sa sarili mong bahay. Ang mga halimbawa ng mga item na ito ay mga wheelchair, saklay, powered mattress system, supply para sa diabetic, higaan sa ospital na hiniling ng provider para gamitin sa bahay, mga intravenous (IV) infusion pump, speech generating device, oxygen equipment at supply, nebulizer, at walker.

Emergency: Isang medikal na emergency kapag ikaw, o ang sinumang may karaniwang kaalaman sa kalusugan at gamot, ay naniniwalang mayroon kang mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon upang mapigilan ang pagkamatay, pagkawala ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng o seryosong problema sa isang function ng katawan. Ang mga medikal na sintomas ay maaaring isang sakit, pinsala, matinding pananakit, o isang medikal na kondisyon na mabilis na lumalala.

Pangangalagang pang-emergency: Mga sakop na serbisyong ibinibigay ng provider na sinanay na magbigay ng mga serbisyong pang-emergency at kinakailangan upang gamutin ang isang medikal na emergency o emergency sa kalusugan ng pag-uugali.

Pagbubukod: Pahintulot na makakuha ng coverage para sa isang gamot na hindi karaniwang sakop o magamit ang gamot nang walang partikular na panuntunan at limitasyon.

Mga Hindi Kasaling Serbisyo: Mga serbisyong hindi sakop ng planong pangkalusugan na ito.

Karagdagang Tulong: Programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may mga limitadong kita at mapagkukunan para mabawasan ang mga gastusin sa inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare, gaya ng mga premium, naibabawas, at copay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Subsidiya para sa May Mababang Kita,” o “LIS.”

Generic na gamot: Isang inireresetang gamot na inaprubahan ng pederal na pamahalaan na gamitin kapalit ng isang branded na gamot. Ang generic na gamot ay may mga sangkap na gaya sa branded na gamot. Ito ay karaniwang mas mura at tumatalab na gaya din ng branded na gamot.

Karaingan: Isang reklamo na ginagawa mo tungkol sa amin o sa isa sa aming mga provider o parmasyang nasa network. Kabilang dito ang reklamo tungkol sa kalidad ng iyong pangangalaga o kalidad ng serbisyong ibinibigay ng iyong planong pangkalusugan.

Programang sa Pagpapayo at Suporta sa Insurance sa Kalusugan (HICAP): Isang programang nagbibigay ng libre at batay sa katotohang impormasyon at payo tungkol sa Medicare. **Ipinapaliwanag sa Kabanata 2 ng Handbook ng Miyembro** na ito kung paano makikipag-ugnayan sa HICAP.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Planong pangkalusugan: Isang organisasyong binubuo ng mga doktor, ospital, parmasya, provider ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, at iba pang provider. Mayroon din itong mga tagapagkoordinang pangangalaga na tutulong sa iyong pamahalaan ang lahat ng iyong provider at serbisyo. Sama-sama silang lahat na nagtatrabaho upang maibigay ang pangangalagang kailangan mo.

Pagtatasa sa panganib sa kalusugan (Health risk assessment, HRA): Isang pagsusuri ng iyong medikal na kasaysayan at kasalukuyang kondisyon. Ginagamit ito upang malaman ang tungkol sa iyong kalusugan at paano ito maaaring magbago sa hinaharap.

Home health aide: Isang taong nagbibigay ng mga serbisyong hindi nangangailangan ng kasanayan ng isang lisensyadong nars o therapist, gaya ng tulong sa personal na pangangalaga (tulad ng pagligo, paggamit ng banyo, pagbibihis, o pagsasagawa ng mga ipinayong ehersisyo). Ang mga home health aide ay walang lisensya sa pag-aalaga o hindi nagbibigay ng therapy.

Hospice: Isang programa ng pangangalaga at suporta para matulungan ang mga taong may terminal na prognosis na mamuhay nang kumportable. Ang terminal na prognosis ay nangangahulugan na ang isang tao ay medikal na na-certify bilang may karamdamang nakamamatay, ibig sabihin ay may life expectancy na 6 na buwan o mas mababa.

Ang isang nagpatala na mayroong terminal na prognosis ay may karapatang pumili ng hospice.

Isang espesyal na sinanay na pangkat ng mga propesyonal at caregiver ang magbibigay ng pangangalaga para sa tao sa kabuuan, kabilang ang mga pisikal, emosyonal, panlipunan, at ispirituwal na pangangailangan.

Kinakailangan naming magbigay sa iyo ng listahan ng mga provider ng hospice sa iyong heograpikong lugar.

Hindi wasto/hindi naaangkop na pagsingil: Isang sitwasyon kapag sinisingil ka ng isang provider (gaya ng doktor o ospital) nang mahigit sa halaga ng aming bahagi sa gastos para sa mga serbisyo. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung makakatanggap ka ng anumang bill na hindi mo nauunawaan.

Bilang isang miyembro ng plano, magbabayad ka lang ng mga halaga ng bahagi sa gastos ng aming plano kapag tumanggap ka ng mga serbisyo na sakop namin. Hindi namin pinapayagan ang mga provider na singilin ka nang mahigit sa halagang ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

In Home Supportive Services (IHSS): Ang Programa ng IHSS ay tutulong sa pagbabayad para sa mga serbisyong ibinibigay sa iyo para manatili kang ligtas sa iyong sariling tahanan. Ang IHSS ay isang alternatibo sa out-of-home na pangangalaga, tulad ng mga nursing home o board and care facility. Ang mga uri ng mga serbisyo na puwedeng pahintulutan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo sa personal na pangangalaga (tulad ng pag-aalaga sa bituka at pantog, paliligo, pag-aayos at mga serbisyong paramedikal), kasama sa mga medikal na appointment, at pangangasiwa ng proteksyon para sa mga may kapansanan sa pag-iisip. Ang mga ahensya ng serbisyong panlipunan ng county ang nangangasiwa sa IHSS.

Hiwalay na Pagsusuring Medikal (Independent Medical Review, IMR): Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para sa mga medikal na serbisyo o paggamot, maaari kang maghain ng apela. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon at tungkol ang iyong problema sa isang serbisyo ng Medi-Cal, kabilang ang mga DME na supply at gamot, maaari kang humiling ng IMR sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California. Ang IMR ay isang pagsusuri ng iyong kaso ng mga doktor na hindi bahagi ng aming plano. Kung pabor sa iyo ang desisyon sa IMR, dapat naming ibigay sa iyo ang serbisyo o paggamot na hinihiling mo. Wala kang babayaran para sa isang IMR.

Hiwalay na organisasyon sa pagsusuri (IRO): Isang hiwalay na organisasyon na inupahan ng Medicare na nagsusuri ng antas 2 na apela. Hindi ito konektado sa amin at hindi ito ahensya ng pamahalaan. Ang organisasyong ito ang magpapasya kung ang desisyon na ginawa namin ay tama o kung dapat itong baguhin. Pinangangasiwaan ng Medicare ang gawain nito. Ang pormal na pangalan nito ay Hiwalay na Entity sa Pagsusuri.

Pang-indibidwal na Plano sa Pangangalaga (ICP o Plano sa Pangangalaga): Isang plano para sa kung anong mga serbisyo ang makukuha mo at paano mo makukuha ang mga ito. Maaaring kabilang sa iyong plano ang mga medikal na serbisyo, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at pangmatagalang serbisyo at suporta.

Yugto ng unang coverage: Ang yugto bago umabot ang iyong kabuuang gastusin sa gamot sa Bahagi D ng Medicare sa **\$8,000**. Kabilang dito ang mga halagang binabayaran mo, ano ang babayaran ng aming plano sa ngalan mo, at subsidiya para sa may mababang kita. Sa yugtong ito, binabayaran namin ang porsyon ng halaga ng iyong mga gamot, at babayaran mo ang porsyon mo.

Inpatient: Ang terminong ginagamit kapag pormal kang naka-admit sa ospital para sa mga may kasanayang medikal na serbisyo. Kung hindi ka pormal na naka-admit, maaari ka pa ring ituring na isang outpatient sa halip na inpatient kahit na mamalagi ka nang magdamag.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Interdisciplinary na Pangkat sa Pangangalaga (ICT o Pangkat sa pangangalaga):

Ang isang pangkat sa pangangalaga ay maaaring kabilangan ng mga doktor, nars, tagapayo, o iba pang propesyonal sa kalusugan na naroon upang tulungan kang makuha ang pangangalagang kailangan mo. Tinutulungan ka rin ng iyong pangkat sa pangangalaga na gumawa ng plano sa pangangalaga.

Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Listahan ng Gamot): Isang listahan ng mga inireresetang gamot at gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC) na sakop namin. Pinipili namin ang mga gamot sa listahang ito sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Isinasaad sa iyo sa Listahan ng Gamot kung may mga panuntunan na kailangan mong sundin upang makuha ang iyong mga gamot. Kung minsan, tinatawag ang Listahan ng Gamot na “pormularyo.”

Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS): Tumutulong ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na mapabuti ang pangmatagalang medikal na kondisyon. Tinutulungan ka ng karamihan ng mga serbisyong ito na manatili sa iyong bahay sa halip na pumunta sa isang pasilidad ng pag-aalaga o ospital. Kasama sa LTSS na sakop ng aming plano ang Mga Serbisyong Nakabatay sa Komunidad, Mga Pasilidad ng Pag-aalaga (NF), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang IHSS at 1915(c) waiver program ay Medi-Cal LTSS na ibinigay sa labas ng aming plano.

Subsidiya para sa may mababang kita (LIS): Tingnan ang “Karagdagang Tulong.”

Programa sa Pag-order sa Pamamagitan ng Koreo: Maaaring mag-alok ang ilang plano ng programa sa pag-order sa pamamagitan ng koreo na nagbibigay-daan sa iyong makakuha ng hanggang 3 buwang supply ng iyong mga sakop na inireresetang gamot na ipapadala nang direkta sa bahay mo. Maaari itong maging matipid at mabilis na paraan upang regular na makuha ang mga reseta.

Medi-Cal: Ito ang pangalan ng programa ng Medicaid ng California. Ang Medi-Cal ay pinapangasiwaan ng estado at binabayaran ng pamahalaan ng estado at pederal na pamahalaan.

- Tinutulungan nito ang mga taong limitado ang kita at mga mapagkukunan na mabayaran ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga medikal na gastos.
- Sinasakop nito ang mga karagdagang serbisyo at ilang gamot na hindi sakop ng Medicare.
- Magkakaiba ang mga programa ng Medicaid depende sa estado, pero sinasakop ang karamihan ng mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan kung kwalipikado ka para sa parehong Medicare at Medi-Cal.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga plano ng Medi-Cal: Mga plano na sumasakop lang ng mga benepisyo ng Medi-Cal, gaya ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, medikal na kagamitan, at transportasyon. Hiwalay ang mga benepisyo ng Medicare.

Medicaid (o Tulong Medikal): Isang programang pinapatakbo ng pederal na pamahalaan at ng estado na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na magbayad para sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga medikal na gastusin. Ang Medi-Cal ay ang programa ng Medicaid para sa Estado ng California.

Medikal na kinakailangan: Inilalarawan nito ang mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan mo upang mapigilan, ma-diagnose, o magamot ang isang medikal na kondisyon o mapanatili ang iyong kasalukuyang kalagayan ng kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga para maiwasan mo ang pagpunta sa ospital o pasilidad ng pag-aalaga. Nangangahulugan din ito ng mga serbisyo, supply, o gamot na nakatutugon sa mga tinatangap na pamantayan ng medical practice.

Medicare: Ang programang insurance sa kalusugan ng pederal na pamahalaan para sa mga taong 65 taong gulang pataas, ilang indibidwal na wala pang 65 taong gulang na may partikular na kapansanan, at mga taong may end-stage renal disease (sa pangkalahatan, ang mga may permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o transplant sa bato). Makukuha ng mga taong may Medicare ang kanilang coverage sa kalusugan sa Medicare sa pamamagitan ng Original Medicare o pinamamahalaang plano sa pangangalaga (sumangguni sa “Planong pangkalusugan”).

Medicare Advantage: Isang programa ng Medicare, na tinatawag ding “Bahagi C ng Medicare” o “MA,” na nag-aalok ng mga plano ng MA sa pamamagitan ng mga pribadong kumpanya. Babayaran ng Medicare ang mga kumpanyang ito upang sakupin ang iyong mga benepisyo sa Medicare.

Konseho ng Mga Apela sa **Medicare** (Konseho): Isang konseho na nagsusuri ng antas 4 na apela. Ang Konseho ay bahagi ng Pederal na pamahalaan.

Mga sakop na serbisyo ng Medicare: Mga serbisyong sakop ng Bahagi A at Bahagi B ng Medicare. Dapat sakupin ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, kabilang ang aming plano, ang lahat ng serbisyong sakop ng Bahagi A at Bahagi B ng Medicare.

Programang sa pag-iwas sa diyabetis ng **Medicare** (MDPP): Isang nakabalangkas na programa sa pagbabago ng pag-uugali sa kalusugan na nagbibigay ng pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago sa diyeta, mas mataas na pisikal na aktibidad, at mga diskarte para mapagtagumpayan ang mga hamon sa pagpapanatili ng pagbaba ng timbang at isang malusog na pamumuhay.

Nagpatala sa Medicare-Medi-Cal: Isang tao na kwalipikado para sa coverage ng Medicare at Medi-Cal. Ang isang enrollee sa Medicare-Medicaid ay tinatawag ding “dually eligible na indibidwal.”

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Bahagi A ng Medicare: Ang programa ng Medicare na sumasakop sa karamihan ng medikal na kinakailangang ospital, pasilidad sa sanay na pag-aalaga, kalusugan sa bahay, at pangangalaga sa hospice.

Bahagi B ng Medicare: Ang programa ng Medicare na sumasakop sa mga serbisyo (gaya ng mga pagsusuri sa laboratoryo, operasyon, at pagbisita sa doktor) at supply (gaya ng mga wheelchair at walker) na medikal na kinakailangan upang gamutin ang isang sakit o kondisyon. Sinasakop din ng Bahagi B ng Medicare ang maraming serbisyo para sa pag-iwas sa sakit at screening.

Bahagi C ng Medicare: Ang programa ng Medicare, na tinatawag ding “Medicare Advantage” o “MA” na nagbibigay-daan sa mga pribadong kumpanya ng insurance sa kalusugan na magbigay ng mga benepisyo sa Medicare sa pamamagitan ng MA Plan.

Bahagi D ng Medicare: Ang programa sa benepisyo sa inireresetang gamot ng Medicare. Tinatawag namin ang programang ito na “Bahagi D” para paikliin. Sinasakop ng Bahagi D ng Medicare ang mga inireresetang gamot, bakuna, at ilang supply ng outpatient na sinasakop ng Bahagi A o Bahagi B ng Medicare o Medicaid. Kabilang sa aming plano ang Bahagi D ng Medicare.

Mga gamot sa Bahagi D ng Medicare: Mga gamot na sakop sa ilalim ng Bahagi D ng Medicare. Partikular na ibinubukod ng kongreso ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot sa coverage sa ilalim ng Bahagi D ng Medicare. Posibleng sakupin ng Medicaid ang ilan sa mga gamot na ito.

Pamamahala ng Therapy sa pamamagitan ng Gamot (Medication Therapy

Management, MTM): Isang natatangging grupo ng serbisyo o grupo ng mga serbisyo na ibinibigay ng mga provider ng pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga pharmacist, upang matiyak ang mga pinakamahasag na therapeutic na resulta para sa mga pasyente. Sumangguni sa Kabanata 5 ng Handbook ng Miyembro na ito para sa higit pang impormasyon.

Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano): Isang taong may Medicare at Medi-Cal na kwalipikadong makakuha ng mga sakop na serbisyo, nagpatala sa aming plano, at may pagpapatalang nakumpirma ng Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS) at ng estado.

Handbook ng Miyembro at Impormasyon sa Paghahayag: Ang dokumentong ito, kasama ng iyong form sa pagpapatala at anupamang kalakip, o rider, na nagpapaliwanag ng iyong coverage, ang dapat naming gawin, iyong mga karapatan, at ang dapat mong gawin bilang miyembro ng aming plano.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Mga Serbisyo sa Miyembro: Ang departamento sa aming plano na responsable sa pagsagot ng iyong mga tanong tungkol sa membership, mga benepisyo, mga karaingan, at mga apela. Sumangguni sa Kabanata 2 ng Handbook ng Miyembro na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Parmasya na nasa network: Isang parmasya (botika) na sumang-ayong magpuno ng mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Tinatawag namin ang mga ito na “mga parmasyang nasa network” dahil sumang-ayon silang makipagtulungan sa aming plano. Sa karamihan ng mga sitwasyon, sinasakop lang namin ang iyong mga reseta kapag pinapapunuan sa isa sa aming mga parmasyang nasa network.

Provider na nasa network: Ang “provider” ang pangkalahatang terminong ginagamit namin para sa mga doktor, nars, at iba pang tao na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama rin sa mga termino ang mga ospital, ahensya sa pangangalaga sa bahay, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, medikal na kagamitan, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS).

- Sila ay lisensyado o certified ng Medicare at ng estado upang magbigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
- Tinatawag namin silang “mga provider na nasa network” kapag sumasang-ayon silang makipagtulungan sa aming planong pangkalusugan, tanggapin ang aming pagbabayad, at hindi maningil ng dagdag na halaga sa mga miyembro.
- Habang miyembro ka ng aming plano, dapat mong gamitin ang mga provider na nasa network upang makakuha ng mga sakop na serbisyo. Ang mga provider na nasa network ay tinatawag ding “mga provider ng plano.”

Nursing home o pasilidad sa pag-aalaga: Isang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi makatanggap ng pangangalaga sa kanilang bahay pero hindi kinakailangang nasa ospital.

Ombudsman: Isang tanggapan sa iyong estado na nagtatrabaho bilang tagapagsulong sa ngalan mo. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kang problema o reklamo at matutulungan ka nilang maunawaan kung ano ang gagawin. Libre ang mga serbisyo ng ombudsman. Makakakita ka ng higit pang impormasyon sa **Kabanata 2 at 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

Pagpapasya ng organisasyon: Nagsasagawa ang aming plano ng pagpapasya ng organisasyon kapag kami, o ang isa sa aming mga provider, ay gumagawa ng desisyon tungkol sa kung sasakupin ang mga serbisyo o magkano ang babayaran mo para sa mga sakop na serbisyo. Ang mga pagpapasya ng organisasyon ay tinatawag na “mga desisyon sa coverage.” **Ipinapaliwanag sa Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito ang mga desisyon sa coverage.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Original Medicare (tradisyonal na Medicare o fee-for-service na Medicare): Iniaalok ng pamahalaan ang Original Medicare. Sa ilalim ng Original Medicare, sinasakop ang mga serbisyo sa pamamagitan ng pagbabayad sa mga doktor, ospital, at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan ng mga halagang napagpasyahan ng Kongreso.

- Maaari kang gumamit ng sinumang doktor, alinmang ospital, o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng Medicare. May dalawang bahagi ang Original Medicare: Bahagi A ng Medicare (insurance sa ospital) at Bahagi B ng Medicare (medikal na insurance).
- Available ang Original Medicare sa kahit saan sa United States.
- Kung ayaw mong sumali sa aming plano, maaari mong piliin ang Original Medicare.

Parmasya na wala sa network: Isang parmasya na hindi sumang-ayong makipagtulungan sa aming plano upang magkoordinar o magbigay ng mga sakop na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Hindi sinasakop ng aming plano ang karamihan ng mga gamot na natatanggap mo mula sa mga parmasyang wala sa network maliban na lang kung may mga nalalapat na partikular na kondisyon.

Provider na wala sa network o Pasilidad na wala sa network: Isang provider o pasilidad na hindi nagtatrabaho sa, pag-aari, o pinapatakbo ng aming plano at walang kontrata para magbigay ng mga sakop na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. **Ipinapaliwanag sa Kabanata 3 ng Handbook ng Miyembro** na ito ang mga provider o pasilidad na wala sa network.

Mga gastos na mula sa sariling bulsa: Ang kinakailangang bahagi sa gastos na babayaran ng mga miyembro para sa bahagi ng mga serbisyo o gamot na kinukuha nila ay tinatawag ding ang “gastos na mula sa sariling bulsa” na bahagi sa gastos. Sumangguni sa kahulugan para sa “bahagi sa gastos” sa itaas.

Mga gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC): Ang mga gamot na hindi kailangan ng reseta ay mga gamot na mabibili ng isang tao nang walang reseta mula sa isang propesyonal ng pangangalagang pangkalusugan. Sumangguni sa **Kabanata 4** tungkol sa mga sakop na Over-the-Counter na item sa Kalusugan at Pagiging Walang Sakit.

Bahagi A: Sumangguni sa “Bahagi A ng Medicare.”

Bahagi B: Sumangguni sa “Bahagi B ng Medicare.”

Bahagi C: Sumangguni sa “Bahagi C ng Medicare.”

Bahagi D: Sumangguni sa “Bahagi D ng Medicare.”

Mga gamot sa Bahagi D: Sumangguni sa “Mga gamot sa Bahagi D ng Medicare.”

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Personal na impormasyong pangkalusugan (tinatawag ding Protektadong

impormasyong pangkalusugan (PHI)): Impormasyon tungkol sa iyo at sa kalusugan mo, gaya ng iyong pangalan, address, social security number, mga pagbisita sa doktor, at medikal na kasaysayan. Sumangguni sa aming **Mga Kasanayan sa Abiso sa Privacy** para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan, ginagamit, at inihahayag ang iyong PHI, pati na rin ang mga karapatan mo kaugnay ng iyong PHI.

Provider ng pangunahing pangangalaga (PCP): Ang doktor o iba pang provider na una mong ginagamit para sa karamihan ng mga problema sa kalusugan. Tinitiyak nilang makukuha mo ang pangangalagang kailangan mo para manatiling malusog.

- Puwede rin silang makipag-usap sa ibang doktor at provider ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa iyong pangangalaga at i-refer ka sa kanila.
- Sa maraming planong pangkalusugan ng Medicare, dapat mong gamitin ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga bago ka gumamit ng anumang iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan.
- Sumangguni sa **Kabanata 3 ng Handbook ng Miyembro** na ito para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pangangalaga mula sa mga provider ng pangunahing pangangalaga.

Paunang pahintulot (PA): Isang pag-aprubang dapat mong kunin mula sa amin bago ka makakuha ng partikular na serbisyo o gamot o makagamit ng provider na wala sa network. Posibleng hindi sakupin ng aming plano ang serbisyo o gamot kung hindi ka muna kukuha ng pag-apruba.

Sinasakop lang ng aming plano ang ilang medikal na serbisyong nasa network kung kukuha ng PA mula sa amin ang iyong doktor o ibang provider na nasa network.

- Ang mga sakop na serbisyong nangangailangan ng PA ng aming plano ay minarkahan sa **Kabanata 4 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

Sinasakop lang ng aming plano ang ilang gamot kung kukuha ka ng PA mula sa amin.

- Ang mga sakop na gamot na nangangailangan ng PA ng aming plano ay minarkahan sa **Listahan ng Mga Sakop na Gamot**.

Programang para sa All-Inclusive na Pangangalaga para sa Nakatatanda (PACE): Isang programang magkasamang sinasakop ang mga benepisyo ng Medicare at Medicaid para sa mga taong 55 taong gulang pataas na nangangailangan ng mas mataas na antas ng pangangalaga para makatira sa bahay.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Prosthetics at Orthotics: Ang mga medikal na device ay ipinag-uutos ng iyong doktor o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na kinabibilangan ng, pero hindi limitado sa, mga brace para sa braso, likod, at leeg; artipisyal na kamay at/o paa; artipisyal na mata; at device na kinakailangan para palitan ang isang panloob na bahagi o pagkilos ng katawan, kasama ang mga ostomy supply at enteral at parenteral nutrition therapy.

Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (QIO): Isang grupo ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong na pahasayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Binabayaran ng pederal na pamahalaan ang QIO para suriin at pahasayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng **Handbook ng Miyembro** na ito para sa impormasyon tungkol sa QIO.

Mga limitasyon sa dami: Limitasyon sa dami ng gamot na puwede mong makuha. Puwede naming limitahan ang dami ng gamot na sinasakop namin sa bawat reseta.

Real Time Benefit Tool: Isang portal o application sa computer kung saan ang mga naka-enroll ay maaaring maghanap ng kumpleto, tumpak, napapanahon, klinikal na naaangkop, at partikular sa enrollee na mga sakop na gamot at impormasyon ng benepisyong. Kabilang dito ang mga halaga ng pagbabahagi sa gastos, mga alternatibong gamot na maaaring gamitin para sa parehong kondisyon ng kalusugan bilang isang partikular na gamot, at mga paghihigpit sa coverage (paunang pahintulot o mga limitasyon sa dami) na nalalapat sa mga alternatibong gamot.

Referral: Ang referral ay tumutukoy sa pag-apruba namin o ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) na gumamit ng provider na maliban sa iyong PCP. Kung hindi ka muna kukuha ng pag-apruba, posibleng hindi namin sakupin ang mga serbisyo. Hindi mo kailangan ng referral upang magpatingin sa ilang partikular na espesyalista, gaya ng mga espesyalista sa kalusugan ng mga babae. Makakakita ka ng higit pang impormasyon tungkol sa mga referral sa **Kabanata 3 at 4** ng **Handbook ng Miyembro** na ito.

Mga serbisyo ng rehabilitasyon: Paggamot na matatanggap mo para makatulong sa iyong gumaling mula sa isang sakit, aksidente, o major na operasyon. Sumangguni sa **Kabanata 4** ng **Handbook ng Miyembro** na ito to para matuto pa tungkol sa mga serbisyo ng rehabilitasyon.

Mga maselang serbisyo: Mga serbisyong nauugnay sa kalusugan ng isip o pag-uugali, kalusugang may kaugnayan sa pakikipagtalik at pag-aanak, pagpapalano ng pamilya, mga impeksyong naipapasa sa pakikipagtalik (STI), HIV/AIDS, sekswal na pananalakay at pagpapalaglag ng sanggol sa sinapupunan, disorder sa paggamit ng substance, pangangalaga para sa paghahayag ng kasarian at karahasan ng karelasyon.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Sineserbisyuhang lugar: Isang heograpikong lugar kung saan tumatanggap ng mga miyembro ang isang planong pangkalusugan kung lilimitahan nito ang membership batay sa kung saan nakatira ang mga tao. Para sa mga planong naglilimita sa kung aling mga doktor at ospital ang puwede mong gamitin, sa pangkalahatan, ito ang lugar kung saan ka makakakuha ng mga karaniwang (hindi pang-emergency) serbisyo. Ang mga tao lang na nakatira sa aming sineserbisyuhang lugar ang makakapag-enroll sa aming plano.

Inilalarawan ang sineserbisyuhang lugar sa **Kabanata 1** para sa mga layunin ng pagbabahagi sa gastos, pagpapa-enroll, at pagdi-disenroll. Para sa mga layunin ng pagkuha ng mga sakop na serbisyo, makakakuha ka ng pangangalaga mula sa mga provider na nasa network sa kahit saan sa loob ng aming sineserbisyuhang lugar sa Southern California Region (sumangguni sa aming **Direktoryo ng Provider at Parmasya**).

Bahagi sa gastos: Ang bahagi ng iyong mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan na posibleng kailangan mong bayaran bawat buwan bago maging epektibo ang iyong mga benepisyo. Iba-iba ang halaga ng iyong bahagi sa gastos depende sa iyong kita at mga resource.

Pasilidad ng sanay na pag-aalaga (SNF): Isang pasilidad ng pag-aalaga na may mga tauhan at kagamitan para makapagbigay ng sanay na pag-aalaga at, kadalasan, ng mga sanay na serbisyo ng rehabilitasyon at iba pang nauugnay na serbisyo sa kalusugan.

Pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga (SNF): Mga serbisyo ng sanay na pag-aalaga at rehabilitasyong ibinibigay nang tuloy-tuloy, araw-araw, sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga. Kasama sa mga halimbawa ng pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga ang physical therapy o mga intravenous (IV) na iniksyon na puwedeng ibigay ng isang rehistradong nars o doktor.

Espesyalista: Isang doktor na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan para sa partikular na sakit o bahagi ng katawan.

Specialized na parmasya: Sumangguni sa **Kabanata 5** ng **Handbook ng Miyembro** upang malaman pa ang tungkol sa mga specialized na parmasya.

Pagdinig ng Estado: Kung hihiling ang iyong doktor o ibang provider ng isang serbisyo ng Medi-Cal na hindi namin aaprubahan, o hindi namin patuloy na babayaran ang isang serbisyo ng Medi-Cal na mayroon na ka, puwede kang humiling ng isang Pagdinig ng Estado. Kung pabor sa iyo ang pagpapasya ng Pagdinig ng Estado, dapat naming ibigay sa iyo ang serbisyo ng hinihiling mo.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Supplemental Security Income (SSI): Isang buwanang benepisyong ibinabayad ng Social Security sa mga taong may mga limitadong kita at resource na may kapansanan, bulag, o 65 taong gulang pataas. Ang mga benepisyong SSI ay hindi katulad ng mga benepisyo ng Social Security.

Agarang kinakailangang pangangalaga: Pangangalagang makukuha mo para sa isang biglaang sakit, pinsala, o kondisyong hindi isang emergency pero agad na nangangailangan ng pangangalaga. Puwede kang kumuha ng agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network kapag hindi available ang mga provider na nasa network o hindi ka makakapunta sa mga ito.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** bisitahin ang **kp.org/medicare**.

Abiso ng Kawalan ng Diskriminasyon

Sumusunod ang Kaiser Permanente sa mga naaangkop na pederal na batas sa mga karapatang sibil at hindi ito nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian. Ang Kaiser Permanente ay hindi nagbubukod ng mga tao o tinatrato sila nang iba dahil sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian. Kami rin ay:

- Nagbibigay ng walang bayad na mga tulong at serbisyo sa mga taong may mga kapansanan para makipag-usap nang epektibo sa amin, tulad ng:
 - Mga kwalipikadong sign language interpreter.
 - Nakasulat na impormasyon sa ibang mga format, tulad ng malalaking letra, audio, at maa-access na mga elektronikong format.
- Magbigay ng walang bayad na mga serbisyo sa wika sa mga tao na ang pangunahing wika ay hindi Ingles, tulad ng:
 - Mga kwalipikadong interpreter.
 - Nakasulat na impormasyon sa iba pang mga wika.

Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw sa isang linggo.

Kung naniniwala kang hindi naibigay ng Kaiser Permanente ang mga serbisyong ito o kung nandiskrimina ito sa ibang paraan batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian, maaari kang magsampa ng karaingan sa aming Civil Rights Coordinator sa pamamagitan ng pagsulat sa One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 o pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong nakalista sa itaas. Maaari kang maghain ng karaingan sa pamamagitan ng koreo o telepono. Kung kailangan mo ng tulong sa pagsasampa ng karaingan, matutulungan ka ng aming Civil Rights Coordinator. Maaari ka ring magsampa ng reklamo tungkol sa mga karapatang sibil sa U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa elektronikong paraan sa pamamagitan ng Portal para sa Reklamo ng Office for Civil Rights, na available sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o sa pamamagitan ng koreo o telepono sa: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**. Makakakuha ng mga form para sa reklamo sa <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Abiso ng Kawalan ng Diskriminasyon

Labag sa batas ang diskriminasyon. Sinusunod ng Kaiser Permanente ang mga batas ng Estado at Pederal sa mga karapatang pantao.

Hindi nandiskrimina ang Kaiser Permanente nang labag sa batas, hindi isinasama ang mga tao, o tinatrato ang mga ito nang iba dahil sa edad, lahi, kinikilalang grupo ng etniko, kulay, pinagmulang bansa, pinagmulang kultura, ninuno, relihiyon, kasarian, kinikilalang kasarian, pagpapahayag ng kasarian, sekswal na oryentasyon, marital status, pisikal o pangkaisipan na kapansanan, medikal na kondisyon, pinanggagalingan ng bayad, impormasyong henetiko, pagkamamamayan, pangunahing wika, o estado sa imigrasyon.

Ibinibigay ng Kaiser Permanente ang mga sumusunod na serbisyo:

- Ang walang bayad na mga tulong at serbisyo sa mga taong may mga kapansanan para tulungan silang makipag-usap nang mas maganda sa amin, tulad ng:
 - ◆ Mga kwalipikadong interpreter para sa sign language
 - ◆ Nakasulat na impormasyon sa iba pang mga format (braille, nakasulat sa malalaking letra, audio, naa-access na mga elektronikong format, at iba pang mga format)
- Ang walang bayad na mga serbisyo sa wika sa mga tao na ang pangunahing wika ay hindi Ingles, tulad ng:
 - ◆ Mga kwalipikadong interpreter
 - ◆ Impormasyong nakasulat sa ibang wika

Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito, tumawag sa aming Center sa Pakikipag-ugnayan para sa Serbisyo sa Miyembro sa **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (maliban sa sarado ito kapag may mga holiday). Kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang mabuti, pakitawagan ang **711**.

Sa paghiling, hindi mo makukuha ang dokumentong ito sa braille, nakasulat sa mamalaking letra, audiocassette, o elektronikong form. Para makakuha ng isang kopya sa isa sa mga alternatibong format na ito, o ibang format, tawagan ang aming Center sa Pakikipag-ugnayan para sa Serbisyo sa Miyembro at hilingin ang kailangan mong format.

Paano maghain ng karaingan sa Kaiser Permanente

Maaari kang maghain ng karaingan sa diskriminasyon sa Kaiser Permanente kung naniniwala ka na hindi namin naibigay ang mga serbisyong ito o labag sa batas na nandiskrimina sa ibang paraan. Mangyaring sumangguni sa iyong *Ebidensiya ng Pagsakop (Evidence of Coverage)* o *Mga Katunayan ng Insurance (Certificate of Insurance)* para sa mga detalye. Maaari ka ring makipag-usap sa isang kinatawan ng Mga Serbisyo sa Miyembro tungkol sa mga opsyon na naaangkop sa iyo. Mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro kung kailangan mo ng tulong sa paghahain ng karaingan.

Maaari kang magsumite ng isang karaiangan sa diskriminasyon sa mga sumusunod na paraan:

- **Sa telepono:** Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa **1 800-464-4000 (TTY 711)** 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (maliban kung sarado kapag mga holiday)
- **Sa koreo:** Tumawag sa amin sa **1 800-464-4000 (TTY 711)** at hilinging padalhan ka ng form
- **Sa personal:** Punan ang Form para sa Reklamo o Paghahabol/Kahilingan para sa Benepisyo sa opisina ng mga serbisyo sa miyembro na matatagpuan sa isang Pasilidad ng Plan (pumunta sa directory ng iyong provider sa kp.org/facilities para sa mga address)
- **Online:** Gamitin ang online form sa aming website sa kp.org

Maaari ka ring direktang makipag-ugnayan sa Tagapangasiwa ng Mga Karapatang Sibil ng Kaiser Permanente sa mga address sa ibaba:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Paano maghain ng karaiangan sa Kagawaran ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California Opisina para sa Mga Karapatang Sibil (*Para sa mga Medi-Cal Beneficiary Lang*)

Maaari ka rin maghain ng reklamo sa mga karapatang sibil sa Kagawaran ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Kalusugan ng California Opisina para sa Mga Karapatang Sibil sa pamamagitan ng sulat, sa telepono o sa email:

- **Sa telepono:** Tumawag sa Opisina para sa Mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS) sa **916-440-7370 (TTY 711)**
- **Sa koreo:** Punan ang form para sa reklamo o magpadala ng sulat sa:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Makukuha ang mga form para sa reklamo sa:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **Online:** Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov

Paano maghain ng isang karainan sa Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Kalusugan at Tao ng Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), Opisina para sa Mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights)

Maaari kang maghain ng reklamo sa diskriminasyon sa Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Kalusugan at Tao ng Estados Unidos Opisina para sa Mga Karapatang Sibil. Maaari kang maghain ng reklamo sa pamamagitan ng sulat sa telepono, o online:

- **Sa telepono:** Tumawag sa **1-800-368-1019** (TTY 711 o 1-800-537-7697)

- **Sa koreo:** Punan ang form para sa reklamo o magpadala ng sulat sa:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Makakakuha ng mga form para sa reklamo sa:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Online:** Bisitahin ang Portal sa Pagreklamo ng Opisina para sa Mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights Complaint Portal) sa:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी परश्च के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया पराप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورت های دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمک های جانبی و وسایل . کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روز های تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。 TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ស្រាវលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍບໍ່ເສັຍຄ່າ ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນ ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທ ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didííts'ííligíí yídííkił. Hane' bee bik'í' di'dííííligíí dóó bee hane' didííts'ííligíí bína'idíłkidgo yídííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'inígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви
можете зробити запит на послуги усного
перекладача, отримання матеріалів у перекладі
мовою, якою володієте, або в альтернативних
форматах. Також ви можете зробити запит на
отримання допоміжних засобів і пристроїв у
закладах нашої мережі компаній. Просто
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень
(крім святкових днів). Номер для користувачів
телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).
Người dùng TTY xin gọi **711**.

Mga Serbisyo sa Miyembro ng Senior Advantage Medicare Medi-Cal

TUMAWAG	1-800-443-0815 Libre ang mga tawag sa numerong ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Ang Mga Serbisyo sa Miyembro ay mayroon ding mga libreng serbisyo ng interpreter ng wika na available para sa mga hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
SUMULAT	Iyong lokal na tanggapan ng Mga Serbisyo sa Miyembro (tingnan ang Direktoryo ng Provider at Parmasya para sa mga lokasyon).
WEBSITE	kp.org