Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP), na iniaalok ng Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Handbook ng Miyembro

Enero 1, 2027 – Disyembre 31, 2027

Ang Iyong Coverage sa Kalusugan at Gamot sa ilalim ng Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)

Panimula sa Handbook ng Miyembro

Nakasaad sa *Handbook ng Miyembro* na ito, na kilala rin bilang *Katunayan ng Coverage,* ang tungkol sa iyong coverage sa ilalim ng aming plano hanggang Disyembre 31, 2027. Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak), coverage sa gamot, at pangmatagalang serbisyo at suporta. Magkakasunod ayon sa alpabeto ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa **Kabanata 12** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

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

Kapag binabanggit sa *Handbook ng Miyembro* na ito ang “kami,” “namin,” “amin,” o “aming plano,” tumutukoy ito sa Kaiser Permanente Dual Complete.

Ang dokumentong ito ay available nang libre sa Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, o Vietnamese.

Maaari mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, tulad ng malaking print, braille, at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-443-0815 (TTY 711), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.

Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang hilingin ang sumusunod:

- Gustong wika maliban sa English at/o alternatibong format,
- Tuloy-tuloy na kahilingan para sa mga pagpapadala at komunikasyon sa hinaharap, **at**
- Baguhin ang isang tuloy-tuloy na kahilingan para sa gustong wika at/o format.

Abiso tungkol sa Availability ng Mga Serbisyo sa Tulong sa Wika at Mga Pantulong na Gamit at Serbisyo

ENGLISH

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務為免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທ ຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນ ມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شمارهٔ 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

Other languages

You can get this *Member Handbook* and other plan materials in other languages for free. Kaiser Permanente Dual Complete provides written translations from qualified translators. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free. Read this *Member Handbook* to learn more about health care language assistance services such as interpreter and translation services.

Other formats

You can get this information, in a timely manner, in other formats such as braille, 20-point font large print, audio format, and accessible electronic formats (data CD) at no cost to you. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Language Access Services

Kaiser Permanente Dual Complete provides oral interpretation services, as well as sign language, from a qualified interpreter, on a 24-hour basis, at no cost to you. You don’t have to use a family member or friend as an interpreter. We discourage the use of family or friends, especially minors, as interpreters unless it’s an emergency. Language access services, including interpreter services, are available for free. Interpreter services are available 24 hours a day, 7 days a week. For help in your language, or to get this handbook in a different language, call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Talaan ng Mga Nilalaman

Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro **10**

Kabanata 2: Mahahalagang numero ng telepono at mapagkukunan **27**

Kabanata 3: Paggamit sa coverage ng aming plano para sa iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan at iba pang sakop na serbisyo **69**

Kabanata 4: Tsart ng Mga Benepisyo..... **96**

Kabanata 5: Pagkuha ng iyong mga pang-outpatient na inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano..... **212**

Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa iyong mga inireresetang gamot sa Medicare at Medi-Cal... **234**

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bill na natanggap mo para sa mga covered na serbisyo o gamot **246**

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad..... **254**

Kabanata 9. Ano ang dapat gawin kung ikaw ay mayroong problema o reklamo (mga pagpapasiya, apela, at reklamo tungkol sa coverage)..... **277**

Kabanata 10: Pagbabago o pagwawakas ng iyong membership sa aming plano..... **331**

Kabanata 11: Mga legal na abiso **342**

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita..... **356**

Mga Disclaimer

- Ang Kaiser Permanente ay isang HMO D-SNP na plano na may kontrata sa Medicare at kontrata sa programa ng Medi-Cal. Nakadepende ang pag-enroll sa Kaiser Permanente sa pag-renew ng kontrata.

- Ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na ibinibigay sa Mga Miyembro ng Kaiser Permanente sa ilalim ng Medi-Cal ay napapailalim sa mga tuntunin, kondisyon, limitasyon, at mga pagbubukod ng kontrata sa pagitan ng Kaiser Foundation Health Plan, Inc. at ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS) ng California at gaya ng nakalista sa *Handbook ng Miyembro* na ito at anumang pagbabago.

- **Mga miyembro lang sa Katimugang California:** Ang benepisyo sa masustansyang pagkain ay bahagi ng espesyal na programang pandagdag para sa mga may hindi gumagaling na sakit. Hindi lahat ng miyembro ay kwalipikado. Para maging kwalipikado, ang mga miyembro ay dapat mayroong mga partikular na hindi gumagaling na kondisyon, tulad ng diabetes, labis na katabaan, mga sakit sa puso, osteoarthritis, o hindi gumagaling na sakit sa bato. May iba pang kondisyon na maaaring maging dahilan para maging kwalipikado ka para sa benepisyo. Hindi magagarantiya ang pagiging kwalipikado para sa benepisyong ito batay lang sa iyong kondisyon. Dapat matugunan ang lahat ng naaangkop na kinakailangan sa pagiging kwalipikado bago maibigay ang benepisyo. Para sa mga detalye, mangyaring makipag-ugnayan sa amin.

- Ang mga provider na wala sa network/walang kontrata ay walang obligasyong gamutin ang mga miyembro ng Plano, maliban sa mga sitwasyong pang-emerhensiya. Mangyaring tawagan ang aming numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro o tingnan ang *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon, kabilang ang pagbabahagi sa gastos na naaangkop sa mga serbisyong wala sa network.

- Maaaring magbago ang mga benepisyo at/o copayment sa Enero 1, 2028.

- Ang aming mga sakop na gamot, network ng parmasya, at/o network ng provider ay maaaring magbago anumang oras. Makakatanggap ka ng abiso tungkol sa anumang pagbabago na maaaring makaapekto sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw nang mas maaga.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro

Panimula

Kabilang sa kabanatang ito ang impormasyon tungkol sa **Kaiser Permanente Dual Complete**, isang planong pangkalusugan na sumasakop sa lahat ng iyong serbisyo sa Medicare at pinapangasiwaan ang lahat ng iyong serbisyo sa Medicare at Medi-Cal, at ang membership mo rito. Nakalagay din dito kung ano ang dapat asahan at ang iba pang impormasyong iyong matatanggap mula sa amin. Magkakasunod ayon sa alpabeto ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Kabanata 1 Talaan ng Mga Nilalaman

A. Welcome sa aming plano....12

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal....14

B1. Medicare....14

B2. Medi-Cal....14

C. Mga bentaha ng aming plano....15

D. Ang pinaglilingkurang lugar ng aming plano....16

E. Paano ka magiging kwalipikado na maging miyembro ng plano....18

F. Ano ang dapat asahan kapag sumali ka sa aming planong pangkalusugan sa unang pagkakataon....19

G. Ang iyong pangkat sa pangangalaga at plano sa pangangalaga....20

G1. Pangkat sa pangangalaga....20

G2. Plano sa pangangalaga....21

H. Buod ng Mahahalagang Gastos....21

H1. Halaga ng Pagbabayad ng Gamot ng Medicare....21

I. Ang *Handbook ng Miyembro* na ito....21

J. Iba pang mahalagang impormasyong matatanggap mo mula sa amin....22

J1. Ang Iyong ID Card ng Miyembro....22

J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya*....23

J3. *Listahan ng Mga Sakop na Gamot*.....24

J4. Ang *Paliwanag ng Mga Benepisyo* 24

K. Pagpapanatiling updated ang iyong rekord ng membership.....25

K1. Privacy ng personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information, PHI) 26

A. Welcome sa aming plano

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

Ang Kaiser Permanente Dual Complete ay isang espesyalisadong Medicare Advantage Plan (isang Medicare Special Needs Plan), na nangangahulugang idinisenyo ang mga benepisyo nito para sa mga taong may mga espesyal na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan. Idinisenyo ang Kaiser Permanente Dual Complete para sa mga taong may Medicare at may karapatan sa tulong mula sa Medi-Cal.

Direktang nagbibigay ang Kaiser Permanente sa mga miyembro ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng isang pinagsama-samang programa ng medikal na pangangalaga. Nagtutulungan ang Health Plan, Plan Hospitals, The Permanente Medical Group, at ang Southern California Permanente Medical Group (“Medical Group”) para bigyan ang aming mga miyembro ng de-kalidad na pangangalaga. Binibigyan ka ng aming programa ng medikal na pangangalaga ng access sa mga sakop na serbisyo na maaaring kailangan mo, tulad ng regular na pangangalaga, pangangalaga sa ospital, mga serbisyo sa laboratoryo, pangangalagang pang-emergency, agarang pangangalaga, at iba pang benepisyong inilalarawan sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Dagdag pa rito, nag-aalok ang aming mga programa sa edukasyong pangkalusugan ng mga mainam na paraan upang maprotektahan at mapabuti ang iyong kalusugan.

Inilalarawan ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga sumusunod na plano:

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “South P1 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “South P6 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “South P7 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “South P9 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “South P10 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “South P11 plan”

- Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “North P2 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “North P16 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “North P17 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “North P18 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “North P19 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “North P20 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “North P21 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “North P22 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “North P23 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “North P24 plan”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP), tinutukoy sa dokumentong ito bilang “North P25 plan”

Kung hindi ka sigurado kung sa aling plano ka naka-enroll, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahinang ito, o sumangguni sa pabalat ng iyong *Taunang Abiso ng Pagbabago* (o para sa mga bagong miyembro, ang iyong form ng pag-enroll o sulat ng kumpirmasyon ng pag-enroll).

Tandaan: Mangyaring sumangguni sa **Seksyon D** sa kabanatang ito para sa heograpikong sineserbisyuhang lugar ng bawat planong kasama sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Para sa mga layunin ng cost-sharing, enrollment, at pag-alis sa pagkaka-enroll, maraming Dual Complete na plano sa mga pinaglilingkurang lugar sa aming Rehiyon, na inilalarawan sa *Handbook ng Miyembro na ito*. Ngunit para sa mga layunin ng pagkuha ng mga sakop na serbisyo, makakatanggap ka ng pangangalaga mula sa mga provider na nasa network saanman sa loob ng sineserbisyuhang lugar ng iyong Rehiyon.

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal

B1. Medicare

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

- mga taong 65 taong gulang o mas matanda,
- ilang taong wala pang 65 taong gulang na may ilang partikular na kapansanan, **at**
- mga taong may end-stage na sakit sa bato (pagpalya ng bato).

B2. Medi-Cal

Ang Medi-Cal ang pangalan ng Medicaid na programa ng California. Ang Medi-Cal ay pinapatakbo ng estado at binabayaran ng estado at pederal na pamahalaan. Tinutulungan ng Medi-Cal ang mga taong may mga limitadong kita at mapagkukunan na mabayaran ang Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS) at medikal na gastos. Sakop nito ang mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi sakop ng Medicare.

Pinagpapasyahan ng bawat estado:

- kung ano ang itinuturing bilang kita at mga mapagkukunan,
- kung sino ang kwalipikado,
- kung anong mga serbisyo ang sakop, **at**
- ang halaga ng mga serbisyo.

Maaaring pagpasyahan ng mga estado kung paano patakbuhin ang kanilang mga programa, hangga't sinusunod nila ang mga pederal na batas.

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

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

Kahit na huminto ang plano namin sa pagtakbo sa hinaharap, hindi maaapektuhan ang iyong pagiging kwalipikado para sa mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.

C. Mga bentaha ng aming plano

Matatanggap mo na ang lahat ng iyong sakop na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal mula sa aming plano, kabilang ang mga gamot. **Wala kang dagdag na babayaran para sumali sa planong pangkalusugang ito.**

Tumutulong kami upang mas mahusay na magamit nang magkakasama ang iyong mga benepisyo sa Medicare at Medi-Cal. Kabilang sa ilang magagandang bagay ang mga sumusunod:

- Maaari kang makipagtulungan sa amin para sa **karamihan** ng iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Mayroon kang pangkat sa pangangalaga na kasama ka sa pagbuo. Maaaring kabilang sa iyong pangkat sa pangangalaga ang iyong sarili, ang iyong tagapangalaga, mga doktor, nars, tagapayo, o iba pang propesyonal sa kalusugan.
- Mayroon kang access sa isang tagapagkoordina ng pangangalaga. Siya ang taong makikipagtulungan sa iyo, sa aming plano, at sa iyong pangkat sa pangangalaga sa paggawa ng plano sa pangangalaga.
- Magagawa mong mapangasiwaan ang iyong sariling pangangalaga sa tulong ng iyong pangkat sa pangangalaga at tagapagkoordina ng pangangalaga.
- Makikipagtulungan sa iyo ang iyong pangkat sa pangangalaga at tagapagkoordina ng pangangalaga sa paggawa ng plano sa pangangalaga na idinisenyo upang matugunan ang **iyong** mga pangangailangan sa kalusugan. Tumutulong ang pangkat sa pangangalaga na ikoordina ang 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 maaari mong maranasan 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 sa Kaiser Permanente Dual Complete: Sa karamihan ng mga sitwasyon, ie-enroll ka sa Kaiser Permanente Dual Complete Plan para sa iyong mga benepisyo sa Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos mong hilingin na ma-enroll sa Kaiser Permanente Dual Complete. Maaari mo pa ring matanggap ang iyong mga serbisyo sa Medi-Cal mula sa iyong nakaraang planong pangkalusugan sa Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos noon, matatanggap mo ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Kaiser Permanente Dual Complete. Hindi magkakaroon ng puwang sa iyong coverage ng Medi-Cal. Mangyaring tawagan kami sa 1-800-443-0815 (TTY 711) kung mayroon kang anumang tanong.

D. Ang pinaglilingkurang lugar ng aming plano

Kabilang sa aming rehiyon ng Southern California ang mga sumusunod na plano sa South:

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P1 plan**, na kinabibilangan lang ng mga zip code na ito sa **County ng San Diego**:
    - 91901–03, 91908–17, 91921, 91931–33, 91935, 91941–46, 91950–51, 91962–63, 91976–80, 91987, 92003, 92007–11, 92013–14, 92018–30, 92033, 92037–40, 92046, 92049, 92051–52, 92054–61, 92064–65, 92067–69, 92071–72, 92074–75, 92078–79, 92081–86, 92088, 92091–93, 92096, 92101–24, 92126–32, 92134–40, 92142–43, 92145, 92147, 92149–50, 92152–55, 92158–61, 92163, 92165–79, 92182, 92186–87, 92191–93, at 92195–99.
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P6 plan**, na kinabibilangan ng:
    - Mga bahagi ng **County ng Riverside**, sa mga zip code lang na ito: 91752, 92028, 92201–03, 92210–11, 92220, 92223, 92230, 92234–36, 92240–41, 92247–48, 92253–55, 92258, 92260–64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501–09, 92513–14, 92516–19, 92521–22, 92530–32, 92543–46, 92548, 92551–57, 92562–64, 92567, 92570–72, 92581–87, 92589–93, 92595–96, 92599, 92860, 92877–83.
    - Mga bahagi ng **County ng San Bernardino**, sa mga zip code lang na ito: 91701, 91708–10, 91729–30, 91737, 91739, 91743, 91758–59, 91761–64, 91766, 91784–86, 92305, 92307–08, 92313–18, 92321–22, 92324–25, 92329, 92331, 92333–37, 92339–41, 92344–46, 92350, 92352, 92354, 92357–59, 92369, 92371–78, 92382, 92385–86, 92391–95, 92397, 92399, 92401–08, 92410–11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, 92880.
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P7 plan**, na kinabibilangan lang ng mga zip code na ito sa **County ng Kern**:
    - 93203, 93205–06, 93215–16, 93220, 93222, 93224–26, 93238, 93240–41, 93243, 93249–52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301–09, 93311–14, 93380, 93383–90, 93501–02, 93504–05, 93518–19, 93531, 93536, 93560–61, at 93581.
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P9 plan**, na kinabibilangan ng buong **County ng Los Angeles** maliban sa Catalina Island.
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P10 plan**, na kinabibilangan ng buong **County ng Orange**.
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P11 plan**, na kinabibilangan lang ng mga zip code na ito sa **County ng Ventura**:
    - 90265, 91304, 91307, 91311, 91319–20, 91358–62, 91377, 93001–07, 93009–12, 93015–16, 93020–22, 93030–36, 93040–44, 93060–66, 93094, 93099, at 93252.

Ang aming rehiyon sa Northern California ay kinabibilangan ng mga sumusunod na plano sa North:

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P2 plan**, na kinabibilangan ng:
    - Buong **County ng Sacramento**.
    - **County ng Amador**, sa mga zip code lang na ito: 95640 at 95669.
    - **County ng El Dorado**, sa mga zip code lang na ito: 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, at 95762.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P16 plan**, na kinabibilangan ng buong **County ng Alameda**.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P17 plan**, na kinabibilangan ng buong **County ng Contra Costa**.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P18 plan**, na kinabibilangan ng:
    - **County ng Fresno**, sa mga zip code lang na ito: 93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93737, 93740–41, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–79, 93786, 93790–94, 93844, 93888.
    - **County ng Kings**, sa mga zip code lang na ito:93230, 93232, 93242, 93631, 93656.
    - **County ng Madera**, sa mga zip code lang na ito: 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, 93720.
    - **County ng Mariposa**, sa mga zip code lang na ito:93601, 93623, at 93653
    - **County ng Tulare**, sa mga zip code lang na ito: 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, at 93673.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P19 plan**, na kinabibilangan ng buong **County ng San Francisco**.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P20 plan**, na kinabibilangan ng buong county ng **San Joaquin at Stanislaus**.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P21 plan**, na kinabibilangan ng buong **County ng Santa Cruz**.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P22 plan**, na kinabibilangan ng buong **County ng San Mateo**.

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P23 plan**, na kinabibilangan lang ng mga zip code na ito sa **County ng Santa Clara County**:
    - 94022–24, 94035, 94039–43, 94085–89, 94301–06, 94309, 94550, 95002, 95008–09, 95011, 95013–15, 95020–21, 95026, 95030–33, 95035–38, 95042, 95044, 95046, 95050–56, 95070–71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108–13, 95115–36, 95138–41, 95148, 95150–61, 95164, 95170, 95172–73, 95190–94, at 95196.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P24 plan**, na kinabibilangan ng:
    - **County ng Placer**, sa mga zip code lang na ito: 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47, at 95765.
    - **County ng Yolo**, sa mga zip code lang na ito: 95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776, at 95798–99.
    - **County ng Yuba**, sa mga zip code lang na ito: 95692, 95903, at 95961.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P25 plan**, na kinabibilangan ng:
    - Buong county ng **Marin, Napa, at Solano**.
    - **County ng Sonoma**, sa mga zip code lang na ito: 94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87, at 95492.

Ang mga tao lang na nakatira sa aming sineserbisyuhang lugar ang makakapag-enroll sa aming plano.

Hindi ka makakapanatili sa aming plano kung lilipat ka sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar. Sumangguni sa **Kabanata 8** 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 sineserbisyuhang lugar kahit na pisikal silang narito), **at**
- 21 taong gulang pataas sa panahon ng pag-enroll, **at**
- mayroong parehong Medicare Part A at Medicare Part B, **at**
- mamamayan ng United States o legal na naninirahan sa United States, **at**
- kasalukuyang kwalipikado para sa Medi-Cal.

- Kung mawawala ang iyong pagiging kwalipikado sa buong benepisyo na Medi-Cal ngunit maaaring asahan na mababawi mo ito sa loob ng apat na buwan, patuloy naming ibibigay ang lahat ng benepisyo ng Medicare na sakop ng Kaiser Permanente Dual Complete. Kapag natapos na ang iyong coverage ng Medi-Cal, hindi namin babayaran ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal. Magbabago ang iyong pagbabahagi sa gastos para sa mga benepisyong sakop ng Kaiser Permanente Dual Complete gaya ng inilalarawan sa Chart ng Mga Benepisyo sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Maaari ka ring mawalan ng Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare upang tumulong sa pagbabayad ng iyong mga gamot sa Medicare Part D.

  Kung maibabalik ang iyong pagiging kwalipikado para sa buong benepisyo na Medi-Cal habang naka-enroll ka pa rin sa amin para sa iyong coverage ng Medicare, ipagpapatuloy namin ang pagbabayad para sa iyong mga benepisyo sa Medi-Cal at mananatili kang naka-enroll sa amin. Kung hindi mo makuha muli ang Medi-Cal sa loob ng apat na buwan, matatanggal ka sa talaan ng Kaiser Permanente Dual Complete. Kung magiging kwalipikado kang muli sa buong benepisyo na Medi-Cal matapos kang alisin sa pagkaka-enroll, kakailanganin mong makipag-ugnayan sa amin upang muling mag-enroll sa plano.

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

Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.

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

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

Kailangan naming 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 para sa pagtukoy ng iyong mga pangangailangang medikal, para sa kalusugan ng pag-uugali, at para sa pagkilos.

Makikipag-ugnayan kami sa iyo para makumpleto ang HRA. Maaari naming kumpletuhin ang HRA sa pamamagitan ng personal na pagbisita, tawag sa telepono, o sulat. Makikipag-ugnayan kami sa iyo taon-taon para malaman kung may nagbago sa iyong mga pangangailangan.

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

Kung bago ang aming plano para sa iyo, puwede kang patuloy na pumunta sa mga doktor na pinupuntahan mo ngayon para sa isang partikular na tagal ng panahon, kahit na 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 sa serbisyo sa oras na mag-enroll ka nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon:

- Hihilingin 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 na 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 pagpapa-enroll sa aming plano.
    - May natukoy kaming 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. Maaari mong gawin ang kahilingang ito sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-443-0815. Kung ikaw ay nanganganib na mapinsala, dapat kaming tumugon sa loob ng tatlong 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 makapagbigay kami ng awtorisasyon sa pagrenta ng bagong DME at maipahatid sa isang provider na nasa network ang nirerentahang ito. 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 Kaiser Permanente Dual Complete 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 *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol 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, tagapagkoordina ng pangangalaga, mga espesyalista mo, o iba pang propesyonal sa kalusugan na pipiliin mo.

Ang tagapagkoordina ng pangangalaga ay isang taong sinanay upang tulungan kang pamahalaan ang pangangalagang kailangan mo. Magkakaroon ka ng tagapagkoordina ng 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 ikoordina ang iyong pangangalaga. Tawagan kami sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon tungkol sa iyong tagapagkoordina ng pangangalaga at pangkat sa pangangalaga.

G2. Plano sa pangangalaga

Makikipagtulungan sa iyo ang iyong pangkat sa pangangalaga upang gumawa ng plano sa pangangalaga. Ang plano sa pangangalaga ay nagsasabi sa iyo at sa iyong mga doktor kung anong mga serbisyo ang kailangan mo at kung paano makuha ang mga ito. Kabilang dito ang iyong mga serbisyong medikal, para sa kalusugan ng pag-uugali, at Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS) o iba pang serbisyo.

Kabilang sa iyong plano sa pangangalaga ang:

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

Makikipagkita sa iyo ang 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 baka gusto mong pag-isipang kunin. Gagawin 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 man lang kada taon.

H. Buod ng Mahahalagang Gastos

Walang premium ang aming plano.

H1. Halaga ng Pagbabayad ng Gamot ng Medicare

Kung nakikilahok ka sa Plano ng Pagbabayad ng Gamot ng Medicare, makakatanggap ka ng bill mula sa aming plano para sa iyong mga gamot (sa halip na magbayad sa parmasya). Nakabatay ang iyong buwanang bill sa dapat mo pang bayaran para sa anumang gamot na nakukuha mo, pati na ang balanse mo sa nakaraang buwan, na hinati sa bilang ng mga natitira pang buwan sa taon.

Nakasaad sa **Kabanata 2 Seksyon M3** ang higit pa tungkol sa Plano ng Pagbabayad ng Gamot ng Medicare. Kung hindi ka sumasang-ayon sa halagang sinisingil bilang bahagi ng opsyon sa pagbabayad na ito, maaari mong sundin ang mga hakbang sa **Kabanata 9** para maghain ng reklamo o apela.

I. Ang *Handbook ng Miyembro* na ito

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* na ito o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Maaari kang humiling ng *Handbook ng Miyembro* sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina. Maaari ka ring sumangguni sa *Handbook ng Miyembro* na makikita sa aming website sa web address sa ibaba ng pahina.

May bisa ang kontrata sa mga buwan na naka-enroll ka sa aming plano sa pagitan ng Enero 1, 2027, at Disyembre 31, 2027.

J. Iba pang mahalagang impormasyong 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 *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, at impormasyon tungkol sa kung paano i-access ang *Listahan ng Mga Sakop na Gamot*, na kilala rin bilang Listahan ng *Gamot* o *Formulary*.

J1. Ang Iyong ID Card ng Miyembro

Sa ilalim ng aming plano, mayroon kang isang card para sa iyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, kabilang ang Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, 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 gamot. Narito ang mga halimbawang ID Card ng Miyembro para sa bawat Rehiyon:

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 Medicare card o ang iyong Medi-Cal card para makuha ang karamihan sa mga serbisyo. Itabi ang mga card na iyon sa isang ligtas na lugar, 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. Maaaring hilingin sa iyo na ipakita ang iyong Medicare card kung kailangan mo ng mga serbisyo sa ospital,

serbisyo sa hospice, o kung kailangan mong lumahok sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare (tinatawag ding mga klinikal na pagsubok). Sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman kung ano ang gagawin kung makakatanggap ka ng bill mula sa isang provider.

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

- Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na maaari mong makuha mula sa plano sa kalusugan ng isip (mental health plan, MHP) ng county
- Mga serbisyo ng Medi-Cal Rx
- Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan
- 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 na nasa 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.

Puwede kang humiling ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* (sa anyong elektroniko o naka-print na kopya) sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina. 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.

Puwede ka ring sumangguni sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* sa kp.org/directory (sa Ingles).

Nakalista sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang aming mga provider na nasa network at 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 sakop ng Medi-Cal, maaaring i-refer ka namin sa pang-estadong ahensya ng Medi-Cal upang makahanap ng provider na wala sa network na maaaring magbigay ng iyong pangangalagang sakop ng 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 klinika, ospital, pasilidad sa pag-aalaga, at iba pang lugar na nagbibigay ng mga serbisyo sa kalusugan sa aming plano; **at,**

- Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta, (Long-term Services and Supports, 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 parmasya na nasa network

- Ang mga parmasyang nasa network ay mga parmasya na sumasang-ayong punan ang mga gamot para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* upang mahanap ang parmasya na nasa network na gusto mong gamitin.

- Maliban sa panahon ng emergency, dapat mong punan ang iyong mga gamot 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. Mabibigyan ka ng Mga Serbisyo sa Miyembro at ng aming website ng pinakabagong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga parmasya at provider na nasa network.

J3. *Listahan ng Mga Sakop na Gamot*

Ang aming plano ay may *Listahan ng Mga Sakop na Gamot*. Tinatawag namin itong *Listahan ng Gamot* para paikliin. Sinasabi nito sa iyo kung aling mga gamot ang sinasakop ng aming plano. Ang mga gamot sa listahang ito ay pinipili ng aming plano sa tulong ng mga doktor at parmasyutiko. Dapat matugunan ng *Listahan ng Gamot* ang mga kinakailangan ng Medicare. Ang mga gamot na may mga napag-usapang presyo sa ilalim ng Programa sa Negosasyon sa Presyo ng Gamot ng Medicare ay isasama sa iyong *Listahan ng Gamot* maliban na lang kung inalis o pinalitan ang mga ito gaya ng inilalarawan sa **Kabanata 5, Seksyon E.** Inaprubahan ng Medicare ang *Listahan ng Gamot* ng Kaiser Permanente Dual Complete.

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 maaaring magkaroon ng ilang pagbabago sa loob ng isang taon. Upang makuha ang pinakabagong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang sinasakop, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro o bumisita sa aming website sa kp.org/seniorrx (sa Ingles).

J4. Ang *Paliwanag ng Mga Benepisyo*

Kapag ginamit mo ang iyong mga benepisyo sa gamot sa Medicare Part D, magpapadala kami sa iyo ng buod na makakatulong sa iyong maunawaan at masubaybayan ang mga pagbabayad para sa iyong mga gamot sa Medicare Part D. Tinatawag ang buod na ito na *Paliwanag ng Mga Benepisyo* (Explanation of Benefits, EOB).

Ipinapaalam ng EOB sa iyo ang kabuuang halaga na ginastos mo, o ginastos ng iba sa ngalan mo, sa iyong mga gamot sa Medicare Part D at ang kabuuang halagang binayaran namin para sa bawat isa sa iyong mga gamot sa Medicare Part D sa loob ng buwan. Hindi bill ang EOB na ito. Ang EOB ay naglalaman ng higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot na ginagamit mo gaya ng mga pagtaas sa presyo at iba pang gamot na may mas mababang pagbabahagi sa gastos na maaaring available. Maaari kang makipag-usap sa iyong tagapagreseta tungkol sa mga mas murang opsyong ito. Nakasaad sa **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang higit pang impormasyon tungkol sa EOB at kung paano ito makakatulong sa iyo na masubaybayan ang iyong coverage sa gamot.

Maaari ka ring humiling ng EOB. Upang makakuha 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 bumisita sa kp.org/goinggreen (sa Ingles) at mag-sign in upang matuto pa tungkol sa pagpiling tingnan ang iyong **EOB ng Bahagi D** nang ligtas online.

K. Pagpapanatiling updated ang 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 nasa rekord namin ang tamang impormasyon mo. Ang mga doktor, ospital, parmasyutiko, at iba pang provider sa network ng aming plano ay ginagamit ang rekord ng membership mo upang malaman kung anong mga serbisyo at gamot ang sinasakop at kung magkano ang mga halaga ng iyong pagbabahagi sa gastos. Dahil dito, napakahalagang tulungan kaming mapanatiling napapanahon ang iyong impormasyon.

Sabihin kaagad sa amin ang tungkol sa mga 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 kinakasama, o bayad sa mga manggagawa;
- anumang paghahabol para sa pananagutan, gaya ng mga paghahabol mula sa isang aksidente sa sasakyan;
- pagka-admit sa isang nursing facility o ospital;
- pangangalaga mula sa isang ospital o emergency room;
- mga pagbabago sa iyong tagapag-alaga (o sinumang responsable para sa iyo); **at**,
- kung lalahok 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 balak mong salihan, 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 impormasyong pangkalusugan (personal health information, PHI)

Maaaring may kasamang personal na impormasyong pangkalusugan (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.

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 tagapagkoordina ng 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 29

B. Ang Iyong Nangangasiwa ng Pangangalaga 35

C. Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 37

D. Linya ng Tawag para sa Payo ng Nars 38

E. Organisasyon para sa Pagpapahusay sa Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO)....39

F. Medicare 40

G. Medi-Cal....41

H. Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal at Tanggapan ng Ombudsman para sa Kalusugan ng Isip 42

I. Mga Serbisyong Panlipunan ng County....43

J. Ahensya ng Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County....54

K. Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California 62

L. Health Consumer Alliance (HCA) 62

M. Mga Programa para Tulungan ang Mga Tao na Magbayad para sa Mga Gamot 62

M1. Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare....63

M2. Tulong na Programa sa Gamot para sa AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)....64

M3. Ang Medicare Prescription Payment Plan 64

N. Social Security 65

O. Railroad Retirement Board (RRB) 66

P. Programa ng Medicare Medi-Cal Ombudsperson 67

Q. Medi-Cal Dental 68

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 Ingles.
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 (sa Ingles)

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

- mga tanong tungkol sa plano
- mga tanong tungkol sa mga paghahabol o singil

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

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 Ingles. Kung ang iyong desisyon sa coverage, apela, o reklamo ay kwalipikado para sa mabilis na desisyon tulad ng inilalarawan sa **Kabanata 9**, tawagan ang Unit ng Pinabilis na Pagsusuri sa 1-888-987-7247, 8:30 a.m. hanggang 5 p.m., 7 araw sa isang linggo.
TTY	711. Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
FAX	Kung kwalipikado ang iyong desisyon sa coverage, apela, o reklamo para sa mabilis na desisyon, i-fax ang iyong kahilingan sa aming Unit ng Pinabilis na Pagsusuri sa 1-888-987-2252.

SUMULAT	Para sa isang karaniwang desisyon sa coverage o reklamo, 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 pagtanggi na ipapadala namin sa iyo. Kung kwalipikado para sa mabilis na desisyon ang iyong desisyon sa coverage, apela, o reklamo, sumulat sa: Kaiser Permanente Expedited Review 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/my/medicare-complaint.

- 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 **o**

    – ang halagang binabayaran namin para sa iyong mga serbisyo sa kalusugan.
  - Tumawag sa amin kung mayroon kang mga tanong tungkol sa isang desisyon sa coverage hinggil 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.
  - Upang 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. Maaari 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 E**).

- 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 tungkol sa isang desisyon sa coverage hinggil 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/my/medicare-complaint. O maaari kang tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang humingi ng tulong.
- Maaari kang maghain ng reklamo tungkol sa aming plano sa Ombudsman Program ng Medicare Medi-Cal sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077.
- Upang matuto pa tungkol sa paghahain ng reklamo tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Mga desisyon sa coverage para sa mga gamot ng Part D

TUMAWAG	Mga plano sa South: 1-888-791-7213 Mga plano sa North: 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 Ingles.
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 (sa Ingles)

- mga desisyon sa coverage tungkol sa iyong mga gamot
  - Ang desisyon sa coverage tungkol sa iyong mga gamot ay isang desisyon tungkol sa:
    - iyong mga benepisyo at sakop na gamot **o**
    - ang halagang binabayaran namin para sa iyong mga gamot.

- Ang mga gamot na hindi sakop ng Medicare, tulad ng mga gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring masakop ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.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.
- Para sa higit pa hinggil sa mga desisyon sa coverage tungkol sa iyong mga gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Mga apela para sa mga gamot sa Part D

TUMAWAG	1-866 206-2973. Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8:30 a.m. hanggang 5 p.m. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8:30 a.m. hanggang 5 p.m.
FAX	1-866 206-2974.
SUMULAT	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
WEBSITE	kp.org (sa Ingles)

- 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 gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook* ng Miyembro na ito.

Mga reklamo para sa mga gamot sa Part 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 mabilis na desisyon ang iyong reklamo, tawagan ang Unit ng Part D sa 1-866-206-2973, 8:30 a.m. hanggang 5 p.m., 7 araw sa isang linggo. Tingnan ang **Kabanata 9** upang malaman kung kwalipikado ang iyong isyu para sa mabilis na desisyon. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
FAX	Kung kwalipikado para sa mabilis na desisyon ang iyong reklamo, i-fax ang iyong kahilingan sa aming Unit ng Part 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 mabilis na desisyon 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/my/medicare-complaint.

- mga reklamo tungkol sa iyong mga gamot
  - Maaari kang maghain ng reklamo tungkol sa amin o anumang parmasya. Kabilang dito ang reklamo tungkol sa iyong mga gamot.
  - Kung ang iyong reklamo ay nauugnay sa isang desisyon sa coverage tungkol sa iyong mga gamot, 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/my/medicare-complaint. 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 gamot, sumangguni sa Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro na ito.

Mga kahilingan sa pagbabayad

TUMAWAG	1-800-443-0815. Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. **Tandaan:** Kung humihiling ka ng pagbabayad ng gamot sa Part D na inireseta ng provider na nasa network at nakuha mula sa parmasya na nasa network, tawagan ang aming Unit ng Part D sa 1-866-206-2973. 8:30 a.m. hanggang 5 p.m., 7 araw sa isang linggo. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
SUMULAT	Para sa medikal na pangangalaga, sumulat sa: **Mga plano sa South:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 **Mga plano sa North:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923 **Para sa mga gamot sa Part D:** Kung humihiling ka ng pagbabayad ng gamot sa Part 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: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
WEBSITE	kp.org (sa Ingles)

- 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 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 mong iapela ang aming desisyon. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

B. Ang Iyong Nangangasiwa ng Pangangalaga

Ang tagapagkoordina ng pangangalaga ay isang taong sinanay upang tulungan kang pamahalaan ang pangangalagang kailangan mo. Magkakaroon ka ng tagapagkoordina ng pangangalaga kapag nag-enroll ka sa aming plano. Wala kang babayaran. Makikipag-ugnayan kami sa iba pang programa upang matiyak na matatanggap mo ang lahat ng serbisyong medikal na kinakailangan na sakop ng Medi-Cal o Medicare, kahit pa sakop ng ibang programa at hindi namin sakop ang mga serbisyong iyon. Tawagan kami sa mga numero sa ibaba para sa higit pang impormasyon tungkol sa iyong tagapagkoordina ng pangangalaga at pangkat sa pangangalaga o upang magpalit ng iyong tagapagkoordina ng pangangalaga.

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 Ingles.
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 (sa Ingles)

Makipag-ugnayan sa iyong tagapagkoordina ng pangangalaga upang makahingi ng tulong sa:

- mga tanong tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan
- mga tanong tungkol sa pagkuha ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak)
- mga tanong tungkol sa mga benepisyo para sa ngipin
- mga tanong tungkol sa transportasyon papunta sa mga medikal na appointment
- mga tanong tungkol sa Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS), kabilang ang Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community-Based Adult Services, CBAS) at Mga Nursing Facility (NF)

Maaaring makuha mo ang mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community-Based Adult Services, CBAS)
- pangangalaga ng bihasang nars
- physical therapy
- occupational therapy
- speech therapy
- mga medikal na serbisyong panlipunan
- pangangalagang pangkalusugan sa bahay
- Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS) sa pamamagitan ng ahensya ng serbisyong panlipunan ng iyong county
- kung minsan, makakakuha ka ng tulong sa iyong mga pang-araw-araw na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan at pamumuhay

C. Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

Ang Programang Tulong sa Insurance sa Kalusugan ng Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) ay isang programa ng gobyerno na may mga sinanay na tagapayo sa bawat estado na nag-aalok ng libreng tulong, impormasyon, at mga sagot sa iyong mga tanong sa Medicare. Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). 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. Ang HICAP ay may mga bihasang tagapayo sa bawat county, at libre ang mga serbisyo.

Ang HICAP ay isang independiyenteng programa ng estado (hindi konektado sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan) na kumukuha ng pera mula sa pederal na pamahalaan upang magbigay ng libreng pagpapayo sa lokal na insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare.

TUMAWAG	1-800-434-0222 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Ang iyong tanggapan ng HICAP para sa iyong county. Upang hanapin ang address para sa iyong county, i-click ang link sa ibaba at sumangguni sa seksyong “Paano Maghanap ng Mga Serbisyo sa Aking Lugar”.
WEBSITE	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

Makipag-ugnayan sa HICAP para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa 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 desisyon sa plano,
  - sagutin ang mga tanong tungkol sa paglipat ng plano,
  - maghain ng mga reklamo tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan o paggamot, **at**
  - tumulong sa mga isyu sa pagsingil o mga paghahabol.

D. Linya ng Tawag para sa Payo ng Nars

Alam namin na kung minsan ay mahirap malaman kung anong uri ng pangangalaga ang kailangan mo. Mayroon kaming mga 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. Maaari kang:

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

Kapag tumawag ka, maaaring magtanong sa iyo ang isang sinanay na tagasuporta upang makatulong na matukoy kung paano idiidirekta ang iyong tawag. Maaari kang makipag-ugnayan sa Linya ng Tawag para sa Payo ng Nars para sa mga tanong tungkol sa iyong kalusugan o pangangalagang pangkalusugan.

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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo.

E. Organisasyon para sa Pagpapahusay sa Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO)

May organisasyon ang ating estado na tinatawag na Commence Health. 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. Ang Commence Health ay isang independiyenteng organisasyon. Hindi ito konektado sa aming plano.

TUMAWAG	1-877 588-1123.
TTY	711
SUMULAT	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
WEBSITE	www.livantaqio.cms.gov

Makipag-ugnayan sa Commence Health para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa iyong mga karapatan sa pangangalagang pangkalusugan
- paghahain ng reklamo tungkol sa pangangalagang natanggap mo kung:
  - may problema ka sa kalidad ng pangangalaga gaya ng pagkuha ng maling gamot, mga hindi kinakailangang pagsusuri o procedure, o maling diagnosis,
  - sa palagay mo ay masyadong maagang matatapos ang iyong pananatili sa ospital, **o**
  - sa palagay mo ay masyadong maagang matatapos 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).

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 na may mga kapansanan, at mga taong may end-stage na sakit 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 (Centers for Medicare and Medicaid Services), o CMS. Ang ahensyang ito ay nakikipagkontrata sa mga organisasyon ng Medicare Advantage kasama ang aming plano.

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.
MAKIPAG-CHAT NANG LIVE	Makipag-chat nang live sa www.Medicare.gov/talk-to-someone
SUMULAT	Sumulat sa Medicare sa P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044
WEBSITE	www.medicare.gov • Kumuha ng impormasyon tungkol sa mga plano sa kalusugan at gamot ng Medicare sa iyong lugar, kasama ang halaga ng mga ito at kung anong mga serbisyo ang ibinibigay nila. • Maghanap ng mga doktor o iba pang provider at supplier ng pangangalagang pangkalusugan na nakikilahok sa Medicare. • Alamin kung ano ang sakop ng Medicare, kabilang ang mga serbisyong pang-iwas sa sakit (tulad ng mga screening, shot, o bakuna, at taunang pagpapatingin para sa “wellness”). • Kumuha ng impormasyon at mga form para sa mga pag-apela sa Medicare. • Kumuha ng impormasyon tungkol sa kalidad ng pangangalagang ibinibigay ng mga plano, nursing home, ospital, doktor, ahensya ng kalusugan sa tahanan, pasilidad para sa dialysis, sentro ng hospice, pasilidad sa rehabilitasyon para sa inpatient, at ospital ng pangmatagalang pangangalaga.

	• Maghanap ng mga kapaki-pakinabang na website at numero ng telepono. Para magsumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Sineseryoso ng Medicare ang iyong mga reklamo at gagamitin nito ang impormasyong ito upang makatulong na pahusayin ang kalidad ng programa ng Medicare

G. Medi-Cal

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

Kasama sa mga benepisyo ng Medi-Cal ang mga serbisyo at suportang medikal, dental, para sa kalusugan ng pag-uugali, at pangmatagalan.

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 tagapagkoordina ng pangangalaga ng plano. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa pag-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/

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

Ang Tanggapan ng Ombudsman ay tumutulong sa paglutas ng mga problema mula sa isang walang kinikilingang pananaw upang matiyak na natatanggap ng aming mga miyembro ang lahat ng medikal na kinakailangang sakop na serbisyo. Sila ay makikinig, sasagot sa iyong mga tanong, magsusuri ng iyong sitwasyon, magpapaliwanag ng mga patakaran at pamamaraan, magbibigay ng impormasyon, payo, at mga opsyon, at magmumungkahi ng mga naaangkop na referral. Trabaho nilang tumulong sa pagbuo ng mga patas na solusyon sa mga problema sa pag-access ng pangangalagang pangkalusugan. 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. Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 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
EMAIL	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
WEBSITE	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

I. Mga Serbisyong Panlipunan ng County

Kung kailangan mo ng tulong sa iyong mga fee-for-service na benepisyo sa Medi-Cal, makipag-ugnayan sa iyong lokal na ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County.

Makipag-ugnayan sa ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County mo para mag-apply para sa Mga Serbisyong Pantulong sa Bahay, na tutulong sa pagbabayad para sa mga serbisyong ibinibigay sa iyo para manatili kang ligtas sa sarili mong bahay. 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 iyong ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County para sa anumang katanungan tungkol sa iyong pagiging kwalipikado sa Medi-Cal. Tukuyin ang talahanayan para sa iyong county sa ibaba upang mahanap ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa ahensya ng mga serbisyong panlipunan ng iyong county.

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Alameda

TUMAWAG	1-888-999-4772 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, 7:30 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Upang malaman ang mailing address ng isang lokasyon ng tanggapan na malapit sa iyo, mangyaring bumisita sa https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices
WEBSITE	https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Amador

TUMAWAG	1-844 835-3685 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Upang malaman ang mailing address ng isang lokasyon ng tanggapan na malapit sa iyo, mangyaring bumisita sa https://www.amadorgov.org/services/social-services
WEBSITE	https://www.amadorgov.org/services/social-services

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Contra Costa

TUMAWAG	1-866 663-3225 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	40 Douglas Drive Martinez, CA 94553
WEBSITE	https://www.contracosta.ca.gov/

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng El Dorado

TUMAWAG	1-530 642-7300 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Upang malaman ang mailing address ng isang lokasyon ng tanggapan na malapit sa iyo, mangyaring bumisita sa https://www.eldoradocounty.ca.gov/Health-Well-Being/Human-Services
WEBSITE	https://www.eldoradocounty.ca.gov/Home

Departamento ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Fresno

TUMAWAG	1-855-832-8082 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, 7:30 a.m. hanggang 4:30 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Fresno County DSS P.O. Box 1912 Fresno, CA 93718-1912
WEBSITE	https://www.fresnocountyca.gov/Departments/Social-Services

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Kern

TUMAWAG	1-877-410-8812 Lunes hanggang Biyernes, 7:30 a.m. hanggang 4 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Upang malaman ang mailing address ng isang lokasyon ng tanggapan na malapit sa iyo, mangyaring bumisita sa https://www.kcdhs.org/about-dhs/about-us/office-hours-and-locations
WEBSITE	https://www.kcdhs.org/

Ahensya ng Mga Serbisyong Pantao ng County ng Kings

TUMAWAG	1-877-410-8813 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Huwebes, 8 a.m. - 5 p.m., at Biyernes 8 a.m. hanggang 12 p.m.
TTY	711
SUMULAT	1400 W. Lacey Blvd., Bldg. #8 Hanford, CA 93230
WEBSITE	https://www.countyofkingsca.gov/departments/human-services-agency

Departamento ng Mga Pampublikong Serbisyong Panlipunan ng County ng Los Angeles

TUMAWAG	1-866-613-3777 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, 7:30 a.m. hanggang 7:30 p.m. Sabado, 8 a.m. hanggang 4:30 p.m. Maliban sa Mga Holiday
TTY	711
SUMULAT	Upang malaman ang mailing address ng isang lokasyon ng tanggapan na malapit sa iyo, mangyaring bumisita sa https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html.
WEBSITE	https://dpss.lacounty.gov

Departamento ng Mga Pampublikong Serbisyong Panlipunan ng County ng Madera

TUMAWAG	1-559 675-7841 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	1626 Sunrise Ave Madera, CA 93638
WEBSITE	https://www.maderacounty.com/government/social-services

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Marin

TUMAWAG	1-877-410-8817 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 4:30 p.m.
TTY	711
SUMULAT	10 N San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903
WEBSITE	https://www.marinhhs.org

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Mariposa

TUMAWAG	1-800-266-3609 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	P.O. Box 99 Mariposa, CA 95338
WEBSITE	https://www.mariposacounty.org/

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Napa

TUMAWAG	1-707 253-4279 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	2751 Napa Valley Corporate Drive Building B Napa, CA 94558
WEBSITE	https://www.countyofnapa.org/156/HHSA

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Orange

TUMAWAG	1-800-281-9799 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
TTY	711
SUMULAT	Upang malaman ang mailing address ng isang lokasyon ng tanggapan na malapit sa iyo, mangyaring bumisita sa https://ssa.ocgov.com/about-us/office-locations/office-location-list.
WEBSITE	https://ssa.ocgov.com/

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Placer

TUMAWAG	1-530 886-1870 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	11434 B Ave Auburn, CA 95603
WEBSITE	https://www.placer.ca.gov/1679/Health-Human-Services

Departamento ng Mga Pampublikong Serbisyong Panlipunan ng County ng Riverside

TUMAWAG	1-877-410-8827 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
WEBSITE	https://rivcodpss.org/

Departamento ng Tulong sa Tao ng County ng Sacramento

TUMAWAG	1-800-560-0976 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 4 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Upang malaman ang mailing address ng isang lokasyon ng tanggapan na malapit sa iyo, mangyaring bumisita sa https://ha.saccounty.gov/benefits/medi-cal/Pages/Medi-Cal.aspx
WEBSITE	https://dcfas.saccounty.net/SAS/Pages/SAS-Home.aspx

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

TUMAWAG	1-909 891-3900. Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
WEBSITE	https://hss.sbcounty.gov/daas/

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, 7 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
WEBSITE	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medi-cal_program/index.html

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng San Francisco

TUMAWAG	1-415 557-5000 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Upang malaman ang mailing address ng isang lokasyon ng tanggapan na malapit sa iyo, mangyaring bumisita sa https://www.sfhsa.org/contact-us/locations
WEBSITE	https://www.sfhsa.org/

Ahensya ng Mga Serbisyong Pantao ng County ng San Joaquin

TUMAWAG	1-209 468-1000 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Upang malaman ang mailing address ng isang lokasyon ng tanggapan na malapit sa iyo, mangyaring bumisita sa https://www.sjchsa.org/About-Us/Contact-Us
WEBSITE	https://www.sjchsa.org/

San Mateo County Health

TUMAWAG	Linya para sa Emergency at Payo sa Mga Nagkakaedad at Matanda 1-844-868-0938 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
TTY	711
SUMULAT	San Mateo County Aging and Adult Services 225 W. 37th Avenue San Mateo, CA 94403
WEBSITE	https://www.smchealth.org

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Santa Clara

TUMAWAG	1-877-962-3633 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. maliban sa mga holiday ng county
TTY	711
SUMULAT	353 West Julian San Jose, CA 95110
WEBSITE	https://socialservices.sccgov.org

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Santa Cruz

TUMAWAG	1-888 421-8080. Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Upang malaman ang mailing address ng isang lokasyon ng tanggapan na malapit sa iyo, mangyaring bumisita sa https://www.santacruzhumanservices.org/ContactUs
WEBSITE	https://www.santacruzhumanservices.org/

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Solano

TUMAWAG	1-707 784-8400 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	275 Beck Avenue Fairfield, CA 94533
WEBSITE	https://www.solanocounty.com/depts/hss/default.asp

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Sonoma

TUMAWAG	1-707 565-4700 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	1450 Neotomas Avenue, Suite 200 Santa Rosa, CA 95405
WEBSITE	https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Stanislaus

TUMAWAG	1-877-652-0734 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	P.O. Box 3271 Modesto, CA 95353
WEBSITE	https://www.stancounty.com/

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Tulare

TUMAWAG	1-800-540-6880 Lunes hanggang Biyernes, 7:30 a.m. hanggang 5 p.m. Biyernes 8 a.m. hanggang 12 p.m.
TTY	711
SUMULAT	5957 South Mooney Blvd. Visalia, California 93277
WEBSITE	https://tchhsa.org/

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Ventura

TUMAWAG	1-888 472-4463. Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	HSA Administration 855 Partridge Drive, Ventura, CA 93003
WEBSITE	https://www.ventura.org/human-services-agency/

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Yolo

TUMAWAG	1-833 744-4472 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Upang malaman ang mailing address ng isang lokasyon ng tanggapan na malapit sa iyo, mangyaring bumisita sa https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services/contact-us
WEBSITE	https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services/contact-us

Ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ng Yuba

TUMAWAG	1-877-652-0739 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT	Yuba County Health and Human Services P.O. Box 2320 Marysville, CA 95901
WEBSITE	https://www.yuba.gov/departments/health_and_human_services

J. Ahensya ng Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County

Available sa iyo ang mga may espesyalisasyong serbisyo sa kalusugan ng isip at sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak ng Medi-Cal sa pamamagitan ng county kung natutugunan mo ang mga pamantayan sa pag-access. Tukuyin ang talahanayan para sa iyong county sa ibaba upang mahanap ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa ahensya ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali ng iyong county.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Alameda

TUMAWAG	Kalusugan ng Isip: 1-800-491-9099. Libre ang tawag na ito. Pang-aabuso sa Substance: 1-844-682-7215. 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 Ingles.
TTY	1-800-533-5018 Libre ang tawag na ito. 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.

Mga Serbisyong Pangkalusugan ng Amador

TUMAWAG	1-888 310-6555. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyong Pangkalusugan ng Contra Costa

TUMAWAG	1-888 678-7277. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng El Dorado

TUMAWAG	1-800-929-1955. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Departamento ng Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng Fresno

TUMAWAG	1-800-654-3937. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Kern

TUMAWAG	1-800-991-5272. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng Kings

TUMAWAG	1-800-655-2553. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Departamento ng Kalusugan ng Isip ng County ng Los Angeles

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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng Madera

TUMAWAG	1-888 275-9779. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Marin

TUMAWAG	1-888 818-1115. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Mariposa

TUMAWAG	1-800-549-6741. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Napa

TUMAWAG	1-800-648-8650. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Pagpapagaling ng County ng Orange

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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyong Pangkalusugan ng Placer

TUMAWAG	1-888 886-5401. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Departamento ng Kalusugan ng Isip ng County ng Riverside

TUMAWAG	1-800-499-3008. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng Sacramento

TUMAWAG	1-888 881-4881. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Departamento ng Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng San Bernardino

TUMAWAG	1-888 743-1478. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

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

TUMAWAG	1-888 724-7240. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng San Francisco

TUMAWAG	1-888 246-3333. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng San Joaquin

TUMAWAG	1-888 468-9370. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling ng County ng San Mateo

TUMAWAG	1-800-686-0101. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Santa Clara

TUMAWAG	1-800-704-0900. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Santa Cruz

TUMAWAG	1-800-952-2335. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Solano

TUMAWAG	1-800-547-0495. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Sonoma

TUMAWAG	1-800-870-8786. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Stanislaus

TUMAWAG	1-888 376-6246. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Tulare

TUMAWAG	Kalusugan ng Isip: 1-800-320-1616. Libre ang tawag na ito. Sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak: 1-866-732-4114. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Ventura

TUMAWAG	1-866 998-2243. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Yolo

TUMAWAG	1-888 965-6647. 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 Ingles.
TTY	1-800-735-2929. Libre ang tawag na ito. 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.

Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Yuba

TUMAWAG	1-888 923-3800. 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 Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito.

Makipag-ugnayan sa ahensya para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng county para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa mga may espesyalisasyong serbisyo sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng county
- mga tanong tungkol sa mga serbisyo sa sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak na ibinibigay ng county

K. Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Ang Departamento ng Pinapamahalaang 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 a.m. at 6 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	http://www.dmhc.ca.gov/

L. Health Consumer Alliance (HCA)

Ang Health Consumer Alliance (HCA) ay isang pambuong estadong partnership na nag-aalok ng libreng legal na tulong online, sa pamamagitan ng telepono, o sa personal para matulungan ang mga residente ng California na nahihirapang kumuha o magpanatili ng coverage sa kalusugan at lutasin ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan. Upang matuto pa tungkol sa HCA o para makakuha ng posibleng tulong, tumawag sa 1-888-804-3536 o bisitahin ang www.healthconsumer.org/.

M. Mga Programa para Tulungan ang Mga Tao na Magbayad para sa Mga Gamot

Nagbibigay ng impormasyon ang website ng Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tungkol sa kung paano mapapababa ang mga halaga ng gamot mo. Para sa mga taong may mga limitadong kita, mayroon ding iba pang programang makakatulong, gaya ng inilalarawan sa ibaba.

M1. Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare

Dahil kwalipikado ka para sa Medi-Cal, kwalipikado ka para sa at makakakuha ka ng “Karagdagang Tulong (Extra Help)” mula sa Medicare para sa pagbabayad ng iyong mga gastos sa plano sa gamot. Wala kang kailangang gawin para makuha ang “Karagdagang Tulong (Extra Help)” na ito.

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 sa tingin mo ay nagbabayad ka ng maling halaga para sa iyong reseta sa isang parmasya, may proseso ang aming plano upang makatulong na makakuha ng katibayan ng iyong tamang halaga ng copayment. Kung mayroon ka nang katibayan ng tamang halaga, matutulungan ka naming ibahagi sa amin ang katibayang ito.

- 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 Medi-Cal o Social Security na nagkukumpirmang kwalipikado ka para sa “Karagdagang Tulong (Extra Help).” Ang katibayan ay puwede ring dokumentasyong ibinigay ng estado na naglalaman ng iyong impormasyon sa pagiging kwalipikado na nauugnay sa Mga Serbisyong Nakabatay sa Tahanan at Komunidad.

- Kailangan mo o ng iyong itinalagang kinatawan na magbigay ng katibayan sa isang parmasya na nasa network kapag kumukuha ka ng mga sakop na gamot sa Part D upang masingil ka namin ng naaangkop na halaga ng pagbabahagi sa gastos hanggang sa ma-update ng Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) ang mga rekord nito upang maipakita ang iyong kasalukuyang status. Kapag na-update na ng CMS ang mga rekord nito, hindi mo na kakailanganing ipakita ang katibayan sa parmasya. Mangyaring ibigay ang iyong katibayan sa isa sa mga sumusunod na paraan para maipadala namin ito sa CMS para sa pag-update:

  - Sumulat sa Kaiser Permanente sa
    California Service Center Attn:
    Best Available Evidence
    P.O. Box 232400
    San Diego, CA 92193-2400

  - I-fax ito sa 1-877-528-8579.

- Dalhin ito sa isang parmasya na nasa network o sa iyong lokal na tanggapan ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa isang pasilidad ng network.

- Kapag nakuha na namin ang katibayan na nagpapakita ng tamang antas ng copayment, ia-update namin ang aming system para mabayaran mo ang tamang halaga ng copayment kapag kinuha mo ang susunod mong reseta. Kung napasobra ang pagbabayad mo ng iyong copayment, babayaran ka namin sa pamamagitan ng tseke o bilang credit sa susunod mong copayment. Kung hindi kinolekta ng parmasya ang iyong copayment at may utang ka sa kanila, maaari kaming direktang magbayad sa parmasya. Kung nagbayad ang estado para sa iyo, maaari kaming magbayad nang direkta sa estado. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahina kung mayroon kang mga tanong.

M2. Tulong na Programa sa Gamot para sa AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

Tinutulungan ng ADAP ang mga taong kwalipikado sa ADAP na namumuhay nang may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakakapagligtas ng buhay. Ang mga gamot sa Bahagi D ng Medicare na nasa formulary rin ng ADAP ay kwalipikado para sa tulong sa pagbabahagi sa gastos sa gamot sa pamamagitan ng Tulong na Programa sa Gamot para sa AIDS (ADAP) ng California. Tandaan: Para maging kwalipikado sa ADAP sa iyong estado, dapat matugunan ng mga tao ang ilang partikular na pamantayan, kabilang ang patunay ng paninirahan sa estado at status ng HIV, may mababang kita (gaya ng tinukoy ng estado), at may status na walang insurance/kulang ang insurance. Kung magbabago ang iyong plano, ipaalam ito sa iyong lokal na ADAP enrollment worker upang patuloy kang makatanggap ng tulong. Para sa impormasyon tungkol sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado, mga gamot na sakop, o kung paano mag-enroll sa programa, tumawag sa ADAP call center sa 1-844-421-7050 sa pagitan ng 8 a.m. at 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes (hindi kasama ang mga holiday).

M3. Ang Medicare Prescription Payment Plan

Ang Medicare Prescription Payment Plan ay isang opsyon sa pagbabayad na magagamit sa iyong kasalukuyang coverage sa gamot para matulungan kang mapamahalaan ang iyong mga gastos mula sa sariling bulsa para sa mga gamot na sakop ng aming plano sa pamamagitan ng paghahati ng mga ito sa buong taon ng kalendaryo (Enero-Disyembre). Ang opsyon sa pagbabayad na ito ay maaaring gamitin ng sinumang may plano sa gamot ng Medicare o planong pangkalusugan ng Medicare na may coverage sa gamot (tulad ng Medicare Advantage plan na may coverage sa gamot). **Maaari kang matulungan ng opsyon sa pagbabayad na ito na mapamahalaan ang iyong mga gastusin, pero hindi ka nito matutulungang makatipid o mapababa ang mga gastos mo sa gamot. Kung nakikilahok ka sa Medicare Prescription Payment Plan at mananatili ka sa parehong plano, hindi mo kailangang gumawa ng anuman upang ipagpatuloy ang opsyong ito.** Ang “Karagdagang Tulong (Extra Help)” mula sa Medicare at tulong mula sa iyong SPAP at ADAP, para sa mga taong kwalipikado, ay mas kapaki-pakinabang kaysa sa pakikilahok sa opsyon sa pagbabayad na ito, anuman ang antas ng kita mo, at dapat ialok ng mga planong may coverage sa gamot ang opsyon sa pagbabayad na ito. Upang matuto pa tungkol sa opsyon sa pagbabayad na ito, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero ng telepono sa ibaba ng pahina o bisitahin ang www.medicare.gov.

N. Social Security

Tinutukoy ng Social Security ang pagiging kwalipikado sa Medicare at pinapangasiwaan nito ang pagpapa-enroll sa Medicare.

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

TUMAWAG	1-800-772-1213. Ang mga tawag sa numero na ito ay libre. Available mula 8 a.m. hanggang 7 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari mong gamitin ang kanilang mga naka-automate na serbisyo sa telepono para makakuha ng nakarekord na impormasyon at makapagsagawa ng ilang transaksyon 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

O. Railroad Retirement Board (RRB)

Ang RRB ay isang independiyenteng Pederal na ahensya 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, ipaalam sa kanila kung lilipat ka o magpapalit ka ng iyong mailing address. Para sa mga tanong tungkol sa iyong mga benepisyo mula sa RRB, makipag-ugnayan sa ahensya.

TUMAWAG	1-877 772-5772. Ang mga tawag sa numero na ito ay libre. Pindutin ang “0” para 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. Pindutin ang “1” para ma-access ang naka-automate na RRB Help Line at makakuha ng nakarekord 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. Hindi libre ang mga tawag sa numerong ito.
WEBSITE	www.rrb.gov

P. Programa ng Medicare Medi-Cal Ombudsperson

Ang Programa ng Medicare Medi-Cal Ombudsperson ay nag-aalok ng LIBRENG tulong upang matulungan ang mga taong nahihirapang kumuha o magpanatili ng coverage sa kalusugan at lutasin ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan.

Kung mayroon kang mga problema sa:

- Medi-Cal
- Medicare
- iyong planong pangkalusugan
- pag-access ng mga serbisyong medikal
- pag-apela sa mga tinanggihang serbisyo, gamot, matibay na kagamitang pangmedikal (DME), serbisyo sa kalusugan ng isip, atbp.
- medikal na pagsingil
- mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan

Tumutulong ang Programa ng Medicare Medi-Cal Ombudsperson sa mga reklamo, apela, at pagdinig. Ang numero ng telepono para sa Programa ng Ombudsperson ay 1-855-501-3077.

Q. Medi-Cal Dental

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

- mga unang eksaminasyon, X-ray, pagpapalinis, at paggamot gamit ang fluoride;
- mga restoration at crown;
- root canal therapy; at
- mga partial at buong pustiso, pag-aayos, pag-repair, at pag-reline

Available ang mga benepisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS) o Dental Managed Care (Dental MC) depende sa iyong county.

Medi-Cal Dental FFS (para sa mga county maliban sa Los Angeles at Sacramento)

TUMAWAG	1-800-322-6384. Libre ang pagtawag. Available ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental FFS upang tulungan ka mula 8 a.m. hanggang 5 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	www.dental.dhcs.ca.gov/ smilecalifornia.org/

Plano sa pinapamahalaang pangangalaga para sa ngipin para sa mga county ng Los Angeles at Sacramento

Sa halip na Medi-Cal Dental Fee-For-Service, maaari kang makakuha ng benepisyo sa ngipin sa pamamagitan ng isang plano sa pinapamahalaang pangangalaga para sa ngipin. Available ang mga plano sa pinapamahalaang pangangalaga para sa ngipin sa mga County ng Sacramento at Los Angeles. Kung gusto mo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga plano para sa ngipin, o kung gusto mong magpalit ng mga plano para sa ngipin, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa 1-800-430-4263 (dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. Libre ang tawag. Available din dito ang mga kontak sa plano ng pinapamahalaang pangangalaga para sa ngipin: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

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 tagapagkoordina ng 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), kung 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 (Durable Medical Equipment, DME). Makikita ang mahahalagang 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 71

B. Mga panuntunan sa pagkuha ng mga serbisyong sinasakop ng plano namin 71

C. Ang iyong nangangasiwa ng pangangalaga 73

C1. Ano ang tagapagkoordina ng pangangalaga 73

C2. Paano ka maaaring makipag-ugnayan sa iyong tagapagkoordina ng pangangalaga 73

C3. Paano mo mapapalitan ang iyong tagapagkoordina ng pangangalaga 73

D. Pangangalaga mula sa mga provider 74

D1. Pangangalaga mula sa provider ng pangunahing pangangalagang (primary care provider, PCP) 74

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang provider ng network 76

D3. Kapag umalis ang isang provider sa plano namin 78

D4. Mga provider na wala sa network 79

E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-term services and supports, LTSS) 79

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak) 80

F1. Mga serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng pag-uugali na ibinibigay sa labas ng plano namin 81

G. Mga serbisyong pang-transportasyon....83

G1. Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon 83

G2. Transportasyong hindi pangmedikal 84

H. Mga serbisyong sakop sa panahon ng medikal na emerhensiya, kapag kailangang-kailangan, o sa panahon ng sakuna....86

H1. Pangangalaga sa panahon ng medikal na emergency 86

H2. Agarang kinakailangang pangangalaga 88

H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna....89

I. Paano kung direkta kang siningil para sa mga sakop na serbisyo 90

I1. Ano ang gagawin kung hindi masasakop ng plano namin ang mga serbisyo 90

J. Sakop ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang klinikal na pananaliksik....91

J1. Kahulugan ng klinikal na pananaliksik 91

J2. Pagbabayad sa mga serbisyo kapag sumali ka sa isang klinikal na pananaliksik....91

J3. Higit pa tungkol sa klinikal na pananaliksik....91

K. Paano sinasakop ang iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon sa pangangalaga....92

K1. Kahulugan ng panrelihiyong hindi medikal na institusyon sa pangangalagang pangkalusugan....92

K2. Pangangalaga mula sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon sa pangangalagang pangkalusugan....92

L. Matibay na kagamitang medikal (Durable Medical Equipment, DME)....93

L1. Pagkuha ng DME bilang miyembro ng aming plano....93

L2. Pagmamay-ari ng DME kung lilipat ka sa Original Medicare....93

L3. Mga benepisyo sa oxygen equipment bilang miyembro ng aming plano 94

L4. Kagamitan sa paghahatid ng oxygen kapag lumipat ka sa Original Medicare o iba pang plano ng Medicare Advantage (MA) 94

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider

Ang mgaserbisyo ay ang pangangalagang pangkalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports, LTSS), mga supply, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, mga gamot na inirereseta at hindi kailangan ng reseta, kagamitan, at iba pang serbisyo. Ang **mga sakop na serbisyo** ay alinman sa mga serbisyong ito na binabayaran ng plano namin. Ang sakop na pangangalagang pangkalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at LTSS ay nasa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Ang iyong mga sakop na serbisyo para sa reseta at mga gamot na hindi kailangan ng reseta ay nasa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Angmga provider ay ang mga doktor, nars, at iba pang taong nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga at mga lisensyado ng estado. Kasama rin sa mga provider ang mga ospital, ahensya sa kalusugan sa tahanan, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, medikal na kagamitan, at ilang partikular na Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS).

Angmga provider na nasa network ay ang mga provider na nakikipagtulungan sa plano namin. Ang mga provider na ito ay sumasang-ayon na tanggapin ang pagbabayad namin bilang buong pagbabayad. Ang mga provider na nasa network ay direkta kaming sinisingil para sa pangangalagang ibinibigay nila sa iyo. Kapag gumagamit ka ng provider na nasa network, karaniwan ay wala kang babayaran para sa mga sakop na serbisyo.

B. Mga panuntunan sa pagkuha ng mga serbisyong sinasakop ng plano namin

Ang plano namin ay sinasakop ang lahat ng serbisyong sakop ng Medicare, at karamihan ng mga serbisyo ng Medi-Cal. Kabilang dito ang ilang partikular na kalusugan ng pag-uugali at Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS).

Sa pangkalahatan, magbabayad ang aming plano para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at maraming Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS) na matatanggap mo kapag sumunod ka sa aming mga panuntunan. Para sakupin ng plano namin:

- Ang pangangalaga na nakukuha mo ay dapat na kasama sa aming Chat ng Mga Benepisyong Medikal 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 mga serbisyong makatwiran at kinakailangan upang ma-diagnose at magamot ang iyong kondisyong medikal. 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.

- Para sa mga serbisyong medikal, dapat ay mayroon kang **provider ng pangunahing pangangalaga (PCP)** na nasa network na nagbibigay at nangangasiwa ng iyong pangangalaga. Bilang miyembro ng plano, dapat kang pumili ng provider na nasa network na magiging PCP mo (pumunta sa **Seksyon D1** para sa higit pang impormasyon).
    - Sa karamihan ng mga sitwasyon, dapat kang maaprubahan ng iyong PCP na nasa network bago ka makapagpatingin sa isang provider na hindi mo PCP o makagamit ng iba pang provider sa network ng aming plano. Ito ay tinatawag na **referral**. Kung hindi ka makakakuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin masakop ang mga serbisyo.
    - Hindi mo kailangan ng mga referral mula sa iyong PCP para sa pang-emergency na pangangalaga o agarang kinakailangang pangangalaga, upang gumamit ng provider ng kalusugan ng mga babae, o anupamang serbisyong nakalista sa **Seksyon D1**.
- **Dapat mong makuha ang iyong pangangalaga mula sa mga provider na nasa network** (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon D** sa kabanatang ito). Karaniwan ay hindi namin sasakupin ang pangangalaga mula sa provider na hindi nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan namin. Ang ibig sabihin nito ay kakailanganin mong bayaran ang provider nang buo para sa mga serbisyong natanggap mo. Narito ang ilang sitwasyon kung kailan hindi naaangkop ang panuntunang ito:
    - Kung ikaw ay nangangailangan ng pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon H**).
    - Kung ikaw ay nangangailangan ng pangangalagang sakop ng plano namin at hindi ito maibibigay na mga provider na nasa network namin, maaari kang kumuha ng pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network kung papayagan namin o ng Medikal na Grupo namin ang mga serbisyo bago mo matanggap ang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, sasakupin namin ang pangangalaga na para bang natanggap mo ito mula sa isang provider na nasa network. Para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pag-apruba sa paggamit ng provider na wala sa network, pumunta sa **Seksyon D4**.
    - Kung kailangan mo ng mga serbisyo ng dialysis sa bato kapag ikaw ay wala sa sineserbisyuhang lugar ng plano namin sa maikling panahon o kapag pansamantalang hindi available o hindi accessible ang iyong provider, makukuha mo ang pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network. Ang binabayaran mong pagbabahagi sa gastos para sa dialysis ay hindi kailanman maaaring maging mas malaki kaysa sa pagbabahagi sa gastos sa Original Medicare. Kung ikaw ay wala sa sineserbisyuhang lugar ng plano namin at tumanggap ka ng dialysis mula sa isang provider na wala sa network ng plano, hindi maaaring mas malaki kaysa sa pagbabahagi sa gastos na binabayaran mo sa network ang iyong pagbabahagi sa gastos. Gayunpaman, kung pansamantalang hindi available ang iyong karaniwang provider na nasa network para sa dialysis at pipiliin mong kumuha ng mga serbisyo sa loob ng sineserbisyuhang lugar namin mula sa isang provider na wala sa network, maaaring mas malaki ang iyong pagbabahagi sa gastos para sa dialysis. Kung posible, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahina bago ka umalis sa sineserbisyuhang lugar upang habang wala ka ay makatulong kami sa pag-asikaso sa pagkuha mo ng pangmentinang dialysis.

- Kung bagong miyembro ka ng plano namin, maaari mong hilingin na magpatuloy sa paggamit ng iyong mga kasalukuyang provider. Dapat naming aprubahan ang kahilingang ito, nang may ilang pagbubukod, kung mapag-aalaman naming nagkaroon ka ng umiiral na ugnayan sa mga provider. Sumangguni sa Kabanata 1 ng Handbook ng Miyembro na ito. Kung aaprubahan namin ang iyong kahilingan, maipagpapatuloy mo ang paggamit sa mga provider na ginagamit mo ngayon nang hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa panahong iyon, makikipag-ugnayan sa iyo ang iyong tagapagkoordina ng pangangalaga upang tulungan kang maghanap ng mga provider sa network namin. 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.

Iba pang Coverage sa Kalusugan: Dapat mong gamitin ang lahat ng iba pang coverage sa kalusugan bago ang Medi-Cal kapag available ang serbisyo ring iyon sa ilalim ng iyong coverage sa pangunahing kalusugan dahil ang Medi-Cal ay ang huling pipiliing tagabayad. Ang ibig sabihin nito ay sa karamihan ng mga sitwasyon, ang Medi-Cal ang magiging tagabayad na pangalawa sa Medicare, na sasakop sa mga pinapayagang gastos na hindi binayaran ng Medicare o iba pang coverage sa kalusugan hanggang sa rate ng Medi-Cal.

Mga bagong miyembro sa Kaiser Permanente Dual Complete: Sa karamihan ng mga pagkakataon, mae-enroll ka sa Kaiser Permanente Dual Complete Plan para sa iyong mga benepisyo sa Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos mong humiling na ma-enroll ka sa Kaiser Permanente Dual Complete. Maaari mo pa ring matanggap ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa iyong mga nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal nang hanggang dalawang buwan. Pagkatapos noon, matatanggap mo ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Kaiser Permanente Dual Complete. Hindi magkakaroon ng puwang sa iyong coverage ng Medi-Cal. Mangyaring tawagan ang numero sa ibaba ng pahina kung mayroon ka anumang mga tanong.

C. Ang iyong nangangasiwa ng pangangalaga

C1. Ano ang tagapagkoordina ng pangangalaga

Ang iyong Tagapagkoordina ng Programa sa Plano para sa Mga Espesyal na Pangangailangan ay may responsibilidad sa pagkokoordina ng iyong pangangalaga. Makikipag-ugnayan siya sa iyo taon-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 tagapagkoordina ng pangangalaga

Sumangguni sa **Kabanata 2**, **Sesksyon G** para sa impormasyon tungkol sa kung paano makipag-ugnayan sa iyong tagapagkoordina ng pangangalaga.

C3. Paano mo mapapalitan ang iyong tagapagkoordina ng pangangalaga

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

D. Pangangalaga mula sa mga provider

D1. Pangangalaga mula sa provider ng pangunahing pangangalagang (primary care provider, PCP)

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

Kahulugan ng PCP at kung 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 “pagkoordina” ng iyong pangangalaga ang pagsusuri o pagkonsulta sa iba pang provider na nasa network tungkol sa iyong pangangalaga at kung paano ito umuusad. Sa ilang sitwasyon, 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).

Ang iyong napiling PCP

Karaniwan ay general medicine ang espesyalidad ng iyong PCP (tinatawag ding paggamot sa nasa hustong gulang o internal medicine at family practice) at kung minsan ay obstetrics/gynecology. Sa ilang pasilidad na nasa network, kung gusto mo, maaari kang pumili ng available na nurse practitioner o physician assistant na maging provider ng pangunahing pangangalaga mo. 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. Ang iyong PCP ang magbibigay ng karamihan sa iyong mga regular o basic na pangangalaga at magbibigay ng referral kung kinakailangan upang makapagpatingin sa mga provider na nasa network para sa iba pang pangangalagang kailangan mo. Halimbawa, upang magpatingin sa isang espesyalista, karaniwan ay kailangan mo munang kumuha ng pag-apruba ng iyong PCP (ito ay tinatawag na pagkuha ng “referral” sa isang espesyalista). May ilang uri ng mga sakop na serbisyo na makukuha mo nang hindi nakikipag-ugnayan sa iyong PCP (tingnan ang “Mga serbisyong makukuha mo nang walang pag-apruba ng 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 sa anumang dahilan, sa anumang oras. Posible rin na maaaring umalis ang iyong PCP sa network ng plano namin. Kung aalis ang iyong PCP sa network namin, maaari ka naming tulungang maghanap ng bagong PCP sa network namin. Magkakaroon kaagad ng bisa ang iyong napiling PCP.

Upang pumili o magpalit ng iyong PCP, mangyaring tawagan ang **numero sa pagpili ng personal na doktor namin sa** 1-888-956-1616 (TTY 711), Lunes hanggang Biyernes, 7 a.m. hanggang 7 p.m. **Maaari mo ring isagawa ang iyong pagpili sa** kp.org/finddoctors.

Kapag tumawag ka, sabihin sa amin kung ikaw ay magpapatingin sa mga espesyalista o kukuha ng mga sakop na serbisyo na nangangailangan ng pag-apruba ng iyong PCP (tulad ng mga serbisyo sa kalusugan sa tahanan at matibay na kagamitang pangmedikal) upang masabi namin sa iyo kung kailangan mo kumuha ng referral mula sa sa bago mong PCP upang maipagpatuloy ang mga serbisyo. Gayundin, kung mayroong partikular na espesyalista o ospital na nasa network na gusto mong gamitin, makipag-ugnayan sa amin upang malaman kung ang iyong PCP ay gumagawa ng mga referral sa espesyalistang iyon, o gumagamit ng ospital na iyon.

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 gumamit ng ibang provider. Ang pag-aprubang ito ay tinatawag na **referral**. Maaari kang kumuha ng mga serbisyong tulad ng mga nakalista sa ibaba nang hindi nangangailangang kumuha muna ng pag-apruba mula sa iyong PCP:

- Mga serbisyong pang-emergency mula sa mga provider na nasa network o provider na wala sa network
- Mga agarang kinakailangang sakop na serbisyo na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon (ngunit hindi isang emergency) kung ikaw ay pansamantalang nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano, o kung hindi naaangkop sa iyong oras, lugar, at mga sitwasyon na makuha ang serbisyong ito mula sa mga provider ng network. Ang mga halimbawa ng mga agarang kinakailangang serbisyo ay ang mga hindi inaasahang sakit at pinsala o biglaang pag-flare up ng mga dati nang kondisyon. Ang mga medikal na kinakailangang regular na pagpapatingin sa provider (tulad ng mga taunang check-up) ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na wala ka sa pinaglilingkurang lugar ng plano namin o pansamantalang hindi available ang network namin
- 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. Kung tatawag ka sa Mga Serbisyo sa Miyembro bago ka umalis sa sineserbisyuhang lugar, matutulungan ka naming makatanggap ng dialysis habang nasa malayo ka.
- Mga bakuna para sa trangkaso at bakuna para sa COVID-19, at mga bakuna para sa hepatitis B at pulmonya, hangga’t kinukuha mo ang mga ito mula sa isang provider na nasa network.
- Mga karaniwang serbisyo ng pangangalaga sa kalusugan ng kababaihan at pagpaplano ng pamilya. 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 larangan: optometry, pang-aabuso sa substance, at psychiatry.
- Sa aming rehiyon sa Southern California, pangangalaga sa chiropractic na sakop ng Medicare basta kukunin mo ang mga ito mula sa isang provider na nasa network.

Bukod pa rito, kung ikaw ay isang Miyembrong American Indian, maaari kang makatanggap ng Mga Sakop na Serbisyo mula sa isang Indian na Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan na gusto mo, nang hindi kinakailangan ng referral mula sa isang PCP na nasa Network o ng Paunang Pahintulot.

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

Ang 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:

- Mga oncologist na nangangalaga sa mga pasyenteng may kanser.
- Mga cardiologist na nangangalaga sa mga pasyenteng may mga problema sa puso.
- Mga orthopedist na nangangalaga 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:

- hindi gumagaling (tuloy-tuloy) na kondisyon;
- nakamamatay na sakit sa pangangatawan o isip;
- degenerative na sakit o kapansanan;
- anupamang kondisyon o sakit na nangangailangan ng paggamot ng espesyalista dahil sa kalubhaan o pagkakumplikado nito.

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

Mga referral sa mga provider na nasa network

Kapag nagrereseta ang iyong PCP ng pangangalagang hindi available mula sa isang PCP (halimbawa, ang may espesyalidad na pangangalaga), magbibigay siya sa iyo ng referral na magpatingin sa isang espesyalista na nasa network o ibang provider na nasa network kung kinakailangan. Kung ikaw ay ire-refer ng iyong PCP sa isang espesyalista na nasa network, ang referral ay para sa isang partikular na plano ng paggamot. Maaaring kabilang sa iyong plano sa paggamot ang isang standing referral kung inireseta ang patuloy na pangangalaga mula sa espesyalista. Padadalhan ka namin ng nakasulat na referral upang pahintulutan ang isang paunang konsultasyon o ang nakatakdang bilang ng mga pagbisita sa isang espesyalista sa network. Pagkatapos ng iyong paunang konsultasyon sa

espesyalista na nasa network, dapat ay bumalik ka sa iyong PCP maliban kung nagpahintulot kami ng higit pang pagpapatingin na tinukoy sa nakasulat na referral na ibinigay namain sa iyo. Huwag bumalik sa espesyalista na nasa network pagkatapos ng iyong paunang konsultasyon na pagpapatingin maliban kung nagpahintulot kami ng mga karagdagang pagpapatingin sa iyong referral. Kung hindi, ang mga serbisyo ay hindi maaaring masakop.

Paunang pahintulot

Para sa mga serbisyo at item na nakalista sa ibaba, kakailanganin ng iyong provider na nasa network na maagang kumuha ng pag-apruba mula sa plano namin o sa Medikal na Grupo (ito ay tinatawag na pagkuha ng “paunang pahintulot”). Ang mga pagpapasya tungkol sa mga kahilingan ng pahintulot ay isasagawa lang ng mga lisensyadong doktor o iba pang medikal na propesyonal na may naaangkop na lisensya. Kung sakaling hindi ka sasang-ayon sa mga pagpapasya sa pahintulot, maaari kang maghain ng apela na inilalarawan sa **Kabanata 9.**

- Mga serbisyo at item na tinukoy sa **Kabanata 4** na may (†).
- Kung magpapasya ang iyong provider na nasa network na kailangan mo ng mga sakop na serbisyo na hindi available sa mga provider na nasa network, irerekomenda niya sa Medikal na Grupo na i-refer ka sa provider na wala sa network sa loob o labas ng pinaglilingkurang lugar namin. Papayagan ng naaangkop na itinalagang Medikal na Grupo ang mga serbisyo kung matutukoy niyang 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 ng paggamot, na maaaring kinabibilangan ng standing referral kung irereseta ang patuloy na pangangalaga. Tinutukoy nito ang tagal ng referral nang hindi nangangailangang kumuha ng karagdagang pag-apruba mula sa amin. Mangyaring hilingin sa iyong provider ng network kung anong mga serbisyo ang napahintulutan kung hindi ka sigurado. Kung gusto ng espesyalista na wala sa network na ikaw ay bumalik para sa higit pang pangangalaga, siguraduhing tingnan kung sakop ng referral ang karagdagang pangangalaga. Kung hindi, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong provider ng network.
- 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. Mangyaring tingnan ang **Seksyon H** sa kabanatang ito para sa higit pang impormasyon.
- Medikal na kinakailangang transgender surgery at mga nauugnay na procedure.
- Pangangalaga mula sa panrelihiyong institusyon sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pangmedikal na inilalarawan sa **Seksyon K** ng kabanatang ito.

- Para lamang sa mga miyembro sa Northern California: Kung ang iyong provider na nasa network ay gagawa ng nakasulat o elektronikong referral para sa pagsusuri sa para sa transplant, papahintulutan ng panrehiyong komite sa pagpapayo tungkol sa transplant o lupon o kumperensya sa kaso (kung mayroon man) ng Medikal na Grupo ang referral kung mapag-aalaman nitong ikaw ay isang potensyal na kandidato para sa transplant ng organ at ang serbisyo ay sinasakop alinsunod sa mga alituntunin ng Medicare. Sa mga sitwasyong walang umiiral na komite o lupon sa transplant, ire-refer ka ng Medikal na Grupo sa (mga) doktor sa isang transplant center, at papahintulutan ng Medikal na Grupo ang mga serbisyo kung mapag-aalaman 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 procedure ng pagpapahintulot sa transplant ng Medikal na Grupo na ito.

D3. Kapag umalis ang isang provider sa plano namin

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 ka ng mga karapatan at proteksyon na ito 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 nagpatingin ka sa provider na iyon sa loob ng nakalipas na tatlong taon.
    - 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 nagpatingin 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 humiling, para patuloy na matanggap ang medikal na kinakailangang paggamot o mga therapy. Makikipagtulungan kami sa iyo para patuloy kang makakuha ng pangangalaga. Makikipagtulungan kami sa iyo upang patuloy kang makatanggap ng pangangalaga.
- Bibigyan ka namin ng impormasyon tungkol sa mga available na panahon ng pag-enroll at mga opsyon na maaaring mayroon ka para sa pagpapalit ng plano.

- Kung hindi kami makakahanap ng kwalipikadong espesyalistang nasa network na accessible sa iyo, kami ay mag-aasikaso ng espesyalistang wala sa network na magbibigay ng iyong pangangalaga kapag ang provider na nasa network o benepisyo ay hindi available o hindi sapat upang matugunan ang iyong mga medikal na pangangailangan. Papayagan ng naaangkop na itinalagang Medikal na Grupo ang mga serbisyo kung matutukoy niyang 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 ng paggamot, na maaaring kinabibilangan ng standing referral kung irereseta ang patuloy na pangangalaga. Tinutukoy nito ang tagal ng referral nang hindi nangangailangang kumuha ng karagdagang pag-apruba mula sa amin. Mangyaring hilingin sa iyong provider ng network kung anong mga serbisyo ang napahintulutan kung hindi ka sigurado. Kung gusto ng espesyalista na wala sa network na ikaw ay bumalik para sa higit pang pangangalaga, siguraduhing tingnan kung sakop ng referral ang karagdagang pangangalaga. Kung hindi, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong provider ng network.
- Kung malalaman mong ang isa sa iyong mga provider ay aalis sa plano namin, makipag-ugnayan sa amin. Matutulungan ka naming pumili ng bagong provider na mamamahala ng iyong pangangalaga.
- Kung sa iyong palagay ay hindi namin napalitan ng kwalipikadong provider ang iyong dating provider o hindi namin pinapamahalaan nang maayos ang iyong pangangalaga, may karapatang kang maghain ng reklamo sa kalidad ng pangangalaga sa Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO), karaingan sa kalidad ng pangangalaga, o pareho. (Sumangguni sa **Kabanata 9** para sa higit pang impormasyon.)

D4. Mga provider na wala sa network

Kung ikaw ay gagamit ng provider na wala sa network, dapat ay tanggapin ng provider ang Medicare at/o Medi-Cal.

- Hindi namin mababayaran ang isang provider na hindi kwalipikadong sumali sa Medicare at/o Medi-Cal.
- Kung gagamit ka ng provider na hindi kwalipikadong sumali sa Medicare, dapat mong bayaran ang buong halaga ng mga serbisyong kukunin mo.
- Dapat sabihin ng mga provider sa iyo kung sila ay hindi kwalipikadong sumali sa Medicare.

E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-term services and supports, LTSS)

Matutulungan ka ng Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS) na manatili sa bahay at makaiwas sa pananatili sa isang ospital o skilled nursing facility. Ikaw ay mayroong access sa ilang partikular na Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS) sa pamamagitan ng plano namin, kabilang ang pangangalaga sa skilled nursing facility, Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community Based Adult Services, CBAS), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang isa pang uri ng Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS), ang programang Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan, ay available sa ahensya ng serbisyong panlipunan ng iyong county.

Maaari kang magtanong sa iyong doktor o tagapangasiwa ng pangangalaga para sa higit pang impormasyon tungkol sa Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS) kabilang ang IHSS. Ang iyong tagapangasiwa ng pangangalaga ay maaaring tumulong sa iyong mag-apply para sa IHSS sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa naaangkop na ahensya ng serbisyong panlipunan ng county na nakasaad sa **Kabanata 4, Seksyon F4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak)

Mayroon kang karapatang mag-access ng mga medikal na kinakailangang serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na sakop ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na sinasagot ng pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Ang plano namin ay hindi nagbibigay ng mga may espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal o mga serbisyo sa sakit dahil sa pag-abuso sa droga at/o alak ng county, ngunit available ang mga serbisyong ito sa iyo sa pamamagitan ng ahensya ng kalusugan ng pag-uugali ng iyong county, na tinutukoy sa ibaba:

- Alameda County Department of Mental Health sa 1-800-491-9099 (TTY 1-800-533-5018)
- Alameda County Department of Substance Abuse sa 1-844-682-7215 (TTY 1-800-533-5018)
- Amador County Behavioral Health sa 1-888-310-6555 (TTY 711)
- Contra Costa County Behavioral Health sa 1-888-678-7277 (TTY 711)
- El Dorado County Behavioral Health sa 1-800-929-1955 (TTY 711)
- Fresno County Behavioral Health sa 1-800-654-3937 (TTY 711)
- Kern County Behavioral Health sa 1-800-991-5272 (TTY 711)
- Kings County Behavioral Health sa 1-800-655-2553 (TTY 711)
- Los Angeles County Department of Mental Health sa 1-800-854-7771 (TTY 711)
- Madera County Behavioral Health sa 1-888-275-9779 (TTY 711)
- Marin County Behavioral Health sa 1-888-818-1115 (TTY 711)
- Mariposa County Behavioral Health sa 1-800-549-6741 (TTY 711)
- Napa County Behavioral Health sa 1-800-648-8650 (TTY 711)
- Orange County Mental Health and Recovery Services sa 1-855-625-4657 (TTY 711)
- Placer County Behavioral Health sa 1-888-886-5401 (TTY 711)

- Riverside County Behavioral Health sa 1-800-499-3008 (TTY 711)
- San Bernardino Department of Behavioral Health sa 1-888-743-1478 (TTY 711)
- San Diego County Behavioral Health Services sa 1-888-724-7240 (TTY 711)
- Sacramento County Behavioral Health Services sa 1-888-881-4881 (TTY 711)
- San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services sa 1-800-686-0101 (TTY 711)
- San Francisco County Behavioral Health sa 1-888-246-3333 (711)
- San Joaquin County Behavioral Health sa 1-888-468-9370 (711)
- Santa Clara County Behavioral Health Services sa 1-800-704-0900 (TTY 711)
- Santa Cruz County Behavioral Health sa 1-800-952-2335 (711)
- Solano County Behavioral Health sa 1-800-547-0495 (711)
- Sonoma County Behavioral Health sa 1-800-870-8786 (711)
- Stanislaus County Behavioral Health sa 1-888-376-6246 (711)
- Tulare County Department of Mental Health sa 1-800-320-1616 (TTY 711)
- Tulare County Department of Substance Abuse sa 1-866-732-4114 (TTY 711)
- Ventura County Behavioral Health sa 1-866-998-2243 (TTY 711)
- Yolo County Behavioral Health sa 1-888-965-6647 (TTY 1-800-735-2929)
- Yuba County Behavioral Health sa 1-888 923-3800 (TTY 711)

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

Ang mga may espesyalidad na serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng isip ay available sa iyo sa pamamagitan ng plano sa kalusugan ng isip (mental health plan, MHP) ng county kung matutugunan mo ang mga pamantayan sa pag-access ng mga may espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip. Kabilang sa mga may espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na ibinibigay ng ahensya ng kalusugan ng pag-uugali ng iyong county (tinukoy sa **Seksyon F** ng kabanatang ito) ang sumusunod:

- mga serbisyo sa kalusugan ng isip
- mga serbisyo sa suporta sa gamot
- mga pang-umagang serbisyo para sa masusing paggamot

- pang-umagang rehabilitasyon
- mga serbisyo para sa pamamagitan sa krisis
- mga serbisyo para sa pagpapahupa ng krisis
- mga pantahanang serbisyo ng paggamot sa nasa hustong gulang
- mga pantahanang serbisyo ng paggamot sa krisis
- mga serbisyo ng pasilidad para sa kalusugan ng isip
- mga inpatient na serbisyo ng ospital sa isip
- nakatuon na pamamahala ng kaso
- pagbalik sa komunidad matapos makalabas ng bilangguan, kung saan mayroon
- assertive community treatment (ACT), kung saan mayroon
- forensic assertive community treatment (FACT), kung saan umiiral
- coordinated specialty care (CSC) para sa first episode psychosis (FEP), kung saan umiiral
- mga serbisyo ng clubhouse, kung saan umiiral
- mga serbisyo sa enhanced community health worker (CHW), kung saan mayroon
- suportadong trabaho, kung saan mayroon
- mga serbisyo sa suporta mula sa kapwa, kung saan umiiral
- mga mobile na serbisyo sa komunidad para sa pamamagitan sa krisis, kung saan mayroon
- mga serbisyo na gumagamot sa pag-uugali
- pangangalaga sa mga bata na nakaranas ng trauma

Kabilang sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal na ibinibigay ng iyong county ang:

- masusing outpatient na mga serbisyo ng paggamot
- pantahanang paggamot sa sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak sa panahon ng pagbubuntis
- mga outpatient na serbisyo sa paggamot
- programa sa paggamot sa pagkalulong sa droga
- mga gamot para sa paggamot sa adiksyon (tinatawag ding Paggamot sa Tulong ng Gamot)
- mga serbisyo sa suporta mula sa kapwa, kung saan umiiral
- mga mobile na serbisyo sa komunidad para sa pamamagitan sa krisis, kung saan mayroon

Ang mga serbisyo ng Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) ay makukuha mo sa pamamagitan ng iyong County Behavioral Health Agency, kung natutugunan mo ang mga pamantayan para sa pagtanggap ng mga serbisyong ito. Kabilang sa mga Serbisyo ng DMC-ODS ang:

- mga outpatient na serbisyo sa paggamot
- masusing outpatient na mga serbisyo ng paggamot
- mga serbisyo sa bahagyang pagpapaospital
- mga gamot para sa paggamot sa adiksyon (tinatawag ding Paggamot sa Tulong ng Gamot)
- mga pantahanang serbisyo ng paggamot
- mga serbisyo sa pamamahala ng withdrawal
- programa sa paggamot sa pagkalulong sa droga
- mga serbisyo sa pagpapagaling
- pangangasiwa ng pangangalaga
- mga serbisyo sa suporta mula sa kapwa, kung saan umiiral
- mga mobile na serbisyo sa komunidad para sa pamamagitan sa krisis, kung saan mayroon
- mga serbisyo sa contingency management, kung saan umiiral
- mga inpatient na serbisyo ng paggamot

Bukod pa sa mga serbisyong nakalista sa itaas, maaari kang magkaroon ng access sa mga serbisyo sa boluntaryong inpatient na pag-detoxify kung matutugunan mo ang mga pamantayan.

G. Mga serbisyong pang-transportasyon

G1. Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon

May karapatan kang makakuha ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon (non-emergency medical transportation, NEMT) kung mayroon kang mga medikal na pangangailangan na humahadlang sa iyong gumamit ng kotse, bus, o taxi sa iyong mga appointment. Maaaring ibigay ang NEMT sa lahat ng sakop na serbisyo ng Medi-Cal tulad ng mga medikal na appointment, appointment sa pangangalaga ng ngipin, kalusugan ng isip, paggamit ng droga at/o alak, at parmasya. Kung kailangan mo ng NEMT, maaari kang makipag-usap sa iyong provider na nasa network, dentista, o provider sa sakit dahil sa pag-abuso sa droga at/o alak at hingin ito. Pagpapasyahan ng iyong provider ang pinakamainam na uri ng transportasyon na nakakatugon sa iyong mga pangangailangan. Kung kailangan mo ng NEMT, sila ay magrereseta nito sa pamamagitan ng pagkumpleto ng form at pagsususmite nito sa Kaiser Permanente Dual Complete upang maaprubahan. Depende sa iyong medikal na pangangailangan, maaari kang makakuha ng pag-apruba nang hanggang 12 buwan. Muling susuriin ng iyong PCP ang iyong pangangailangan para sa NEMT ayon sa kinakailangan o kapag nag-expire na ang iyong reseta, at maaari nitong aprubahan muli ang NEMT nang hanggang 12 buwan.

Ang NEMT ay isang ambulansya, litter van, wheelchair van, o transportasyong panghimpapawid. Pinapayagan ng Kaiser Permanente Dual Complete ang pinakamurang sakop na anyo ng transportasyon at ang pinakanaaangkop na NEMT para sa iyong mga medikal na pangangailangan kapag kailangan mo ng masasakyan papunta sa iyong appointment. Halimbawa, kung ikaw ay pisikal o medikal na maihahatid ng wheelchair van, hindi magbabayad ang Kaiser Permanente Dual Complete para sa ambulansya. May karapatan ka lang na sumakay sa transportasyong panghimpapawid kung nagiging imposible ang pagsakay sa anumang anyo ng transportasyong panlupa dahil sa iyong medikal na kondisyon.

Dapat gamitin ang NEMT kapag:

- Pisikal o medikal mo itong kinakailangan ayon sa nakasulat na pahintulot mula sa isang provider na nasa network, dentista, o provider para sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak dahil hindi ka makakasakay ng bus, taxi, kotse, o van upang makarating sa iyong appointment.
- Kailangan mo ng tulong mula sa driver papunta at paalis sa iyong tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa isang kapansanan sa pisikal o isip.

Upang humingi ng medikal na transportasyon na inireseta ng iyong doktor para sa mga hindi agarang **regular na appointment**, tawagan ang Kaiser Permanente Dual Complete nang kahit tatlong araw ng negosyo man lang (Lunes-Biyernes) bago ang iyong appointment. Para sa **pagpapa-appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang iyong ID Card ng Miyembro kapag tumawag ka. Maaari ka ring tumawag kung kailangan mo ng higit pang impormasyon.

Mga limitasyon sa medikal na transportasyon

Sinasakop ng Kaiser Permanente Dual Complete ang pinakamurang medikal na transportasyon na nakakatugon sa iyong mga medikal na pangangailangan, mula sa iyong bahay papunta sa pinakamalapit na provider kung saan mayroong available na appointment. Hindi ibibigay ang medikal na transportasyon kung hindi babayaran ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo. Kung ang uri ng appointment ay sakop ng Medi-Cal ngunit hindi sa pamamagitan ng planong pangkalusugan, tutulungan ka ng Kaiser Permanente Dual Complete na mag-iskedyul ng iyong transportasyon. Ang listahan ng mga sakop na serbisyo ay nasa **Kabanata 4** ng handbook na ito. Hindi sakop ang transportasyon sa labas ng network o pinaglilingkurang lugar ng Kaiser Permanente Dual Complete maliban kung may paunang pahintulot.

G2. Transportasyong hindi pangmedikal

Kabilang sa mga benepisyo ng transportasyong hindi pangmedikal (non-medical transportation, NMT) ang pagbiyahe papunta at pabalik mula sa iyong mga appointment para sa serbisyong inaprubahan ng iyong provider. Makakakuha ka ng masasakyan, nang walang bayad, kapag ikaw ay:

- Pupunta at manggagaling sa isang appointment para sa serbisyong pinahintulutan ng iyong provider, **o**
- Kukuha ng mga iniresetang gamot at mga kagamitang medikal.

Pinahihintulutan ka ng planong Kaiser Permanente Dual Complete na gumamit ng kotse, taxi, bus, o iba pang pampubliko o pribadong paraan para makapunta sa iyong appointment para sa mga serbisyong pinahintulutan ng iyong provider. Gumagamit ang Kaiser Permanente Dual Complete ng mga vendor para asikasuhin ang pagkuha ng NMT. Sakop namin ang pinakamurang uri ng NMT na tumutugon sa iyong mga pangangailangan.

Minsan, maaari kang makatanggap ng reimbursement para sa mga pagsakay gamit ang pribadong sasakyan na ikaw mismo ang kumuha. Kailangang aprubahan ng planong Kaiser Permanente Dual Complete ang serbisyong ito **bago** ka makakuha ng sakay, at kailangan mong ipaliwanag sa amin kung bakit hindi ka makakakuha ng sakay sa ibang paraan, tulad ng pagsakay sa bus. Maaari mo kaming sabihan sa pamamagitan ng pagtawag, pag-email, o nang personal. **Hindi ka maaaring bayaran o i-reimburse para sa pagmamaneho ng sarili mong sasakyan**.

Ang reimbursement para sa mileage ay nangangailangan ng lahat ng sumusunod:

- Lisensya sa pagmamaneho ng drayber.
- Rehistro ng sasakyan ng drayber.
- Katibayan ng insurance ng sasakyan para sa drayber.

Para humiling ng serbisyo sa transportasyon para sa mga serbisyong naaprubahan na, tumawag sa aming linya para sa transportasyon sa 1-844-299-6230 (TTY 711) nang hindi bababa sa tatlong araw na may trabaho (Lunes hanggang Biyernes) bago ang iyong appointment. Para saagarang appointment, tumawag sa lalong madaling panahon. Maaari ka ring tumawag kung kailangan mo ng higit pang impormasyon. Pakihanda ang lahat ng sumusunod kapag tumawag ka:

- ID card ng Kaiser Permanente.
- Ang petsa at oras ng iyong mga medikal na appointment.
- Ang address kung saan ka susunduin at ang address kung saan ka pupunta.
- Kung kakailanganin mo ng biyaheng pabalik.
- Kung may kasama kang babyahe (halimbawa, magulang/legal na tagapag-alaga o caregiver).

Tandaan: Maaaring makipag-ugnayan ang mga miyembrong American Indian sa kanilang lokal na Indian Health Clinic upang humiling ng transportasyong hindi medikal.

Mga limitasyon sa hindi medikal na transportasyon

Ibinibigay ng Kaiser Permanente Dual Complete plan ang pinakamurang NMT na nakakatugon sa iyong mga medikal na pangangailangan, mula sa iyong bahay papunta sa pinakamalapit na provider kung saan mayroong available na appointment. **Hindi mo maipagmamaneho ang iyong sarili or hindi ka direktang maire-reimburse.**

AngNMT ay hindi naaangkop kung:

- Kailangan ng ambulansya, van na may stretcher, van na may wheelchair, o iba pang uri ng transportasyong medikal na hindi pang-emerhensiya upang makapunta sa serbisyo.

- Kailangan mo ng tulong mula sa drayber papunta at pabalik sa iyong tirahan, sasakyan, o lugar ng pagpapagamot dahil sa isang pisikal o medikal na kondisyon.
- Naka-wheelchair ka at hindi makasakay o makababa sa sasakyan nang walang tulong mula sa drayber.
- Hindi sakop ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo.

H. Mga serbisyong sakop sa panahon ng medikal na emerhensiya, kapag kailangang-kailangan, o sa panahon ng sakuna

H1. Pangangalaga sa panahon ng medikal na emergency

Ang medikal na emerhensiya ay isang kondisyong medikal na may mga sintomas tulad ng pagkakasakit, matinding sakit ng katawan, malubhang pinsala, o medikal na kondisyong mabilis na lumalala. Napakalubha ng kondisyong ito kaya, kung hindi ito mabibigyan ng agarang medikal na atensyon, maaari mong asahan o ng sinumang may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina na magreresulta ito sa:

- seryosong panganib sa iyong buhay o sa buhay ng iyong hindi pa naisisilang na anak; **o**
- pagkawala o malubhang pinsala sa mga gawain ng katawan; **o**
- malubhang problema sa paggana ng alinmang organo o bahagi ng katawan; **o**
- sa kaso ng isang buntis na nasa panahon ng panganganak, kapag:
  - Walang sapat na oras upang ligtas kang mailipat sa ibang ospital bago ang panganganak.
  - Ang paglilipat sa ibang ospital ay maaaring magdulot ng panganib sa iyong kalusugan o kaligtasan, o sa kalusugan o kaligtasan ng iyong hindi pa naisisilang na anak.

Kung mayroon kang medikal na emergency:

- **Humingi** kaagad **ng tulong hangga't maaari.** Tumawag sa 911 o gamitin ang pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansya kung kailangan mo nito. Hindi mo kailangan *ng* pag-apruba o referral mula sa iyong PCP. Hindi mo kailangang gumamit ng provider na nasa network. Maaari kang makakuha ng sakop na pang-emerhensiyang pangangalagang medikal sa oras na kailanganin mo ito saanman sa U.S. o sa mga teritoryo nito o sa ibang bahagi ng mundo, mula sa sinumang provider na may angkop na lisensya ng estado, kahit na hindi sila bahagi ng aming network.
- **Sabihin sa plano namin ang tungkol sa iyong emergency sa lalong madaling panahon.** Fina-follow up namin ang iyong pang-emergency na pangangalaga. Dapat kang tumawag o and ibang tao upang ipaalam sa amin ang tungkol sa iyong pangangailangang medikal na pang-emerhensiya, karaniwan ay sa loob ng 48 oras. Gayunpaman, hindi ka magbabayad para sa mga serbisyong pang-emerhensiya kung ipagpapaliban mo ang pag-sabi sa amin. Ang numerong dapat tawagan ay nakasulat sa likod ng iyong plan membership card.

Mga sakop na serbisyo sa isang medikal na emerhensiya

Sakop ng aming plano ang mga serbisyo ng ambulansya sa mga sitwasyong maaaring maglagay sa panganib ng iyong kalusugan ang pagpunta sa emergency room sa ibang paraan. Sakop din namin ang mga serbisyong medikal sa panahon ng emerhensiya. Upang matuto ng higit pa, sumangguni sa Tsart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro na ito*.

Ang mga provider ng pangangalagang pang-emerhensiya ang nagpapasiya kung matatag na ang iyong kalagayan at tapos na ang medikal na emerhensiya. Patuloy ka nilang gagamutin at makikipag-ugnayan sila sa amin upang magplano kung kakailanganin mo ng karagdagang pangangalaga para gumaling.

Sinasakop ng plano namin ang iyong follow-up na pangangalaga. Kung ang iyong pangangalagang pang-emerhensiya ay ibinibigay ng mga provider na wala sa network, susubukan naming ilipat ang iyong pangangalaga sa mga provider na nasa network sa lalong madaling panahon.

Makikipagtulungan kami sa mga doktor na nagbibigay ng pangangalagang pang-emerhensiya upang tumulong sa pamamahala at pagsubaybay sa pangangalaga sa iyo. Pagkatapos ng emerhensiya, may karapatan kang makatanggap ng follow-up care upang matiyak na nananatiling matatag ang iyong kalagayan. Patuloy kang gagamutin ng iyong mga doktor hanggang sa makipag-ugnayan sila sa amin at magplano para sa karagdagang pangangalaga. Sasagutin namin ang gastos sa iyong follow-up na pangangalaga pagkatapos ma-stabilize ang iyong kondisyon, alinsunod sa naaangkop na batas. Napakahalagang tumawag sa amin ang iyong provider upang humingi ng pahintulot para sa pangangalagang ito **bago** mo ito tanggapin mula sa isang provider na wala sa aming network. Ang provider na gumagamot sa iyo ay dapat kumuha ng awtorisasyon mula sa amin bago namin bayaran ang pangangalaga pagkatapos ng stabilization. Sa karamihang mga pagkakataon, ikaw lang ang magbabayad kung aabisuhan ka ng provider na wala sa network o namin tungkol sa iyong posibleng pananagutan.

Upang humiling ng paunang pahintulot para makatanggap ka ng pangangalaga pagkatapos ng stabilization mula sa isang provider na wala sa network, dapat kaming tawagan ng provider sa 1-800-225-8883 (TTY 711). Maaari rin silang tumawag sa numero ng telepono na nasa likod ng iyong Kaiser Permanente ID card. Kailangang tumawag sa amin ang provider bago mo makuha ang mga serbisyo.

Kapag tumawag ang provider, kakausapin namin ang doktor na gumagamot sa iyo tungkol sa iyong problema sa kalusugan. Kung matukoy naming kailangan mo ng pangangalaga pagkatapos ng stabilization, pahihintulutan namin ang mga serbisyong sakop nito. Sa ilang mga pagkakataon, maaari kaming magsaayos ng isang network provider para magbigay ng pangangalaga.

Kung magpapasiya kaming ibigay ang pangangalaga sa isang network hospital, skilled nursing facility, o iba pang provider, maaari naming pahintulutan ang mga serbisyo sa transportasyon na kinakailangan ayon sa medikal na batayan upang makarating ka sa nasabing provider. Maaaring kabilang dito ang mga espesyal na serbisyo sa transportasyon na karaniwan ay hindi namin sakop.

Dapat mong itanong sa provider kung anong pangangalaga (kabilang ang anumang transportasyon) ang aming pinahintulutan. Sinasakop lamang namin ang mga serbisyo o kaugnay na transportasyon na aming pinahintulutan. Kung hihilingin at tatanggapin mo ang mga serbisyong hindi sakop, hindi namin mababayaran ang provider para sa mga serbisyong iyon.

Kasama rin sa pangangalaga pagkatapos ng stabilisasyon ang mga matibay na kagamitang medikal (“DME”) at kung tanging natutugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon:

- Ang item na DME ay sakop ayon sa inilarawan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Medikal na kinakailangan para sa iyo na magkaroon ng item na DME pagkatapos mong lumabas ng ospital.
- Ang item na DME ay may kaugnayan sa pangangalagang pang-emerhensiya na natanggap mo sa ospital.

Pagkuha ng pang-emerhensiyang pangangalaga kahit hindi naman ito emerhensiya

Minsan, maaaring mahirap malaman kung ikaw ay may medikal na emerhensiya o emerhensiya na may kaugnayan sa pag-uugali. Maaaring magpunta ka para sa emerhensiyang pangangalaga, pero sasabihin ng doktor na hindi naman pala talaga ito emerhensiya. Hangga’t may makatwirang batayan ang iyong paniniwala na nasa malubhang panganib ang iyong kalusugan, sasagutin namin ang gastos sa pangangalaga.

Gayunpaman, matapos sabihin ng doktor na hindi iyon isang emerhensiya, sasakupin lang namin ang iyong karagdagang pangangalaga kung:

- Gagamit ka ng provider ng network o
- Ang karagdagang pangangalaga na kukunin mo ay itinuturing na “agarang kinakailangang pangangalaga” at susundin mo ang mga panuntunan sa pagkuha nito. Sumangguni sa susunod na seksyon.

H2. Agarang kinakailangang pangangalaga

Ang agarang kinakailangang pangangalaga ay ang pangangalagang natatanggap mo sa sitwasyong hindi emerhensiya ngunit kailangan agad ng pangangalaga. Halimbawa, maaaring muling lumala ang isang dati nang kondisyon, o kaya ay magkaroon ng hindi inaasahang sakit o pinsala.

Agarang kinakailangang pangangalaga na nasa pinaglilingkurang lugar ng aming plano

Sinasakop namin ang agarang kinakailangang pangangalaga kung:

- Makukuha mo ang pangangalagang ito mula sa isang provider ng network **at**
- Sinusunod mo ang mga tuntuning nakasaad sa kabanatang ito.

Kung hindi posible o makatwirang pumunta sa isang provider ng network dahil sa iyong oras, lokasyon, o mga kalagayan, sasagutin namin ang gastos para sa agarang pangangailangang medikal na matatanggap mo mula sa isang provider na wala sa network.

Alam namin na kung minsan ay mahirap malaman kung anong uri ng pangangalaga ang kailangan mo. Kaya naman mayroon kaming mga nurse na handang tumulong sa iyo sa pamamagitan ng telepono. Ang aming mga advice nurse ay mga rehistradong nars na may espesyal na pagsasanay upang tumulong sa pagsusuri ng mga sintomas at magbigay ng payo sa pamamagitan ng telepono,

kung naaangkop ayon sa medikal na pamantayan. Tumatawag ka man para humingi ng payo o para magpa-appointment, maaari kang makipag-usap ng isang advice nurse.

Kadalasan, kaya nilang sagutin ang mga tanong tungkol sa mga hindi gaanong malalang problema, sabihin sa iyo ang dapat gawin kung sarado ang isang pasilidad na kabilang sa network, o magbigay ng payo sa susunod na hakbang kabilang na ang pag-aayos ng appointment para sa agarang pangangalaga sa mismong araw na iyon kung kinakailangan ayon sa medikal na pagsusuri.
Para makausap ang isang advice nurse nang 24 oras bawat araw, 7 araw sa isang linggo, o para mag-iskedyul ng appointment, pakitingnan ang iyong *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para sa mga numero ng telepono para sa appointment at paghingi ng payo.

Agarang kinakailangang pangangalaga sa lugar na sakop ng serbisyo ng aming plano

Kapag ikaw ay nasa labas ng service area ng aming plano, maaaring hindi ka makakuha ng pangangalaga mula sa isang network provider. Kung gayon, sakop ng aming plano ang agarang kinakailangang pangangalagang matatanggap mo mula sa alinmang provider. Gayunpaman, ang mga medikal na kinakailangang regular na pagpapatingin sa provider tulad ng mga taunang check-up ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na wala ka sa sakop na lugar ng plano namin o pansamantalang hindi available ang network namin.

Sakop ng aming plano ang mga serbisyo ng agarang pangangalaga sa buong mundo sa labas ng United States sa ilalim ng mga sumusunod na sitwasyon:

- Pansamantala kang nasa labas ng aming lugar na sineserbisyuhan.
- Ang mga serbisyo ay kinakailangan upang gamutin ang isang hindi inaasahang sakit o pinsala at maiwasan ang malubhang paglala ng iyong kalusugan.
- Hindi makatwirang ipagpaliban ang paggamot hanggang sa makabalik ka sa aming lugar ng serbisyo.
- Sakop sana ang mga serbisyo kung nakuha mo ang mga ito mula sa isang network provider.

H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna

Kung magdeklara ang gobernador ng California, ang U.S. Secretary of Health and Human Services, o ang pangulo ng Estados Unidos ng state of disaster o emerhensiya sa inyong lugar, may karapatan ka pa ring makatanggap ng pangangalaga mula sa aming plano.

Bisitahin ang aming website para sa impormasyon kung paano makukuha ang pangangalagang kailangan mo sa panahon ng idineklarang sakuna: kp.org.

Sa panahon ng idineklarang sakuna, kung hindi ka makagamit ng network provider, maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network sa halagang katumbas ng cost-sharing rate para sa mga provider na nasa loob ng network. Kung hindi ka makagamit ng network pharmacy sa panahon ng idineklarang sakuna, maaari kang kumuha ng iyong mga gamot sa isang out-of-network pharmacy. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

I. Paano kung direkta kang siningil para sa mga sakop na serbisyo

Kung nagbayad ka nang higit sa cost-sharing ng iyong plano para sa mga sakop na serbisyo, o kung nakatanggap ka ng singil para sa kabuuang halaga ng mga sakop na serbisyong medikal, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* upang malaman kung ano ang dapat gawin.

Hindi mo dapat bayaran ang bill nang mag-isa. Kung gagawin mo iyan, maaaring hindi ka namin mabayaran.

I1. Ano ang gagawin kung hindi masasakop ng plano namin ang mga serbisyo

Sakop ng aming plano ang lahat ng serbisyo:

- na tinutukoy na medikal na kinakailangan, at
- na nakalista sa Tsart ng Mga Benepisyo ng aming plano (sumangguni sa **Kabanata 4** ng Handbook ng Miyembro na ito), **at**
- na makukuha mo sa pamamagitan ng pagsunod sa mga tuntunin ng plano.

Kung kukuha ka ng mga serbisyong hindi sakop ng aming plano, **ikaw mismo ang magbabayad ng kabuuang halaga**, maliban kung sakop ito ng ibang programa ng Medi-Cal na labas sa aming plano.

Kung nais mong malaman kung nagbabayad kami para sa anumang serbisyong medikal o pangangalaga, may karapatan kang magtanong sa amin. May karapatan ka ring hilingin na ibigay namin ito nang nakasulat. Kung sabihin naming hindi namin babayaran ang iyong mga serbisyo, may karapatan kang iapela ang aming desisyon.

Nagpapaliwanag ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang dapat gawin kung nais mong sagutin namin ang gastos para sa isang serbisyong medikal o item. Ipinapaliwanag din nito kung paano maghain ng apela sa aming desisyon tungkol sa coverage. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman pa ang tungkol sa iyong mga karapatan sa pag-apela.

Nagbabayad kami para sa ilang serbisyo hanggang sa isang takdang limitasyon. Kung lalampas ka sa limitasyon, babayaran mo ang kabuuang halaga para makakuha ng karagdagang serbisyo ng ganoong uri. Sumangguni sa **Kabanata 4** para sa ispesipikong limitasyon ng mga benepisyo. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang alamin ang mga limitasyon sa benepisyo at kung gaano na karami sa iyong mga benepisyo ang nagamit mo na.

J. Sakop ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang klinikal na pananaliksik

J1. Kahulugan ng klinikal na pananaliksik

Ang isang klinikal na pananaliksik (na tinatawag ding clinical trial) ay isang paraan ng mga doktor upang subukan ang mga bagong uri ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot. Ang isang klinikal na pananaliksik na inaprubahan ng Medicare ay karaniwang humihingi ng mga boluntaryong lalahok sa pag-aaral. Kapag ikaw ay kalahok sa isang klinikal na pananaliksik, maaari kang manatiling naka-enroll sa aming plano at patuloy na makuha ang iba pang bahagi ng iyong pangangalaga (mga pangangalagang hindi kaugnay ng pag-aaral) sa pamamagitan ng aming plano.

Kung nais mong lumahok sa anumang klinikal na pananaliksik na inaprubahan ng Medicare, **hindi mo** kailangang ipaalam ito sa amin o humingi ng aming pahintulot, ngunit hinihikayat ka naming ipaalam ito sa amin o sa iyong pangunahing provider ng pangangalaga. Ang mga provider na nagbibigay sa iyo ng pangangalaga bilang bahagi ng pag-aaral **ay hindi** kinakailangang maging mga network provider. Hindi ito sumasakop sa mga benepisyong nangangailangan ng clinical trial o registry upang masuri ang benepisyo, kabilang ang mga partikular na benepisyong nangangailangan ng coverage with evidence development (NCDs-CED) at mga pag-aaral na may investigational device exemption.(IDE). Ang mga benepisyong ito ay maaari ring sumailalim sa paunang pahintulot at iba pang mga tuntunin ng plano.

Kung plano ninyong lumahok sa isang klinikal na pananaliksik na sakop ng Original Medicare para sa mga naka-enroll, hinihikayat namin kayo o ang inyong care coordinator na makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang ipaalam sa amin lalahok ka sa isang klinikal na pagsubok.

J2. Pagbabayad sa mga serbisyo kapag sumali ka sa isang klinikal na pananaliksik

Kung magboboluntaryo ka para sa isang klinikal na pananaliksik na pinahintulutan ng Medicare, wala kang babayaran para sa mga serbisyong sakop ng pag-aaral. Binabayaran ng Medicare ang mga serbisyong sakop ng pag-aaral, pati na rin ang mga karaniwang gastusing kaugnay ng iyong pangangalaga. Kapag sumali ka sa isang klinkal na pananaliksik na pinahintulutan ng Medicare, sakop ka para sa karamihan ng mga serbisyo at item na matatanggap mo bilang bahagi ng pag-aaral. Kabilang dito ang:

- gastos sa tuluyan at pagkain habang nasa ospital na babayaran ng Medicare kahit hindi ka kasali sa isang pag-aaral
- operasyon o iba pang medikal na pamamaraan na bahagi ng pag-aaral sa pananaliksik
- paggamot sa anumang mga side effect at komplikasyon ng bagong pangangalaga

Kung ikaw ay bahagi ng isang pag-aaral na **na hindi** pinahintulutan ng Medicare, ikaw ang magbabayad ng anumang gastos para sa pakikilahok sa pag-aaral.

J3. Higit pa tungkol sa klinikal na pananaliksik

Maaari kang matuto nang higit pa tungkol sa pagsali sa isang pag-aaral sa klinikal na pananaliksik sa pamamagitan ng pagbabasa ng “Medicare & Clinical Research Studies” sa Medicare website (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). Maaari mong ring tawagan ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-877-486-2048.

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

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

Ang isang institusyong panrelihiyon para sa pangangalagang pangkalusugan na hindi medikal ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalagang karaniwan mong makukuha sa ospital o skilled nursing facility. Kung ang pagpapagamot sa isang ospital o skilled nursing facility. ay labag sa iyong mga paniniwalang pangrelihiyon, sakop namin ang pangangalaga sa isang relihiyosong institusyong pangkalusugan na hindi pang-medikal.

Ang benepisyong ito ay para lamang sa mga serbisyong inpatient sa ilalim ng Medicare Part A (mga serbisyong pangkalusugan na hindi pang-medikal).

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

Para makakuha ng pangangalaga mula sa isang relihiyosong institusyong pangkalusugan na hindi pang-medikal, dapat kang pumirma ng isang legal na dokumento na nagsasaad na tutol ka sa pagtanggap ng medikal na paggamot na “non-excepted.”

- Ang “non-excepted” na medikal na ay anumang pangangalaga o paggamot na **boluntaryo at hindi kinakailangan** ng anumang batas ng pederal, estado, o lokal na pamahalaan.
- Ang “excepted” na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga o paggamot na hindi kusang-loob at kinakailangan sa ilalim ng batas pederal, pang-estado, o lokal.
- Upang masakop ng aming plano, ang pangangalagang natatanggap mo mula sa isang institusyong panrelihiyon na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan na hindi medikal ay dapat tumugon sa mga sumusunod na kondisyon:
- Ang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga ay dapat sertipikado ng Medicare.
- Sakop lamang ng aming plano ang mga aspeto ng pangangalaga na hindi nauugnay sa relihiyon.
- Kung makakatanggap ka ng mga serbisyo mula sa institusyong ito sa loob ng isang pasilidad:
    - Dapat ay mayroon kang kondisyong medikal na magbibigay-daan sa iyong makakuha ng mga sakop na serbisyo para sa pangangalaga bilang pasyenteng nasa ospital o skilled nursing facility.
    - Kailangan mong kumuha ng pahintulot mula sa amin bago ka tanggapin sa pasilidad, **kung hindi** ay hindi masasakop ang iyong pananatili.

Tandaan: Ang mga sakop na serbisyo ay napapailalim sa parehong mga limitasyon at pagbahahagi ng gastos na kinakailangan para sa mga serbisyong ibinibigay ng mga provider ng network, gaya ng inilarawan sa mga **Kabanata 4 at 12**.

L. Matibay na kagamitang medikal (Durable Medical Equipment, DME)

L1. Pagkuha ng DME bilang miyembro ng aming plano

Kabilang sa matitibay na kagamitang medikal (“DME”) ang mga bagay na tumutugon sa mga sumusunod na pamantayan:

- Ang item na ito ay sinadya upang gamitin nang paulit-ulit
- Ang item na ito ay pangunahin at karaniwang ginagamit para sa layuning medikal
- Ang item ay karaniwang kapaki-pakinabang lamang sa taong may sakit, pinsala, kapansanan sa paggana ng katawan, o depekto mula sa kapanganakan
- Ang item ay angkop na gamitin sa loob o labas ng bahay
- Ang item na ito ay kinakailangan upang matulungan ka sa mga pang-araw-araw na gawain o activities of daily living (“ADLs”)

Ang matitibay na kagamitang medikal ay nangangailangan ng paunang pahintulot. Ang sakop ay limitado sa pinakamurang item na sapat na tumutugon sa iyong mga pangangailangang medikal. Kami ang pumipili sa vendor. Kailangan mong ibalik sa amin ang kagamitan o bayaran kami ng katumbas na halaga nito sa merkado kapag hindi na namin ito sakop.

Kabilang sa DME ang ilang mga kagamitang medikal na kinakailangan at inorder ng isang provider, tulad ng mga wheelchair, saklay, powered mattress system, mga suplay para sa diabetes, mga kama sa ospital na inorder ng provider para gamitin sa bahay, mga intravenous (IV) infusion pump, mga device na nakagagawa ng pagsasalita (speech-generating devices), oxygen equipment at mga suplay, mga nebulizer, at mga walker.

Nagmamay-ari ka ng ilang kagamitang DME, tulad ng mga prosthetic.

Iba pang mga uri ng DME na dapat mong rentahan. Bilang miyembro ng aming plano, **hindi mo** magiging pag-aari ang mga inuupahang matibay na kagamitang medikal (DME), gaano man katagal mo ang mga ito upahan.

Kahit na gumamit ka ng DME sa loob ng hanggang 12 magkakasunod na buwan sa ilalim ng Medicare bago ka sumali sa aming plano, **hindi** mapapasaiyo ang kagamitan.

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

Sa programang Original Medicare, nagiging pag-aari na ng mga tao ang ilang uri ng DME na kanilang inuupahan pagkalipas ng 13 buwan. Sa Medicare Advantage (MA) plan, maaaring itakda ng plano ang bilang ng mga buwan na kailangang arkilahin ng mga tao ang mga partikular na uri ng DME bago nila ito tuluyang maging pag-aari.

Kung wala ka nang Medi-Cal, kakailanganin mong magbayad nang 13 beses na magkakasunod sa ilalim ng Original Medicare, o kaya ay magbayad nang magkakasunod ayon sa bilang na itinakda ng MA na plano, upang maging pag-aari ang DME na item kung:

- Hindi ka naging may-ari ng DME item habang ikaw ay nasa aming plano, **at**
- aalis ka sa aming plano at kukunin ang iyong mga benepisyo sa Medicare sa labas ng anumang health plan, sa pamamagitan ng Original Medicare program o isang MA na plano.

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

- Kakailanganin mong gumawa ng 13 magkakasunod na pagbabayad sa ilalim ng Original Medicare, o kaya ay ilang magkakasunod na pagbabayad na itinakda ng MA na plano, upang maging pag-aari ang DME na item.
- Walang mga eksepsiyon dito kapag bumalik ka sa Original Medicare o sa MA na plano.

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

Kung kwalipikado ka para sa oxygen equipment na sakop ng Medicare, sasagutin namin ang:

- renta ng oxygen equipment
- paghahatid ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen
- mga tubo at kaugnay na kagamitan para sa paghahatid ng oxygen at mga nilalamang oxygen
- pagpapanatili at pagkukumpuni ng oxygen equipment

Dapat ibalik ang oxygen equipment kapag hindi na ito medikal na kinakailangan o kung aalis ka sa aming plano.

L4. Kagamitan sa paghahatid ng oxygen kapag lumipat ka sa Original Medicare o iba pang plano ng Medicare Advantage (MA)

Kapag medikal na kinakailangan ang oxygen equipment at **umalis ka sa aming plano upang lumipat sa Original Medicare**, uupahan mo ito mula sa isang supplier sa loob ng 36 na buwan. Sakop ng iyong buwanang bayad sa pag-upa ang oxygen equipment at ang mga supply at serbisyong nakalista sa itaas. Sinasagot ng Medicare at Medi-Cal ang mga bayaring ito kung ikaw ay naka-enroll pa rin sa Medicare at Medi-Cal.

Kung ang oxygen equipment ay kinakailangan ayon sa medikal na pangangailangan **matapos mo itong rentahan nang 36 na buwan** dapat ibigay ng iyong supplier ang mga sumusunod:

- oxygen equipment, suplay, at serbisyo para sa oxygen sa loob ng karagdagang 24 na buwan
- oxygen equipment at suplay para sa oxygen sa loob ng hanggang limang taon kung kinakailangan ayon sa medikal na pangangailangan

Kung ang oxygen equipment ay kinakailangan pa rin sa medikal na dahilan **sa pagtatapos ng limang-taong panahon:**

- Hindi na kailangang ibigay ito ng iyong supplier, at maaari kang pumili na kumuha ng pamalit na kagamitan mula sa kahit sinong supplier.
- Nagsisimula ang isang bagong yugto na tumatagal ng limang taon.
- Umuupa ka mula sa isang supplier sa loob ng 36 na buwan.
- Pagkatapos, magbibigay ang iyong supplier ng oxygen equipment, mga suplay, at mga serbisyo sa loob ng karagdagang 24 na buwan.
- Nagsisimula ang isang bagong cycle tuwing limang taon, basta't medikal na kinakailangan ang oxygen equipment.

Kapag medikal na kinakailangan ang oxygen equipment at **umalis ka sa aming plano upang lumipat sa ibang MA plan**, sasagutin ng plano ang mga gastusing sakop din ng Original Medicare. Maaari mong itanong sa iyong bagong MA na plano kung anong oxygen equipment at suplay para sa oxygen ang sakop nito at kung magkano ang magiging gastos mo.

Kabanata 4: Tsart ng Mga Benepisyo

Panimula

Tinatalakay sa kabanatang ito ang mga serbisyong sakop ng aming plano, ang anumang mga restriksyon o limitasyon sa mga serbisyong iyon, at kung magkano ang babayaran mo para sa bawat serbisyo. Ipinapaalam din nito sa iyo ang mga benepisyong hindi sakop 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 sa Kaiser Permanente Dual Complete: Sa karamihan ng mga sitwasyon, ie-enroll ka sa Kaiser Permanente Dual Complete Plan para sa iyong mga benepisyo ng Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos mong hilingin na mai-enroll sa Kaiser Permanente Dual Complete. Maaari mo pa ring matanggap ang iyong mga serbisyo sa Medi-Cal mula sa iyong nakaraang planong pangkalusugan sa Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos noon, matatanggap mo ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Kaiser Permanente Dual Complete. Hindi magkakaroon ng puwang 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. Ang iyong mga sakop na serbisyo at ang mga gastusing sagot mo mismo 98

B. Mga tuntunin laban sa paniningil sa iyo ng mga provider para sa mga serbisyo....98

C. Tungkol sa Tsart ng mga Benepisyo ng aming plano....98

D. Tsart ng mga Benepisyo ng Aming Plano....104

E. Mga Suporta sa Komunidad 192

F. Mga benepisyong sakop sa labas ng aming plano 200

F1. Mga Transition sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT) 200

F2. Medi-Cal Dental 201

F3. Mga Serbisyong Pansuporta sa Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS)....201

F4. 1915(c) Mga Programa ng Waiver ng Mga Serbisyong Nakabatay sa Tahanan at Komunidad (Home and Community Based Services, HCBS)....202

F5. Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Kalusugan ng Isip at Mga Serbisyo sa Sakit dahil sa Pag-abuso sa Droga o Alak).....205

G. Mga benepisyong hindi sinasagot ng aming plano, Medicare, o Medi-Cal.....207

A. Ang iyong mga sakop na serbisyo at ang mga gastusing sagot mo mismo

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga serbisyong sakop ng aming plano at kung magkano ang babayaran mo para sa bawat serbisyo. Maaari ka ring matuto tungkol sa mga serbisyong hindi sakop. Ang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa gamot ay nasa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro na ito*. Ipinaliliwanag din ng kabanatang ito ang mga limitasyon sa ilang serbisyo.

Para sa ilang serbisyo, pinagbabayad ka ng gastusing mula sa sarili mong bulsa na tinatawag na copay. Ito ay nakatakdang halaga (halimbawa, $5) na binabayaran mo sa tuwing makukuha mo ang serbisyong iyon. Babayaran mo ang copay sa oras na matanggap mo ang serbisyong medikal.

Kung kailangan mo ng tulong upang maunawaan kung anong mga serbisyo ang sakop, tumawag sa Member Services sa 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 araw sa isang linggo, mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.

B. Mga tuntunin laban sa paniningil sa iyo ng mga provider para sa mga serbisyo

Hindi namin pinapayagan ang aming mga provider na singilin ka para sa mga serbisyong sakop ng network. Direkta naming binabayaran ang aming mga provider, at pinoprotektahan ka namin mula sa anumang bayarin. Totoo ito kahit na mas mababa ang ibinabayad natin sa provider kaysa sa singil nito para sa isang serbisyo.

Hindi ka dapat makatanggap ng bill mula sa provider para sa mga serbisyong sakop ng plano. Kung gagawin mo ito, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro na ito* o tumawag sa Member Services.

C. Tungkol sa Tsart ng mga Benepisyo ng aming plano

Ipinapakita sa Tsart ng mga Benepisyo ang mga serbisyong sinasagot ng aming plano. (Ang sakop para sa gamot ay nasa **Kabanata 5.**) Inililista nito ang mga serbisyong sakop ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod at ipinapaliwanag ang mga ito.

Babayaran namin ang mga serbisyong nakalista sa Tsart ng mga Benepisyo kapag natugunan ang mga sumusunod na tuntunin.

- Nagbibigay kami ng mga serbisyong sakop ng Medicare at Medi-Cal alinsunod sa mga tuntuning itinakda ng Medicare at Medi-Cal
- Ang mga serbisyong kabilang ang pangangalagang medikal, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali at paggamit ng droga, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga suplay, kagamitan, at mga gamot ay dapat na “medikal na kinakailangan.” Ang “medikal na kinakailangan” ay naglalarawan sa mga serbisyo, suplay, o gamot na kailangan mo upang maiwasan, masuri, o magamot ang isang kondisyong medikal o upang 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 na ang mga serbisyo, suplay, o gamot ay tumutugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medical practice.

- Para sa mga bagong enrollee, sa unang 90 araw, maaaring hindi namin hingan ng paunang pahintulot ang anumang kasalukuyang ginagawang paggamot, kahit pa ang paggamot na ito ay para sa serbisyong nagsimula sa isang provider na wala sa network.

- Makukuha mo ang pangangalagang ito mula sa isang network provider Ang network provider ay isang provider na nakikipagtulungan sa amin. Sa karamihan ng mga sitwasyon, ang pangangalagang matatanggap mo mula sa isang provider na wala sa network ay hindi sakop, maliban na lamang kung ito ay isang emerhensiya o kailangang-kailangan na pangangalaga, o kung nakatanggap ka ng referral mula sa aming plan o sa isang provider na nasa network. Nangangahulugan ito na maaaring kailanganin mong bayaran nang buo ang provider para sa mga serbisyong labas sa network na iyong natanggap. Ang **kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro na ito* ay may karagdagang impormasyon tungkol sa paggamit ng mga provider na nasa network at wala sa network.

- Mayroon kang primary care provider (PCP) o care team na nagbibigay at namamahala ng iyong pangangalaga. Sa karamihan ng mga sitwasyon, ang iyong PCP na nasa network ay dapat magbigay sa iyo ng pahintulot bago ka makagamit ng provider na hindi mo PCP o ng ibang provider sa network ng plano namin. Ito ay tinatawag na referral. Ang **kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro na ito* ay may karagdagang impormasyon tungkol sa pagkuha ng referral at kung kailan hindi mo ito kailangan.

- Masasakop namin ang ilang serbisyong nakalista sa Tsart ng mga Benepisyo kung ang iyong doktor o ang iba pang network provider ay makuha ang aming pahintulot nang patiuna. Ang tawag dito ay paunang pahintulot (prior authorization, PA). Minamarkahan namin ang mga sakop na serbisyo sa Tsart ng mga Benepisyo na nangangailangan ng PA na may footnote (†). Bukod pa rito, tingnan ang **Kabanata 3**,para sa karagdagang impormasyon tungkol sa PA, kabilang ang iba pang mga serbisyong nangangailangan ng PA na hindi nakalista sa Tsart ng mga Benepisyo.

- Kung ang aming plano ay magbibigay ng pahintulot sa isang kahilingan ng PA para sa isang kurso ng paggamot, ang pahintulot ay dapat na may bisa hangga't medikal na makatwiran at kinakailangan upang maiwasan ang mga pagkaantala sa pangangalaga batay sa pamantayan ng sakop, iyong medikal na kasaysayan, at mga rekomendasyon ng provider ng serbisyong paggamot.

- Tulad ng lahat ng health plan ng Medicare, sakop namin ang lahat ng sakop ng Original Medicare. (Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa sakop at mga gastos sa Original Medicare, tingnan ang iyong *Medicare & You* 2027 handbook. Tingnan ito online sa www.Medicare.gov o humingi ng kopya sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa: 1-877-486-2048.

- Kung magdagdag ang Medicare ng sakop para sa anumang bagong serbisyo sa taong 2027, sasagutin ng Medicare o ng aming plano ang mga serbisyong iyon.

- Kung mawala ang iyong Medi-Cal sa loob ng 4 na buwang panahon ng itinuturing na patuloy na pagiging kwalipikado (deemed continued eligibility), patuloy naming ibibigay ang lahat ng benepisyo ng Medicare na sakop ng planong Medicare Advantage. Gayunpaman, maaaring matapos ang iyong sakop sa Medi-Cal nang mas maaga kaysa sa iyong sakop sa Medicare sa amin. Kapag ang iyong coverage sa Medi-Cal ay natapos na, hindi na namin babayaran ang Medi-Cal na mga benepisyo. Ang cost-sharing para sa benepisyong sakop ng Kaiser Permanente Dual Complete ay magbabago tulad ng nakasaad sa Tsart ng mga Benepisyo sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Maaari ka ring mawalan ng Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare upang tumulong sa pagbabayad ng iyong mga gamot sa Medicare Bahagi D.

  Tutulungan ka naming muling makuha ang iyong pagiging kwalipikado sa Medi-Cal. Kung maibabalik ang iyong pagiging kwalipikado para sa Medi-Cal habang naka-enroll ka pa rin sa amin para sa iyong Medicare coverage, ipagpapatuloy namin ang pagbabayad para sa iyong mga benepisyo sa Medi-Cal at mananatili ang iyong enrollment sa amin. Kung muli kang maging kwalipikado para sa full-scope Medi-Cal matapos ka naming alisin sa aming sakop na Medicare, kakailanganin mong makipag-ugnayan sa amin upang muling mag-enroll sa plano.

Mahalagang Impormasyon sa Benepisyo para sa mga Miyembrong may Partikular na mga Kondisyong Pangmatagalan - Para lamang sa mga Miyembro sa Southern California

- Kung mayroon kang alinman sa mga malalang kondisyong nakalista sa ibaba at natutugunan mo ang mga partikular na pamantayan, maaari kang maging kwalipikado para sa mga espesyal na karagdagang benepisyo para sa mga may pangmatagalang sakit:

  - Malalang karamdaman sa paggamit ng alkohol at iba pang sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak (SUDs)
  - Mga autoimmune disorder:
    - Polyarteritis nodosa
    - Polymyalgia rheumatica
    - Polymyositis
    - Dermatomyositis
    - Rheumatoid arthritis
    - Systemic lupus erythematosus
    - Psoriatic arthritis
    - Scleroderma
  - Kanser
  - Mga sakit sa puso:
    - Cardiac arrhythmias
    - Sakit sa coronary artery
    - Sakit sa mga ugat sa mga paa at kamay
    - Sakit sa balbula ng puso
  - Chronic heart failure
  - Dementia
  - Diabetes mellitus (diyabetis)

- Pagiging labis ang timbang, pagiging labis ang katabaan, at mga karamdamang may kaugnayan sa metabolsimo
- Hindi gumagaling na sakit sa bituka:
  - Hindi gumagaling na sakit sa atay
  - Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD)
  - Hepatitis B
  - Hepatitis C
  - Hepatitis C
  - Irritable bowel syndrome
  - Inflammatory bowel disease
- Chronic kidney disease (CKD):
  - CKD na nangangailangan ng dialysis/End-stage renal disease (ESRD)
  - CKD na hindi nangangailangan ng dialysis
- Malulubhang karamdaman sa dugo:
  - Aplastic anemia
  - Hemophilia
  - Immune thrombocytopenic purpura
  - Myelodysplastic syndrome
  - Sickle-cell disease (hindi kasali ang sickle-cell trait)
  - Chronic venous thromboembolic disorder
- HIV/AIDS
- Hindi gumagaling na mga sakit sa baga:
  - Hika, hindi gumagaling na bronchitis
  - Cystic fibrosis
  - Emphysema
  - Pulmonary fibrosis
  - Pulmonary hypertension
  - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
- Mga pangmatagalan at nakakapanghinang kondisyon sa kalusugan ng isip:
  - Mga bipolar disorder
  - Mga pangunahing karamdamang depressive
  - Paranoid disorder
  - Schizophrenia
  - Schizoaffective disorder
  - Post-traumatic stress disorder (PTSD)
  - Mga eating disorder
  - Mga anxiety disorder
- Mga neurologic disorder:
  - Amyotrophic lateral sclerosis (ALS)
  - Epilepsy
  - Extensive paralysis (tulad ng hemiplegia, quadriplegia, paraplegia, monoplegia)
  - Sakit na Huntington
  - Multiple sclerosis
  - sakit na Parkinson’s

  - Polyneuropathy
  - Fibromyalgia
  - Syndrome ng matagalang pagkapagod
  - Mga pinsala sa spinal cord
  - Spinal stenosis
  - Kakulangan sa isip na may kaugnayan sa stroke
- Stroke
- Pangangalaga pagkatapos ng pag-transplant ng organ
- Paghina ng resistensya at mga sakit na nagpapahina ng resistensya
- Mga kondisyong nauugnay sa kapansanan sa pag-iisip:
  - sakit na Alzheimer's
  - Mga kapansanan sa pag-iisip at mga kapansanan sa paglaki
  - Mga pinsala sa utak na dulot ng trauma
  - Nakaka-disable na sakit sa pag-iisip na nauugnay sa kapansanan sa pag-iisip
  - Bahagyang kapansanan sa pag-iisip
- Mga kondisyon na may mga hamon sa paggana ng katawan at nangangailangan ng mga katulad na serbisyo:
  - Mga pinsala sa spinal cord
  - Pagkaparalisa
  - Nawalan ng paa at kamay
  - Stroke
  - Rayuma
- Mga malalang kondisyon na nakakaapekto sa paningin, pandinig (pagkabingi), panlasa, pandama, at pang-amoy
- Mga kondisyong nangangailangan ng patuloy na serbisyo ng therapy upang mapanatili o mapangalagaan ng mga indibidwal ang kanilang kakayahang gumana.
- Upang maging kwalipikado para sa mga benepisyong Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI), dapat mong matugunan ang **lahat** ng sumusunod na pamantayan:
  - May isa o higit pang mga comorbid at medikal na kumplikadong mga malalang kondisyon na nakalista sa itaas na nagbabanta sa buhay o lubos na naglilimita sa iyong pangkalahatang kalusugan o paggana, *at*
  - May mataas na panganib na ma-ospital o iba pang matinding masamang resulta sa kalusugan, *at*
  - Nangangailangan ng intensibong koordinasyon ng pangangalaga

  Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga patakaran at pamantayan ng Kaiser Permanente para sa SSBCI, pakibisita ang aming website sa kp.org/Medicare/SSBCI
- Hindi mo na kailangang gumawa ng anumang hakbang. Tutukuyin ng plano ang iyong pagiging karapat-dapat sa pamamagitan ng pagsusuri ng iyong mga medical claim at rekord ng kalusugan upang mapatunayan ang diagnosis ng mga karapat-dapat na malalang kondisyon, mataas na panganib na maospital, at pangangailangan para sa koordinasyon ng intensibong pangangalaga.

  - Sa mga piling pagkakataon, kung saan maaaring kulang ang kasaysayan ng medical claims o mga rekord pangkalusugan upang matukoy ang pagiging kwalipikado sa SSBCI—tulad ng kung ikaw ay bago sa Kaiser Permanente, maaaring magpatunay ang isang provider sa iyong pagiging kwalipikado sa pamamagitan ng pagkumpleto at pagsusumite ng Provider Attestation Form. Ang Provider Attestation Form ay maaari lamang gamitin upang patunayan ang *paunang* pagiging kwalipikado sa SSBCI para sa isang panimulang yugto ng benepisyo na anim na buwan. Ang pagpasa ng form ay hindi garantiya ng pagiging kwalipikado para sa SSBCI. Sa pagtatapos ng panimulang yugtong ito, kailangang tiyakin ang patuloy na pagiging kwalipikado sa pamamagitan ng pagsusuri sa kasaysayan ng iyong mga medical claim at rekord pangkalusugan.

  - Para sa karagdagang detalye, tingnan ang hanay na “Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill” sa Tsart ng mga Benepisyo sa ibaba.

  - Makipag-ugnayan sa amin upang malaman nang tiyak kung anong mga benepisyo ang maaari mong makuha.

- Libre ang lahat ng serbisyong pang-iwas. Ang mansanas na ito ay 🍎 nagpapakita ang mga serbisyong pang-iwas na nakasaad sa Tsart ng mga Benepisyo.

Inilalarawan ng Tsart ng mga Benepisyo sa ibaba ang mga benepisyong medikal ng mga sumusunod na planong Kaiser Permanente Dual Complete na kasama sa *Handbook ng Miyembro na ito*:

- South P1 na plano
- South P6 na plano
- South P7 na plano
- South P9 na plano
- South P10 na plano
- South P11 na plano
- North P2 na plano
- North P16 na plano
- North P17 na plano
- North P18 na plano
- North P19 na plano
- North P20 na plano
- North P21 na plano

- North P22 na plano
- North P23 na plano
- North P24 na plano
- North P25 na plano

Kung hindi ka sigurado kung saang plano ka naka-enroll, mangyaring tumawag sa Member Services o tingnan ang pabalat ng iyong *Annual Notice of Change* (o para sa mga bagong miyembro, ang iyong enrollment form o liham ng kumpirmasyon sa pag-enroll).

Tandaan: Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 1** para sa pinaglilingkurang heographikong lugar ng bawat planong kasama sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Para sa mga layunin ng cost-sharing, enrollment, at pag-alis sa pagkaka-enroll, maraming Dual Complete na plano sa mga pinaglilingkurang lugar sa aming Rehiyon, na inilalarawan sa *Handbook ng Miyembro na ito*. Ngunit para sa mga layunin ng pagkuha ng mga sakop na serbisyo, makakatanggap ka ng pangangalaga mula sa mga provider na nasa network saanman sa loob ng pinaglilingkurang lugar ng iyong Rehiyon.

D. Tsart ng mga Benepisyo ng Aming Plano

	Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
	Pagsusuri para sa abdominal aortic aneurysm Nagbabayad kami para sa isang beses na ultrasound screening para sa mga taong nasa panganib. Sakop lamang ng aming plano ang screening na ito kung mayroon kang mga partikular na risk factor at kung makakakuha ka ng referral para rito mula sa iyong doktor, physician assistant (PA), nurse practitioner (NP), o clinical nurse specialist (CNS).	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.
	Acupuncture† Nagbabayad kami para sa hanggang dalawang serbisyo ng outpatient acupuncture sa loob ng isang buwan, o higit pa kung kinakailangan ayon sa medikal na pangangailangan. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Acupuncture† (karugtong) Nagbabayad din kami para sa hanggang 12 sesyon ng acupuncture sa loob ng 90 araw kung ikaw ay may matagalang pananakit ng ibabang bahagi ng likod (chronic low back pain), na tinutukoy bilang: • tumatagal nang 12 linggo o higit pa; • hindi tiyak (walang matutukoy na sanhing sistemiko, tulad ng hindi kaugnay sa sakit na metastatic, inflammatory, o nakahahawa); • hindi kaugnay ng operasyon; • hindi kaugnay ng pagbubuntis. Bukod pa rito, babayaran namin ang karagdagang walong sesyon ng acupuncture para sa matagalang pananakit ng ibabang bahagi ng likod kung makikitaan ka ng pagbuti ng kalagayan. Hindi ka maaaring makatanggap ng higit sa 20 sesyon ng acupuncture para sa matagalang pananakit ng ibabang bahagi ng likod sa bawat taon. Dapat itigil ang mga sesyon ng acupuncture kung hindi ka bumubuti o kung lumalala ang iyong kalagayan. Mga Kinakailangan ng Provider: Maaaring magbigay ng acupuncture ang mga manggagamot alinsunod sa mga naaangkop na kinakailangan ng estado. Ang mga physician assistant (PA), nurse practitioner (NP)/ clinical nurse specialist (CNS), at auxiliary personnel ay maaaring magsagawa ng acupuncture kung natutugunan nila ang lahat ng naaangkop na kinakailangan ng estado at mayroon silang: • isang master's o doctoral level degree sa acupuncture o Oriental Medicine mula sa isang paaralan na kinikilala ng Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); at, • isang kasalukuyan, ganap, aktibo, at walang restriksyong lisensya upang magsagawa ng acupuncture sa estado kung saan ka tumatanggap ng pangangalaga. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Acupuncture† (karugtong) Ang mga auxiliary personnel na nagsasagawa ng acupuncture ay dapat nasa ilalim ng naaangkop na antas ng pangangasiwa ng isang doktor, PA, o NP/CNS, alinsunod sa mga kinakailangan ng aming mga regulasyon. Sakop rin namin ang mga serbisyong acupuncture na hindi sakop ng Medicare, na karaniwang ibinibigay lamang para sa paggamot ng pagduduwal o bilang bahagi ng isang komprehensibong programa sa pamamahala ng sakit para sa paggamot ng matagalang pananakit (chronic pain)	
	Maaari ka ring makakuha ng mga serbisyo ng acupuncture sa sakop ng iyong Medi-Cal. Sa ilalim ng Medi-Cal, sakop namin ang mga serbisyo ng acupuncture na medikal na kinakailangan upang maiwasan, baguhin, o maibsan ang pang-unawa ng malubha, patuloy na malalang pananakit na nagreresulta mula sa isang pangkalahatang kinikilalang kondisyong medikal. Ang mga serbisyong outpatient acupuncture ay hindi nangangailangan ng referral o paunang pahintulot. Sakop ang mga serbisyong acupuncture na ito kapag nakuha sa pamamagitan ng aming mga Network Provider o mga network provider ng American Specialty Health. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga serbisyo ng acupuncture na sakop ng Medi-Cal, mangyaring tumawag sa American Specialty Health sa 1-800-678-9133 (TTY 711).	$0
	Pagsusuri at pagpapayo sa pag-abuso sa alkohol Nagbabayad kami para sa pagsusuri sa maling paggamit ng alak (Screening, Assessment, Brief Intervention, at Referral to Treatment o SABIRT) para sa mga nasa hustong gulang na gumagamit ng alak sa maling paraan ngunit hindi umaasa rito. Kabilang dito ang mga buntis. Kung lumabas sa pagsusuri na mayroon kang problema sa maling paggamit ng alak, maaari kang makakuha ng hanggang apat na maikling sesyon ng counseling nang harapan bawat taon (kung ikaw ay may kakayahan at alerto habang isinasagawa ang counseling) kasama ang isang kwalipikadong primary care provider (PCP) o practitioner sa isang pasilidad ng primary care.	$0

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga Serbisyo ng Ambulansya Kasama sa mga serbisyo ng ambulansyang sakop ng benepisyo maging sa sitwasyong emerhensiya o hindi ang transportasyong panlupa at panghimpapawid (gamit ang eroplano at helicopter). Dadalhin ka ng ambulansya sa pinakamalapit na lugar na makapagbibigay sa iyo ng pangangalaga. Dapat ay malubha ang iyong kondisyon anupat ang ibang paraan ng pagpunta sa pasilidad na nagbibigay ng pangangalagang-medikal ay maaaring maglagay sa panganib ng iyong kalusugan o buhay. Ang mga serbisyo ng ambulansya para sa ibang mga kaso (hindi emerhensiya) ay kailangang aprubahan namin. Sa mga kasong hindi naman emerhensiya, maaari kaming magbayad para sa ambulansya. Dapat ay malubha ang iyong kondisyon anupat ang ibang paraan ng pagpunta sa pasilidad na nagbibigay ng pangangalagang-medikal ay maaaring maglagay sa panganib ng iyong kalusugan o buhay. Tingnan ang Kabanata 3 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa transportasyong hindi pang-emerhensiya. Sakop rin namin ang mga serbisyo ng lisensyadong ambulansya saanman sa mundo nang hindi nangangailangan ng paunang pahintulot (kabilang ang transportasyon sa pamamagitan ng 911 emergency response system kung saan mayroon nito), kung sa iyong makatwirang paniniwala ay mayroon kang kondisyong medikal na nangangailangan ng agarang atensyon at sa iyong makatwirang paniniwala ay kinakailangan ng iyong kondisyon ang klinikal na suporta ng mga serbisyo ng transportasyong ambulansya.	$0 **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa isang beses na pagsakay, depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **$620** • South P6 – **$630** • South P7 – **$620** • South P9 – **$290** • South P10 – **$630** • South P11 – **$540** • North P2 – **$620** • North P16 – **$630** • North P17 – **$590** • North P18 – **$610** • North P19 – **$630** • North P20 – **$630** • North P21 – **$620** • North P22 – **$620** • North P23 – **$630** • North P24 – **$450** • North P25 – **$630**

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Taunang pagbisita para sa kalusugan Maaari kang magpa-checkup taon-taon. Ito ay para gumawa o mag-update ng plano sa pag-iwas batay sa iyong kasalukuyang mga salik ng panganib. Nagbabayad kami para rito minsan kada 12 buwan. **Tandaan:** Hindi maaaring isagawa ang iyong unang taunang wellness visit sa loob ng 12 buwan mula sa iyong “Welcome to Medicare” na pagbisita. Gayunpaman, hindi mo kailangang sumailalim sa “Welcome to Medicare” na pagbisita upang makakuha ng taunang wellness visit matapos kang magkaroon ng Bahagi B sa loob ng 12 buwan. Sakop rin namin ang taunang routina na physical exam bilang angkop na pangangalaga sa pag-iwas ayon sa medikal na pamantayan, alinsunod sa mga tinatanggap na pamantayan ng propesyonal na pagsasagawa.	$0
Mga serbisyong pang-iwas sa hika Maaari kang makatanggap ng edukasyon tungkol sa hika at assessment ng kapaligiran sa bahay para sa mga nagti-trigger na karaniwang matatagpuan sa bahay para sa mga taong na hindi maayos na nakokontrol ang hika.	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.
Pagsukat ng mass ng buto Nagbabayad kami para sa mga partikular na pamamaraan para sa mga miyembrong kwalipikado (karaniwan ay ang mga taong nanganganib na mawalan ng bone mass o may panganib na magkaroon ng osteoporosis). Tinutukoy ng mga pamamaraang ito ang bone mass, natutukoy ang pagkawala ng buto, o sinusuri ang kalidad ng buto. Binabayaran namin ang mga serbisyo tuwing ika-24 na buwan, o mas madalas kung kinakailangan ayon sa medikal na pangangailangan. Nagbabayad din kami para suriin at bigyan ng komento ng doktor ang mga resulta.	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pagsusuri para sa kanser sa suso (mammogram) Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • isang baseline mammogram sa pagitan ng edad na 35 at 39. • Isang screening mammogram kada 12 buwan para sa mga babaeng may edad 40 pataas. • mga klinikal na pagsusuri sa suso tuwing ika-24 na buwan. Bukod pa rito, ang mga kababaihang may kasaysayan ng kanser sa suso sa pamilya ay maaaring maging kwalipikado para sa pagsusuri ng panganib, genetic testing, at genetic counseling.	$0
	Mga serbisyo sa rehabilitasyon ng puso (cardiac rehabilitation) Nagbabayad kami para sa mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso tulad ng ehersisyo, edukasyon, at pagpapayo. Kailangang tumugon ang mga miyembro sa mga partikular na kondisyon at magkaroon ng utos mula sa doktor. Sakop namin ang mga komprehensibong programang ito kung ikaw ay nagkaroon ng kahit isa sa mga kondisyong ito: • pag-atake sa puso sa nakalipas na 12 buwan • operasyon sa coronary artery bypass • stable angina pectoris (pananakit ng dibdib) • pag-aayos o pagpapalit ng balbula ng puso • coronary angioplasty (isang medikal na pamamaraan upang buksan ang baradong arterya) o coronary stenting (isang pamamaraan upang panatilihing bukas ang arterya) • pag-transplant ng puso o ng puso at baga • stable chronic heart failure **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat pagbisita para sa espesyalisadong pangangalaga, depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo sa rehabilitasyon ng puso (cardiac rehabilitation) (karugtong) Mga limitasyon sa coverage: Maaari kang makakuha ng hanggang 36 na sesyon ng rehabilitation ng puso. Maaari kang sumailalim sa dalawang sesyon bawat araw (na tumatagal ng isang oras ang bawat isa), at ang programa ay maaaring tumagal nang hanggang 36 na linggo. Kung kwalipikado ka, maaaring makakuha ka ng karagdagang 36 na sesyon na maaaring hatiin sa mas mahabang panahon.	• North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	Konsultasyon para sa pagbabawas ng panganib sa sakit sa puso (therapy para sa sakit sa puso) Sinasagot namin ang gastos para sa isang pagbisita kada taon, o higit pa kung kinakailangan ayon sa medikal na batayan, kasama ang iyong primary care provider (PCP) upang makatulong na mapababa ang iyong panganib sa sakit sa puso. Sa panahon ng pagbisita, maaaring gawin ng iyong doktor ang mga sumusunod: • talakayin ang paggamit ng aspirin, • suriin ang iyong presyon ng dugo, **at/o** • bigyan ka ng mga payo upang matiyak na maayos ang iyong pagkain.	$0
	Mga pagsusuri para sa sakit sa puso (cardiovascular) Nagbabayad kami para sa mga pagsusuri ng dugo upang suriin kung may sakit sa puso at mga daluyan ng dugo, minsan bawat limang taon (60 buwan). Sinusuri rin ng mga pagsusuri sa dugo na ito ang mga depektong dulot ng mataas na panganib sa sakit sa puso. Nagbabayad din kami para sa mga pagsusuri ng dugo upang suriin kung may sakit sa puso at mga daluyan ng dugo, kung ipinag-utos ito ng iyong doktor.	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pagsusuri para sa kanser sa cervix at ari ng babae Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • para sa lahat ng kababaihan: Pap test at pelvic exam isang beses bawat ika-24 na buwan. • para sa mga kababaihang may mataas na panganib sa kanser sa cervix o ari: isang Pap test bawat ika-12 na buwan. • para sa mga kababaihang nagkaroon ng abnormal na resulta ng Pap test sa nakalipas na tatlong taon at nasa edad na maaaring magbuntis: isang Pap test bawat ika-12 na buwan. • para sa mga kababaihang may edad 30-65: pagsusuri para sa human papillomavirus (HPV) o pagsusuring Pap at HPV isang beses bawat 5 taon.	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.
	Mga serbisyong chiropractic Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Mga pagsasaayos sa spine upang maitama ang pagkakaayos nito. Ang serbisyong sakop ng Medicare na ito ay ibinibigay ng isang chiropractor na kabilang sa network o, para sa mga miyembro sa †Hilagang California, ng isang chiropractor na awtorisado ng isang provider ng network. Para sa listahan ng mga chiropractor na kabilang sa network, mangyaring sumangguni sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya*. • Maaaring sagutin ng Medi-Cal ang mga serbisyong chiropractic kung matatanggap ang mga ito sa isang Federally Qualified Health Center (FQHC) o Rural Health Clinic (RHC) na kabilang sa network ng Kaiser Permanente. Maaaring mangailangan ng referral sa mga FQHC at RHC upang makakuha ng mga serbisyo. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga serbisyong makukuha sa isang FQHC o RHC, tumawag sa Member Services. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyong chiropractic (karugtong) • Maaari ring sakupin ng Medi-Cal ang mga serbisyong chiropractic para sa mga miyembrong nagdadalang-tao hanggang 60 araw matapos ang pagtatapos ng pagbubuntis at para sa mga naninirahan sa skilled nursing facility, intermediate care facility, o subacute care facility. Nakikipagtulungan kami sa American Specialty Health (ASH) upang ayusin ang mga serbisyong chiropractic para sa mga miyembrong ito. Maaaring tawagan ang ASH (American Specialty Health) sa 1-800-678-9133 (TTY 711).	
	Pagsusuri para sa kanser sa colorectal Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Walang itinakdang pinakamababa o pinakamataas na edad para sa colonoscopy, at sakop ito ng insurance ng isang beses bawat 120 na buwan (sampung taon) para sa mga pasyenteng hindi itinuturing na high-risk, o 48 na buwan pagkatapos ng naunang flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng hindi high-risk sa colorectal na kanser; sakop din ito ng isang beses bawat 24 na buwan para sa mga pasyenteng high-risk pagkatapos ng naunang pagsusuri na colonoscopy. • Sakop ng benepisyo ang computed tomography colonography para sa mga pasyenteng may edad 45 pataas na hindi kabilang sa high-risk na grupo para sa kanser sa colorectal, kung lumipas na ang hindi bababa sa 59 na buwan mula sa buwan kung kailan isinagawa ang huling pagsusuri na computed tomography colonography, o kung lumipas na ang 47 buwan mula sa buwan kung kailan isinagawa ang huling pagsusuri na flexible sigmoidoscopy o pagsusuri na colonoscopy. Para sa mga pasyenteng may mataas na panganib sa colorectal na kanser, maaaring bayaran ang pagsusuir na computed tomography colonography na isinagawa matapos lumipas ang hindi bababa sa 23 buwan mula sa buwan kung kailan isinagawa ang huling pagsusuri na computed tomography colonography o ang huling pagsusuri na colonoscopy. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Pagsusuri para sa kanser sa colorectal (karugtong) • Flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng may edad na 45 pataas. Isang beses bawat 120 na buwan para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib, matapos sumailalim ang pasyente sa pagsusuri na colonoscopy. Isang beses bawat 48 na buwan para sa mga pasyenteng may mataas na panganib, simula sa huling flexible sigmoidoscopy o computed tomography colonography. • Pagsusuri gamit ang fecal-occult blood test para sa mga pasyenteng may edad 45 pataas. Isang beses bawat 12 na buwan. • Multitarget stool DNA para sa mga pasyenteng may edad 45 hanggang 85 taon at hindi pasok sa mga pamantayan para sa mataas na panganib. Isang beses sa bawat tatlong taon. • Mga pagsusuri ng biomarker na nakabatay sa dugo para sa mga pasyenteng may edad 45 hanggang 85 na hindi pasok sa mga pamantayan para sa mataas na panganib. Isang beses sa bawat tatlong taon. • Kabilang sa mga pagsusuri para sa kanser sa colorectal ang isang follow-up na pagsusuri na colonoscopy matapos magpakita ng positibong resulta ang isang non-invasive na pagsusuri sa dumi (stool-based test) para sa kanser sa colorectal na sakop ng Medicare. • Kabilang sa mga pagsusuri para sa kanser sa colorectal ang nakaplano na screening flexible sigmoidoscopy o screening na colonoscopy na kinasasangkutan ng pag-aalis ng tissue o iba pang materyal, o iba pang pamamaraang isinagawa kaugnay ng, bilang resulta ng, at sa parehong klinikal na pagkonsulta kung saan isinagawa ang screening test. • Mga pamamaraang isinasagawa habang nasa pagsusuri na colonoscopy (halimbawa, ang pag-alis ng mga polyp). • Mga colonoscopy kasunod ng positibong resulta sa gFOBT o FIT test, o kaya ay pagsusuri sa pamamagitan ng flexible sigmoidoscopy.	

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyong pang-dental† Nagbabayad kami para sa mga partikular na serbisyong dental, gaya ng nakasaad sa ibaba. Ang mga serbisyong hindi namin sakop ay makukuha sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental, na inilalarawan sa **Seksyon F2** sa ibaba. Nagbabayad kami para sa ilang serbisyong dental kapag ang serbisyo ay mahalagang bahagi ng partikular na paggamot sa pangunahing kondisyong medikal ng isang tao Kabilang sa mga halimbawa ang pagpapabubuong-panibago ng panga matapos ang bali o pinsala, pagbunot ng ngipin bilang paghahanda sa radiation na paggamot para sa kanser na may kaugnayan sa panga, o mga pagsusuri sa bibig bago ang organ transplantation.	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat **pagpapatingin para sa pangangalagang may espesyalidad**, depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	Pagsusuri para sa depresyon Nagbabayad kami para sa isang pagsusuri sa depresyon bawat taon. Ang pagsusuri ay dapat isagawa sa isang pasilidad ng primary care na makapagbibigay ng follow-up na paggamot at/o mga referral.	$0

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pagsusuri para sa Dyabetis Babayaran namin ang pagsusuri na ito (kabilang ang mga fasting glucose test) kung mayroon kang alinman sa mga sumusunod na risk factor: • mataas na presyon ng dugo (altapresyon) • kasaysayan ng hindi normal na antas ng cholesterol at triglyceride (dyslipidemia) • Labis na katabaan • kasaysayan ng mataas na antas ng asukal sa dugo (glucose) Maaaring sagutin ang gastos sa mga pagsusuri sa ilang iba pang mga sitwasyon, tulad ng kung ikaw ay sobra sa timbang at may kasaysayan ng dyabetis sa pamilya. Maaari kang maging kwalipikado para sa hanggang dalawang pagsusuri sa dyabetis sa loob ng bawat 12 na buwan, simula sa petsa ng iyong pinakahuling pagsusuri sa dyabetis.	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.

	Pagsasanay, mga serbisyo, at mga suplay para sa pamamahala ng sarili sa dyabetis
	
	Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo para sa lahat ng taong may dyabetis (gumagamit man sila ng insulin o hindi):
	
	• Mga suplay para sa pagsubaybay sa iyong blood glucose, kabilang ang mga sumusunod:
	  ○ isang monitor ng glucose sa dugo
	  ○ mga test strip para sa glucose sa dugo
	  ○ lancet devices at lancets
	  ○ mga solusyon sa pagkontrol ng glucose para sa pagsuri ng katumpakan ng mga test strip at monitor.
	
	Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina
		$0

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pagsasanay, mga serbisyo, at mga suplay para sa pamamahala ng sarili sa diabetes (karugtong) • Para sa mga taong may dyabetis na may malubhang sakit sa paa na dulot ng dyabetis, binabayaran namin ang mga sumusunod: ○ isang pares ng sapatos na therapeutic custom-molded (kasama ang mga insert), kasama ang fitting, at dalawang karagdagang pares ng insert bawat taon, o isang pares ng depth shoes, kasama ang fitting, at tatlong pares ng insert bawat taon (hindi kasama ang mga hindi customized na naaalis na insert na kasama ng mga naturang sapatos).	$0 **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod na **coinsurance**depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%**
	• Sa ilang mga sitwasyon, nagbabayad kami para sa pagsasanay upang matulungan kang pamahalaan ang iyong dyabetis. Para sa karagdagang impormasyon, makipag-ugnayan sa Member Services. **Tandaan:** Maaari kang pumili na kumuha ng pagsasanay sa pamamahala ng sarili sa dyabetis mula sa isang programang labas sa aming plano na kinikilala ng American Diabetes Association at pinahintulutan ng Medicare.	$0

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga Serbisyo ng Doula Para sa mga indibidwal na nagbubuntis, sinasagot namin ang gastos para sa siyam na pagbisita kasama ang isang doula sa panahon ng pagbubuntis at pagkatapos manganak (postpartum), pati na rin ang suporta habang nanganganak. Maaari ring magbigay ng hanggang siyam na karagdagang sesyon ng pangangalaga pagkatapos manganak (postpartum) kalakip ang karagdagang nakasulat na rekomendasyon mula sa isang doktor o iba pang lisensyadong practitioner.	$0
	Matibay na kagamitang medikal (DME) at mga kaugnay na suplay† Sumangguni sa **Kabanata 12** ng *Handbook ng Miyembro na ito* para sa kahulugan ng “Durable medical equipment (DME).” Sakop namin ang mga sumusunod na mga item: • mga wheelchair, kabilang ang mga electric wheelchair • mga saklay • mga system na powered mattress • dry pressure pad para sa kutson • mga supply para sa dyabetis • mga kama sa ospital na ipinahintulot ng provider ng serbisyong medikal para gamitin sa tahanan • intravenous (IV) infusion pumps at pole • mga device sa pagbuo ng pagsasalita • oxygen equipment at mga suplay • mga nebulizer • mga walker • standard curved handle o quad cane at mga suplay na pamalit **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0. **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng sumusunod na **coinsurance** depende sa planong kinabibilangan mo, maliban na lang kung $0 ang babayaran mo para sa mga peak flow meter at kagamitan sa ultraviolet light therapy: • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%**

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Matibay na kagamitang medikal (DME) at mga kaugnay na suplay† (karugtong) • Cervical traction (gamit ang kagamitang nakakabit sa itaas ng pinto) • stimulator ng buto • kagamitan para sa pangangalagang dialysis Maaaring masakop ang iba pang mga bagay. Binabayaran namin ang lahat ng DME na kinakailangan sa medikal na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung wala sa aming supplier sa inyong lugar ang isang partikular na brand o manufacturer, maaari ninyong itanong kung maaari nila itong i-special order para sa inyo. Ang pinakabagong listahan ng mga supplier ay makikita sa aming website sa kp.org/directory. Masasakop rin namin ang mga sumusunod na DME na hindi sakop ng Medicare kapag medikal na kinakailangan: • mga aksesorya para sa kama sa ospital kapag kinakailangan ang extension ng kama • mga pananggalang sa sakong o siko upang maiwasan o mabawasan ang mga advanced na kagamitan sa pag-alis ng presyon • iontophoresis device para sa paggamot ng hyperhidrosis kapag hindi angkop gamitin ang mga antiperspirant at nagdulot na ng mga medikal na komplikasyon (halimbawa, impeksyon sa balat) ang hyperhidrosis o kaya ay nakahahadlang ito sa mga pang-araw-araw na gawain • resuscitation bag kung ang pasyenteng may tracheostomy ay may malubhang problema ng secretions, na nangangailangan ng lavage at suction technique na tinutulungan ng malalim na paghinga gamit ang resuscitation bag **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	• North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%** **Oxygen equipment** **Kung mawawala ang iyong buong benepisyo ng Medi-Cal**, ang iyong cost-sharing para sa sakop ng Medicare oxygen equipment ay kapareho ng halagang nakalista sa itaas, sa tuwing tatanggap ka ng kagamitan. Hindi magbabago ang iyong cost-sharing matapos kang ma-enroll nang 36 na buwan.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Matibay na kagamitang medikal (DME) at mga kaugnay na suplay† (karugtong) • kagamitan para sa ultraviolet light therapy para sa mga kondisyong hindi psoriasis kung ito ay medikal na kinakailangan, kabilang ang kagamitan para sa ultraviolet light therapy na gagamitin sa bahay, kung (1) ang kagamitan ay napahintulutan para sa iyo sa pamamagitan ng proseso ng aming plano para sa paunang pahintulot (prior authorization), gaya ng inilarawan sa **Kabanata 3** at (2) ang equipment ay ibinibigay sa loob ng aming lugar ng serbisyo. (Ang sakop para sa ultraviolet light therapy equipment ay limitado sa karaniwang item ng kagamitan na sapat na nakakatugon sa iyong mga medikal na pangangailangan. Nagpapasiya kami kung uupahan o bibilhin ang kagamitan, at pinipili namin ang vendor. Kailangan mong ibalik sa amin ang kagamitan o bayaran kami ng katumbas na halaga nito sa merkado kapag hindi na namin ito sakop.)	
	Pang-emergency na pangangalaga Ang pang-emergency na pangangalaga ay nangangahulugang mga serbisyong: • ibinigay ng isang provider na sinanay upang magbigay ng mga serbisyong pang-emerhensiya, • kailangan upang suriin o gamutin ang isang medikal na emerhensiya. Ang medikal na emerhensiya ay isang kondisyong medikal na may mga sintomas tulad ng pagkakasakit, matinding sakit ng katawan, malubhang pinsala, o medikal na kondisyong mabilis na lumalala. Napakalubha ng kondisyong ito kaya, kung hindi ito mabibigyan ng agarang medikal na atensyon, maaari mong asahan o ng sinumang may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina na magreresulta ito sa: • seryosong panganib sa iyong buhay o sa buhay ng iyong hindi pa naisisilang na anak;**o** **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat pagbisita sa Departamento ng Emerhensiya, depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo

	Pang-emergency na pangangalaga (karugtong)
	• pagkawala o malubhang pinsala sa mga gawain ng katawan; **o**
	• malubhang problema sa paggana ng alinmang organo o bahagi ng katawan; **o**
	• pagkawala ng isang braso o binti, o pagkawala ng paggana ng isang braso o binti.
	• sa kaso ng isang buntis na nasa panahon ng panganganak, kapag:
	  ○ Walang sapat na oras upang ligtas kang mailipat sa ibang ospital bago ang panganganak.
	  ○ Ang paglilipat sa ibang ospital ay maaaring magdulot ng panganib sa iyong kalusugan o kaligtasan, o sa kalusugan o kaligtasan ng iyong hindi pa naisisilang na anak.
	Sakop ka para sa pangangalagang pang-emerhensiya sa buong mundo.
		• North P17 – **$115**
		• North P18 – **$115**
		• North P19 – **$115**
		• North P20 – **$115**
		• North P21 – **$115**
		• North P22 – **$115**
		• North P23 – **$115**
		• North P24 – **$115**
		• North P25 – **$115**
		Ang cost-sharing para sa mga kinakailangang serbisyong pang-emerhensiya na ibinigay sa labas ng network ay katulad ng sa mga serbisyong ibinigay sa loob ng network.
		†Kung makakatanggap ka ng pangangalagang pang-emerhensiya sa isang ospital na wala sa network at mangangailangan ng pangangalaga bilang inpatient matapos ma-stabilize ang iyong kondisyon, kailangan mong lumipat sa isang ospital na nasa network upang patuloy na masakop ang iyong pangangalaga, o kaya naman ay kailangang mapahintulutan ng aming plano ang pangangalaga sa iyo bilang inpatient sa ospital na wala sa network at ang babayaran mo ay ang halaga ng cost-sharing na babayaran mo rin sa isang ospital na nasa network.

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya Pinahihintulutan ka ng batas na pumili ng sinumang provider – maging ito ay provider sa loob ng network o provider na nasa labas ng network ng Medi-Cal – para sa mga partikular na serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Nangangahulugan ito ng anumang doktor, klinika, ospital, botika, o opisina para sa pagpaplano ng pamilya. Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • pagsusuri at medikal na paggamot para sa pagpaplano ng pamilya • mga laboratoryo at diagnostic test para sa pagpaplano ng pamilya • Mga pamamaraan ng pagpaplano ng pamilya (IUC/IUD, implant, iniksyon, birth control pill, patch, o ring) • mga gamit sa pagpaplano ng pamilya na may reseta (condom, sponge, foam, film, diaphragm, cap) • limitadong mga serbisyo sa pagiging fertile tulad ng pagpapayo at edukasyon tungkol sa mga pamamaraan ng kamalayan sa pagiging fertile, at/o pagpapayo sa kalusugan bago ang paglilihi, pagsusuri, at paggamot para sa mga impeksyon na nakukuha sa pakikipagtalik (STI). • pagpapayo at pagsusuri para sa HIV at AIDS, at iba pang mga kondisyong may kaugnayan sa HIV • permanenteng kontrasepsyon (Dapat ay 21 taong gulang pataas ka upang piliin ang pamamaraang ito ng pagpaplano ng pamilya. Kailangan mong pumirma sa pederal na form ng pahintulot para sa isterilisasyon nang hindi bababa sa 30 araw, ngunit hindi hihigit sa 180 araw, bago ang petsa ng operasyon) • pagpapayo tungkol sa genetic **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya (karugtong) Nagbabayad din kami para sa iba pang serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Gayunpaman, kailangan mong gumamit ng provider na kabilang sa aming provider network para sa mga sumusunod na serbisyo: • paggamot para sa mga kondisyong medikal na sanhi ng kawalan ng kakayahang magkaanak (Hindi kasama sa serbisyong ito ang mga artipisyal na paraan upang mabuntis) • paggamot para sa AIDS at iba pang mga kondisyong kaugnay ng HIV • pagsusuring genetic	
	Benepisyo sa fitness (One Pass®) Nagbibigay ng benepisyo sa fitness sa pamamagitan ng programang One Pass upang tulungan ang mga miyembro na pangasiwaan ang kanilang kalusugan at maramdaman ang pinakamainam na kondisyon ng kanilang katawan. Kabilang sa One Pass program ang: • Mga Gym at Fitness Center: Makakakuha ka ng membership na nagbibigay ng access sa iba't ibang gym na kabilang sa network, sa pamamagitan ng core at premium network. Kabilang sa mga lugar para sa fitness ang mga pambansa, lokal, at pang-komunidad na fitness center at mga boutique studio. Maaari kang gumamit ng alinmang lokasyong kabilang sa network, at maaari kang gumamit ng higit sa isang kalahok na fitness location sa loob ng iisang buwan. Maaaring mag-iba-iba ang mga kalahok na gym at fitness center depende sa lokasyon at maaaring magbago ang mga ito. • Online Fitness: May access ka sa mga live at digital na fitness na klase pati na rin sa mga on-demand workout sa pamamagitan ng website o mobile app para sa mga miyembro ng One Pass. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Benepisyo sa fitness (One Pass®) (karugtong) • Mga Aktibidad sa Fitness at Pakikipagkapwa-tao: May access ka rin sa mga grupo, club, at social event sa pamamagitan ng website para sa mga miyembro ng One Pass. • Mga Home Fitness Kit: Kung mas gusto mong mag-ehersisyo sa bahay, maaari ka ring pumili ng isang home fitness kit bawat taon para sa Strength, Yoga, o Dance. Maaaring magbago ang mga kit, at kapag napili na, hindi na maaaring palitan ang mga ito. • Kalusugan ng Utak: Pag-access sa mga online na programa sa kognitibong pagsasanay para sa kalusugan ng utak. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga kalahok na gym at fitness location, mga benepisyo ng programa, o para gumawa ng iyong online account, pakibisita ang www.YourOnePass.com o tumawag sa 1-877-614-0618 (TTY 711), Lunes hanggang Biyernes, 6 a.m. hanggang 7 p.m. Hindi sakop ang mga sumusunod: Mga karagdagang serbisyo (tulad ng personal training, mga group fitness na klase na may bayad, pinalawig na oras ng paggamit, o mga karagdagang klase na labas sa karaniwang alok ng membership). Ang One Pass® ay isang rehistradong trademark ng One Pass Solutions, Inc. sa U.S. at iba pang hurisdiksyon, at ito ay isang boluntaryong programa. Ang programang One Pass at mga amenity ay nag-iiba-iba depende sa plano, lugar, at lokasyon. Ang impormasyong ibinibigay sa ilalim ng programang ito ay para sa pangkalahatang kaalaman lamang at hindi nilalayong maging, o dapat ituring na, payong medikal. Hindi mananagot ang One Pass para sa mga serbisyo o impormasyong ibinibigay ng mga ikatlong partido. Nararapat na kumunsulta ang mga indibidwal sa angkop na propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan bago magsimula ng anumang programa sa ehersisyo at/o upang matukoy kung ano ang angkop para sa kanila.	

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga programa sa edukasyon sa kalusugan at wellness Nag-aalok kami ng maraming programa na nakatuon sa mga partikular na kondisyong pangkalusugan. Kabilang sa mga ito ang: • mga klase para sa edukasyong pangkalusugan. • mga klase sa edukasyon sa nutrisyon; • pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako; **at** • hotline para sa nursing Bilang bahagi ng aming mga Programa sa Malusog na Pamumuhay, sakop ng aming plano ang ilang mga klase sa edukasyon sa kalusugan ng grupo kabilang ang: malusog na puso, pamumuhay na may mga malalang kondisyon at depresyon. Ang mga Programa para sa Malusog na Pamumuhay ay ibinibigay ng isang sertipikadong health educator o iba pang kwalipikadong propesyonal sa kalusugan. Nagbibigay kami ng iba't ibang serbisyo sa pagpapayo, mga programa, at mga materyales sa edukasyong pangkalusugan upang matulungan kang aktibong pangalagaan at pagbutihin ang iyong kalusugan, kabilang ang mga programa para sa mga malalang kondisyon (tulad ng dyabetis at hika). Maaari ka ring lumahok sa mga programang hindi namin sakop, na maaaring hingan ka ng bayad. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa aming counseling, mga programa, at mga materyales sa edukasyong pangkalusugan, mangyaring makipag-ugnayan sa inyong lokal na Health Education Department, tumawag sa Member Services, o bisitahin ang aming website sa kp.org/classes.	$0

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo para sa pandinig (kabilang ang mga hearing aid) Binabayaran 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. Sakop ang mga ito bilang outpatient care kapag nakuha mo ang mga ito mula sa isang doktor, audiologist, o iba pang kwalipikadong provider.	$0 **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat **pagpapatingin para sa pangangalagang may espesyalidad**, depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	Nagbabayad din kami para sa mga hearing aid kung: • Isinasailalim ka sa pagsusuri para sa pagkawala ng pandinig. • Ang mga hearing aid ay medikal na kinakailangan. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Mga serbisyo para sa pandinig (kabilang ang mga hearing aid) (karugtong) • Makakatanggap ka ng reseta mula sa iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyong medikal. Ang sakop ay limitado sa tulong na may pinakamababang halaga na tumutugon sa iyong mga pangangailangang medikal. Pipiliin namin kung sino ang magbibigay ng hearing aid. Sasagutin namin ang gastos para sa isang hearing aid, maliban na lamang kung kinakailangan ang hearing aid para sa bawat tainga upang makamit ang resultang mas mahusay kaysa sa makukuha gamit ang iisang hearing aid lamang. Sakop namin ang mga sumusunod: • mga hulmahan, mga suplay, at mga insert • mga pagkukumpuni • isang paunang set ng mga baterya • anim na pagbisita sa parehong vendor para sa pagsasanay, mga pag-aadjust, at fitting pagkatapos mong makuha ang hearing aid • pagrenta ng hearing aid para sa panahon ng libreng paggamit • mga pantulong na devices sa pakikinig, mga devices sa pandinig na ginagamit sa ibabaw para sa pagpapadaloy ng tunog sa pamamagitan ng buto • mga serbisyong audiology at post-evaluation na may kaugnayan sa hearing aid Sasagutin namin ang gastos para sa pamalit na hearing aid kung: • Ang antas ng pagkawala ng iyong pandinig ay hindi na kayang itama ng iyong kasalukuyang hearing aid. • Nawala, nanakaw, o nasira (at hindi na maaayos) ang iyong hearing aid, at hindi mo ito kasalanan. Kailangan mong bigyan kami ng isang nakasulat na paliwanag kung paano ito nangyari. Hindi sakop ang pamalit na baterya para sa hearing aid.	

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pagsusuri para sa HIV Nagbabayad kami para sa isang pagsusuri sa HIV tuwing ika-12 buwan para sa mga taong: • humiling ng HIV screening test, **o** • ay nasa mas mataas na panganib na mahawa ng HIV. Kung ikaw ay buntis, sasagutin namin ang gastos para sa hanggang tatlong HIV screening test sa panahon ng pagbubuntis. Nagbabayad din kami para sa mga karagdagang pagsusuri sa HIV kapag inirekomenda ito ng iyong provider.	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.
	Pangangalaga ng ahensya ng kalusugan sa tahanan Bago ka makakuha ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, kailangang ipaalam sa amin ng doktor na kailangan mo ang mga ito, at dapat na ibigay ang mga ito ng isang ahensya para sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan. Kailangang hindi ka nakakalabas ng bahay, na nangangahulugang isang malaking pagsisikap ang pag-alis sa tahanan. Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at marahil sa iba pang serbisyong hindi nakalista rito: • part-time o hindi tuloy-tuloy na mga serbisyo ng skilled nursing at home health aide (upang masakop ng benepisyo sa home health care, ang pinagsamang oras ng iyong mga serbisyo ng skilled nursing at home health aide ay dapat na mababa sa walong oras bawat araw at 35 oras bawat linggo.) • physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • mga serbisyong medikal at panlipunan • mga kagamitan pang medikal at suplay	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **Tandaan:** Walang cost-sharing para sa mga serbisyo at kagamitan sa home health care na ibinibigay alinsunod sa mga alituntunin ng Medicare. Gayunpaman, ang naaangkop na cost-sharing na nakalista sa ibang bahagi ng Tsart ng mga Benepisyo na ito ang paiiralin kung ang item ay sakop ng ibang benepisyo; halimbawa, ang matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment) na hindi ibinigay ng isang ahensya para sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Home infusion therapy† Sinasagot ng aming plano ang gastos para sa home infusion therapy na tumutukoy sa mga gamot o biyolohikal na substansiya na ipinapasok sa ugat o inilalagay sa ilalim ng balat at ibinibigay sa iyo sa tahanan. Ang mga sumusunod ay kinakailangan upang maisagawa ang home infusion: • ang gamot o biyolohikal na substansiya, gaya ng antiviral o immune globulin; • equipment, tulad ng pump; **at** • mga suplay, tulad ng tubing o catheter. Sakop ng aming plano ang mga serbisyo ng home infusion na kinabibilangan, ngunit hindi limitado sa: • mga propesyonal na serbisyo, kabilang ang mga serbisyong nursing, na ibinibigay alinsunod sa iyong plano sa pangangalaga; • pagsasanay at edukasyon para sa miyembro na hindi pa kasama sa benepisyo ng DME; • remote na pagsubaybay; **at** • mga serbisyo sa pagsubaybay para sa pagbibigay ng home infusion therapy at mga gamot sa home infusion na inilalaan ng isang kwalipikadong supplier ng home infusion therapy	$0 para sa mga propesyonal na serbisyo, pagsasanay, at pagsubaybay. **Tandaan:** Ang mga kagamitan at gamot (tulad ng mga gamot sa Medicare Bahagi B, DME, at mga medikal na suplay) na kinakailangan para sa home infusion ay maaaring sumailalim sa naaangkop na cost-sharing na nakasaad sa ibang bahagi ng Tsart ng mga Benepisyo na ito, depende sa partikular na gamit o gamot.
	Sakop namin ang mga supply at gamot para sa home infusion kung totoo ang lahat ng sumusunod: • Ang iyong iniresetang gamot ay nasa aming listahan ng mga gamot para sa Medicare Bahagi D; • Inaprubahan namin ang iyong inireresetang gamot para sa home infusion therapy; at • Ang iyong reseta ay isinulat ng isang provider na kabilang sa network at inihanda sa isang network pharmacy na nagbibigay ng home-infusion services.	$0 **Tandaan:** Kung ang isang sakop na supply o gamot para sa home infusion ay hindi nakuha mula sa isang network home-infusion pharmacy, ang supply o gamot ay maaaring sumailalim sa cost-sharing na nakasaad sa ibang bahagi ng dokumentong ito, depende sa serbisyo.

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Pangangalagang medikal sa tahanan na hindi sakop ng Medicare para sa mga miyembro ng North P16, P17, P19, at P23 (Advanced Care At Home) Sinasakop namin ang pangangalagang medikal sa iyong tahanan na hindi sakop ng Medicare, kung ito ay itinuring na angkop sa medikal na aspeto ng isang doktor batay sa iyong kalagayang pangkalusugan; layunin nitong magbigay ng alternatibo sa pagtanggap ng acute care sa ospital at maghatid ng mga serbisyong post-acute care sa tahanan upang suportahan ang iyong paggaling. Ang mga serbisyo sa tahanan ay dapat na: • Inireseta ng isang network hospitalist na nagpasya na batay sa iyong kalagayang pangkalusugan, plano sa paggamot, at sitwasyon sa tahanan na maaari kang gamutin nang ligtas at epektibo sa iyong tahanan. • Pinili mo ito dahil mas gusto mong matanggap sa iyong tahanan ang pangangalagang nakasaad sa iyong plano sa paggamot. Magbibigay ang aming network provider ng mga sumusunod na serbisyo at kagamitan sa iyong tahanan, alinsunod sa iyong plano sa paggamot at habang ang mga ito ay inirereseta ng isang network hospitalist: • Mga pagbisita sa tahanan na isinasagawa ng mga RN, physical therapist, occupational therapist, speech therapist, respiratory therapist, nutritionist, home health aide, at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan, alinsunod sa plano ng paggamot sa tahanan at sa sakop ng praktis at lisensya ng provider. • Mga kagamitang pang-komunikasyon na magbibigay-daan sa iyong makipag-ugnayan sa command center ng Advanced Care at Home nang 24 na oras bawat araw, 7 araw sa isang linggo. Kabilang dito ang kinakailangang teknolohiya sa komunikasyon upang matiyak ang maaasahang komunikasyon, at isang PERS alert device para makipag-ugnayan sa command center kung hindi ka makakagamit ng telepono. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **North P16, P17, P19, and P23:** $0 **Hindi sakop para sa lahat ng iba pang miyembro.**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pangangalagang medikal sa tahanan na hindi sakop ng Medicare para sa mga miyembro ng North P16, P17, P19, at P23 (Advanced Care At Home) (karugtong) • Narito ang mga kagamitang kinakailangan upang matiyak na maayos kang namomonitor sa iyong tahanan: blood pressure cuff/monitor, pulse oximeter, timbangan, at thermometer. • Mga mobile imaging at pagsusuri tulad ng X-ray, laboratory test, at EKG. • Ang mga sumusunod na kagamitang pangkaligtasan: silyang panligo (shower stool), nakataas na upuan sa inodoro (raised toilet seat), pang-ipit o pangkuha (grabber), mahabang shoehorn, at pantulong sa pagsuot ng medyas (sock aid.) • Hanggang 21 na pagkain bawat linggo habang tumatanggap ka ng acute care sa iyong tahanan.	
	Bukod pa rito, para sa mga serbisyo at item na sakop ng Medicare na nakalista sa ibaba, hindi ipinapatupad ang cost-sharing na nakasaad sa ibang bahagi ng Tsart ng Benepisyong Medikal na ito kapag ang mga serbisyo at item ay inireseta bilang bahagi ng iyong plano sa paggamot sa tahanan: • Matibay na kagamitang medikal. • Mga medikal na supply. • Transportasyon ng ambulansya na hindi pang-emerhensiya papunta at pabalik mula sa mga pasilidad ng network kapag ang naka-iskedyul na transportasyon ng ambulansya ay medikal na kinakailangan. • Pagbisita sa bahay o sa klinika ng physician assistant at nurse practitioner. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	**North P16, P17, P19, and P23:** $0 **Hindi sakop para sa lahat ng iba pang miyembro.**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo

	Pangangalagang medikal sa tahanan na hindi sakop ng Medicare para sa mga miyembro ng North P16, P17, P19, at P23 (Advanced Care At Home) (karugtong)
	
	• Ang mga sumusunod na serbisyo sa isang pasilidad na kabilang sa network, kung ang mga serbisyo ay bahagi ng iyong plano sa paggamot sa tahanan:
	  ○ Mga pagbisita sa Network Emergency Department na kaugnayan sa benepisyong ito.
	  ○ Mga pagbisita sa klinika para sa physical, speech, o occupational therapy.
	  ○ X-rays, labs, ultrasounds, at EKGs.
	
	Ang cost-sharing na nakasaad sa ibang bahagi ng Tsart ng Benepisyong Medikal na ito ay ilalapat sa lahat ng iba pang serbisyo at item na hindi bahagi ng iyong home treatment plan (halimbawa, DME na walang kaugnayan sa iyong home treatment plan) o kaya ay bahagi ng iyong home treatment plan ngunit hindi ibinibigay sa iyong tahanan, maliban na lamang kung nakalista ang mga ito sa itaas. **Tandaan:** Para sa impormasyon tungkol sa cost-sharing ng mga gamot na may reseta, pakitingnan ang seksyon ng Medicare Bahagi B para sa mga gamot na may reseta sa tsart na ito, at ang Kabanata 6 para sa mga gamot na may reseta sa ilalim ng Medicare Bahagi D.	

	Pangangalaga ng hospice May karapatan kang piliin ang hospice kung matukoy ng iyong provider at ng medical director ng hospice na ikaw ay may terminal na kondisyon. Nangangahulugan ito na mayroon kang malubha at hindi na malulunasan na sakit, at inaasahan mayroon ka na lamang anim na buwan o mas maikli pang panahon upang mabuhay. Makakakuha ka ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospice na pinatunayan ng Medicare. Dapat kang tulungan ng aming plano na makahanap ng mga hospice program na sertipikado ng Medicare sa lugar na sakop ng serbisyo ng plano, kabilang ang mga programang pagmamay-ari o kontrolado namin, o kung saan mayroon kaming interes sa pananalapi. Ang iyong hospice doctor ay maaaring isang network provider o isang wala sa network na provider. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Pangangalaga ng hospice (karugtong) Kabilang sa mga sakop na serbisyo ang: • mga gamot para sa paggamot ng mga sintomas at pananakit • panandaliang respite care • pangangalaga sa tahanan Kapag ikaw ay na-admit sa isang hospice, may karapatan kang manatili sa aming plano. **Ang mga serbisyong hospice at mga serbisyong sakop ng Medicare Bahagi A o Medicare Bahagi B na may kaugnayan sa iyong terminal na prognosis ay ibinill sa Medicare:** • Babayaran ng Original Medicare (sa halip na aming plano) ang provider ng hospice para sa iyong mga serbisyo sa hospice at anuman Mga serbisyo sa ilalim ng Bahagi A o B na may kaugnayan sa iyong terminal na sakit. • Habang ikaw ay nasa hospice program, sisingilin ng iyong hospice provider ang Original Medicare para sa mga serbisyong binabayaran ng Original Medicare **Para sa mga serbisyong sakop ng aming plano ngunit hindi sakop ng Medicare Bahagi A o Medicare Bahagi B:** • Sakop ng aming plano ang mga serbisyong hindi sakop ng Medicare Bahagi A o Medicare Bahagi B. Sakop namin ang mga serbisyong ito, may kaugnayan man ang mga ito sa iyong terminal na prognosis o wala. Babayaran mo ang halaga ng cost-sharing ng aming plano para sa mga serbisyong ito Para sa mga gamot na maaaring masakop ng Medicare ng aming plano Bahagi D **na mga benepisyo:** • Hindi kailanman sakop nang sabay ng hospice at ng aming plano ang mga gamot. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pangangalaga ng hospice (karugtong) **Tandaan:** Kung ikaw ay may malubhang sakit, maaaring kwalipikado ka para sa palliative care, isang uri ng pangangalagang nakatuon sa pasyente at sa kanyang pamilya na isinasagawa ng isang pangkat, at naglalayong mapabuti ang kalidad ng iyong pamumuhay. Maaari kang makatanggap ng palliative care kasabay ng curative o regular na pangangalaga. Mangyaring tingnan ang seksyon ng Palliative Care sa ibaba para sa karagdagang impormasyon. **Tandaan:** Kung kailangan mo ng pangangalagang hindi hospice, tawagan ang iyong care coordinator at/o ang member services upang ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalagang hindi hospice ay pangangalagang walang kaugnayan sa iyong terminal prognosis. Sakop ng aming plano ang mga serbisyo sa konsultasyon para sa hospice (isang beses lamang) para sa miyembrong may malubha at hindi na malulunasan pang sakit na hindi pa pumipili sa benepisyong hospice.	
	Pagbabakuna Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Mga bakuna para sa pneumonia • mga bakuna laban sa trangkaso (flu/influenza), isang beses sa bawat panahon ng trangkaso tuwing taglagas at taglamig, at may karagdagang mga bakuna kung kinakailangan ayon sa medikal na pagsusuri • mga bakuna laban sa hepatitis B kung hindi ka pa nakatanggap ng kumpletong serye, hindi mo alam ang iyong kasaysayan ng pagbabakuna, o mayroon kang iba pang kondisyon na naglalagay sa iyo sa mataas o katamtamang panganib na magkaroon ng hepatitis B • Bakuna para sa COVID-19 **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pagbabakuna (karugtong) • bakuna para sa human papillomavirus (HPV) • iba pang mga bakuna kung ikaw ay nasa panganib at ang mga ito ay tumutugma sa mga tuntunin ng sakop ng Medicare Bahagi B. Nagbabayad kami para sa iba pang mga bakuna na tumutugon sa mga tuntunin ng sakop ng Medicare Bahagi D. Sumangguni sa **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.	
	Pangangalaga pasyente sa ospital na inpatient Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo at iba pang serbisyong medikal na kinakailangan na hindi nakalista rito: • semi-private na silid (o pribadong silid kung kinakailangan ayon sa medikal na pangangailangan) • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • regular na serbisyo sa pag-aalaga • mga gastusin para sa mga yunit ng espesyal na pangangalaga, tulad ng intensive care o coronary care units • mga gamot at medikasyon • mga pagsusuri sa laboratoryo • mga X-ray at iba pang serbisyong radiology • mga kinakailangang kagamitang pang-opera at medikal na suplay • appliances, tulad ng wheelchairs • mga serbisyo sa operating room at recovery room • pisikal, occupational, at speech therapy **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **Kung mawala ang iyong lubos na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod bawat araw para sa mga araw na 1–5 ng iyong pananatili sa ospital (ang cost-sharing ay ipinapataw sa bawat pananatili bilang inpatient), depende sa planong enrolled ka: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$120** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450**

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Pangangalaga pasyente sa ospital na inpatient (karugtong) • mga serbisyo para sa inpatient na pag abuso ng substansya • (†Mga miyembro sa Hilagang California) sa ilang mga kaso, ang mga sumusunod na uri ng transplant: corneal, kidney, kidney/pancreas, puso, atay, baga, puso/baga, bone marrow, stem cell, at intestinal/multivisceral. Dapat kumuha ng pahintulot mula sa aming plano ang mga miyembro sa Northern California upang makuha ang mga serbisyong ito • Kung kailangan mo ng transplant, susuriin ng isang transplant center na aprubado ng Medicare ang iyong kaso at magpapasiya kung ikaw ay kwalipikado para sa transplant. Ang mga provider sa transplant ay maaaring lokal o matatagpuan sa labas ng lugar na sakop ng serbisyo. Kung handang tanggapin ng mga lokal na provider sa transplant ang rate ng Medicare, maaari mong makuha ang iyong mga serbisyo sa transplant nang lokal o sa labas ng nakagawiang sistema ng pangangalaga sa iyong komunidad. • Kung ang aming plano ay nagbibigay ng mga serbisyo sa transplant sa labas ng nakagawiang sistema ng pangangalaga para sa aming komunidad at pinili mong doon isagawa ang iyong transplant, kami ang mag-aayos o magbabayad para sa iyong matutuluyan at mga gastusin sa pagbyahe pati na rin sa isang kasama mo, alinsunod sa aming mga alituntunin sa pagbyahe at panunuluyan, na maaaring makuha mula sa Member Services • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pangangasiwa nito. • mga serbisyo ng doktor **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	• North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460** Pagkatapos nito, wala ka nang babayaran ($0) para sa natitirang bahagi ng iyong pananatili sa ospital na sakop ng iyong benepisyo. Bukod pa rito, hindi mo babayaran ang copayment na nakasaad sa itaas para sa araw ng iyong paglabas sa ospital, maliban na lamang kung ikaw ay na-admit at lumabas din sa parehong araw. †Kung makakatanggap ka ng awtorisadong inpatient care sa isang ospital na wala sa network matapos ma-stabilize ang kondisyong emergency mo, ang babayaran mo ay ang cost-sharing na babayaran mo sana sa isang ospital na nasa network. **Tandaan:** Kung ikaw ay ma-ospital sa taong 2027 at hindi pa nakalabas hanggang sa taong 2028, ang cost-sharing para sa 2027 ang ilalapat sa nasabing pagka-ospital hanggang sa ikaw ay makalabas ospital o ng skilled nursing facility.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pangangalaga pasyente sa ospital na inpatient (karugtong) **Tandaan:** Upang maituring na inpatient, kailangang mag-isyu ang iyong provider ng order para pormal kang ma-admit bilang inpatient sa ospital. Kahit manatili ka sa ospital nang magdamag, maaari ka pa ring ituring na “outpatient.” Kung hindi ka sigurado kung ikaw ay isang inpatient o outpatient, dapat kang magtanong sa mga kawani ng ospital. Maaari ka ring makahanap ng karagdagang impormasyon sa isang fact sheet ng Medicare na tinatawag na “Are you a Hospital Inpatient or Outpatient?” Kung Mayroon Kang Medicare – Magtanong! Ang fact sheet na ito ay makukuha sa es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari kang tumawag ng 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.	
	Mga serbisyong inpatient sa isang psychiatric na ospital Nagbabayad kami para sa mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan ng isip na nangangailangan ng pananatili sa ospital. • Kung ikaw ay 65 taong gulang o pataas, binabayaran namin ang mga serbisyong natatanggap mo sa isang Institute for Mental Diseases (IMD). **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **Kung mawala ang iyong lubos na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod bawat araw para sa mga araw na 1–5 ng iyong pananatili sa ospital (ang cost-sharing ay ipinapataw sa bawat pananatili bilang inpatient), depende sa planong enrolled ka: • South P1 – **$400** • South P6 – **$400** • South P7 – **$400** • South P9 – **$0** • South P10 – **$400** • South P11 – **$120**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyong inpatient sa isang psychiatric na ospital (karugtong)	• North P2 – **$400** • North P16 – **$400** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$400** • North P20 – **$400** • North P21 – **$400** • North P22 – **$400** • North P23 – **$400** • North P24 – **$400** • North P25 – **$400** Pagkatapos nito, wala ka nang babayaran **($0)** para sa natitirang bahagi ng iyong pananatili sa ospital na sakop ng iyong benepisyo. Bukod pa rito, hindi mo babayaran ang copayment na nakasaad sa itaas para sa araw ng iyong paglabas sa ospital, maliban na lamang kung ikaw ay na-admit at lumabas din sa parehong araw. **Tandaan:** Kung ikaw ay ma-ospital sa taong 2027 at hindi pa nakalabas hanggang sa taong 2028, ang cost-sharing para sa 2027 ang ilalapat sa nasabing pagka-ospital hanggang sa ikaw ay makalabas ospital o ng skilled nursing facility.

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Pananatili sa ospital bilang inpatient: Mga serbisyong sakop sa ospital o skilled nursing facility (SNF) sa panahon ng pananatili bilang inpatient na hindi sakop† Hindi namin babayaran ang iyong pananatili sa ospital bilang inpatient kung ang pananatiling iyon ay hindi makatwiran at hindi medikal na kinakailangan. Gayunpaman, sa mga partikular na sitwasyon kung saan hindi sakop ang pangangalaga bilang inpatient, maaari naming bayaran ang mga serbisyong natatanggap mo habang ikaw ay nasa ospital o pasilidad ng pangangalaga (nursing facility). Para sa karagdagang impormasyon, makipag-ugnayan sa Member Services. Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at marahil sa iba pang serbisyong hindi nakalista rito: • mga serbisyo ng doktor • mga diagnostic test, tulad ng mga laboratory test • X-ray, radium, at isotope therapy, kabilang ang mga materyales at serbisyo ng technician • mga surgical dressing • mga splint, cast, at iba pang kagamitang ginagamit para sa mga bali at dislokasyon • mga prosthetic at orthotic device, maliban sa mga pang-dental, kabilang ang pagpapalit o pagkukumpuni ng mga naturang device. Ang mga ito ay mga devices na pumapalit sa kabuuan o bahagi ng: o isang panloob na organo ng katawan (kabilang ang magkakadugtong na tisyu), **o** o ang tungkulin ng isang organo sa loob ng katawan na hindi gumagana o may sira • mga brace para sa binti, braso, likod, at leeg; mga truss; at mga 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 kalagayan • physical therapy, occupational therapy, at speech therapy	Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. Kung hindi na sakop ang iyong inpatient o SNF stay, patuloy naming sasakupin ang mga serbisyo ng Medicare Bahagi B sa naaangkop na cost-sharing na nakalista sa ibang bahagi ng Tsart ng mga Benepisyo na ito kapag ibinigay ng mga network provider.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo at suplay para sa sakit sa bato Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Mga serbisyong pang-edukasyon tungkol sa sakit sa bato upang ituro ang pangangalaga sa bato at tulungan kang gumawa ng mahuhusay na desisyon para sa iyong pangangalaga. • Pagsasanay sa self-dialysis, kabilang ang pagsasanay para sa iyo at sa sinumang tumutulong sa iyo mga home dialysis treatment. • Mga partikular na serbisyong sumusuporta sa tahanan, tulad ng mga kinakailangang pagbisita ng mga sinanay na kawani sa dialysis upang suriin ang iyong dialysis sa bahay, tumulong sa mga emerhensiya, at tingnan ang iyong equipment sa dialysis at suplay ng tubig. • Mga equipment at suplay para sa dialysis sa bahay.	$0
	• Mga outpatient dialysis treatment, kabilang ang mga dialysis treatment habang pansamantalang wala sa service area gaya ng ipinaliwanag sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito, o kapag ang iyong provider para sa serbisyong ito ay pansamantalang hindi available o hindi mapuntahan.	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng **20% coinsurance**.
	• Mga paggamot sa dialysis habang nasa ospital para sa espesyal na pangangalaga.	Walang karagdagang bayad para sa mga serbisyong natanggap habang nasa ospital. Sumangguni sa seksyong “IPangangalaga sa ospital bilang inpatient” ng Tsart ng mga Benepisyo na ito para sa cost-sharing na naaangkop sa mga pananatili sa ospital bilang inpatient.
	Binabayaran ng Medicare Bahagi B ang ilang gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon, sumangguni sa “Medicare Bahagi B gamot” sa tsart na ito.	

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Pagsusuri para sa kanser sa baga gamit ang low-dose computed tomography (LDCT) Sinasagot ng aming plano ang gastos para sa pagsusuri para sa kanser sa baga tuwing ika-12 buwan kung ikaw ay: • nasa edad na 50-80, **at** • magkaroon ng sesyon ng pagpapayo at sama-samang paggawa ng desisyon kasama ang iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyong medikal, **at** • hakapanigarilyo nang hindi bababa sa isang kaha bawat araw sa loob ng 20 taon nang walang mga senyales o sintomas ng kanser sa baga, o kasalukuyang naninigarilyo, o huminto sa paninigarilyo sa loob ng nakalipas na 15 taon. Pagkatapos ng unang pagsusuri, sasagutin ng aming plano ang gastos para sa isa pang pagsusuri taon-taon, basta't may nakasulat na order mula sa iyong doktor o iba pang kwalipikadong provider. Kung pipiliin ng isang provider na magbigay ng counseling at pagbuo ng desisyon kasama ang pasyente para sa lung cancer screening, ang naturang pagbisita ay dapat tumugon sa mga pamantayan ng Medicare para sa ganitong uri ng pagbisita.	$0
Medical nutrition therapy Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may dyabetis o sakit sa bato na walang dialysis. Para rin ito sa panahon pagkatapos ng pag-transplant ng bato, kung sinabi ng iyong doktor. Nagbabayad kami para sa tatlong oras ng one-on-one na serbisyo sa counseling sa unang taon ng iyong pagtanggap ng mga serbisyo sa medical nutrition therapy sa ilalim ng Medicare. Maaari naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Medical nutrition therapy (karugtong) Nagbabayad kami para sa dalawang oras na serbisyo ng one-on-one na counseling bawat taon pagkatapos niyon. Kung magbago ang iyong kondisyon, paggamot, o diagnosis, maaari kang makatanggap ng karagdagang oras ng paggamot kung may utos ng doktor. Kailangang magreseta ng mga serbisyong ito ang isang doktor at i-renew ang order taon-taon kung kailangan mo ng paggamot sa susunod na taon. Maaari naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Sakop din namin ang pagpapayo sa nutrisyon o diyeta kasama ang isang provider sa network para sa mga kondisyong walang kaugnayan sa dyabetis o sakit sa bato na hindi nangangailangan ng dialysis.	
	Programa ng Medicare para sa Pag-iwas sa Diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Sinasagot ng aming plano ang gastos para sa mga serbisyong MDPP para sa mga kwalipikadong indibidwal. Ang MDPP ay dinisenyo upang tulungan kang dagdagan ang mga gawi na nakababuti sa kalusugan. Nagbibigay ito ng praktikal na pagsasanay sa: • pangmatagalang pagbabago sa diyeta, **at** • nadagdagan na pisikal na aktibidad, **at** • mga paraan upang mapanatili ang nabawasang timbang at ang malusog na pamumuhay.	$0
	Medicare Bahagi B mga gamot† Ang mga gamot na ito ay sakop ng Bahagi B ng Medicare. Sinasagot ng aming plano ang mga sumusunod na gamot: • mga gamot na karaniwang hindi mo ibinibigay sa iyong sarili at itinuturok o ipinapasok sa katawan (infused) habang tumatanggap ka ng serbisyo mula sa doktor, outpatient ng ospital, o ambulatory surgery center **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 **Administered Bahagi B mga gamot** **Kung mawala ang iyong full-scope na sakop ng Medi-Cal**, para sa mga gamot sa Medicare Bahagi B kapag kinakailangan ang pangangasiwa o pagsubaybay ng mga medikal na tauhan at ang mga gamot ay ibinigay sa

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Medicare Bahagi B mga gamot† (karugtong) • insulin na ibinibigay sa pamamagitan ng isang item ng durable medical equipment (tulad ng insulin pump na medikal na kinakailangan) • iba pang mga gamot na ginagamitan ng durable medical equipment (tulad ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng aming plano • ang gamot sa Alzheimer's na Leqembi® (generic na lecanemab), na ibinibigay sa pamamagitan ng intravenous (IV). Bukod sa mga gastusin sa gamot, maaaring kailanganin mo ng mga karagdagang scan at pagsusuri bago at/o habang isinasagawa ang paggamot. Kumunsulta sa iyong doktor tungkol sa mga scan at pagsusuring maaaring kailanganin mo bilang bahagi ng iyong paggamot. • mga clotting factor na itinuturok mo sa iyong sarili kung ikaw ay may hemophilia • mga gamot para sa transplant/immunosuppressive: Sakop ng Medicare ang drug therapy para sa transplant kung binayaran ng Medicare ang iyong organ transplant. Dapat ay mayroon kang Bahagi A sa panahon ng sakop na transplant, at dapat ay mayroon kang Bahagi B sa panahon na tumatanggap ka ng mga gamot na immunosuppressive. Sakop ng Medicare Bahagi D ang mga gamot na immunosuppressive kung hindi ang mga ito sakop ng Bahagi B • mga gamot sa osteoporosis na itinuturok. Babayaran namin ang mga gamot na ito kung ikaw ay hindi nakakalabas ng bahay, may bali sa buto na kinumpirma ng doktor na dulot ng post-menopausal osteoporosis, at hindi mo kayang iturok ang gamot sa iyong sarili • ilang antigen: Sakop ng Medicare ang mga antigen kung inihanda ang mga ito ng doktor at ibinigay ng isang taong may sapat na tagubilin (na maaaring ikaw, ang pasyente) sa ilalim ng angkop na pangangasiwa **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	iyo ng isang network providerbabayaran mo ang **coinsurance** depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** Mangyaring tumawag sa Member Services upang malaman kung aling mga gamot ang sakop ng **20%** coinsurance. Maaaring mas mababa sa **20%** ang ilang gamot kung matutukoy na lumalagpas ang mga ito sa antas ng inflation.

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Medicare Bahagi B mga gamot† (karugtong) • ilang partikular na gamot na pangkanser na iniinom: Sakop ng Medicare ang ilang gamot sa kanser na iniinom kung ang parehong gamot ay makukuha rin sa anyong itinuturok, o kung ang gamot ay isang prodrug (isang anyong iniinom na, kapag nalunok, ay nagiging parehong aktibong sangkap na matatagpuan sa gamot na itinuturok. Habang nagiging available ang mga bagong gamot para sa oral cancer, maaaring sakupin ng Bahagi B ang mga ito. Kung hindi sakop ng Bahagi B ang mga ito, ang Bahagi D ang nasasakop nito • mga gamot na iniinom laban sa pagkahilo at pagsusuka: Sakop ng Medicare ang mga gamot na iniinom laban sa pagkahilo at pagsusuka na ginagamit mo bilang bahagi ng regimen ng chemotherapy laban sa kanser, kung ang mga ito ay ibinibigay bago, kasabay, o sa loob ng 48 oras matapos ang chemotherapy, o kung ginagamit ang mga ito bilang ganap na pamalit sa gamot na ini-inject sa ugat (intravenous) para sa pagkahilo at pagsusuka • mga partikular na gamot na iniinom para sa End-Stage Renal Disease (ESRD) na sakop ng Medicare Bahagi B • mga gamot na calcimimetic at phosphate binder sa ilalim ng sistema ng pagbabayad para sa ESRD, kabilang ang intravenous na gamot na Parsabiv® at ang oral na gamot na Sensipar • ilang mga gamot para sa dialysis sa bahay, kabilang ang heparin, ang panlunas sa heparin (kung medikal na kinakailangan) at mga topical anesthetic • mga ahente na nagpapasigla ng erythropoiesis: Sakop ng Medicare ang erythropoietin na ibinibigay sa pamamagitan ng iniksyon kung ikaw ay may ESRD o kung kailangan mo ang gamot na ito upang gamutin ang anemia na kaugnay ng iba pang mga kondisyon (tulad ng Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	**Mga gamot sa ilalim ng Bahagi B mula sa isang network pharmacy** Babayaran mo ang mga sumusunod para sa mga gamot sa Bahagi B na nasa aming formulary kapag nakuha ang mga ito mula sa isang network pharmacy: • **$0** para sa mga gamot na ibinibigay sa pamamagitan ng infusion sa bahay (hanggang sa suplay na pang-100 araw) at Epogen para sa dialysis sa bahay (hanggang sa suplay na pang-30 araw). • **$0** Para sa lahat ng iba pang generic at brand-name na gamot (hanggang sa suplay na pang-30 araw).

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Medicare Bahagi B mga gamot† (karugtong) • IV immune globulin para sa paggamot sa tahanan ng mga sakit na primary immune deficiency • nutrisyong parenteral at enteral (IV at pagpapakain sa pamamagitan ng tubo) Sakop rin namin ang ilang bakuna sa ilalim ng aming Medicare Bahagi B, at ang karamihan sa mga bakuna para sa mga nasa hustong gulang ay sakop ng aming benepisyo sa gamot na Medicare Bahagi D. **Ang Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro na ito* ay nagpapaliwanag ng aming benepisyo sa gamot. Ipinaliliwanag nito ang mga panuntunang dapat mong sundin upang masakop ng insurance ang iyong mga iniresetang gamot. **Ang Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro na ito* ay nagpapaliwanag kung magkano ang babayaran mo para sa iyong mga gamot sa ilalim ng aming plano.	
	Pangangalaga sa nursing facility Ang nursing facility (NF) ay isang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga sa mga taong hindi na maaaring alagaan sa tahanan ngunit hindi naman kinakailangang manatili sa ospital. Kabilang sa mga serbisyong binabayaran namin, ngunit hindi limitado sa mga ito, ang mga sumusunod: • semi-private na silid (o pribadong silid kung kinakailangan ayon sa medikal na pangangailangan) • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyong pang-nursing • physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • respiratory therapy **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Pangangalaga sa nursing facility (karugtong) • mga gamot na ibinigay sa iyo bilang bahagi ng iyong plano sa pangangalaga. (Kabilang dito ang mga sangkap na natural na naroroon sa katawan, tulad ng mga clotting factor sa dugo.) • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pangangasiwa nito. • mga suplay medikal at pang-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 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 manggagamot/practitioner • matibay na kagamitang medikal (DME) • mga serbisyong pang-dental, kabilang ang mga pustiso • mga benepisyo sa paningin • mga pagsusuri sa pandinig • pangangalagang chiropractic • mga serbisyong podiatry Karaniwan kang tumatanggap ng pangangalaga mula sa mga pasilidad na kabilang sa network. Gayunpaman, maaaring makakuha ka ng 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: • isang pasilidad ng pag-aalaga o komunidad ng nagretiro 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	

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pagsusuri at therapy para sa labis na katabaan upang mapanatiling mababa ang timbang Kung ang iyong body mass index ay 30 o higit pa, sasagutin namin ang gastos para sa counseling upang matulungan kang magbawas ng timbang. Kailangan mong makuha ang counseling sa isang pasilidad ng primary care. Sa ganitong paraan, maaari itong mapamahalaan bilang bahagi ng iyong kumpletong plano sa pag-iwas Kausapin ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga upang malaman ang higit pa.	$0
	Mga serbisyo ng programang panggamot sa opioid (OTP) Sinasagot ng aming plano ang gastos para sa mga sumusunod na serbisyo upang gamutin ang opioid use disorder (OUD) sa pamamagitan ng isang OTP, na kinabibilangan ng mga sumusunod na serbisyo: • mga gamot na inaprubahan ng FDA at, kung naaangkop, ang pamamahala at pagbibigay sa iyo ng mga gamot na ito • pagpapayo ukol sa paggamit ng mga substansiya • indibidwal at panggrupong therapy • pagsusuri para sa mga droga o kemikal sa iyong katawan (toxicology testing) • mga aktibidad sa pag-intake • pana-panahong pagsusuri **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **Kung mawawala ang iyong full-scope na sakop ng Medi-Cal**, para sa mga gamot sa ilalim ng Medicare Bahagi B na klinikal na ibinibigay ng isang Opioid Treatment Program, babayaran mo ang sumusunod na **coinsurance** depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo ng programang panggamot sa opioid (OTP) (karugtong)	• North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** Maaaring mas mababa sa **20%** ang ilang gamot kung matutukoy na lumalagpas ang mga ito sa antas ng inflation.
	Mga outpatient diagnostic test at mga serbisyo at suplay na pang-therapy Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo at iba pang serbisyong medikal na kinakailangan na hindi nakalista rito: • Mga X-Ray • Mga ultrasound **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat pagkakataon ng pagpapagamot, **depende sa planong kinabibilangan mo:** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga outpatient diagnostic test at mga serbisyo at suplay na pang-therapy (karugtong)	• North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0**
	• mga pagsusuri sa laboratoryo • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pangangasiwa nito. • therapy sa radiation (radium at isotope), kabilang ang mga materyales at suplay para sa technician • †mga kagamitang pang-opera, tulad ng mga dressing • †mga splint, cast, at iba pang kagamitang ginagamit para sa mga bali at dislokasyon	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.
	• mga diagnostic test na hindi isinasagawa sa laboratoryo tulad ng mga CT scan, MRI, EKG, at PET scan—kapag ipinag-utos ang mga ito ng doktor o iba pang health care provider upang gamutin ang isang kondisyong medikal **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, babayaran mo ang mga sumusunod sa bawat pamamaraan para sa Magnetic Resonance Imaging (MRI), Computed Tomography (CT), at Positron Emission Tomography (PET), depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga outpatient diagnostic test at mga serbisyo at suplay na pang-therapy (karugtong)	• North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**
	• Anumang diagnostic test o espesyal na pamamaraan na isinasagawa sa outpatient department ng ospital, sa ambulatory surgery center, o sa operating room ng ospital; o kung ito ay isinasagawa sa kahit anong lugar at may lisensyadong kawani na nagbabantay sa iyong vital signs habang bumabalik ang iyong pakiramdam matapos kang bigyan ng gamot upang bawasan ang pakiramdam o pagaanin ang paghihirap **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat pamamaraan, depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga outpatient diagnostic test at mga serbisyo at suplay na pang-therapy (karugtong)	• North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	• iba pang mga outpatient na pagsusuring diagnostic	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.
	Pag-obserba sa pasyente sa ospital bilang outpatient Nagbabayad kami para sa mga serbisyo ng obserbasyon sa pasyente sa ospital bilang outpatient upang matukoy kung kailangan kang i-admit bilang inpatient o kung maaari ka nang pauwiin. Ang mga serbisyo ay dapat tumugon sa mga pamantayan ng Medicare at ituring na makatwiran at kinakailangan. Sakop lamang ang mga serbisyo ng obserbasyon kapag utos ng isang doktor o ibang taong awtorisado ng batas ng estado at mga batas ng kawani ng ospital na tumanggap ng mga pasyente sa ospital o mag-utos ng mga outpatient na pagsusuri. **Tandaan:** Maliban kung nag-isyu ang iyong provider ng nakasulat na order upang ma-admit ka sa ospital bilang inpatient, ikaw ay itinuturing na outpatient at magbabayad ng cost-sharing para sa mga serbisyong outpatient sa ospital. Kahit manatili ka sa ospital nang magdamag, maaari ka pa ring ituring na “outpatient.” Kung hindi ka sigurado kung ikaw ay isang outpatient, magtanong sa mga kawani ng ospital. Kumuha ng karagdagang impormasyon mula sa fact sheet ng Medicare *Mga Benepisyo sa Ospital ng Medicare* na makukuha sa Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 **Kung mawawala ang iyong boung benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod sa bawat pananatili kapag direktang na-admit sa ospital para sa obserbasyon bilang outpatient, depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pag-obserba sa pasyente sa ospital bilang outpatient (karugtong)	**Tandaan:** Walang karagdagang bayad para sa pananatili para obserbasyon bilang outpatient kung inilipat para sa obserbasyon mula sa Departmento ng Emerhensiya o pagkatapos ng outpatient surgery
	Mga serbisyo sa pasyente sa ospital bilang outpatient Binabayaran namin ang mga serbisyong medikal na kinakailangan na natatanggap mo sa outpatient department ng ospital para sa pagsusuri o paggamot ng sakit o pinsala, tulad ng: • Mga serbisyo sa departmento ng emerhensiya o outpatient clinic, tulad ng outpatient surgery o mga serbisyong pang-obserbasyon **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	**Departamento para sa Emergency** $0 **Kung mawawala ang iyong kumpletong coverage sa Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat araw, depende sa plano kung saan ka naka-enroll: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo sa pasyente sa ospital bilang outpatient (karugtong)	**Outpatient na operasyon** $0 **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat pamamaraan, depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	• Mga laboratoryo at diagnostic test na siningil ng ospital • Pangangalaga sa kalusugan ng isip, kabilang ang pangangalaga sa isang partial-hospitalization program, kung pinatutunayan ng doktor na kakailanganin ang inpatient na paggamot kung hindi matatanggap ang naturang pangangalaga • †Mga medikal na suplay, tulad ng mga splint at cast **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. $0

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo sa pasyente sa ospital bilang outpatient (karugtong) • Ilang gamot at produktong biyolohikal na hindi mo maaaring ibigay sa iyong sarili **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 **Kung mawala ang iyong full-scope na sakop ng Medi-Cal**, para sa mga gamot sa Medicare Bahagi B kapag kinakailangan ang pangangasiwa o pagsubaybay ng mga medikal na tauhan at ang mga gamot ay ibinigay sa iyo ng isang network providerbabayaran mo ang **coinsurance** depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo sa pasyente sa ospital bilang outpatient (karugtong)	Mangyaring tumawag sa Member Services upang malaman kung aling mga gamot ang sakop ng **20%** coinsurance. Maaaring mas mababa sa **20%** ang ilang gamot kung matutukoy na lumalagpas ang mga ito sa antas ng inflation.
	• Mga X-ray at iba pang serbisyong radiology na siningil ng ospital **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **Mga X-rays at ultrasound** $0 **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat pagkonsulta, depende sa plano kung saan ka nag-enroll: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo sa pasyente sa ospital bilang outpatient (karugtong) **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	• North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0** **Magnetic resonance imaging (MRI), computed tomography (CT), at positron emission tomography (PET)** $0 **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat pamamaraan, depende sa planong kinabibilangan mo: • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo sa pasyente sa ospital bilang outpatient (karugtong) • †Para sa mga pagpapagamot o operasyong dental sa isang pasilidad na kabilang sa network, nagbibigay kami ng general anesthesia at ng mga serbisyong nauugnay dito na ibinibigay ng pasilidad kung totoo ang lahat ng sumusunod: ○ Ikaw ay may developmental disability, o kaya ay nakompromiso ang iyong kalusugan ○ Ang iyong klinikal na kalagayan o pinag-uugatang kondisyong medikal ay nangangailangan na ang pagpapagamot o operasyong dental ay isagawa sa isang ospital o outpatient surgery center. ○ Karaniwan ay hindi mangangailangan ng general anesthesia ang operasyong dental Hindi namin sakop ang anumang iba pang serbisyong may kaugnayan sa paggamot o operasyong dental, tulad ng mga serbisyo ng dentista, maliban kung ang mga serbisyong ito ay sakop ng Medi-Cal Dental (tingnan ang “Mga Serbisyong Pag-Dental” sa Tsart ng mga Benepisyo na ito)	$0 **Kung mawalan ka ng buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, sumangguni sa “Outpatient surgery” na nakalista sa simula ng seksyong ito para sa cost-sharing na naaangkop sa mga singil ng pasilidad ng ospital para sa outpatient.
	Pangangalaga sa kalusugan ng isip ng pasyente sa ospital na outpatient Nagbabayad kami para sa mga serbisyo na pangkalusugan ng isip na ibinibigay ng: • isang psychiatrist o doktor na may lisensya mula sa estado • clinical psychologist • clinical social worker (CSW) • clinical nurse specialist (CNS) • lisensyadong propesyonal na counselor (LPC) **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pangangalaga sa kalusugan ng isip ng pasyente sa ospital na outpatient (karugtong) • lisensyadong therapist sa kasal at pamilya (LMFT) • nurse practitioner (NP) • physician assistant (PA) • sinumang iba pang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan ng isip na kwalipikado sa Medicare ayon sa pinahihintulutan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado. Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at marahil sa iba pang serbisyong hindi nakalista rito: • mga serbisyo ng klinika • pang-araw na paggamot • mga serbisyo sa rehabilitasyong psychosocial • mga programang partial hospitalization o intensibong outpatient • indibidwal at grupo na pagsusuri at paggamot sa kalusugan ng isip • sikolohikal na pagsusuri kapag klinikal na kinakailangan upang suriin ang resulta sa kalusugang pangkaisipan • mga serbisyong outpatient para sa layuning pagsubaybay sa drug therapy • laboratoryo para sa outpatient, mga gamot, mga suplay, at mga suplemento • konsultasyong saykayatriko	

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Mga serbisyo sa rehabilitasyon ng outpatient† Nagbabayad kami para sa physical therapy, occupational therapy, at speech therapy. Maaari kang makakuha ng mga serbisyo sa rehabilitasyong outpatient mula sa mga outpatient department ng ospital, mga klinika ng mga independiyenteng therapist, mga pasilidad para sa komprehensibong outpatient rehabilitation (CORF), at iba pang pasilidad. Sakop din namin ang: • Physical therapy upang maiwasan ang pagkahulog para sa mga nasa hustong gulang na may panganib na mahulog, kapag iniutos ng iyong doktor. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 **Kung mawawala ang iyong kumpletong coverage sa Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat araw, depende sa plano kung saan ka naka-enroll: **Mga pagbisita para sa indibidwal na theraphy** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0** **Mga pagbisita para sa pang-grupong therapy** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$10** • South P9 – **$0** • South P10 – **$10** • South P11 – **$0**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo sa rehabilitasyon ng outpatient† (karugtong)	• North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$17** • North P25 – **$0**
	• Physical, occupational, at speech therapy na ibinibigay sa loob ng isang organisado at multidisciplinary na programa ng rehabilitasyon na may pang-araw na paggamot.	$0 **Kung mawawala ang iyong kumpletong coverage sa Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat araw, **depende sa plano kung saan ka naka-enroll:** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyong outpatient para sa sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at marahil sa iba pang serbisyong hindi nakalista rito: • Pagsusuri at pagpapayo sa pag-abuso sa alkohol • paggamot sa pag-abuso sa droga • pagpapayo ng grupo o indibidwal ng isang kwalipikadong clinician • Subacute na detoxification sa isang residential na programa para sa paggamot sa adiksyon • mga serbisyo para sa alkohol at/o droga sa isang center para sa intensibong outpatient na paggamot • paggamot gamit ang extended-release Naltrexone (Vivitrol)	$0
	Outpatient na operasyon Nagbabayad kami para sa outpatient surgery at mga serbisyo sa mga pasilidad ng ospital para sa outpatient at sa mga ambulatory surgical center. **Tandaan:** Kung sasailalim ka sa operasyon sa isang pasilidad ng ospital, dapat mong alamin sa iyong provider kung ikaw ay ituturing na inpatient o outpatient. Maliban kung magbigay ang iyong provider ng order para ma-admit ka sa ospital bilang inpatient, ikaw ay ituturing na outpatient. Kahit manatili ka sa ospital nang magdamag, maaari ka pa ring ituring na outpatient. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	**Mga pagbisita sa opisina ng provider** $0 **Kung mawawala ang iyong kumpletong coverage sa Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat **pagpapatingin para sa may espesyalidad na pangangalaga**, depende sa plano kung saan ka naka-enroll: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Outpatient na operasyon (karugtong) **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	• North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0** **Mga operasyon ng outpatient at iba pang mga procedure** $0 **Kung mawalan ka ng lubos na sakop ng Medi-Cal**, babayaran mo ang sumusunod sa bawat procedure, depende sa plano kung saan ka naka-enroll, kapag ito ay ibinigay sa isang outpatient o ambulatory surgery center, o sa isang operating room ng ospital, o sa anumang lugar at sinusubaybayan ng isang lisensiyadong miyembro ng kawani ang iyong mga vital signs habang bumabalik ang iyong pakiramdam pagkatapos kang makatanggap ng mga gamot upang mabawasan ito o mabawasan ang kawalan ng ginhawa: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Outpatient na operasyon (karugtong)	• South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	Over-the-Counter (OTC) na mga Item Makakatanggap ka ng may pondo na healthy extras card batay sa limitasyon ng benepisyo kada quarter na nakasaad sa kanan upang makabili ng mga kwalipikadong OTC item online at sa mga kalahok na tindahan, kabilang ang mga retail pharmacy ng Kaiser Permanente. Irereload ang iyong card sa ika-1 ng Enero, ika-1 ng Abril, ika-1 ng Hulyo, at ika-1 ng Oktubre. Ang anumang bahagi ng trimestral na allowance na hindi nagamit ay hindi magro-roll over sa susunod na trimester. Ang presyo ng mga eligible na OTC na mga item ay sakop hanggang sa balanse ng iyong card. Kung merong nalalabing halagang kailangang bayaran, kailangan mong gumamit ng ibang pamamaraan ng pagbayad. Iba-iba ang mga bayarin at minimum order requirement batay sa retailer. Mangyaring suriin ang mga detalye tungkol sa mga bayarin sa checkout page bago magsagawa ng online order. Bibigyan ka ng prompt na maglagay ng ibang pamamaraan ng pagbayad para sa anumang tip, bayarin, o mga bagay na hindi covered. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	Magbabayad ka ng $0 hanggang sa halaga ng quarterly allowance para sa iyong plan: • South P1 – **$75** • South P6 – **$100** • South P7 – **$150** • South P9 – **$170** • South P10 – **$125** • South P11 – **$150** • North P2 – **$50** • North P16 – **$75** • North P17 – **$75** • North P18 – **$75** • North P19 – **$75** • North P20 – **$75** • North P21 – **$75** • North P22 – **$75** • North P23 – **$75** • North P24 – **$75** • North P25 – **$75**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Over-the-Counter (OTC) na mga Item (karugtong) Para gawing aktibo ang iyong card, tumawag sa 1-833-524-7035 (TTY 711) 5 a.m. hanggang 5 p.m. PST, at ibigay ang iyong card number at membership ID number. Kung meron ka nang healthy extras card, hindi ka makakatanggap ng bagong card. Mangyaring itago ang iyong card at ang iyong benepisyo ay lilitaw sa iyong dati nang card. Para i-set up ang iyong online account, tingnan ang listahan ng mga eligible na item, humanap ang mga nakikilahok na store, humiling ng reimbursement, tingnan ang iyong balanse at kasyasayan ng mga transaksyon, bumili online, o ipapalit ang nawala o nanakaw na card, mangyaring bumisita sa mybenefitscenter.com or call 1-833-524-7035 (TTY 711) 5 a.m. hanggang 5 p.m. PST. Maaari ka ring magtungo sa mybenefitscenter.com at i-download ang OTC Network mobile app para hanapin ang mga kalahok na retailer, maghanap ng mga eligible na mga item, tingnan ang kasaysayan ng mga transaksyon, at tingnan ang balanse ng iyong card. Pwede mo ring gamitin ang OTC mobile app sa mga tindahan upang i-scan ang mga item para alamin kung eligible ang mga ito at tingnan ang iyong balanse bago ka mag-check out. Pwedeng i-download ng mga miyembro ang OTC Network mobile app direkta mula sa iTunes App Store o Google Play. Hanapin ang “OTC Network” para i-download. Tandaan: Ang anumang hindi ginamit na halaga ay mapapasawalang-bisa matapos ang pag-disenroll mula sa aming plano.	**Para lamang sa mga miyembro sa Southern California:** Kung kwalipikado ka para sa mga benepisyong SSBCI na nakasaad sa “Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill” sa Tsart ng mga Benepisyo na ito, maaari mong gamitin ang iyong quarterly OTC allowance upang bumili rin ng mga pagkaing masustansya.
	Maaaring mayroon kang karagdagang sakop para sa ilang partikular na produktong OTC na sakop ng Medi-Cal sa pamamagitan ng programang Medi-Cal Rx. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Medi-Cal Rx, tumawag sa Medi-Cal Rx Customer Service sa 1-800-977-2273, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711, Lunes hanggang Biyernes, mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Maaari ring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx website sa https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/.	$0

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga produktong pampalit sa nikotina na mabibili nang walang reseta (OTC) Sakop namin ang ilang nicotine replacement therapy na aprubado ng FDA para sa paggamit nang hindi nangangailangan ng reseta. Ang mga gamit ay dapat i-order ng isang network provider at kunin mula sa isang network pharmacy. Magbibigay kami ng suplay na aabot sa 100 araw, nang dalawang beses sa loob ng taon.	$0
	Palliative na pangangalaga Sakop ng aming plano ang palliative na pangangalaga. Ang palliative na pangangalaga ay para sa mga taong may malubhang sakit. Nagbibigay ito ng pangangalagang nakasentro sa pasyente at pamilya na nagpapabuti sa kalidad ng buhay sa pamamagitan ng pag-asam, pagpigil, at paggamot sa pagdurusa. Ang palliative na pangangalaga ay hindi hospice; kaya naman, hindi kinakailangang mayroon kang inaasahang taning na buhay na anim na buwan o mas maikli pa upang maging kwalipikado rito. Ang palliative na pangangalaga ay ibinibigay kasabay ng curative o regular na pangangalaga. Kabilang sa palliative na pangangalaga ang mga sumusunod: • maagang pagpaplano ng pangangalaga • pagsusuri at konsultasyon para sa palliative na pangangalaga • isang plano ng pangangalaga kabilang ang lahat ng awtorisadong palliative at curative na pangangalaga, kabilang ang kalusugan ng isip at mga serbisyong medikal at panlipunan • mga serbisyo mula sa iyong itinalagang pangkat ng pangangalaga • pangangasiwa ng pangangalaga • pamamahala ng sakit at mga sintomas Hindi ka maaaring makatanggap ng hospice at palliative na pangangalaga nang sabay. Kung tumatanggap ka ng palliative na pangangalaga at pasok sa mga pamantayan para sa hospice na pangangalaga, maaari kang humiling na lumipat sa hospice care anumang oras.	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo ng partial hospitalization at mga serbisyong intensibong outpatient Ang partial hospitalization ay isang nakabalangkas na programa ng aktibong psychiatric na paggamot. Inaalok ito bilang serbisyong outpatient sa ospital o sa pamamagitan ng isang community mental health center, at mas masinsinan ito kaysa sa pangangalagang natatanggap mo sa klinika ng iyong doktor, therapist, lisensyadong kasal and pampamilyang therapist (LMFT), o lisensyadong propseyunal na tagapayo. Makatutulong ito upang hindi mo na kailangang manatili sa ospital. Ang intensibong serbisyong outpatient ay isang organisadong programa ng aktibong therapy at paggamot para sa kalusugan ng pag-iisip at pag-uugali na ibinibigay bilang serbisyong outpatient sa ospital, community mental health center, federally qualified health center, o rural health clinic. Mas masinsinan ito kaysa sa pangangalagang natatanggap mo sa opisina ng iyong doktor, therapist, LMFT, o lisensyadong propesyunal na tagapayo, ngunit hindi kasing intensibo ng partial hospitalization.	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.

	Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor
	
	Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo:
	
	• mga serbisyong pangkalusugan o operasyon na medikal na kinakailangan at ibinibigay sa mga lugar tulad ng:
	  ○ klinika ng doktor
	  ○ sertipikadong center ng operasyong ambulatory
	  ○ departamento ng outpatient ng ospital
	  ○ anumang ibang lokasyon
	• konsultasyon, pagsusuri, at paggamot ng isang espesyalista
	
	Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina
		Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral para sa espesyal na pangangalaga.
		
		Telehealth
		
		$0
		
		Mga pagbisita sa opisina ng provider
		
		$0

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor (karugtong) • mga pangunahing pagsusuri sa pandinig at balanse na isinasagawa ng iyong pangunahing provider ng pangangalagang pangkalusugan, kung ipinag-utos ito ng iyong doktor upang malaman kung kailangan mo ng paggamot • Mga partikular na serbisyo ng telehealth, kabilang ang pangunahin at espesyalisadong pangangalaga tulad ng mga serbisyong inpatient sa ospital, serbisyo sa skilled nursing facility, rehabilitasyon sa puso, rehabilitasyon sa baga, mga serbisyong pang-emerhensiya, serbisyong pang-agarang pangangailangan, partial hospitalization, serbisyong pangkalusugan sa tahanan, occupational therapy, pangangalaga sa kalusugan ng isip, podiatry, serbisyong psychiatric, physical therapy, at speech-language pathology, mga serbisyo ng programa sa paggamot sa opioid, srbisyo na pang outpatient na X-ray at serbisyo sa ospital para sa outpatient, mga serbisyong obserbasyon, outpatient na serbisyo para sa substance abuse, serbisyo para sa dialysis, serbisyong nutrisyon/diyeta, edukasyong pangkalusugan, serbisyo sa edukasyon tungkol sa sakit sa bato, pagsasanay sa self-management ng diabetes, at mga pagsusuri 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 Departmento ng Emerhensiya. Ang mga serbisyo ay ibibigay lamang sa pamamagitan ng telehealth kung ituturing itong angkop sa klinikal na aspeto ng network provider na nagbibigay ng serbisyo. ○ May opsyon kang makuha ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng personal na pagbisita o telehealth. Kung pipiliin mong makuha ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, kailangan mong gumamit ng provider na kabilang sa network at nag-aalok ng serbisyo sa ng telehealth. Nag-aalok kami ng mga sumusunod na paraan ng telehealth. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	**Kung mawawala ang iyong kumpletong coverage sa Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat **pagpapatingin para sa may espesyalidad na pangangalaga**, depende sa plano kung saan ka naka-enroll: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0** **Mga operasyon ng outpatient at iba pang mga procedure** $0

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor (karugtong) ○ Mga interactive na video na pagbisita para sa mga propesyonal na serbisyo, kung saan maaaring ibigay ang pangangalaga sa ganitong paraan ayon sa pagpapasya ng isang network provider ○ Mga nakatakdang appointment sa telepono para sa mga propesyonal na serbisyo, kung saan maaaring ibigay ang pangangalaga sa ganitong paraan ayon sa pagpapasya ng isang network provider • mga serbisyong telehealth para sa buwanang mga pagbisitang may kaugnayan sa end-stage renal disease (ESRD) para sa mga miyembrong sumasailalim sa home dialysis sa isang renal dialysis center na nakabase sa ospital o sa critical access hospital, pasilidad ng renal dialysis, o sa bahay. • mga serbisyong telehealth upang mag-diagnose, magsuri, o gumamot ng mga sintomas ng stroke. • mga serbisyong telehealth para sa mga miyembrong may sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak o kasabay na karamdaman sa kalusugan ng isip pangkaisipan anuman ang iyong lokasyon • mga serbisyong telehealth para sa pagsusuri, pagtatasa, at paggamot ng mga karamdaman sa kalusugan ng isip • mga serbisyong telehealth para sa mga konsultasyon sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng mga Rural Health Clinic at Federally Qualified Health Center. • mga virtual na check-in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) kasama ang iyong doktor sa loob ng lima hanggang sampung minuto **if** ○ hindi ka bagong pasyente **at** ○ hindi nauugnay ang pagkonsulta sa isang pagbisita sa opisina sa nakalipas na pitong araw **at** **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	**Kung mawalan ka ng lubos na sakop ng Medi-Cal**, babayaran mo ang sumusunod sa bawat procedure, depende sa plano kung saan ka naka-enroll, kapag ito ay ibinigay sa isang outpatient o ambulatory surgery center, o sa isang operating room ng ospital, o sa anumang lugar at sinusubaybayan ng isang lisensiyadong miyembro ng kawani ang iyong mga vital signs habang bumabalik ang iyong pakiramdam pagkatapos kang makatanggap ng mga gamot upang mabawasan ito o mabawasan ang kawalan ng ginhawa: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor (karugtong) ○ hindi humantong ang pagkonsulta sa isang pagbisita sa opisina 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 ang interpretasyon at follow-up ng iyong doktor sa loob ng 24 oras **kung** ○ hindi ka bagong pasyente **at** ○ hindi nauugnay ang pagsusuri sa isang pagbisita sa tanggapan sa nakalipas na pitong araw **at** ○ hindi humantong ang pagsusuri sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamaagang available na appointment • konsultasyon ng iyong doktor sa iba pang doktor sa pamamagitan ng telepono, Internet, o elektronikong rekord ng kalusugan kung hindi ka bagong pasyente • pangalawang opinyon ng ibang provider na nasa network bago ang operasyon • 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 pinakamainam na maibibigay ang pangangalaga sa iyong bahay gaya ng itinatakda ng provider na nasa network • mga paggamot gamit ang ultraviolet light **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor (karugtong) **Telehealth sa ilalim ng iyong coverage sa Medi-Cal coverage:** Ang telehealth ay isang paraan ng pagkuha ng mga serbisyo nang hindi kinakailangang pumunta sa pisikal na lokasyon ng iyong provider. Maaaring kabilang sa telehealth ang pagkakaroon ng live na pakikipag-usap sa iyong provider. Gayundin, maaaring kabilang sa telehealth ang pagbabahagi ng impormasyon sa iyong provider nang walang live na pakikipag-usap. Maaari kang makatanggap ng iba't-ibang serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. Gayunpaman, maaaring hindi available ang telehealth para sa lahat ng mga sakop na serbisyo. Maaari kang makipag-ugnayan sa iyong provider upang malaman kung anong mga uri ng serbisyo ang maaaring matagpuan sa telehealth. Mahalaga na nagkakasundo kayo ng iyong provider na ang paggamit ng telehealth para sa partikular na serbisyo ay naaangkop para sa iyo. Mayroon kang karapatan sa mga in-person na serbisyo at hindi mo kinakailangang gumamit ng telehealth kahit na sumang-ayon ang iyong provider na ito ay naaangkop para sa iyo.	
	Mga serbisyo sa pangangalaga ng paa Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • pag-diagnose at medikal 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 diabetes. Sa ilalim ng iyong coverage sa Medi-Cal, kino-cover 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. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **Mga pagbisita sa opisina ng provider** $0 **Kung mawawala ang iyong kumpletong coverage sa Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat **pagpapatingin para sa may espesyalidad na pangangalaga**, depende sa plano kung saan ka naka-enroll: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo sa pangangalaga ng paa (karugtong) **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	• South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0** **Mga operasyon ng outpatient at iba pang mga procedure** $0

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo sa pangangalaga ng paa (karugtong)	**Kung mawalan ka ng lubos na sakop ng Medi-Cal**, babayaran mo ang sumusunod sa bawat procedure, depende sa plano kung saan ka naka-enroll, kapag ito ay ibinigay sa isang outpatient o ambulatory surgery center, o sa isang operating room ng ospital, o sa anumang lugar at sinusubaybayan ng isang lisensiyadong miyembro ng kawani ang iyong mga vital signs habang bumabalik ang iyong pakiramdam pagkatapos kang makatanggap ng mga gamot upang mabawasan ito o mabawasan ang kawalan ng ginhawa: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pre-exposure prophylaxis (PrEP) para sa pag-iwas sa HIV Kung wala kang HIV, ngunit natukoy ng iyong doktor o iba pang health care practitioner na may mataas na panganib kang magkaroon ng HIV, kino-cover namin ang mga pre-exposure prophylaxis (PrEP) na gamot at mga kaugnay na serbisyo. Kung kwalipikado ka, kasama sa mga covered na serbisyo ang: • Inaprubahan ng FDA na oral o iniiniksyong PrEP na gamot, kung naaangkop. • Hanggang walong indibidwal na sesyon ng pagpapayo (kabilang ang pagtatasa sa panganib sa HIV, pagbabawas ng panganib ng HIV, at pagsunod sa paggamot) bawat 12 buwan. • Hanggang walong screening para sa HIV bawat 12 buwan. • Isang beses na screening para sa hepatitis B virus	$0
	Mga screening exam para sa kanser sa prostate Para sa mga lalaking 50 taong gulang pataas, babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo nang isang beses sa loob ng bawat 12 buwan: • isang digital rectal exam • isang prostate specific antigen (PSA) test	$0
	Mga prosthetic at orthotic na device at nauugnay na kagamitan† Pinapalitan ng mga prosthetic na device ang lahat o isang bahagi ng paggana ng katawan. Ang mga orthotic device ay sumusuporta o nagtatama sa gamit ng isang bahagi ng katawan. Kabilang sa mga ito, ngunit hindi limitado sa: • pagsubok, pagsuot, o pagsasanay sa paggamit ng mga prosthetic at orthotic na device **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 **Kung mawawalan ka ng kumpletong coverage sa Medi-Cal**, para sa mga panlabas na prosthetic o orthotic na device at kagamitan (kabilang ang mga kagamitan sa pangangalaga ng sugat), at surgical boots kapag ibinigay sa panahon ng outpatient na pagpunta, magbabayad ka ng

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Mga prosthetic at orthotic na device at nauugnay na kagamitan† (karugtong) • mga colostomy bag at mga kagamitang nauugnay sa pangangalaga ng colostomy • enteral at parenteral na nutrisyon, kabilang ang mga feeding supply kit, infusion pump, tubing at adaptor, solusyon, at mga kagamitan para sa pangangasiwa ng iniksyon ng sarili • mga pacemaker • mga brace • mga prosthetic na sapatos • mga artipisyal na braso at binti • mga prosthesis para sa suso (kabilang ang surgical brassiere pagkatapos ng mastectomy) • mga prosthesis na pamalit sa lahat o isang bahagi ng panlabas na bahagi ng mukha na inalis o deteryorado dahil sa sakit, pinsala, o depekto sa pagkasilang • mga cream at lampin para sa hindi mapigilang pag-ihi o pagdumi Babayaran namin ang iilang kagamitan na nauugnay sa mga prosthetic at orthotic na device. Magbabayad din kami upang isaayos o palitan ang mga prosthetic at orthotic na device. Naghahandog kami ng bahagyang coverage pagkatapos ng pagtanggal ng katarata o operasyon ng katarata. Sumangguni sa “Pangangalaga ng paningin” sa dulong bahagi ng chart na ito para sa mga detalye. Kino-cover din namin ang mga item na ito na hindi sakop ng Medicare: • ilang partikular na surgical boot pagkatapos ng operasyon kapag ibinigay sa panahon ng pagbisita ng outpatient • vacuum erection device para sa sexual dysfunction **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	sumusunod na **coinsurance** depende sa kung saang plano ka naka-enroll. • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%** **$0** para sa mga internal na device na ilinagay sa pamamagitan ng operasyon.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga prosthetic at orthotic na device at nauugnay na kagamitan† (karugtong) • ilang partikular na sealant, pamprotekta, moisturizer, o ointment sa balat na medikal na kinakailangang pangangalaga ng sugat Sa ilalim ng iyong coverage sa Medi-Cal, kino-cover namin ang mga prosthetic at orthotic na device kung nakakamit ang lahat ng mga sumusunod na kondisyon: • medikal na kinakailangan ang bagay na ito upang mapanumbalik ang paggana ng isang bahagi ng katawan (para sa mga prosthetic lang) • inirereseta ang item para sa iyo • medikal na kinakailangan ang item upang masuportahan ang isang bahagi ng katawan (para sa mga orthotic lang) • medikal na kinakailangan ang item upang makapagsagawa ka ng mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay • makakatulong ang item para sa iyong pangkalahatang kondisyong medikal • kino-cover ng Medi-Cal ang item • dapat na 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 para sa mastectomy, mga isinusuot para sa compression burn at mga artipisyal na bahagi ng katawan upang ibalik ang paggana o palitan ang bahagi ng katawan, o upang suportahan ang humina o na-deform na bahagi ng katawan. Ang coverage ay limitado sa pinakamurang item ng kagamitan na sapat na nakakatugon sa iyong mga medikal na pangangailangan. Kami ang pumipili sa vendor.	

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga serbisyo ng rehabilitasyon hinggil sa baga Babayaran namin ang mga programa ng rehabilitasyon hinggil sa baga para sa mga miyembrong may katamtaman hanggang napakalubhang hindi gumagaling na sakit na nagdudulot ng pagbabara sa paghinga (chronic obstructive pulmonary disease, o COPD). Dapat mayroon kang order para sa rehabilitasyon hinggil sa baga mula sa doktor o provider na gumagamot ng COPD.	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.
	Screening para sa impeksyong dulot ng Hepatitis C Virus Kino-cover namin ang isang screening para sa Hepatitis C kung iniutos ito ng iyong doktor sa pangunahing pangangalaga o iba pang kwalipikadong provider ng pangangalagang pangkalusugan at natutugunan mo ang isa sa mga kundisyong ito: • Mataas ang antas ng iyong panganib dahil gumagamit ka o gumamit ka ng mga ipinagbabawal na gamot na iniiniksyon. • Nasalinan ka ng dugo bago ang 1992. • Ipinanganak ka sa pagitan ng 1945-1965. Kung ipinanganak ka sa pagitan ng 1945-1965 at hindi ka itinuturing na may mataas na antas panganib, magbabayad kami para sa isang screening ng isang beses. Kung may mataas kang antas panganib (halimbawa, patuloy ka sa paggamit ng mga ipinagbabawal na gamot na iniiniksyon mula sa iyong nakaraang negatibong screening na pagsusuri sa Hepatitis C), kino-cover namin ang mga taunang screening.	$0

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga Sensitibong Serbisyo Bilang pandagdag sa mga serbisyong inilarawan sa “Mga Serbisyo sa Pagpaplano ng Pamilya” at “Pagsusuri at pagpapayo para sa mga sa mga impeksyon na naipapasa sa pakikipagtalik (STIs)” sa Chart ng Mga Benepisyo na ito, kino-cover din namin ang Mga Sensitibong Serbisyo tulad ng pangangalaga sa sekswal na assault, pagsusuri at pagpapayo sa pagbubuntis, at mga serbisyong outpatient ukol sa pagpapalaglag. Para sa pagsusuri sa pagbubuntis, mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, mga serbisyo sa pagpigil sa pagbubuntis, o mga serbisyo para sa mga impeksyong naipapasa sa pakikipagtalik, hindi kailangang maging bahagi ng Kaiser Permanente network ang doktor o klinika. 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. Maaaring hindi sakop ang mga serbisyo mula sa isang provider na wala sa network na walang kaugnayan sa Mga Sensitibong Serbisyo. 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.	$0

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Screening at pagpapayo para sa mga impeksyon na nakukuha sa pakikipagtalik (sexually transmitted infection, STI) Babayaran namin ang mga screening para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Ang mga screening na ito ay sakop para sa mga buntis at para sa mga taong may mas mataas na antas panganib na magkaroon ng STI. Dapat iutos ng isang provider ng pangunahing pangangalaga ang mga pagsusuri. Kino-cover namin ang mga pagsusuri na ito nang isang beses kada 12 buwan o sa ilang partikular na pagkakataon sa haba ng pagbubuntis. 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 indibidwal na na may mataas na antas ng panganib na magkaroon ng mga STI. Ang bawat session ay maaaring umabot ng 20 hanggang 30 minuto. 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.	$0
Pangangalaga sa skilled nursing facility (SNF) Para sa kahulugan ng pangangalaga sa skilled nursing facility, pumunta sa **Kabanata 12.** Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at maaaring iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito (hindi kinakailangan ang paunang pananatili sa ospital): • isang semi-private na silid o pribadong silid kung ito ay kinakailangan para sa layuning medikal • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyo ng sanay na pag-aalaga • physical therapy, occupational therapy, at speech therapy **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. Sakop namin ang hanggang 100 na araw bawat panahon ng benepisyo. **Kung mawala ang iyong buong benepisyo na sakop ng Medi-Cal**, babayaran mo ang mga sumusunod sa bawat panahon ng benepisyo: • **$0** para sa mga araw 1–20. • **$221** para sa 21–100 na araw.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pangangalaga sa skilled nursing facility (SNF) (karugtong) • 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 sa pamumuo ng dugo • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pangangasiwa nito. • mga medikal at surgical na kagamitan na ibinibigay ng mga SNF • mga lab test na ibinigay ng mga pasilidad ng sanay na 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 Karaniwan kang makakakuha ng pangangalaga ng SNF mula sa mga pasilidad na nasa network. Sa ilang partikular na kondisyon, 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: • isang pasilidad ng pag-aalaga o komunidad ng nagretiro 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	Magsisimula ang panahon ng benepisyo sa unang araw kung kailan ka pumunta sa isang ospital para sa inpatient o skilled nursing facility (SNF) na sakop ng Medicare. Magwawakas ang panahon ng benepisyo kung hindi ka naging inpatient sa anumang ospital o SNF sa loob ng 60 na magkakasunod na araw sa kalendaryo.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Paghinto sa paninigarilyo at paggamit ng tabako Ang pagpapayo sa pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako ay sakop para sa mga pasyenteng outpatient at naospital na nakakatugon sa mga pamantayang ito: • gumamit ng tabako, hindi alintana kung nagpapakita sila ng mga palatandaan o sintomas ng sakit na nauugnay sa tabako • ay may kakayahan at alerto sa panahon ng pagpapayo • nagbibigay ng pagpapayo ang isang kwalipikadong doktor o iba pang practitioner na kinikilala ng Medicare Kino-cover namin ang dalawang pagtatangka sa pagtigil bawat taon (maaaring kasama sa bawat pagtatangka ang maximum na apat na intermediate o intensive session, na may hanggang walong session bawat taon).	$0
	Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa mga Habambuhay na Maysakit – para lamang sa mga miyembro sa Southern California** Ang benepisyong Healthy Food ay isang Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa mga Habambuhay na Maysakit na available para sa lahat ng mga miyembro sa Southern California na tumutugon sa mga pamantayan. Magagamit ng mga eligible na miyembro na nagtataglay ng mga partikular na habambuhay na karamdaman na tumutugon sa mga naturang pamantayan ang trimestral na OTC allowance para bumili ng mga pagkaing aprubado, katulad ng gulay at prutas sa mga online at nakikilahok na retail store. Maaaring magbago ang listahan ng mga aprubadong pagkain. Irereload ang iyong card sa ika-1 ng Enero, ika-1 ng Abril, ika-1 ng Hulyo, at ika-1 ng Oktubre. Ang anumang bahagi ng trimestral na allowance na hindi nagamit ay hindi magro-roll over sa susunod na trimester. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	**Mga miyembro sa Southern California:** Kung kwalipikado ka para sa SSBCI, maaari mong gamitin ang iyong trimestral na OTC allowance na inilarawan sa “Over-the-counter (OTC) drugs” na hanay sa Pwede kang magpasya kung paano mo gagamitin ang iyong allowance sa iyong healthy extras card sa pagitan ng mga OTC na item at masustansyang pagkain. **Hindi covered para sa mga miyembro sa Northern California.**

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa mga Habambuhay na Maysakit – para lamang sa mga miyembro sa Southern California (karugtong) Ang presyo ng mga eligible na pagkain ay kino-cover hanggang sa balanseng umiiral sa iyong card. Kung merong nalalabing halagang kailangang bayaran, kailangan mong gumamit ng ibang pamamaraan ng pagbayad. Iba-iba ang mga bayarin at minimum order requirement batay sa retailer. Mangyaring suriin ang mga detalye tungkol sa mga bayarin sa checkout page bago magsagawa ng online order. Bibigyan ka ng prompt na maglagay ng ibang pamamaraan ng pagbayad para sa anumang tip, bayarin, o mga bagay na hindi covered. Ang benepisyong ito ay ay magagamit lamang ng mga plan-identified na miyembro mula sa Southern California na tumutugon sa mga sumusunod na kondisyon: • Malalang karamdaman sa paggamit ng alkohol at iba pang sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak (SUDs) • Mga autoimmune disorder • Kanser • Mga sakit sa puso • Chronic heart failure • Dementia • Diabetes mellitus (diyabetis) • Pagiging labis ang timbang, pagiging labis ang katabaan, at mga karamdamang may kaugnayan sa metabolsimo • Hindi gumagaling na sakit sa bituka • Hindi Gumagaling na Sakit sa Bato (Chronic Kidney Disease, CKD) • Mga malulubhang karamdamang pandugo • HIV/AIDS • Hindi gumagaling na mga sakit sa baga • Mga habambuhay at malubhang kapansanan sa pag-iisip • Mga neurologic disorder • Stroke **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	

Mga sakop na serbisyo	Ang Babayaran Mo
Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa mga Habambuhay na Maysakit – para lamang sa mga miyembro sa Southern California (karugtong) • Pangangalaga pagkatapos ng pag-transplant ng organ • Paghina ng resistensya at mga sakit na nagpapahina ng resistensya • Mga karamdamang kaugnay sa kapansanan sa pag-iisip • Mga kondisyon na may mga hamon sa paggana ng katawan at nangangailangan ng mga katulad na serbisyo • Mga malalang kondisyon na nakakaapekto sa paningin, pandinig (pagkabingi), panlasa, pandama, at pang-amoy • Mga kondisyong nangangailangan ng patuloy na serbisyo ng therapy upang mapanatili o mapangalagaan ng mga indibidwal ang kanilang kakayahang gumana **Paano gamitin ang iyong healthy extras card** Para gawing aktibo ang iyong card, tumawag sa 1-833-524-7035 (TTY 711), 7 araw kada linggo, mula 5 a.m. hanggang 5 p.m. PST, at ipamahagi ang iyong card number at membership ID number. Kapag ginawa mong aktibo ang iyong card, pwede mo nang gamitin ang iyong card upang i-access ang iyong allowance at bumili ng mga aprubadong item sa mga nakikilahok na mga retail at online store. Kung meron ka nang healthy extras card, hindi ka makakatanggap ng bagong card. Mangyaring itago ang iyong card at ang iyong benepisyo ay lilitaw sa iyong dati nang card. Para i-set up ang iyong online account, humingi ng katalogo, tingnan ang listahan ng mga eligible na item, tuklasin ang mga nakikilahok na tindahan, humiling ng reimbursement, tingnan ang iyong balanse at kasaysayan ng mga transaksyon, bumili online, magsumite ng kahilingan para sa reimbursement, o papalitan ang nawala o nanakaw na card, mangyaring bumisita sa mybenefitscenter.com o tumawag sa 1-833-524-7035 (TTY 711), 7 araw kada linggo, mula 5 a.m. hanggang 5 p.m. PST. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa mga Habambuhay na Maysakit – para lamang sa mga miyembro sa Southern California (karugtong) Kung makaranas ka ng problema sa paggamit ng card para bumili ng eligible na item sa isang nakikilahok na retailer, pwede mong kumpletuhin ang transaksyon gamit ang ibang pamamaraan ng pagbayad at magsumite ng kahilingan para sa reimbursement, na siyang mangangailangan ng kopya ng iyong itemized na resibo. Sumasailalim ang mga kahilingan ng reimbursement sa proseso ng determinasyon at dapat isumite sa loob ng 90 araw mula sa petsa ng pagbili na matatagpuan sa katibayan ng pagbayad o resibo. Maaari ka ring magtungo sa mybenefitscenter.com at i-download ang OTC Network mobile app para tuklasin ang mga nakikilahok na mga masustansyang pagkain at OTC na retailer, maghanap ng mga eligible na item, tingnan ang iyong kasaysayan ng mga transaksyon, at tingnan ang balanse ng iyong card. Pwede mo ring gamitin ang OTC mobile app sa mga tindahan upang i-scan ang mga item para alamin kung eligible ang mga ito at tingnan ang iyong balanse bago ka mag-check out. Pwedeng i-download ng mga miyembro ang OTC Network mobile app direkta mula sa iTunes App Store o Google Play. Hanapin ang “OTC Network” para i-download Tandaan: Ang anumang hindi ginamit na halaga ay mapapasawalang-bisa matapos ang pag-disenroll mula sa aming plano. **Ang benepisyo ng masustansyang pagkain ay bahagi ng espesyal na programang pandagdag para sa may mga habambuhay na maysakit. Hindi kwalipikado ang lahat ng miyembro. Para maging kwalipikado, ang mga miyembro ay dapat mayroong mga partikular na hindi gumagaling na kondisyon, tulad ng diabetes, labis na katabaan, mga sakit sa puso, osteoarthritis, o hindi gumagaling na sakit sa bato. May iba pang kondisyon na maaaring maging dahilan para maging kwalipikado ka para sa benepisyo. Hindi magagarantiya ang pagiging kwalipikado para sa benepisyong ito batay lang sa iyong kondisyon. Dapat matugunan ang lahat ng naaangkop na kinakailangan sa pagiging kwalipikado bago maibigay ang benepisyo. Para sa mga detalye, mangyaring makipag-ugnayan sa amin.	

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Supervised exercise therapy (SET) 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. Babayaran ng aming plano ang: • hanggang 36 na session sa loob ng 12 linggo kung natutugunan ang lahat ng kinakailangan sa SET • hanggang 36 na session sa paglipas ng panahon kung ituturing na kinakailangan sa medikal ng isang tagapangalaga ng kalusugan Ang programang SET ay dapat: • 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 • ibinibigay ng kwalipikadong tauhan na tumitiyak na mas lamang ang posibilidad ng benepisyo kaysa sa pinsala at may kasanayan sa therapy na ehersisyo para sa PAD • sa ilalim ng direktang patnubay ng doktor, assistant ng doktor (physician assistant o PA), o nurse practitioner (NP)/clinical nurse specialist (CNS) na sinanay sa parehong basic at advanced na pamamaraan sa life support	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Transportasyon: Medikal na transportasyon na hindi pang-emergency† **Medicare coverage**: Tuwing iniutos ng network provider, kino-cover namin ang mga kinakailangang medikal na transportasyon na hindi pang-emergency sa isang lisensyadong stretcher/gurney van o wheelchair van patungo sa bahay (dapat napapaloob ito sa 100 miles), sa isang skilled nursing facility, o sa paglipat sa isang mas mataas na antas ng pangangalaga sa lalong madaling panahon pagkatapos ng: • inpatient na pagkakaospital, o • partikular na mga emergency, urgent care, o outpatient na engkwentro. **Medi-Cal coverage:** Pinahihintulutan ng benepisyong ito ang transportasyong medikal para sa serbisyo na sakop ng aming plano at ng Medicare. Maaari itong kabilangan ng: ambulansya, litter van, serbisyong pangtransportasyon sa pamamagitan ng wheelchair van, at pag-coordinate sa paratransit. Ang mga pamamaraan ng transportasyon ay awtorisado tuwing: • nagpasya ang iyong medical provider na ang iyong medikal at/o pisikal na kondisyon ay hindi ka pinahihintulutang magbiyahe sa pamamagitan ng bus, pampasaherong sasakyan, taxicab, o iba pang anyo ng pampubliko o pribadong transportasyon, **at** • kailangan ng paunang awtorisasyon at kakailanganin mong tawagan ang iyong plano para mag-ayos ng sakay Para sa impormasyon tungkol sa kung paano humiling ng medikal na transportasyong hindi pang-emergency, sumangguni sa **Kabanata 3**.	$0 Makipag-usap sa iyong provider at humingi ng referral para sa transportasyong medikal na sakop ng Medi-Cal.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon† 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. Kinakailangan ang transportasyon upang makakuha ng kinakailangang pangangalagang medikal na sakop ng Medi-Cal, kabilang ang pagbiyahe para sa mga appointment sa dentista at pagkuha ng mga iniresetang gamot. Sakop ang transportasyon para sa mga serbisyong kino-cover pareho ng Medi-Cal at Medicare. Para sa impormasyon tungkol sa kung paano humiling ng medikal na transportasyong hindi pang-emergency, sumangguni sa **Kabanata 3**.	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.
	Kinakailangang agarang pangangalaga Ang kinakailangang agarang pangangalaga ay pangangalagang ibinibigay para gamutin ang: • isang hindi pang-emergency na nangangailangan ng agarang medikal na pangangalaga, **o** • isang hindi inaasahang sakit, **o** • isang pinsala, **o** • isang kondisyon na nangangailangan ng agarang pangangalaga. Kung kailangan mo ng agarang kinakailangang pangangalaga, dapat mo munang subukang kunin ito sa isang provider na nasa network. Gayunpaman, maaari kang makakuha ng kinakailangang agarang pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network kapag ang mga provider na nasa network ay hindi mo mapupuntahan dahil gawa ng iyong oras, lugar, o mga pangyayari, hindi ito posible, o hindi makatwiran na kumuha ng mga serbisyo mula sa mga provider ng network (halimbawa, kapag nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng plano at nangangailangan ka ng mga medikal na pangangailangang agarang serbisyo para sa isang hindi nakikitang kondisyon, ngunit hindi ito isang medikal na emergency). **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	**Mga pagbisita sa opisina** $0 **Mga pagpunta sa Departamento ng Emergency** $0 **Kung mawawala ang iyong kumpletong coverage sa Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat araw, depende sa plano kung saan ka naka-enroll: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Kinakailangang agarang pangangalaga (karugtong) Mayroon kang pandaigdigang coverage sa agarang pangangalaga kapag bumiyahe 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 makabalik ka sa aming lugar na pinaglilingkuran.	• North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115**
	Pangangalaga sa paningin Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • isang regular na pagsusuri ng mata kada taon	$0 Makipag-usap sa iyong provider at humingi ng referral para sa isang ophthalmologist.
	Magbabayad kami para sa mga serbisyo ng doktor para sa outpatient para sa pag-diagnose at paggamot ng mga sakit at pisala sa mata. Halimbawa, ang paggamot para sa macular degeneration na nauugnay sa pagtanda. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong provider at humingi ng referral para sa isang ophthalmologist. **Kung mawawala ang iyong kumpletong coverage sa Medi-Cal**, magbabayad ka ng mga sumusunod para sa bawat pagbisita sa ophthalmologist, depende sa kung saang plano ka naka-enroll: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pangangalaga sa paningin (karugtong)	• North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	Para sa mga taong may mataas na antas ng panganib na magkaroon ng glaucoma, babayaran namin ang isang screening para sa glaucoma kada taon. Kasama sa mga taong may mas mataas na antas ng panganib ang: • mga taong nasa kasaysayan ng pamilya ang magkaroon ng glaucoma • mga taong may diabetes • Mga African-American na 50 taong gulang pataas • Mga Hispanic American na 65 taong gulang pataas Para sa mga taong may diabetes, magbabayad kami para sa screening para sa diabetic retinopathy ng isang beses bawat taon.	$0 Mga miyembro sa Southern California, makipag-usap sa inyong provider at kumuha ng referral.
	Eyewear pagkatapos ng operasyon sa katarata: Babayaran namin ang mga sumusunod: • Babayaran namin ang 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 kumuha ng isang pares ng salamin pagkatapos ng bawat operasyon. Hindi ka maaaring kumuha ng dalawang pares ng salamin pagkatapos ng pangalawang operasyon, kahit na hindi ka nakakuha ng isang pares ng salamin pagkatapos ng unang operasyon. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. **Tandaan:** Kung lagpas sa coverage ng Medicare ang bibilhin mong eyewear, babayaran mo ang nalalabing halaga.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pangangalaga sa paningin (karugtong) • Mga corrective lens/frame (at pamalit) na kinakailangan pagkatapos ng pag-aalis ng katarata na walang lens implant	
	Mga salamin at contact lens: Isang beses kada 12 buwan, magbibigay kami ng allowance na magagamit mo sa pagbili ng eyewear mula sa isang optical facility na nasa plano kapag nagreseta ang isang doktor o optometrist ng salamin sa mata o contact lens para sa pagwawasto ng paningin. Magagamit ang allowance upang bayaran ang mga sumusunod na item: • Mga lens ng salamin kapag inilagay ng isang provider na nasa network ang mga lens sa isang frame • Mga frame ng salamin kapag inilagay ng isang provider na nasa network ang dalawang lens (dapat ang isa sa mga ito ay nagtataglay ng refractive value) sa frame • Mga contact lens, fitting, at dispensing Hindi namin ibibigay ang allowance kung nagbigay na kami ng allowance para sa (o kung hindi naman ay kino-cover ito) mga lens o frame sa loob ng nakalipas na 12 buwan. Ang allowance ay magagamit lang sa unang punto ng pagbili. Kung hindi mo gagamitin ang lahat ng iyong allowance sa unang punto ng pagbili, hindi mo na ito magagamit sa ibang pagkakataon. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. Magbabayad ka ng $0 hanggang sa halaga ng allowance para sa iyong plan: • South P1 – **$350** • South P6 – **$400** • South P7 – **$500** • South P9 – **$500** • South P10 – **$500** • South P11 – **$500** • North P2 – **$350** • North P16 – **$350** • North P17 – **$350** • North P18 – **$350** • North P19 – **$350** • North P20 – **$350** • North P21 – **$350** • North P22 – **$350** • North P23 – **$350** • North P24 – **$350** • North P25 – **$350** Kung ang eyewear na binili mo ay nagkakahalaga ng higit sa allowance para sa iyong plano, **babayaran mo ang diperensya.**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pangangalaga sa paningin (karugtong) **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 punto ng pagbili ng isang lens ng salamin sa mata o contact lens kung saan kami nagbigay ng allowance (o kung hindi naman ay sinasakop ito), magbibigay kami ng allowance para sa presyo ng pagbili ng parehong uri ng pamalit na item (mga lens ng salamin sa mata, o contact lens, fitting, at dispensing) para sa mata na may .50 diopter na pagbabago. Ang allowance para sa isa sa mga pamalit na lens na ito ay **$30** para sa mga single vision na lens ng salamin sa mata o para sa isang contact lens (kabilang ang fitting at dispensing) at **$45** para sa isang multifocal o lenticular na lens ng salamin.	Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. Kung ang lens na binili mo ay lagpas sa halagang **$30** na allowance para sa single vision o **$45** para sa multifocal o lenticular na lens ng salamin, **ikaw ang magbabayad para sa halagang lampas sa iyong allowance.**
	Mga espesyal na contact lens: Kino-cover namin ang mga sumusunod na espesyal na contact lens kapag inireseta ng doktor na nasa network o provider na nasa network na isang optometrist: • 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 pagbabago sa iyong paningin na hindi maibibigay ng mga lens ng salamin, kino-cover namin ang alinman sa isang 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 lalampas sa isang beses kada 12 buwan. • Gayunpaman, hindi namin kino-cover ang anumang contact lens kung nagbigay kami ng allowance para sa (o di kaya'y sakop ito) isang contact lens sa loob ng nakalipas na 12 buwan, ngunit hindi kabilang ang mga covered na contact lens para sa aniridia. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pangangalaga sa paningin (karugtong) **Mga lens ng salamin sa ilalim ng iyong coverage sa Medi-Cal:** Kumpletong salamin sa mata (frame at mga lens): Kino-cover ng Medi-Cal ang isang kumpletong pares ng salamin kada 24 na buwan kapag mayroon kang valid na reseta nang hindi bababa sa 0.75 diopter. **Mga lens ng salamin:** Mag-oorder kami ng bago o kapalit na salamin sa mata para sa iyo mula sa vendor ng DHCS para sa lens ng salamin. Kung hindi maibigay sa iyo ng vendor ng DHCS ang mga lente kailangan mo, ipapasadya naming ipagawa ang iyong mga lente sa isang optical lab. Hindi mo kakailanganing magbayad ng karagdagan kung kailangan naming ipasadya ang mga lente ng iyong salamin dahil hindi ito magawa ng vendor ng DHCS. Kung gusto mo ng mga lens ng salamin sa mata o mga feature na hindi kino-cover ng Medi-Cal, maaaring kailanganin mong magbayad ng karagdagan para sa mga pag-upgrade na iyon. **Mga Frame ng Salamin:** Sasagutin namin ang bago o pamalit na frame na nagkakahalaga ng **$80** o mas mababa. Kung pipili ka ng mga frame na nagkakahalaga ng higit sa **$80**, kailangang bayaran mo ang nalalabing halaga sa pagitan ng presyo ng mga frame at ng **$80**. **Mga kapalit na salamin sa loob ng 24 na buwan:** Sasagutin namin ang kapalit na mga salamin kung may nagbago sa iyong reseta na hindi bababa sa 0.50 diopter o kung nawala, ninakaw, o nasira (at hindi na maaayos) ang iyong salamin, at hindi mo ito kasalanan. Dapat mo kaming bigyan ng isang tala na nagsasabi kung paano nawala, ninakaw, o nasira ang iyong salamin. Magiging kaparehong anyo ng iyong lumang mga frame ang kapalit na mga frame (hanggang **$80**) kung wala pang 24 na buwan ang lumipas mula nang nakuha mo ang iyong salamin sa mata. **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral. Kung gusto mo ng mga lente ng salamin o mga feature na hindi sinasagot ng Medi-Cal, ay di **maaaring kailanganin mong magbayad ng karagdagan para sa mga naturang upgrade na iyon.**

Mga sakop na serbisyo		Ang Babayaran Mo
	Pangangalaga sa paningin (karugtong) **Mga Low Vision device:** Sinasagot din namin ang mga low vision device sa ilalim ng Medi-Cal kapag natutugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon: • Ang pinakamainam na naiwawastong visual acuity ay 20/60 o mas malala sa mas maayos na mata, o may field restriction ang alinman sa mga mata na 10 degrees o mas mababa mula sa fixation point • Hindi gumagaling ang kondisyon na nagdudulot ng subnormal vision at hindi ito magagamot sa medikal o pag-oopera na paraan • Batay sa kondisyon ng katawan at isip ng tatanggap, makatuwirang maaasahan na gagamitin ang tulong upang mapahusay ang pang-araw-araw na pagkilos ng tatanggap Ang coverage ay limitado sa pinakamurang device na tumutugon sa mga pangangailangan ng Miyembro. Hindi kabilang sa coverage ng Medi-Cal ang mga electronic magnification device at device na walang kasamang lens na magagamit sa mata.	$0 Makipag-usap sa iyong healthcare provider at humingi ng referral.
	Mga pagbisitang pang-iwas sa sakit na pinamagatang “Welcome sa Medicare” Sinasagot namin ang pang-isang beses na pagbisitang pang-iwas sa sakit na “Welcome sa Medicare.” Kabilang sa pagbisita ang: • 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. **Tandaan:** Sinasagot lang namin ang pagbisitang pang-iwas sa sakit na “Welcome sa Medicare” sa unang 12 buwan na mayroon kang ng Medicare Part B. 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.”	$0

E. Mga Suporta sa Komunidad

Maaari kang makakuha ng mga suporta sa ilalim ng iyong Pang-indibidwal na Plano ng Pangangalaga. Ang Mga Suporta sa Komunidad ay mga medikal na naaangkop at murang alternatibong serbisyo o setting para sa mga kino-cover sa ilalim ng Medi-Cal State Plan. 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 pinapalitan ng mga ito ang mga benepisyo na natatanggap mo na sa ilalim ng Medi-Cal.

Kasama sa Mga Suporta sa Komunidad ang mga sumusunod na serbisyo. Hindi available ang mga ito sa lahat ng lugar. Hindi lahat ng Miyembro ay kwalipikadong makatanggap ng Mga Suporta sa Komunidad. Para maging kwalipikado, dapat mong matugunan ang mga partikular na pamantayan.

Suporta sa Komunidad	Paglalarawan	Sino ang maaaring maging kwalipikado
Mga Transisyon sa Pasilidad para sa Assisted Living (Assisted Living Facility, ALF)	Tinutulungan ng mga serbisyong ito ang mga indibidwal na mamuhay sa komunidad at/o maiwasan ang paglagay sa mga institusyon. Ang layunin ng serbisyo ay pangasiwaan ang paglipat mula sa nursing facility papunta sa isang parang tahanan at komunidad na setting o maiwasan ang mga pagka-admit sa skilled nursing facility para sa mga Miyembro na may napipintong pangangailangan na mailagay sa isang nursing facility.	Mga miyembro na: • Nanirahan sa isang nursing facility nang mahigit 60 araw at nais lumipat sa isang pasilidad para sa assited living (assisted living facility o ALF) at kayang mamuhay nang ligtas sa isang ALF; **o** • Kasalukuyang naninirahan sa komunidad, nagnanais na manatili sa komunidad, kayang mamuhay nang ligtas sa isang ALF, at nangangailangan ng antas ng pangangalagang katulad ng sa nursing facility, ngunit pinipiling makuha ang mga serbisyong iyon sa isang ALF sa halip na lumipat sa isang nursing facility.

Suporta sa Komunidad	Paglalarawan	Sino ang maaaring maging kwalipikado
Pagremedyo sa Hika	Kabilang dito ang mga pisikal na pagbabago sa kapaligiran ng tahanan na kinakailangan upang matiyak ang kalusugan, kapakanan, at kaligtasan ng indibidwal, o upang bigyang-kakayahan ang indibidwal na kumilos sa loob ng tahanan nang may mas mababang posibilidad na makaranas ng matitinding atake ng hika.	Mga miyembrong nakatapos ng pagsusuri sa mga sanhi sa loob ng tahanan na nagpapalala ng kondisyon (environmental trigger assessment) sa nakalipas na 12 buwan sa pamamagitan ng benepisyong Asthma Preventive Services (APS) gaya ng inilalarawan sa Tsart ng mga Benepisyo.
Mga Serbisyo sa Transisyon patungo sa Komunidad o Tahanan	Kasama rito ang mga hindi umuulit na gastos sa pag-set up para sa mga indibidwal na lilipat mula sa isang lisensyadong pasilidad papunta sa paninirahan sa isang pribadong tirahan kung saan direktang responsable ang tao para sa kanyang mga sariling gastos sa pamumuhay.	Mga miyembro na: • kasalukuyang tumatanggap ng medikal na kinakailangan sa Antas ng Pangangalaga ng nursing facility at pinipiling lumipat sa tahanan at ipagpatuloy ang pagtanggap ng pangangalaga; **at** • nanirahan nang 60+ na araw sa isang nursing facility at/o Recuperative Care setting; **at** • Interesadong bumalik sa komunidad; **at** • Nakakapamuhay nang ligtas sa komunidad na may mga naaangkop at abot-kayang suporta at serbisyo

Suporta sa Komunidad	Paglalarawan	Sino ang maaaring maging kwalipikado
Pang-umagang Habilitasyon	Ibinibigay ang mga serbisyong ito sa tahanan ng indibidwal o sa isang setting sa labas ng tahanan na hindi pasilidad. Ang mga programang Pang-Araw na Habilitation ay idinisenyo upang tulungan ang indibidwal na makamit, mapanatili, at mapabuti ang pagtulong sa sarili, pakikisalamuha, at mga kasanayan sa pag-aangkop na kinakailangan upang matagumpay na makapamuhay sa natural na kapaligiran ng tao.	Mga miyembro na: • nakakaranas ng kawalan ng tirahan **o** • nakaalis na sitwasyon ng kawalan ng tirahan at pumasok sa pabahay sa loob ng nakalipas na 24 na buwan **o** • nasa panganib na mawalan ng tirahan o mailagay sa institusyon at mayroong kalagayan ng pabahay na maaaring mapahusay sa pamamagitan ng paglahok sa isang programa ng habilitasyon sa araw
Mga Pangkapaligirang Pagbabago para Gawing Naa-access (Mga Pagbabago sa Bahay)	Kasama sa mga serbisyong ito ang mga pisikal na pag-angkop sa isang tahanan na kinakailangan para matiyak ang kalusugan, kapakanan at kaligtasan ng indibidwal, o mabigyang-daan ang indibidwal na makakilos nang mas malaya sa tahanan, kung saan kung wala ito, mangangailangan ang kalahok ng institusyonalisasyon.	Mga miyembro na may posibilidad na maipasok sa institusyon sa isang pasilidad ng pag-aalaga.

Suporta sa Komunidad	Paglalarawan	Sino ang maaaring maging kwalipikado
Mga Deposito sa Pabahay	Tumutulong ang mga serbisyong ito sa pagtukoy, pagkoordina, pagsiguro, o pagpopondo ng mga pang-isang beses na serbisyo at pagbabago na kinakailangan para mabigyang-daan ang tao na magkaroon ng pangunahing tirahan na hindi lang kinabibilangan ng silid at pagkain.	Mga miyembro na: • tumugon sa depinisyon ng Housing and Urban Development (‘HUD”) para sa pagiging walang tirahan o panganib na mawalan ng tirahan, at magkaroon ng isa o higit pang klinikal na salik ng panganib; **o** • natukoy na kwalipikado para sa mga serbisyo ng Transitional Rent; **o** • kwalipikado rin para sa serbisyong pabahay ang mga miyembro na binibigyan ng prayoridad para sa permanente na sumusuportang pabahay o subsidyo sa renta mula sa lokal na Coordinated Entry System para sa mga walang permanenteng tirahan o anumang katumbas na sistema
Mga Serbisyo sa Pangungupahan at Pagpapanatili ng Pabahay	Ang mga serbisyong ito ay nagbibigay ng mga serbisyo para sa pangungupahan at pagpapanatili, na may layuning magpanatili ng ligtas at tuloy-tuloy na pangungupahan kapag nakakuha ng pabahay.	Mga miyembro na: • tumugon sa depinisyon ng Housing and Urban Development (‘HUD”) para sa pagiging walang tirahan o panganib na mawalan ng tirahan, at magkaroon ng isa o higit pang klinikal na salik ng panganib; **o** • natukoy na kwalipikado para sa mga serbisyo ng Transitional Rent; **o**

Suporta sa Komunidad	Paglalarawan	Sino ang maaaring maging kwalipikado
		• kwalipikado rin para sa serbisyong pabahay ang mga miyembro na binibigyan ng prayoridad para sa permanente na sumusuportang pabahay o subsidyo sa renta mula sa lokal na Coordinated Entry System para sa mga walang permanenteng tirahan o anumang katumbas na sistema
Mga Serbisyo sa Paglipat ng Bahay/Pag-navigate ng Pabahay	Tinutulungan ng mga serbisyong ito ang mga benepisyaryo sa pagkuha ng pabahay at kasama rito ang pag-screen sa nangungupahan at pagsusuri sa pabahay, pang-indibidwal na plano ng suporta sa pabahay, at pagkuha ng pabahay.	Mga miyembro na: • tumugon sa depinisyon ng Housing and Urban Development (‘HUD”) para sa pagiging walang tirahan o panganib na mawalan ng tirahan, at magkaroon ng isa o higit pang klinikal na salik ng panganib; **o** • natukoy na kwalipikado para sa mga serbisyo ng Transitional Rent; **o** • kwalipikado rin para sa serbisyong pabahay ang mga miyembro na binibigyan ng prayoridad para sa permanente na sumusuportang pabahay o subsidyo sa renta mula sa lokal na Coordinated Entry System para sa mga walang permanenteng tirahan o anumang katumbas na sistema

Suporta sa Komunidad	Paglalarawan	Sino ang maaaring maging kwalipikado
Mga Pagkaing Iniangkop sa Pangangailangang Medikal / Mga Pagkaing Sumusuporta sa Kalusugan	Kasama sa mga serbisyong ito ang 1) Mga Pagkain na pinasadya para sa Medikal na Kondisyon na ibinibigay sa miyembro sa tahanan na nakakatugon sa mga natatanging pangangailangan na may kaugnayan sa pagkain ng mga may habambuhay na sakit, na ginawa ng isang sertipikadong propesyonal sa nutrisyon; at/o 2) Mga serbisyong pansuporta sa pagkain at nutrisyon para sa medikal na kondisyon.	Mga miyembrong may malubha o malalang kondisyong pangkalusugan na sensitibo sa nutrisyon.
Mga Serbisyo para sa Personal na Pangangalaga at Nangangalaga ng Bahay	Ang mga serbisyong ito ay nagbibigay ng tulong sa Mga Aktibidad sa Pang-araw-araw na Pamumuhay (Activities of Daily Living, “mga ADL”) at tulong sa Mga Instrumental na Aktibidad sa Pang-araw-araw na Pamumuhay (Instrumental Activities of Daily Living, “mga IADL”).	Mga miyembro na: • nasa panganib na maospital, o mailagay sa isang institusyon sa isang nursing facility;**o** • mayroong mga problema sa pisikal na kakayahan at walang sapat na sistemang pangsuporta; **o** • aprubado para sa mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan (In-Home Supportive Services)

Suporta sa Komunidad	Paglalarawan	Sino ang maaaring maging kwalipikado
Pangangalaga sa Pagpapagaling (Medical Respite)	Kasama sa mga serbisyong ito ang panandaliang residensyal na pangangalaga para sa mga indibidwal na hindi na kinakailangang dalhin sa ospital, ngunit kailangan pa ring magpagaling mula sa isang pinsala o karamdaman at may kondisyon na posibleng mapalubha ng hindi maayos na kondisyon ng pamumuhay.	Mga miyembro na: • nangangailangan ng paggaling upang maka-recover mula sa isang pinsala o sakit; **at** • nakakatugon sa pagpapakahulugan ng HUD sa kawalan ng tirahan o posibilidad na mawalan ng tirahan bukod sa iba pang mga pamantayan
Mga Serbisyo para sa Pagpapahinga sa Pag-aalaga	Ipinapamahagi ang mga serbisyong ito sa panandaliang panahon dahil sa kawalan o pangangailangan ng pahinga ng mga taong karaniwang nangangalaga sa at/o sumusubaybay sa kanila sa hindi medikal na paraan. Ang serbisyong ito ay iba sa medical respite/pangangalaga sa pagpapagaling; ito ay pahinga lang para sa tagapag-alaga.	Mga miyembrong naninirahan sa komunidad at nakompromiso sa kanilang mga Aktibidad sa Pang-araw-araw na Pamumuhay (Activities of Daily Living, “ADL”) at umaasa sa isang kwalipikadong tagapag-alaga na nagbibigay ng suporta at nangangailangan ng tulong mula sa tagapag-alaga upang maiwasan ang miyembro na mapunta sa institusyon
Mga Sobering Center	Ang mga lugar na ito ay nagsisilbing mga alternatibong destinasyon para sa mga indibidwal na napatunayang nasa ilalim ng impluwensya ng alak o bawal na gamot sa publiko at kung hindi naman ay dadalhin sa departamento ng emergency o kulungan. Ang mga sobering center ay nagbibigay sa mga indibidwal na ito ng isang ligtas at sumusuportang kapaligiran upang maging matino lalo na	Mga miyembro na: • 18 taong gulang o pataas; **at** • lasing ngunit may malay, nakikipagtulungan, nakalalakad, hindi marahas, at walang anumang medikal na problema (kabilang ang mga sintomas ng withdrawal na nagbabanta sa buhay o mga nakikitang sintomas ng pinag-uugatang kondisyon); **at**

Suporta sa Komunidad	Paglalarawan	Sino ang maaaring maging kwalipikado
	sa mga kasalukuyang walang tirahan o sa mga may hindi panatag na sitwasyon sa pamumuhay.	• o kaya'y dadalhin sa departmento ng emerhensiya o bilangguan **o** • ipinresenta sa departamento ng emerhensiya at naaangkop na ipadala sa Sobering Center.

Transisyonal na Renta	Hanggang 6 na buwan ng tulong sa pagbayad ng renta sa mga pansamantala o permanenteng lugar.	Mga miyembro na:
		• nagtataglay ng isa o higit pang kwalipikadong klinikal na salik ng panganib **at**
		• nakakatugon sa pagpapakahulugan ng HUD sa kawalan ng tirahan o posibilidad na mawalan ng tirahan; **at**
		• ay lumilipat mula sa isa sa dalawang kwalipikadong setting:
		  ○ paglipat mula sa isang institusyonal o pinagsama-samang tirahan
		  ○ paglipat mula sa isang pasilidad na nagkukulong ng mga tao

Kung kailangan mo ng tulong o kung gusto mong malaman kung aling Mga Suporta ng Komunidad ang maaaring available para sa iyo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-443-0815 (TTY 711), o kausapin ang iyong tagapagkoordina ng pangangalaga.

F. Mga benepisyong sakop sa labas ng aming plano

Hindi namin sinasagot ang mga sumusunod na serbisyo, ngunit umiiral ang mga ito sa pamamagitan ng Medi-Cal fee-for service.

F1. Mga Transition sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT)

Ang programang California Community Transitions (CCT) ay gumagamit ng mga lokal na Namumunong Organisasyon upang tulungan ang mga kwalipikadong benepisyaryo ng Medi-Cal na nanirahan sa isang pasilidad para sa inpatient sa loob ng hindi bababa sa 60 magkakasunod na araw na mag-transition pabalik sa, at ligtas na mananatili sa isang komunidad. Ang CCT ay nagpopondo ng mga serbisyo ng pagkoordina ng pag-transition sa panahon bago ang pag-transition at sa loob ng 365 araw pagkatapos ng pag-transition upang matulungan ang mga benepisyaryo na makabalik sa pamumuhay sa isang komunidad.

Maaari kang tumanggap ng mga serbisyo sa pagkoordina ng pag-transition mula sa anumang Nangungunang Organisasyon ng CCT na pinaglilingkuran ang kondado kung saan ka nakatira. Matatagpuan mo ang listahan ng Mga Nangungunang Organisasyon sa CCT at mga kondado na pinaglilingkuran 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 pagkoordina ng pag-transition ng CCT

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

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

Sisingilin kami ng provider para sa iyong mga serbisyo Babayaran ng aming plano para sa mga serbisyong ipinamahagi pagkatapos ng iyong pag-transition. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

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

Walang pagbabago sa benepisyo sa coverage sa gamot

Hindi kino-cover ng programang CCT ang mga gamot. Makukuha mo pa rin ang iyong karaniwang benepisyo sa gamot sa pamamagitan ng aming plano. Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro*.

Note: Kung kailangan mo ng pangangalagang hindi nauugnay sa pag-transition ng CCT, tumawag sa iyong tagapagkoordina ng pangangalaga upang isaayos ang mga serbisyo. Ang pangangalagang hindi nauugnay sa pag-transition ng CCT ay pangangalagang **not** nauugnay sa pag-transition mo mula sa isang institusyon o pasilidad.

F2. Medi-Cal Dental

May taglay na mga partikular na serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental. Matatagpuan ang karagdagang impormasyon sa smilecalifornia.org na website. Kasama sa Medi-Cal Dental ang, ngunit hindi limitado sa, mga serbisyong kagaya ng:

- mga unang eksaminasyon, X-ray, pagpapalinis, at paggamot gamit ang fluoride
- mga restoration at crown
- root canal therapy; at
- mga partial at buong pustiso, pag-aayos, pag-repair, at pag-reline

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga benepisyo para sa ngipin na available sa Medi-Cal Dental, 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 pagtawag. Handa ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental FFS upang tulungan ka mula 8 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Pwede mo ring bisitahin ang website sa smilecalifornia.org para sa karagdagang impormasyon.

Sa mga kondado ng Sacramento at Los Angeles, maaari kang makakuha ng mga benepisyo para sa ngipin sa Medi-Cal sa pamamagitan ng planong Dental Managed Care (DMC). Kung gusto mo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga plano para sa ngipin ng Medi-Cal, o kung gusto mong gumawa ng mga pagbabago, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa 1-800-430-4263 (pwedeng 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 pagtawag. Narito din ang mga paraang makipag-ugnayan sa Dental MC: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

F3. Mga Serbisyong Pansuporta sa Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS)

- Ang Programa ng IHSS ay tutulong sa pagbabayad sa mga naka-enroll na provider ng pangangalaga para sa mga serbisyong ibinibigay sa iyo para maaari kang manatiling ligtas sa sarili mong tahanan. Itinuturing ang IHSS bilang isang alternatibo sa out-of-home na pangangalaga, gaya ng mga nursing home o board and care facility.
- Upang makatanggap ng mga serbisyo, isinasagawa ang isang pagtatasa upang matukoy kung aling mga uri ng mga serbisyo ang maaaring pahintulutan para sa bawat kalahok batay sa kanilang mga pangangailangan. 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 (gaya ng pag-ihi at pagdumi, pagligo, pag-aayos at mga serbisyong paramedikal), kasama sa mga medikal na appointment, at nagpoprotektang pangangasiwa para sa mga may kapansanan sa isip.
- Matutulungan ka ng iyong tagapagkoordina ng pangangalaga na mag-apply para sa IHSS sa ahensya ng serbisyong panlipunan ng iyong kondado. Ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa iyong kondado ay matatagpuan sa **Kabanata 2**, **Seksyon I** or at https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

F4. 1915(c) Mga Programa ng Waiver ng Mga Serbisyong Nakabatay sa Tahanan at Komunidad (Home and Community Based Services, HCBS)

Waiver para sa Assisted Living (Assisted Living Waiver, ALW)

- Ang Waiver para sa Assisted Living (ALW) ay nag-aalok sa mga kwalipikadong benepisyaryo ng Medi-Cal ng pagkakataong manirahan sa isang lugar na may assisted living bilang alternatibo sa pangmatagalang pananatili sa isang pasilidad ng pag-aalaga. Layunin ng ALW na pangasiwaan ang paglipat mula sa pasilidad ng pag-aalaga papunta sa isang parang tahanan at komunidad na setting o maiwasan ang mga pagka-admit sa pasilidad ng 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 ay maaaring manatiling naka-enroll sa ALW habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong ALW Care Coordination Agency para isaayos ang mga serbisyong natatanggap mo.

- Ang ALW ay kasalukuyang magagamit lamang sa mga sumusunod na kondado: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, at Sonoma.

- Maaari kang tulungan ng iyong tagapagkoordina ng pangangalaga na mag-apply para sa ALW. Matutulungan ka ng iyong tagapagkoordina ng pangangalaga na mag-apply para sa ALW. Ang isang listahan ng mga ahensya ng ALW Care Coordination ay makikita sa sumusunod na website: https://www.dhcs.ca.gov/services/long-term-care-alternatives-home-and-community-based-service-options/participating-care-coordination-agencies/.

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 na may kapansanan sa pag develop na nagsisimula bago ang ika-18 kaarawan ng indibidwal at inaasahang magpapatuloy 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 tagapagkoordina ng pangangalaga na maikonekta ka sa mga serbisyo ng Waiver ng DD.

Naka-enroll sa Waiver para sa mga Alternatibo sa Tahanan at Komunidad (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)

- Naghahatid ang Waiver ng HCBA ng mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga sa mga taong may posibilidad 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. Ikinokoordina ng pangkat ang mga serbisyo sa Waiver at Plano ng Estado (gaya ng medikal, kalusugan ng pag-uugali, In-Home Supportive Services, atbp.), at isinasaayos nito ang iba pang pangmatagalang serbisyo at suporta na available sa lokal na komunidad. Ihinahatid ang mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga at Waiver sa tirahan na nakabase sa komunidad ng kalahok. Maaaring pribado ang tirahan na nakuha sa pamamagitan ng kasunduan sa pagpapaparenta sa tenant, o tirahan ng kapamilya ng kalahok.

- Ang mga miyembrong naka-enroll sa Waiver ng HCBA ay puwedeng manatiling naka-enroll sa Waiver ng HCBA habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong ahensya ng waiver ng HCBA para maikoordina ang mga serbisyong natatanggap mo.

- Maaari kang tulungan ng iyong tagapagkoordina ng pangangalaga na mag-apply para sa HCBA. Matatagpuan ang listahan ng mga HCBA Waiver Agency sa sumusunod na website: Home and Community-Based Alternatives Waiver | DHCS

Programa ng Medi-Cal Waiver (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 pangkat na nakasentro sa kalahok na binubuo ng isang rehistradong nars at tagapamahala ng kaso ng trabahong panlipunan. Nakikipagtulungan ang mga tagapamahala ng kaso sa kalahok at (mga) provider ng pangunahing pangangalaga, pamilya, (mga) tagapag-alaga, 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 nakabase 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 access sa suporta sa kalusugang panlipunan at pag-uugali at (4) maikoordina ang mga provider ng serbisyo at maalis ang pagdodoble ng mga serbisyo.

- Ang mga miyembrong naka-enroll sa Waiver ng MCWP ay puwedeng manatiling naka-enroll sa Waiver ng MCWP habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong ahensya ng waiver ng MCWP para maikoordina ang mga serbisyong natatanggap mo.

- Maaari kang tulungan ng iyong tagapagkoordina ng pangangalaga na mag-apply para sa MCWP. Matatagpuan ang listahan ng mga ahensya ng waiver ng MCWP sa sumusunod na website: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

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

- Ang Programa para sa Maraming Layunin na Serbisyo sa Matatanda (MSSP) ay nagbibigay ng serbisyong panlipunan at serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan para matulungan ang mga indibidwal na manatili sa kanilang mga tahanan at komunidad.

- Bagama't ang karamihan sa mga kalahok sa programa ay tumatanggap din ng In-Home Supportive Services, ang MSSP ay nagbibigay ng tuloy-tuloy na pagkoordina 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 na mas mababa sa halaga ng pagtanggap ng pangangalaga sa isang skilled nursing facility.

- Ipapamahagi ng isang pangkat ng mga propesyonal sa kalusugan at serbisyong panlipunan ang bawat kalahok ng MSSP ng kumpletong pagtatasa 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 bumuo ng pang-indibidwal na plano sa pangangalaga. Kabilang sa mga serbisyo ang:

  - pamamahala ng pangangalaga
  - pangangalaga sa araw para sa nasa hustong gulang
  - simpleng pag-aayos/pagpapanatili sa bahay
  - mga karagdagang serbisyo sa gawain sa bahay, personal na pangangalaga, at pamproteksyong pangangasiwa
  - mga respite service
  - mga serbisyong pang-transportasyon
  - mga serbisyo sa pagpapayo at therapy
  - mga serbisyo sa pagkain
  - mga serbisyong pangkomunikasyon

- Ang mga miyembrong naka-enroll sa Waiver ng MSSP 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 ikoordina ang mga serbisyong natatanggap mo

- Maaari kang tulungan ng iyong tagapagkoordina ng pangangalaga na mag-apply para sa MSSP. Matatagpuan ang ang listahan ng mga ahensya ng provider ng MSSP sa sumusunod na website: aging.ca.gov/Providers_and_Partners/Multipurpose_Senior_Services_Program/Service_Area_Map/

F5. Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Kalusugan ng Isip at Mga Serbisyo sa Sakit dahil sa Pag-abuso sa Droga o Alak)

Mayroon kang access sa mga kinakailangang medikal na serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na sinasagot ng Medicare and Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na sinasagot ng pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Hindi nagbibigay ang aming plano ng mga may espesyalisasyong serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal o serbisyo ng county para sa sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak, ngunit available sa iyo ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng mga ahensya sa kalusugan ng pag-uugali sa kondado.

Ang mga may espesyalidad na serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng isip ay available sa iyo sa pamamagitan ng plano sa kalusugan ng isip (mental health plan, MHP) ng county kung matutugunan mo ang mga pamantayan sa pag-access ng mga may espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip. Kabilang sa mga may espesyalisasyong serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na ibinibigay ng MHP ng iyong kondado ang:

- mga serbisyo sa kalusugan ng isip
- mga serbisyo sa suporta sa gamot
- mga pang-umagang serbisyo para sa masusing paggamot
- pang-umagang rehabilitasyon
- mga serbisyo para sa pamamagitan sa krisis
- mga serbisyo para sa pagpapahupa ng krisis
- mga pantahanang serbisyo ng paggamot sa nasa hustong gulang
- mga pantahanang serbisyo ng paggamot sa krisis
- mga serbisyo ng pasilidad para sa kalusugan ng isip
- mga inpatient na serbisyo ng ospital sa isip
- nakatuon na pamamahala ng kaso
- mga serbisyo sa suporta mula sa kapwa, kung saan umiiral
- mga mobile na serbisyo sa komunidad para sa pamamagitan sa krisis, kung saan mayroon
- mga serbisyo na gumagamot sa pag-uugali
- pangangalaga sa mga bata na nakaranas ng trauma
- pagbalik sa komunidad matapos makalabas ng bilangguan, kung saan mayroon
- assertive community treatment (ACT)
- forensic assertive community treatment (FACT), kung saan umiiral
- coordinated specialty care (CSC) para sa first episode psychosis (FEP), kung saan umiiral

- mga serbisyo ng clubhouse, kung saan umiiral
- mga serbisyo sa enhanced community health worker (CHW), kung saan umiiral

Merong mga serbisyo ng Drug Medi-Cal (DMC) sa pamamagitan ng ahensya sa kalusugan ng pag-uugali ng iyong kondado kung matutugunan mo ang mga pamantayan para makatanggap ng mga serbisyong ito.

- masusing outpatient na mga serbisyo ng paggamot
- pantahanang paggamot sa sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak sa panahon ng pagbubuntis
- mga outpatient na serbisyo sa paggamot
- programa sa paggamot sa pagkalulong sa droga
- mga gamot para sa paggamot sa adiksyon (tinatawag ding Paggamot sa Tulong ng Gamot)
- mga serbisyo sa suporta mula sa kapwa, kung saan umiiral
- mga mobile na serbisyo sa komunidad para sa pamamagitan sa krisis, kung saan mayroon

Kabilang sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) ang:

- mga outpatient na serbisyo sa paggamot
- masusing outpatient na mga serbisyo ng paggamot
- mga serbisyo sa bahagyang pagpapaospital
- mga gamot para sa paggamot sa adiksyon (tinatawag ding Paggamot sa Tulong ng Gamot)
- mga pantahanang serbisyo ng paggamot
- mga serbisyo sa pamamahala ng withdrawal
- programa sa paggamot sa pagkalulong sa droga
- mga serbisyo sa pagpapagaling
- pangangasiwa ng pangangalaga
- mga serbisyo sa suporta mula sa kapwa, kung saan umiiral
- mga mobile na serbisyo sa komunidad para sa pamamagitan sa krisis, kung saan mayroon
- mga serbisyo sa contingency management, kung saan umiiral
- mga inpatient na serbisyo ng paggamot

Bukod pa sa mga serbisyong nakalista sa itaas, maaari kang magkaroon ng access sa mga serbisyo sa boluntaryong inpatient na pag-detoxify kung matutugunan mo ang mga pamantayan.

G. Mga benepisyong hindi sinasagot ng aming plano, Medicare, o Medi-Cal

Ipinapabatid sa iyo ng bahaging ito ang mga benepisyong nakabukod sa aming plano. Ang “nakabukod” ay nangangahulugan na hindi kami ang magbabayad para sa mga benepisyong ito. Hindi rin binabayaran ang mga ito ng Medicare at Medi-Cal.

Inilalarawan ng listahan sa ibaba ang ilang mga serbisyo at item na hindi namin kino-cover sa ilalim ng anumang kondisyon at ang ilan na nakabukod lang sa amin sa iilang mga sitwasyon.

Hindi kami nagbabayad para sa mga nakabukod na medikal na benepisyong nakalista sa bahaging ito (o sa kahit saan pa man sa *Handbook ng Miyembro* na ito) maliban sa mga nakalistang mga partikular na kondisyon. Kahit na matanggap mo ang mga serbisyo sa isang pasilidad na pang-emergency, hindi babayaran ng plano ang mga naturang serbisyo. Kung sa palagay mo na dapat bayaran ng aming plano ang isang serbisyong hindi sakop nito, maaari kang humiling ng apela. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito

Para dumagdag sa anumang pagbubukod o limitasyon na inilalarawan sa Chart ng Mga Benepisyo, hindi sinasagot 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 nakalista bilang sakop na mga serbisyo. Hindi naaangkop ang pagbubukod na ito sa mga serbisyo o item na hindi sakop ng Original Medicare ngunit sakop ng aming plano.
- mga eksperimental na pamamaraang medikal at surgical, kagamitan at mga gamot.
  Ang mga eksperimental na mga procedure at item ay mga item at procedure 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 karagdagang impormasyon ukol sa mga pag-klinikal na pagsasaliksik na pag-aaral.)
- isang pribadong silid sa ospital, maliban kung medikal na kinakailangan.
- mga mga nars na naka-private duty.
- mga personal na gamit sa iyong silid sa ospital o nursing facility.
- full-time na pag-aalaga sa iyong tahanan.
- Mga bayarin 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 pagbawas ng timbang, pagkalagas o pagpapatubo 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 sakop.

- regular na pangangalaga sa paa, maliban sa inilalarawan sa “Mga serbisyo para sa pangangalaga ng paa” sa Tsart ng mga Benepisyo sa **Seksyon D**.
- mga orthopedic na sapatos o pansuportang kagamitan, 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 sakit sa paa dulot ng diabetes.
- mga operasyong pangwasto ng paningin (halimbawa, LASIK surgery).
- pag-reverse ng sterilization procedure.
- mga serbisyong naturopath (ang paggamit ng mga natural o alternatibong paggamot).
- mga serbisyong ibinibigay sa mga beterano sa mga pasilidad ng Veterans Affairs (VA). Gayunpaman, kapag ang isang beterano ay nakakakuha ng mga serbisyong pang-emergency sa isang ospital sa VA at ang pagbabahagi sa gastos ng VA ay mahigit sa pagbabahagi sa gastos sa ilalim ng aming plano, babayaran namin ang beterano para sa pagkakaiba. Ikaw pa rin ang responsable para sa iyong mga halaga ng pagbabahagi sa gastos.
- mga partikular na pagsusuri at serbisyo:
    - upang makakuha o mapanatili ang trabaho
    - upang makakuha ng insurance
    - pang makakuha ng anumang uri ng lisensya
    - ayon sa kautusan ng isang korte, o kung para sa parole o probation
    - hindi naaangkop ang pagbubukod na ito kung matukoy ng isang doktor na nasa network na ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.
- mga kagamitan para sa kaginhawaan o kumbinyensya. Hindi kasama sa coverage ng Medi-Cal ang mga kagamitan o feature na para sa kaginhawaan, kumbinyensya o luho. Kasama rito ang mga item na para lamang sa kaginhawaan o kombinyente ng isang miyembro, kapamilya ng miyembro o ng provider ng pangangalagang pangkalusugan ng miyembro. Hindi naaangkop ang pagbubukod na ito sa pang-retail na mga breast pump na ibinibigay sa mga babae pagkatapos ng pagbubuntis. Hindi rin naaangkop ang pagbubukod na ito sa mga item na inaprubahan para sa iyo sa ilalim ng Mga Suporta sa Komunidad.
- mga pangkosmetikong serbisyo o procedure. Hindi naaangkop ang pagbubukod na ito sa sumusunod:
    - mga testicular implant na inilalagay bilang bahagi ng kino-cover na reconstructive surgery.
    - breast prostheses na kinakailangan pagkatapos ng mastectomy o lumpectomy.
    - prostheses upang palitan ang kabuuan o bahagi ng panlabas na bahagi ng mukha o katawan.

- mga suplay na pang-isang gamit o disposable. Hindi kasama sa coverage ng Medi-Cal ang mga sumusunod na disposable na kagamitan para sa paggamit sa bahay: mga benda, gasa, tape, mga antiseptiko, pantakip ng sugat, at mga Ace-type na benda. Hindi naaangkop ang pagbubukod na ito sa mga disposable na kagamitang ibinibigay bilang bahagi ng mga sumusunod na benepisyo na inilalarawan sa Chart ng mga Benepisyo:
    - paggamot na dialysis/hemodialysis.
    - matibay na kagamitang medikal.
    - pangangalagang pangkalusugan sa bahay
    - hospice at palliative na pangangalaga.
    - mga medikal na kagamitan, kasangkapan, at appliance.
    - mga gamot na nangangailangan ng reseta.
    - mga prosthetic at orthotic na device at nauugnay na kagamitan.
- mga serbisyo sa pagkabaog:
    - Hindi kasama sa coverage ng Medi-Cal ang mga serbisyo upang tulungan ang isang indibidwal na mabuntis, kabilang ang mga serbisyo sa pagkabaog, artipisyal na insemination, at serbisyo ukol sa assisted reproductive technology. Hindi kino-cover ng Medi-Cal ang mga serbisyo ukol sa pagpapanatili ng abilidad magka-anak.
    - Hindi sinasagot ng Medicare ang konsepsyon sa artipisyal na paraan, gaya ng in vitro fertilization, zygote intrafallopian transfers, ovum transplants, at gamete intrafallopian transfers (maliban sa artificial insemination at mga kaugnay na serbisyo).
- mga kagamitan at serbisyo na hindi mga kagamitan at serbisyong pangkalusugan maliban kung aprubado sa ilalim ng iyong sakop ng Medi-Cal sa ilalim ng Mga Suporta sa Komunidad o Matibay na Kagamitang Medikal. Halimbawa, hindi namin sinasagot ang:
    - pagtuturo ng magandang asal at ugali.
    - serbisyong pagtuturo at suporta upang hubugin ang mga kasanayan sa pagpaplano tulad ng pagpaplano ng pang-araw-araw na gawain at proyekto o takdang gawain.
    - mga kagamitan at serbisyo na may layuning palakasin ang kaalaman o kasanayang akademiko.
    - serbisyong pagtuturo at suporta upang iangat ang pagkatalino.
    - akademikong paggabay o pagtuturo para sa mga kasanayan tulad ng gramatika, matematika, at pamamahala ng oras.
    - pagtuturo kung paano magbasa, may dyslexia ka man o wala.
    - pagsusuring edukasyonal.
    - pagtuturo ng sining, sayaw, pangangabayo, musika, laro, o paglangoy, maliban sa pagbubukod na ito para sa “pagtuturo ng paglalaro” na hindi naaangkop sa mga serbisyong bahagi ng behavioral health therapy na plano sa paggamot at tinatalakay sa kabanatang ito.

  - pagtuturo ng mga kasanayan para sa trabaho o bokasyonal na layunin.
  - bokasyonal na pagsasanay o pagtuturo ng bokasyonal na kakayahan.
  - mga kurso para sa propesyonal na paghubog.
  - pagsasanay para sa partikular na trabaho o pagpapayo sa trabaho.
  - mga pagbabago sa iyong bahay o kotse, maliban kung ang mga ito ay pansamantalang pagbabago na itinuturing na medikal na kinakailangan o aprubado para sa iyo sa ilalim ng Suporta sa Komunidad.

- aquatic therapy at iba pang therapy sa tubig. Ang pagbubukod na ito para sa therapy na nangangailangan ng pagbababad sa tubig at iba pang therapy na gumagamit ng tubig ay hindi naaangkop sa mga serbisyo ng therapy na bahagi ng isang plano sa paggamot na physical therapy at kino-cover bilang bahagi ng mga sumusunod na benepisyo:
  - pangangalagang pangkalusugan sa bahay
  - hospice at palliative na pangangalaga.
  - mga rehabilitative at habilitative na serbisyo.
  - pangangalaga sa pasilidad ng may kasanayan sa pangangalaga.
- mga therapy kaugnay sa pagmamasahe. Ang pagbubukod na ito para sa therapy na nangangailangan ng pagbababad sa tubig at iba pang therapy na gumagamit ng tubig ay hindi naaangkop sa mga serbisyo ng therapy na bahagi ng isang plano sa paggamot na physical therapy at kino-cover bilang bahagi ng mga sumusunod na benepisyo:
  - pangangalagang pangkalusugan sa bahay
  - hospice at palliative na pangangalaga.
  - mga rehabilitative at habilitative na serbisyo.
  - pangangalaga sa pasilidad ng may kasanayan sa pangangalaga.
- mga serbisyo sa personal na pangangalaga (custodial care), tulad ng tulong sa pang-araw-araw na gawain (halimbawa: paglalakad, paghiga at pagbangon sa kama, paliligo, pagbibihis, pagkain, pagpunta sa banyo, at pag-inom ng gamot). Ang pagbubukod na ito ay hindi naaangkop sa tulong sa pang-araw-araw na gawain na ibinibigay bilang bahagi ng sakop na inilarawan sa ilalim ng mga sumusunod na benepisyo:
  - hospice at palliative na pangangalaga.
  - mga serbisyo at suporta para sa pangmatagalang pangangalaga.
  - pangangalaga sa pasilidad ng may kasanayan sa pangangalaga/intermediate/subacute.
  - mga Suporta sa Komunidad

- mga serbisyo na hindi aprubado ng federal na Food and Drug Administration. Hindi namin sakop ang mga gamot, suplemento, pagsusuri, bakuna, device, radioactive na materyales, at iba pang serbisyo na ayon sa batas ay nangangailangan ng apruba ng federal na Food and Drug Administration ("FDA") upang maibenta sa U.S. ngunit hindi aprubado ng FDA. Hindi naaangkop ang pagbubukod na ito sa mga sumusunod na sitwasyon:
  - mga serbisyong sakop sa ilalim ng Mga Klinikal na Pagsubok.
  - mga serbisyong hatid bilang bahagi ng mga serbisyong kaugnay ng imbestigasyon.
- mga serbisyong inihahatid ng mga di-lisensyadong indibidwal. Karaniwan, hindi kinabibilangan ng coverage ang mga serbisyo na ligtas at epektibong naisasagawa ng mga taong hindi nangangailangan ng lisensya o sertipiko mula sa estado upang magbigay ng mga serbisyong pangkalusugan, at kung saan ang kondisyon ng miyembro ay hindi nangangailangan na ang mga serbisyong ito ay ibigay ng lisensyadong tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan. Ang pagbubukod na ito ay hindi naaangkop sa mga sumusunod:
  - mga aprubadong Suporta sa Komunidad para sa iyo.
  - mga Serbisyo ng Doula.
  - mga serbisyo ng Health Worker ng Komunidad
- mga serbisyong kaugnay sa di-sakop na serbisyo. Kapag hindi covered ang isang serbisyo, hindi isinasama ang lahat ng serbisyong may kaugnayan sa hindi covered na serbisyo. Hindi naaangkop ang pagbubukod na ito sa paggamot ng mga komplikasyong nagreresulta sa mga hindi covered na serbisyo, kung covered man ang mga kumplikasyong iyon. Halimbawa, kung mayroon kang cosmetic na operasyon na hindi covered, hindi namin sasagutin ang mga serbisyong matatanggap mo upang maghanda para sa operasyon o para sa follow-up na pangangalaga. Kung sakaling magkaroon ka ng komplikasyong nagbabanta sa buhay tulad ng malubhang impeksiyon, ang pagbubukod na ito ay hindi aangkop at masasakop namin ang mga serbisyong kinakailangan upang gamutin ang komplikasyon, hangga't ang mga serbisyong ito ay covered sa ilalim nitong *Handbook ng Miyembro*.

Kabanata 5: Pagkuha ng iyong mga pang-outpatient na inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga tuntunin para sa pagkuha ng iyong mga gamot para sa 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 na covered sa ilalim ng Bahagi D ng Medicare at Medi-Cal. Binabanggit sa **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*.

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

- **Mga gamot na sinasagot ng Medicare Part A.** Karaniwang kinabibilangan ito ng mga gamot na ibinibigay sa iyo habang ikaw ay nasa ʻospital o pasilidad ng pag-aalaga.
- **Mga gamot na covered ng Bahagi B ng Medicare.** These include some chemotherapy Kasama sa mga ito ang ilang gamot sa chemotherapy, ilang iniiniksyon na gamot na ibinibigay sa iyo sa isang pagbisita sa tanggapan ng doktor o iba pang provider, at mga gamot na ibinibigay sa iyo sa isang ʻklinika para sa dialysis. Para higit na tuklasin ang tungkol sa kung anong mga gamot sa Bahagi B ng Medicare ang covered, sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** nitong *Handbook ng Miyembro*.
- Bukod pa sa Bahagi D ng Medicare ng plano at coverage sa mga medikal na benepisyo, posibleng sakupin ng Original Medicare ang iyong mga gamot kung na sahospice ka ng Medicare. Para sa karagdagang impormasyon, mangyaring sumangguni sa **Kabanata 5, Seksyon F3** "Kung nasa programa ka ng sertipikadong hospice ng Medicare."

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

Karaniwang sasagutin namin ang iyong mga gamot hangga't sundin mo ang mga panuntunan sa bahaging ito.

Dapat mong ipasulat sa isang provider (doktor, dentista, o ibang tagareseta) ang iyong reseta, na dapat ay may bisa sa ilalim ng naaangkop na batas ng estado. Karaniwan, provider ang taong ito ng pangunahing pangangalaga (PCP). Maaari din itong maging ibang provider kung ni-refer ka ng iyong PCP para sa pangangalaga.

Ang iyong tagareseta ay **hindi** dapat nasa Listahang Nng Pagbubukod o Preclusion ng Medicare o anumang kahalintulad na listahan ng Medi-Cal.

Sa pangkalahatan, dapat kang gumamit ng parmasyang nasa network upang kunin ang iyong reseta. (Sumangguni sa **Seksyon A1** para sa karagdagang impormasyon.) Maaari mo ring kunin ang nasa iyong reseta sa pamamagitan ng serbisyo sa pag-order sa koreo ng plano.

Ang gamot na inireseta sa iyo ay dapat na nasa aming plano na nasa *Listahan ng mga Covered na Gamot*. Tinatawag namin itong "*Listahan ng Gamot*" para paikliin. (Sumangguni sa **Seksyon B** ng kabanatang ito.)

- Kung wala ito sa *Listahan ng Gamot*, magagawa naming sagutinito sa pamamagitan ng pagbibigay sa iyo ng exception.
- Sumangguni sa **Kabanata 9** upang matutunan kung paano humiling ng exception.
- Dapat mo ring tandaan na susuriin sa ilalim ng mga pamantayan ng Medicare at Medi-Cal ang kahilingang sakupin ang iyong inireresetang gamot

Dapat gamitin ang iyong gamot para sa medikal na tinatanggap na indikasyon. Ang ibig sabihin nito ay ang paggamit ng gamot ay dapat inapruba ng Food and Drug Administration (FDA) o sinuportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian. Maaari kang tulungan ng iyong tagareseta na tukuyin ang mga medikal na sanggunian upang suportahan ang hinihiling na paggamit ng inireresetang gamot.

Maaaring mangailangan ang iyong gamot ng pag-apruba mula sa aming plano batay sa iilang pamantayan bago namin ito 'sagutin. (Sumangguni sa **Seksyon C** ng kabanatang ito.)

Kabanata 5 Talaan ng Mga Nilalaman

A. Pagkuha ng iyong mga reseta 215

A1. Pagkuha ng iyong reseta sa isang parmasya na nasa network 215

A2. Paggamit ng iyong ID Card ng Miyembro kapag nag-fill ka ng reseta 215

A3. Ano ang dapat gawin kung magpapalit ka ng iyong parmasya na nasa network 215

A4. Ano ang dapat gawin kung aalis sa network ang iyong parmasya 215

A5. Paggamit ng espesyalisadong parmasya 216

A6. Paggamit ng mga mail-order na serbisyo sa pagkuha ng iyong mga gamot 216

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot 218

A8. Paggamit ng parmasya na wala sa network ng aming plano 219

A9. Pagbabalik ng bayad sa iyo para sa reseta 220

B. Ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano 220

B1. Mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot* 220

B2. Paano maghanap ng gamot sa aming *Listahan ng Gamot* 221

B3. Mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot* 221

B4. Mga antas ng pagbabahagi sa gastos sa *Listahan ng Gamot* 222

C. Mga limitasyon sa ilang gamot 223

D. Mga dahilan kung bakit maaaring hindi sakop ang iyong mga gamot 225

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply 225

D2. Paghiling ng pansamantalang supply 226

D3. Paghiling ng pagbubukod 227

E. Mga pagbabago sa sakop para sa iyong mga gamot 227

F. Sakop sa gamot sa mga espesyal na sitwasyon 230

F1. Sa ospital o skilled nursing facility para sa pananatili na sagot ng aming plano 230

F2. Sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga 230

F3. Sa programa ng hospice na sertipikado ng Medicare 230

G. Mga Programa sa kaligtasan ng gamot at pamamahala ng mga gamot 231

G1. Mga programa na makakatulong sa iyo na gumamit ng mga gamot sa ligtas na paraan 231

G2. Mga programa na makakatulong sa iyo na pamahalaan ang iyong mga gamot 231

G3. Programa sa pamamahala sa gamot (DMP) para matulungan ang mga miyembro sa ligtas na paggamit ng mga opioid na gamot 232

A. Pagkuha ng iyong mga reseta

A1. Pagkuha ng iyong reseta sa isang parmasya na nasa network

Sa karamihan ng kaso, babayaran lang namin ang mga reseta kapag kinuha sa alinman sa aming mga parmasyang kasapi sa aming network. Ang parmasyang kasapi sa 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 kasapi sa network. (Sumangguni sa **Seksyon A8** para sa impormasyon tungkol sa kung kailan namin sinasagot ang mga reseta na pinunan sa mga parmasya na hindi kasapi sa network.)

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

A2. Paggamit ng iyong ID Card ng Miyembro kapag nag-fill ka ng reseta

Para mapunan ang iyong reseta, **ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro** sa iyong parmasya na nasa network. Sisingilin kami ng parmasya na nasa network para sa aming bahagi sa halaga ng ng iyong sinasagot na gamot. Maaaring kailanganin mong bayaran ang copay ng parmasya kapag kinuha mo ang iyong reseta.

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

Kung hindi mo dala ang iyong ID Card o BIC ng Miyembro kapag pinunan mo ang iyong reseta, hilingin sa parmasya na tawagan kami upang makuha ang kinakailangang impormasyon, o maaari mong hilingin sa parmasya na hanapin ang iyong impormasyon sa pagpapa-enroll sa plano.

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 makatulong.

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

A3. Ano ang dapat gawin kung magpapalit ka ng iyong parmasya na nasa network

Kung kailangan mo tulong sa pagkuha ng reseta, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

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

A5. Paggamit ng espesyalisadong parmasya

Minsan, dapat kunin ang mga reseta sa isang specialized na parmasya. Kabilang sa mga espesyalisadong parmasya ang mga sumusunod:

- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa home infusion therapy.
- Mga parmasya na 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 makakuha ng iyong mga gamot sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.
- Mga Parmasya ng Indian Health Care Provider (IHCP). Ang mga American Indian at Alaska Native na Miyembro ay may access sa mga parmasya sa isang Indian Health Care Provider (IHCP) basta't mayroon silang naka-enroll na retail na parmasya. Kung hindi ka American Indian o Alaska Native, maaari ka pa ring makatanggap ng mga serbisyo mula sa isang retail na parmasya sa isang IHCP kung nakatalaga ka sa klinika o kung para sa isang emergency.
- 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 paggamit ng mga ito. (Tandaan: Bihira dapat mangyari ang sitwasyong ito.)
- Para maghanap ng parmasya na nasa network, sumangguni sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya,* bisitahin ang aming website, o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

A6. Paggamit ng mga mail-order na serbisyo sa pagkuha ng iyong mga gamot

Para sa ilang partikular na uri ng mga gamot, maaari mong gamitin ang mga mail order na serbisyo 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*.

Pinahihintulutan ka ng aming mail order na serbisyo na mag-order ng hanggang sa 100-araw na supply. Ang 100-day na supply ay mayroong copay na katulad sa pang-isang buwang supply.

Pagkuha ng mga reseta sa pamamagitan ng koreo

Para makakuha ng impormasyon tungkol sa pagpuno ng 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 kang makakapag-order ang iyong mga refill ng reseta sa mga sumusunod na paraan:

- Ligtas na magparehistro at mag-order online sa kp.org/refill.
- Tawagan ang numerong nakalista sa iyong plano sa reseta at sundin ang mga prompt (tiyaking pipiliin mo ang opsyong pagpapadala sa pamamagitan ng koreo kapag na-prompt).

- Tawagan ang numero sa ibaba na naaangkop sa iyong plano:

  Mga plano sa South: 1-866-206-2983 (TTY 711), Lunes hanggang Biyernes, 7 a.m. hanggang 7 p.m.

  Mga plano sa North: 1-888-218-6245 (TTY 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., Sabado 8 a.m. hanggang 6 p.m., at Linggo 9 a.m. hanggang 6 p.m.

- 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 nais 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.

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 karagdagang asistensya. 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 araw na supply mula sa retail na parmasya na nasa network sa halip na mula sa aming mail order na parmasya.

Mga mail order na proseso

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 tanggapan ng iyong provider**

   Matapos makakuha ang parmasya ng reseta mula sa isang provider ng pangangalagang pangkalusugan, makikipag-ugnayan ito sa iyo upang alamin kung gusto mong kunin na 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 kasingilin 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 para 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 tamang oras.

Meron ka ding opsyon na magparehistro para sa isang automatic refill program. Sa ilalim ng programang ito, sisimulan namin ang pagproseso ng iyong susunod na refill sa otomatikong paraan kapag ang mga tala namin ay ipinapakita na paubos na ang iyong gamot. Makikipag-ugnayan sa iyon ang parmasya bago ipadala ang bawat refill para tiyakin na nangangailangan ka ng karagdagang gamot, at maaari mong ikansela ang mga nakatakdang refill kung sapat pa ang iyong gamot o kung nagbago na ang iyong gamot.

Kung magpasya ka na hindi gamitin ang aming auto-refill program ngunit nais mo pa ring ipadala sa iyo ng mail order ng parmasya ang iyong reseta, makipag-ugnay sa iyong parmasya 5 araw bago maubos ang iyong kasalukuyang reseta. Titiyakin nito na mapapadala sa iyo ang iyong order sa tamang panahon.

Para mag-opt out sa programa na otomatikong hinahanda ang mga mail order na refill, makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng:

- Pagtawag sa numero sa ibaba na naaangkop sa iyong plano:

  Mga plano sa South: 1-866-206-2983 (TTY 711), Lunes hanggang Biyernes, 7 a.m. hanggang 7 p.m.

  Mga plano sa North: 1-888-218-6245 (TTY 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., Sabado 8 a.m. hanggang 6 p.m., at Linggo 9 a.m. hanggang 6 p.m.

- Pagbisita sa aming website sa kp.org/refill at pagsunod sa mga hakbang na ito:

Tingnan ang Parmasya → Awtomatikong Pag-refill → Pamahalaan ang Awtomatikong Pag-refill → Alisin ang gamot na ito sa Awtomatikong Pag-refill

Kung makakuha ka ng otomatikong refill sa koreo na hindi mo nais, maaari kang maging eligible para sa refund.

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 habambuhay 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 pang 100 araw na supply ay mayroong copay na katulad sa pang-isang buwang supply. Nakasaad sa*Direktoryo ng Provider at Parmasya* kung aling mga parmasya ang makakapagbigay sa iyo ng pangmatagalang supply ng mga 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 ng mail-order ng aming plano upang kumuha ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Sumangguni sa **Seksyon A6** upang malaman ang tungkol sa mga mail order na serbisyo.

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

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

- Kung bumibiyahe ka sa loob ng Estados Unidos at mga teritoryo nito ngunit sa labas ng sineserbisyuhang lugar at nagkasakit ka o naubos ang iyong mga kino-cover na inireresetang gamot sa Bahagi D, sasagutin namin ang mga reseta na kinuha sa parmasya na wala sa network sa mga limitado at hindi pangkaraniwang sitwasyon alinsunod sa aming mga alituntunin sa formulary ng Bahagi D ng Medicare.

- Kung kailangan mo ng inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare kasama ng kino-cover na pang-emergency na pangangalaga sa labas ng network o agarang pangangalaga sa labas ng sineserbisyuhang lugar, sasagutin 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 Estados Unidos at mga teritoryo nito bilang bahagi ng kino-cover 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 covered sa ilalim ng Bahagi D ng Medicare; samakatuwid, hindi bibilangin ang mga pagbabayad para sa mga gamot na ito sa pag-abot ng yugto ng catastrophic na coverage.

- Kung hindi ka nakakuha ng kino-cover na gamot sa napapanahong paraan sa loob ng aming sineserbisyuhang lugar dahil walang parmasya na nasa network na nasa makatuwirang distansya ng pagmamaneho na nagbibigay ng 24 na oras na serbisyo. Maaaring hindi naming sagutin 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.

A9. Pagbabalik ng bayad sa iyo para sa reseta

Kung kailangan mong gumamit ng parmasya na wala sa network, karaniwan na dapat mong bayaran ang buong halaga sa halip ng 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 covered ng Medi-Cal Rx, maaari kang bigyan ng reimbursement ng parmasya kapag nagbayad na ang Medi-Cal Rx para sa reseta. Bilang alternatibo, 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 ang higit pang impormasyon sa website ng Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

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

B. Ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano

Meron kaming *Listahan ng mga Covered 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. Nakasaad din sa *Listahan ng Gamot* ang mga tuntunin na kailangan mong sundin upang makuha ang iyong mga gamot.

Sa pangkalahatan, sinasagot namin ang mga gamot na nasa *Listahan ng Gamot* tuwing sundin mo ang mga tuntuning ipapaliwanag namin sa kabanatang ito.

B1. Mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot*

Kabilang sa aming *Listahan ng Gamot* ang mga gamot na kino-cover sa ilalim ng Medicare Part D.

Ang karamihan sa mga gamot na nakukuha mo sa parmasya ay kino-cover ng iyong plano. Ang ibang mga gamot, tulad ng ilang gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring sagutin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa karagdagang impormasyon. Maaari ka ring tumawag sa Sentro ng Serbisyo sa Customer ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273-2273. Mangyaring dalhin ang iyong ID ng Benepisyaryo (BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng iyong mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

Kabilang sa aming *Listahan ng Gamot* ang mga gamot na branded o may tatak, gamot na generic, at mga prodktong biological (na maaaring kabilangan ng mga biosimilars).

Ang branded na gamot ay gamot na ibinebenta sa ilalim ng naka-trademark na pangalan na pagmamay-ari ng manufacturer ng gamot. Ang mga biological na produkto ay mga gamot na mas komplikado kaysa sa mga karaniwang gamot. Sa aming *Listahan ng Gamot*, kapag sinabi naming “mga gamot”, maaari itong tumukoy sa gamot o biological na produkto.

Nagtataglay ang mga generic na gamot ng magkaparehong aktibong sangkap sa mga braneded na gamot. Ang mga biological na produkto ay may mga alternatibo na tinatawag na mga biosimilar. Sa pangkalahatan, ang mga generic na gamot at biosimilar ay magkasing-bisa rin ng mga branded na gamot o mga orihinal na biological na produkto at karaniwang mas mura ang mga ito. May mga pamalit na generic na gamot na available para sa maraming branded na gamot at mga alternatibong biosimilar para sa ilang orihinal na biological na produkto. Ang ilan sa mga biosimilar ay mga biosimilar na maaaring pagpalit-palitin at, depende sa batas ng estado, ay maaaring ipalit para sa orihinal na biological na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta, katulad lang din ng mga generic na gamot na maaaring ipalit para sa mga branded na gamot.

Sumangguni sa **Kabanata 12** for definitions of the types of drugs that may be on the *Drug List*.

B2. Paano maghanap ng gamot sa aming *Listahan ng Gamot*

Upang malaman kung nasa aming *Listahan ng Gamot*, maaari mong:

- Bisitahin ang website ng aming plano sa kp.org/seniorrx. Ang *Listahan ng Gamot* sa aming website ang pinakanapapanahon.
- Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman kung ang gamot ay nasa aming *Listahan ng Gamot* o upang humingi ng kopya ng listahan.
- Ang mga gamot na hindi covered ng Bahagi D ay maaaring sagutin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) fpara sa karagdagang impormasyon.
- Gamitin ang aming “Real Time Benefit Tool” sa kp.org/seniorrx upang maghanap ng mga gamot sa *Listahan ng Gamot* para makakuha ng pagtatantya ng’ babayaran mo at kung mayroong mga alternatibong gamot sa *Listahan ng Gamot* na maaaring gamitin para sa katumbas na kondisyon. Maaari ka ring tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro:

B3. Mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot*

Hindi namin kino-cover ang lahat ng gamot.

- May iilang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* dahil hindi pinapahintulutan ng batas na sagutin namin ang mga gamot na iyon.
- Sa mga ibang kaso, nagpasya kaming hindi isama ang isang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.
- Sa ilang mga kaso, maaari kang makakuha ng gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*. Para sa karagdagang impormasoyn, sumangguni sa **Kabanata 9**.

Hindi binabayaran ng aming plano ang mga uri ng mga gamot na inilalarawan sa seksyong ito. Tinatawag ang mga ito 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

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

1. Ang coverage ng aming plano para sa gamot para sa outpatient (na kinabibilangan ng Medicare Part D) ay hindi maaaring magbayad para sa gamot na sinasagot na ng Medicare Part A o Part B. Libreng kino-cover ng aming plano ang mga gamot na sagutin sa ilalim ng Medicare Part o Part B, ngunit ang mga gamot na ito ay hindi itinuturing na bahagi ng iyong mga benepisyo sa gamot para sa outpatient.

2. Hindi maaaring sagutin ng aming plano ang isang gamot na binili sa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito.

3. Ang paggamit ng gamot ay dapat na inaprubahan ng FDA o sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian bilang paggamot para sa iyong kondisyon Maaaring magreseta ang iyong doktor o iba pang provider ng partikular na gamot upang gamutin ang iyong kondisyon, kahit na hindi ito inaprubahan upang gamutin ang naturang kondisyong. Tinatawag itong “off-label na paggamit. Karaniwang hindi sinasagot ng aming plano ang mga gamot na inireseta para sa off-label na paggamit.

Alinsunod din sa batas, hindi maaaring sagutin ng Medicare o Medi-Cal ang mga uri ng mga gamot na nakalista sa ibaba:

- Mga gamot na ginagamit upang mapataas 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 mga preparasyon ng fluoride*
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng sexual o erectile dysfunction
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng anorexia, pagbawas ng timbang o pagdagdag 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

*Maaaring sagutin ng Medi-Cal ang iilang mga produkto. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon.

B4. Mga antas ng pagbabahagi sa gastos sa *Listahan ng Gamot*

Bawat gamot sa aming *Listahan ng Gamot* ay nasa isa sa anim na mga tier o antas. Ang tier o antas ay isang pangkat ng mga gamot na karaniwang pareho ang uri (halimbawa, brand name, generic, o OTC na gamot). Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang tier ng pagbabahagi sa gastos, mas mataas din ang gastos mo para sa gamot.

- Tier 1 para sa mga ginustong generic na gamot (kabilang sa tier na ito ang ilang brand-name na gamot).

- Tier 2 para sa mga generic na gamot (kabilang sa tier na ito ang ilang brand-name na gamot).
- Tier 3 para sa ginustong mga gamot na may tatak.
- Tier 4 para sa mga hindi ginustong gamot (kabilang sa tier na ito ang parehong generic at brand-name na mga gamot).
- Tier 5 para sa specialty-tier na gamot (kabilang sa tier na ito ang parehong generic at brand-name na mga gamot).
- Tier 6 para sa mga injectable na Part D na bakuna (kasama lang sa tier na ito ang mga gamot na may tatak).

Upang malaman kung nasa aling antas ng pagbabahagi sa gastos ang iyong gamot, hanapin ang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.

Nakasaad sa Kabanata 6 nitong *Member Handbook* kung magkakano ang halagang babayaran mo para sa gamot sa bawat antas.

C. Mga limitasyon sa ilang gamot

Para sa ilang partikular na gamot, may mga espesyal na tuntunin na naglilimita sa kung paano at kailan sinasagot ang mga ito ng aming plano. Sa pangkalahatan, hinihikayat ka ng aming mga tuntunin na kumuha ng gamot na naaangkop sa iyong medikal na kondisyon bukod sa pagiging ligtas at mabisa. Kapag mayroong ligtas at mas murang gamot na magkasing-bisa lang sa mas mahal na katumbas na gamot nito, inaasahan namin ang iyong provider na ireseta ang mas murang gamot.

Tandaan na kung minsan ay maaaring lumitaw ang isang gamot nang mahigit sa isang beses sa aming *Listahan ng Gamot*. Ito ay dahil maaaring magkakaiba ang mga parehong gamot batay sa dosis, dami, o anyo ng gamot na inireseta ng iyong provider, at maaaring may magkakaibang paghihigpit sa iba't ibang bersyon ng mga gamot (halimbawa, 10 mg kumpara sa 100 mg; isa bawat araw kumpara sa dalawa bawat araw; tablet kumpara sa likido.)

Kung mayroong espesyal na panuntunan para sa iyong gamot, karaniwang nangangahulugan ito na may mga karagdagan kang dapat gawin o may mga karagdagang dapat gawin ang iyong provider upang sagutin 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 tingin mo o ng iyong provider ay hindi dapat naaangkop ang aming panuntunan sa iyong sitwasyon, hilingin sa amin na gamitin ang proseso ng desisyon sa coverage upang makagawa ng isang pagbubukod. Maaari kaming sumang-ayon o hindi sumang-ayon na pahintulutan kang gamitin ang gamot nang walang ginagawang karagdagang hakbang.

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

1. **Paglimita sa paggamit ng branded na gamot o mga orihinal na biological na produkto kapag may umiiral na generic o naipapalit na biosimilar na bersyon.**

   Sa pangkalahatan, ang generic na gamot o naipapalit na biosimilar ay kasing-bisa rin ng branded na gamot o orihinal na biological na produkto at karaniwang mas abot-kaya ang mga ito. Kung may umiiral na generic o naipapalit na biosimilar na bersyon para sa isang branded na gamot o orihinal na biological na produkto, ibibigay sa iyo ng aming mga parmasyang nasa network ang generic o naipapalit na biosimilar na bersyon.

   - Karaniwang hindi namin binabayaran ang mga branded na gamot o orihinal na biological na produkto kapag mayroong umiiral na generic na bersyon nito.
   - Gayunpaman, kung sasabihin sa amin ng iyong provider ang medikal na dahilan kung bakit hindi gagana sa iyo ang generic na gamot o naipapalit na biosimilar o iba pang kino-cover na gamot na ginagamit para gamutin ang parehong kondisyon, sasagutin namin ang branded na gamot.
   - Maaaring maging mas malaki ang iyong copay para sa branded na gamot o orihinal na biological na produkto kaysa sa generic na gamot o kapalit nito na biosimilar.

2. **Pagkuha ng maagang pagpapaapruba sa plano**

   Para sa ilang gamot, ikaw o ang iyong tagareseta ay dapat na magpaapruba mula sa aming plano bago mo makuha ang iyong reseta. Ito ay tinatawag na paunang pahintulot. Ipinapatupad ito upang matiyak ang kaligtasan ng gamot at makatulong sa paggabay sa naaangkop na paggamit ng ilang partikular na gamot. Kung hindi ka maaaprubahan, maaaring hindi namin sagutin ang gamot. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahina o sa aming website sa kp.org/seniorrx.

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, kung karaniwang itinuturing na ligtas na uminom lamang ng isang pill bawat araw para sa isang partikular na gamot, maaari naming limitahan kung gaano karami ang gamot na makukuha mo sa tuwing kukuha ka ng iyong reseta.

Upang malaman kung may alinman sa mga panuntunan sa itaas na naaangkop sa gamot na ginagamit mo o gusto mong gamitin, tingnan ang aming *Listahan ng Gamot*. Para sa pinakanapapanahong 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, maaari kang humiling ng apela. 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 covered sa paraang gusto mo. Halimbawa:

- Hindi sagot ng aming plano ang gamot na nais mong gamitin. Wala ang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*. Maaaring sagutin namin ang generic na bersyon ng gamot ngunit hindi ang branded na bersyon na nais mong gamitin. Maaaring bago ang gamot, at hindi pa namin ito nasusuri para sa kaligtasan at pagiging mabisa.
- Kino-cover ng aming plano ang gamot, pero may mga espesyal na panuntunan o limitasyon sa coverage. Gaya ng ipinapaliwanag sa seksyon sa itaas, may mga panuntunan ang ilang gamot na kino-cover ng aming plano na naglilimita sa paggamit ng mga ito. Sa iilang kaso, maaaring humiling ka o ang iyong doktor ng pagbubukod sa amin.
- Ang gamot ay covered, ngunit sa isang tier ng pagbabahagi sa gastos na ginagawang mas mahal ang iyong gastos kaysa sa iniisip mong nararapat.

May mga bagay na maaari mong gawin kung hindi namin kino-cover ang isang gamot sa paraang gusto mong i-cover 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 ilang paraan. Magbibigay ito sa iyo ng panahon upang kausapin ang iyong provider tungkol sa pagkuha ng ibang gamot o upang hilingin sa amin na i-cover 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 ilang paraan.
2. Ikaw ay dapat na nasa isa sa mga sitwasyong ito:

- Kabilang ka sa aming plano noong nakaraang taon.
  - Kino-cover 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 ang iyong reseta ay isinulat para sa mas kakaunting araw, pinahihintulutan namin ang maramihang refill para mamahagi ng hanggang sa maximum na 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 gamot nang paunti-unti upang maiwasan ang pag-aksaya nito.

- Bago ka lang sa aming plano.
  - Kino-cover namin ang pansamantalang supply ng iyong gamot **sa unang 90 araw ng pagiging miyembro sa aming plano.**
  - Ang pansamantalang supply na ito ay umaabot hanggang 30 araw.
  - Kung ang iyong reseta ay isinulat para sa mas kakaunting araw, pinahihintulutan namin ang maramihang refill para mamahagi ng hanggang sa maximum na 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 gamot nang paunti-unti upang maiwasan ang pag-aksaya nito.
- Ikaw ay mahigit 30 araw nang nasa aming plano, nakatira sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, at nangangailangan ng supply sa lalong madaling panahon.
  - Kino-cover 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, skilled nursing facility, 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, sasagutin namin ang hanggang pang-isang buwang supply ng iyong mga gamot sa Bahagi D sa panahong ito ng paglipat ng antas ng pangangalaga kahit na wala ang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.

D2. Paghiling 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 mapagpasyahan ang tungkol sa kung ano ang dapat gawin kapag naubos na ang iyong supply. Heto ang mga mapagpipilian mo:

- Lumipat sa ibang gamot.
  Maaaring sagutin ng aming plano ang ibang gamot na naaangkop sa iyo. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang humiling ng listahan ng mga sinasagot naming gamot na kayang gamutin ang katumbas na medikal na kondisyon. Maaaring makatulong ang listahan sa iyong provider na maghanap ng covered na gamot na posibleng gumana para sa iyo.

O

- Humiling ng pagbubukod.
  Maaari ka at ang iyong provider na humiling sa amin 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 sagutin ang gamot ng 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 tatanggalin sa aming *Listahan ng Gamot* o lilimitahin sa ilang paraan sa susunod na taon, pahihintulutan ka naming humingi ng pabubukod 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. Tanungin mo kami tungkol sa paggawa ng pagbubukod at sagutin ang gamot para sa susunod na taon sa paraang nais mo.
- Sasagutin namin ang iyong kahilingan sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan (o ang pansuportang pahayag ng iyong tagareseta).
- Kung aaprubahan namin ang iyong kahilingan, pahihintulutan namin ang coverage para sa gamot bago magkabisa ang pagbabago.

Upang matuto pa tungkol sa mga 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 sakop para sa iyong mga gamot

Ang karamihan sa mga pagbabago sa coverage sa gamot ay nangyayari tuwing ika-1 ng Enero, ngunit maaari kaming magdagdag o mag-alis ng mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot* sa kahabaan ng taon. Maaari din naming baguhin ang aming mga tuntunin tungkol sa mga gamot. Halimbawa, maaari naming:

- Pagpasyahan kung kailangan o hindi kailangan ng paunang pag-apruba 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).
- Palitan ang isang orihinal na biological na produkto ng isang naipapalit na biosimilar na bersyon ng biological na produkto.

Dapat kaming sumunod sa mga kinakailangan ng Medicare bago namin baguhin ang *Listahan ng Gamot ng aming plano*. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga tuntuning sa gamot, sumangguni sa **Section C.**

Kung gumagamit ka ng gamot na kino-cover 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 sa loob ng natitirang bahagi ng taon na iyon** maliban kung:

- magkakaroon ng bago at mas murang gamot sa merkado na magkasing-bisa ng gamot na nasa aming *Listahan ng Gamot* ngayon, **o**
- matuklasan namin na hindi ligtas ang isang gamot, **o**
- tinanggal mula sa merkado ang isang gamot.

Ano ang mangyayari kung magbago ang coverage para sa isang gamot na ginagamit mo?

Para makakuha ng higit pang impormasyon sa kung ano ang mangyayari kapag nagbago ang aming *Listahan ng Gamot*, lagi kang maaaring:

- Tumingin sa aming kasalukuyang *Drug List* online sa kp.org/seniorrx **o**
- Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahina upang suriin ang aming kasalukuyang *Listahan ng Gamot*.

Mga pagbabagong maaari naming gawin sa *Listahan ng Gamot* thna nakakaapekto sa iyo sa kasalukuyang taon ng plano

Ang ilang pagbabago sa *Listahan ng Gamot* ay mangyayari **kaagad**. Halimbawa:

May bagong generic na gamot na lumabas. Kung minsan, may dumarating na bagong generic o biosimilar sa merkado na kasing bisa ng isang branded na gamot o orihinal na biological na produkto sa *Listahan ng Gamot* ngayon. Kapag nangyari iyon, maaaring alisin namin ang branded na gamot at idagdag ang bagong generic na gamot, ngunit ang gastos mo para sa bagong gamot ay mananatiling pareho o magiging mas mababa. 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. Para sa karagdagang impormasyon ukol sa mga pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9** ng handbook na ito.

Pagtanggal ng mga hindi ligtas na gamot at iba pang gamot na wala sa merkado. Kung minsan, maaaring mapag-alamang hindi ligtas ang isang gamot o maaaring tanggalin ito sa merkado para sa ibang dahilan. Kung mangyayari ito, maaari naming alisin kaagad ito sa aming *Listahan ng Gamot*. Kung ginagamit mo ang gamot, padadalhan ka namin ng abiso pagkatapos naming gawin ang pagbabago. 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.

Maaari kaming magsagawa ng mga ibang pagbabago na nakakaapekto sa mga gamot na ginagamit mo. Ipapaalam namin sa iyo 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.

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 pagbubukod mula sa mga pagbabagong ito upang patuloy na sakupin ang gamot o ang bersyon ng gamot na ginagamit mo. Upang matuto pa tungkol sa mga paghiling ng pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Mga pagbabago sa *Listahan ng Gamot* na hindi makakaapekto sa iyo sa taon ng planong ito

Maaaring gumawa kami ng mga pagbabago sa mga gamot na ginagamit mo na hindi inilalarawan sa itaas at hindi nakakaapekto sa iyo ngayon. Para sa mga ganitong pagbabago, kung ikaw ay gumagamit ng gamot na sakop namin sa **simula** ng taon, karaniwang hindi namin aalisin o babaguhin ang coverage ng gamot na iyon **sa loob ng nalalabingbahagi ng taon**.

Halimbawa, kung aalisin namin ang gamot na ginagamit mo o lilimitahan namin ang paggamit nito, hindi maaapektuhan ng pagbabago ang paggamit mo ng gamot para sa natitirang bahagi ng taon. Kung mangyayari ang alinman sa mga pagbabagong ito para sa isang gamot na ginagamit mo (maliban sa mga pagbabagong nakasaad sa seksyon sa itaas), hindi makakaapekto ang pagbabago sa iyong paggamit hanggang ika-1 ng Enero ng susunod na taon.

Hindi namin direktang sasabihin sa iyo ang mga ganitong uri ng pagbabago sa kasalukuyang taon. Kakailanganin mong suriin ang *Listahan ng Gamot* para sa susunod na taon ng plano (kapag available ang listahan sa panahon ng bukas na enrollment) upang makita kung may anumang mga pagbabago na makakaapekto sa iyo sa susunod na taon ng plano.

F. Sakop sa gamot sa mga espesyal na sitwasyon

F1. Sa ospital o skilled nursing facility para sa pananatili na sagot ng aming plano

Kung na-admit ka sa isang ospital o skilled nursing facility para sa pananatili na kino-cover ng aming plano, karaniwan naming kino-cover ang gastos sa iyong mga gamot sa panahon ng iyong pagkaospital. Hindi ka magbabayad ng copay. Kapag umalis ka na sa ospital o skilled nursing facility, sasakupin namin ang iyong mga gamot sa kondisyong natutugunan ng mga gamot ang lahat ng aming mga panuntunan sa coverage.

Upang alamin pa ang tungkol sa coverage sa gamot at kung ano ang binabayaran mo, sumangguni sa **Kabanata 6** nitong *Handbook ng Miyembro*.

F2. Sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga

Kadalasan, ang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, gaya 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 isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, maaari mong kunin ang iyong mga 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

Hindi kailanman kino-cover nang sabay ng hospice at ng aming plano ang mga gamot.

- Maaaring naka-enroll ka sa isang hospice ng Medicare at nangangailangan ka ng ilang partikular na gamot (halimbawa, mga gamot sa pananakit, pagduruwal, pampadumi, o pagkabalisa) na hindi kino-cover ng iyong hospice dahil hindi ito nauugnay sa iyong terminal na prognosis at mga kondisyon. Sa kasong iyon, bago namin maaaring sagutin 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 sagutin ng aming plano, maaari mong tanugnin 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 resetahan ka.

Kung aalis ka sa hospice, sasagutin 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 kino-cover ng aming plano. Sumangguni sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

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 gumagamit ka ng ibang katulad na gamot na may parehong ginagamot
- 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 allergic o posibleng allergic ka
- maaaring may pagkakamali sa dami (dosis)
- may mga mapanganib na dami ng mga opioid na gamot sa pananakit

Kung may makikita kaming posibleng problema sa iyong paggamit ng mga 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). Boluntaryo at libre ang programang ito. 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 benepisyo ng mga gamot na ginagamit mo
- anumang alalahanin na mayroon ka, tulad ng mga halaga ng gamot at reaksyon sa gamot
- pinakamainam na paraan ng paggamit ng iyong mga gamot
- anumang tanong o problema na mayroon ka tungkol sa reseta sa iyo at over-the-counter na gamot

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.
- Isang personal na listahan ng gamot na naglalaman ng lahat ng gamot na ginagamit mo, kung gaano karami ang ginagamit mo, at kung kailan at bakit mo ginagamit ang mga ito.

- Impormasyon tungkol sa ligtas na pagtatapon ng mga inireresetang gamot na gayundin ay kontroladong substance.

Magandang ideya na makipag-usap sa iyong tagareseta tungkol sa iyong plano sa pagkilos at listahan ng gamot.

- Dalhin ang iyong plano ng aksyon at listahan ng gamot sa iyong pagbisita o sa tuwing makikipag-usap ka sa iyong mga doktor, pharmacist, at iba pang provider ng 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 tatanggalin ka namin dito.

Kung mayroon kang mga tanong, tungkol sa mga programang ito, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

G3. Programa sa pamamahala sa gamot (DMP) para matulungan ang mga miyembro sa ligtas na paggamit ng mga opioid na gamot

Mayroon kaming programa na tumutulong na tiyaking ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga inireresetang opioid at iba pang madalas na inaabusong gamot. Ang programang ito ay tinatawag na Programa sa Pamamahala sa Gamot (DMP).

Kung gumagamit ka ng mga opioid na gamot na kinukuha mo mula sa ilang tagareseta o parmasya o kung nagkaroon ka ng overdose sa opioid kamakailan, posible naming kausapin ang iyong mga tagareseta para tiyaking tama at medikal na kinakailangan ang iyong paggamit ng mga opioid na gamot. Sa pakikipagtulungan sa iyong mga tagareseta, kung mapagpapasyahan namin na maaaring 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. Kung ilalagay ka namin sa aming DMP, maaaring kabilang sa mga limitasyon ang:

- Paghiling sa iyo na kunin ang lahat ng reseta para sa mga gamot na iyon mula sa (mga) partikular na parmasya
- Paghiling sa iyo na kunin ang lahat ng iyong reseta para sa mga opioid o benzodiazepine na mga gamot mula sa isang partikular na tagareseta
- Paglimita sa dami ng mga opioid o benzodiazepine na gamot na kino-cover namin para sa iyo

Kung plano naming limitahan kung paano mo makukuha ang mga gamot na ito o kung magkano ang makukuha mo, padadalhan ka muna namin ng sulat. Sasabihin sa iyo sa 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 tagareseta o parmasya ang mas gusto mong gamitin at ang anumang impormasyon na sa palagay mo ay mahalagang malaman namin. Pagkatapos mong magkaroon ng pagkakataong tumugon, kung mapapagpasyahan naming limitahan ang iyong coverage para sa mga gamot na ito, papadalhan ka namin ng ibang sulat na kukumpirma sa mga limitasyon.

Kung sa tingin mo ay nagkamali kami, hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon o sa limitasyon, maaari kayong umapela ng iyong tagareseta. Kung mag-aapela ka, susuriin namin ang iyong kaso at bibigyan ka namin ng panibagong desisyon. Kung tatanggihan pa rin namin ang anumang bahagi ng iyong apela na nauugnay sa mga limitasyon na naaangkop sa iyong access sa mga gamot, awtomatiko naming ipapadala ang iyong kaso sa isang Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri (Independent Review Organization, IRO). (Upang matuto pa tungkol sa mga apela at ang 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, gaya ng kanser o sickle cell disease,
- tumatanggap ng pangangalaga sa hospice, palliative na pangangalaga, o pangangalaga sa katapusan ng buhay, **o**
- nakatira sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga.

Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa iyong mga inireresetang gamot sa Medicare at Medi-Cal

Panimula

Isinasaad sa iyo ng kabanatang ito kung ano ang binabayaran mo para sa iyong mga gamot para sa outpatient. Ang ibig sabihin namin sa “mga gamot” ay:

- Mga gamot sa Medicare Part D, **at**
- Mga gamot at item na kino-cover sa ilalim ng Medi-Cal Rx, **at**
- Mga gamot at item na sinasagot ng aming plano bilang mga karagdagang benepisyo.

Dahil kwalipikado ka para sa Medi-Cal, makakakuha ka ng Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare upang tumulong sa pagbabayad ng iyong mga gamot sa Medicare Part D. Magpadala kami sa iyo ng hiwalay na insert na tinatawag na “Rider ng Katunayan ng Coverage para sa Mga Taong Nakakatanggap ng Karagdagang Tulong (Extra Help) para sa Mga Inireresetang Gamot” (tinatawag ding “Rider ng Subsidiya para sa May Mababang Kita” o “LIS Rider”), na nagsasaad sa iyo ng tungkol sa iyong coverage sa gamot. Kung wala ka ng insert na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro at humingi ng “LIS Rider.”

> **Ang Karagdagang Tulong (Extra Help)** ay isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may mga limitadong kita at resource para mabawasan ang mga gastos sa gamot sa Medicare Part D ng Medicare. gaya ng mga premium, deductible, at copay. Ang Karagdagang Tulong (Extra Help) ay tinatawag ding “Subsidiya para sa May Mababang Kita,” o “LIS”.

Magkakasunod ayon sa alpabeto ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro na ito*.

Para matuto pa tungkol sa mga gamot, maaari kang maghanap sa mga lugar na ito:

- Aming Listahan ng Mga Covered na Gamot
  - We call this the “*Listahan ng Gamot*.” Isinasaad nito sa iyo ang sumusunod:
    - aling mga gamot ang binabayaran namin
    - alin sa 6 na tier kabilang ang bawat gamot
    - kung may anumang limitasyon sa mga gamot

- Kung kailangan mo ng kopya ng aming *Listahan ng Gamot*, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Makikita mo rin ang pinakabagong kopya ng aming *Listahan ng Gamot* sa aming website sa kp.org/seniorrx.
- Ang karamihan sa mga gamot na nakukuha mo sa parmasya ay sinasagot ng Kaiser Permanente Dual **Complete** plan. Ang ibang mga gamot, tulad ng ilang gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring sagutin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa karagdagang 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.
  - Ipinapaliwanag kung paano kumuha ng iyong mga gamot para sa outpatient sa pamamagitan ng aming plano.
  - Naglalaman ito ng mga tuntunin na dapat mong sundin. Isinasaad din dito kung aling mga uri ng mga gamot ang hindi sinasagot ng aming plano.
  - Kapag ginamit mo ang “Real Time Benefit Tool” tong plano upang maghanap ng coverage sa gamot (sumangguni sa **Kabanata 5, Seksyon B2**), ang ipinapakitang halaga ay isang pagtatantya ng mga gastos mula sa sariling bulsa na inaasahang babayaran mo. Maaari ka ring tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.
- Ang aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.
  - Sa karamihan ng **kaso**, dapat kang gumamit ng parmasya na nasa network para kunin ang iyong mga covered na gamot. Ang mga parmasya na nasa network ay mga parmasya na sumang-ayon na makipagtulungan sa amin.
  - Ang aming **Direktoryo** *ng Provider at Parmasya* na inililista ang aming mga parmasya na nasa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa karagdagang impormasyon ukol sa mga parmasyang nasa network.

Kabanata 6 Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang *Pagpapaliwanag ng Mga Benepisyo* (EOB) 237

B. Paano subaybayan ang iyong mga gastos sa gamot 238

B1. Paano kung may matagpuan kang mga pagkakamali sa buod na ito? 239

B2. Paano kung may posibleng pandaraya? 239

C. Mga Yugto ng Pagbayad ng Gamot para sa mga gamot sa ilalim ng Medicare Bahagi D 240

D. Yugto 1: Ang Panimulang Yugto ng Coverage 240

D1. Ang iyong mga opsyon sa parmasya 241

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot 241

D3. Ang binabayaran mo 241

D4. Wakas ng Yugto ng Panimulang Coverage 243

E. Yugto 2: Yugto ng Catastrophic na Coverage 243

F. Mga gastos sa iyong gamot kung hindi aabot sa buong isang buwang supply ang inireseta ng iyong doktor 243

G. Ano ang binabayaran mo para sa mga bakuna sa Bahagi D 244

G1. Ano ang kailangan mong malaman bago ka kumuha ng bakuna 244

G2. Ang binabayaran mo para sa bakuna na covered ng Medicare Part D....244

A. Ang *Pagpapaliwanag ng Mga Benepisyo* (EOB)

Sinusubaybayan ng aming plano ang iyong mga gastusin sa gamot at ang mga pagbabayad na ginagawa mo kapag kumukuha ka ng mga reseta sa parmasya. Dalawang uri ng gastusin ang sinusubaybayan namin.

- Ang iyong mga **gastusin 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. Kabilang dito ang binabayaran mo kapag kumukuha ka ng covered na gamot sa Part D, anumang pagbabayad para sa iyong mga gamot na ginawa ng pamilya o mga kaibigan, anumang pagbabayad para sa iyong mga gamot sa pamamagitan ng Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare, employer o mga planong pangkalusugan ng unyon, Indian Health Service, mga programa ng tulong sa gamot sa AIDS, mga kawanggawa, at karamihan sa mga State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP).

- Ang iyong**kabuuang gastos sa gamot**. Ito ang kabuuan ng lahat ng pagbabayad na ginawa para sa iyong mga covered na gamot sa Part D. Kabilang dito ang binayaran ng aming plano, at ang binayaran ng iba pang programa o organisasyon para sa iyong mga covered na gamot sa Part D.

Kapag kumuha ka ng mga gamot sa pamamagitan ng aming plano, padadalhan ka namin ng buod na tinatawag na *Paliwanag ng Mga Benepisyo (EOB)*. Tinatawag namin itong EOB para paikliin. Hindi bayarin ang EOB. Ang EOB ay may karagdagang impormasyon tungkol sa mga gamot na ginagamit mo. Kasama sa EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwan.** Isinasaad sa buod kung anong mga gamot ang nakuha mo para sa nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang gastos sa gamot, ano ang binayaran namin, at ano ang binayaran mo at ng ibang tao para sa iyo.

- **Mga kabuuan para sa taon mula noong ika-1 ng Enero.** Ipinapakita nito ang kabuuang gastos sa gamot at kabuuang pagbabayad para sa iyong mga gamot mula noong nagsimula ang taon.

- **Impormasyon sa presyo ng gamot.** Ito ang kabuuang presyo ng gamot at mga pagbabago sa presyo ng gamot mula noong unang pagpuno para sa bawat claim sa reseta na may parehong dami.

- **Mga mas abot-kayang alternatibo.** Kapag naaangkop, ang impormasyon tungkol sa iba pang magagamit na gamot na may mas mababang pagbabahagi sa gastos para sa bawat reseta.

Nag-aalok kami ng coverage sa mga gamot na hindi kino-cover sa ilalim ng Medicare.

- Ang mga bayarin para sa mga gamot na ito ay hindi binibilang sa iyong mga gastos mula sa sariling bulsa.

- Ang karamihan sa mga gamot na nakukuha mo sa parmasya ay kino-cover ng plano. Ang ibang mga gamot, tulad ng ilang gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring sagutin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa karagdagang 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.
    - Upang malaman kung aling mga gamot ang kino-cover 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. Heto ang kung paano mo kami maaaring tulungan.

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 kinukuha mo at kung magkano ang binabayaran mo.

2. Tiyakin na nasa amin ang impormasyong kailangan namin.

Maaari mong hilingin sa amin na ibalik sa iyo ang bayad para sa aming bahagi sa halaga ng gamot. Upang humiling ng pagbabayad ng gamot sa Part D na inireseta ng provider na nasa network at nakuha mula sa parmasya na nasa network, sumulat sa:

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Heto ang mga halimbawa kung kailan mo kami dapat bigyan ng mga kopya ng iyong mga resibo:

- Kapag bumili ka ng covered na gamot sa parmasya na nasa network sa espesyal na presyo o gumamit ka ng 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 covered na gamot sa parmasya na wala sa network
- Kapag binayaran mo ang buong presyo para sa isang covered na gamot sa ilalim ng mga espesyal na pangyayari

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paghiling sa amin na bayaran ka para sa *aming* bahagi sa gastos ng isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

3. Ipadala sa amin ang impormasyon tungkol sa mga pagbabayad na ginagawa 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 programang tulong sa gamot sa AIDS (ADAP), Indian Health Service, at karamihan sa mga kawanggawa ay binibilang sa iyong mga gastusin mula sa sariling bulsa. Makakatulong ito sa iyo na maging kwalipikado para sa catastrophic na coverage. Kapag naabot mo na ang Yugto ng Catastrophic na Coverage, babayaran ng aming plano ang lahat ng gastusin ng iyong mga gamot sa Part D ng Medicare para sa nalalabing bahagi ng taon.

4. Tingnan ang mga EOB na ipinapadala 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. Tingnan ang mga petsa. Kumuha ka ba ng mga gamot sa 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?

B1. Paano kung may matagpuan kang mga pagkakamali sa buod na ito?

Kung may nakakalito o tila mukhang hindi tama sa EOB na ito, mangyaring tawagan kami sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Kaiser Permanente Dual Complete.

B2. Paano kung may posibleng pandaraya?

Kung nagpapakita ang buod na ito ng mga gamot na hindi mo ginagamit 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.
- Kung pinaghihinalaan mo na may ginagawa ang isang provider na tumatanggap ng Medi-Cal na panloloko, pag-aaksaya o pang-aabuso, may karapatan kang 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 sa Medi-Cal sa: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Kung sa palagay mo ay mayroong mali o nawawala, o kung mayroon kang anumang tanong, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Pwede mo ring piliing tingnan ang iyong **EOB** online sa halip na sa pamamagitan ng sulat. Mangyaring bumisita sa kp.org/goinggreen (sa Ingles) at mag-sign in upang matuto pa tungkol sa pagpasyang tingnan ang iyong **EOB** sa ligtas na pamamaraan online. Itago ang mga EOB na ito. Mahalagang rekord ang mga ito ng iyong mga gastusin sa gamot.

C. Mga Yugto ng Pagbayad ng Gamot para sa mga gamot sa ilalim ng Medicare Bahagi D

Merong dalawang yugto ng pagbabayad para sa iyong coverage sa gamot sa Medicare Part D ng Medicare sa ilalim ng aming plano. Nakabatay ang babayaran mo para sa bawat reseta depende sa kung nasa aling yugto ka kapag kumuha o nag-refill ka ng reseta.

Heto ang dalawang yugto:

Yugto 1: Ang Panimulang Yugto ng Coverage	Yugto 2: Yugto ng Catastrophic na Coverage
Sa yugtong ito, babayaran namin ang isang bahagi ng gastos sa iyong mga covered na gamot, at babayaran mo ang bahagi mo. Copay ang tawag sa iyong bahagi. Nagsisimula ka sa yugtong ito kapag pinuno mo ang una mong reseta ng taon.	Sa yugtong ito, babayaran namin ang lahat ng gastusin ng iyong gamot hanggang ika-31 ng Disyembre, 2026. Sisimulan mo ang yugtong ito kapag nakapagbayad ka ng isang partikular na halaga ng mga gastusin mula sa bulsa.

D. Yugto 1: Ang Panimulang Yugto ng Coverage

Sa Panimulang Yugto ng Coverage, babayaran namin ang bahagi ng gastusin sa iyong mga covered na gamot, at babayaran mo ang bahagi mo. Copay ang tawag sa iyong bahagi. Nakabatay ang copay sa tier ng pagbabahagi ng gastusin na kinabibilangan ng gamot at kung saan mo ito kukunin.

Ang mga tier ng pagbabahagi sa gastos ay mga grupo ng mga gamot na may magkatumbas na copay. Ang bawat gamot sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano ay nasa isa sa anim na mga tier ng pagbabahagi sa gastusin. Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang numero ng tier, mas mataas ang copay. Upang mahanap ang mga tier ng pagbabahagi sa gastos para sa iyong mga gamot, sumangguni sa aming *Listahan ng Gamot*.

- Pagbabahagi ng gastos **Tier 1** para sa mga pinapaborang generic na gamot (kabilang sa tier na ito ang ilang brand-name na gamot).
- Pagbabahagi ng gastos **Tier 2** para sa mga generic na gamot (kabilang sa tier na ito ang ilang brand-name na gamot).
- Pagbabahagi ng gastos **Tier 3** para sa mga pinapaborang gamot na may tatak.
- Pagbabahagi ng gastos **Tier 4** para sa mga hindi pinapaborang gamot (kabilang sa antas na ito ang parehong generic at brand-name na mga gamot).

- Pagbabahagi ng gastos **Tier 5** para sa mga gamot sa espesyal na antas (kabilang sa antas na ito ang parehong generic at brand-name na mga gamot).

- Pagbabahagi ng gastos **Tier 6** para sa mga ini-inject na bakuna ng Part D (kasama lamang sa antas na ito ang mga gamot na may tatak).

D1. Ang iyong mga opsyon sa parmasya

Ang babayaran mo para sa gamot ay batay sa kung kukunin mo ito mula sa:

- Isang parmasya na nasa network **o**

- Isang parmasya na wala sa network. Sa mga limitadong sitwasyon, kino-cover namin ang mga resetang pinuno sa mga parmasyang wala sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman tuwing kailan namin to ipinapatupad.

- Ang mail order na parmasya ng aming plano.

Upang matuto pa tungkol sa mga mapagpipiliang mga 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 mga gamot

Para sa iilang 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. Magkatumbas ang halaga nito sa pang-isang buwan na 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 Panimulang Yugto ng Coverage, maaari kang magbayad ng copay sa tuwing kukuha ka ng reseta. Kung ang iyong covered na gamot ay may halagang mas mababa sa copay, babayaran mo ang mas mababang presyo.

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman kung magkano ang iyong copay para sa anumang covered na gamot.

Ang iyong bahagi ng gastusin kapag kumuha ka ng pang-isang buwan o pangmatagalang supply ng covered na gamot mula sa:

	Isang parmasya sa network o sa mail-order na serbisyo ng aming plano	**Isang parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga na nasa network**	**Isang parmasya sa labas sa network** Ang coverage ay limitado sa iilang kaso. Sumangguni sa **Kabanata 5** para sa detalye.
	Isang buwan o hanggang 100 araw na supply	Hanggang pang-31 araw na supply	Hanggang pang-30 araw na supply.
Pagbabahagi ng gastos **Tier 1** para sa mga pinapaborang generic na gamot	**$0-$5.80**, depende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help)		
Pagbabahagi ng gastos **Tier 2** para sa mga gamot na generic	**$0-$5.80**, depende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help)		
Pagbabahagi ng gastos **Tier 3** para sa mga pinapaborang gamot na may tatak.	**$0-$14.40**, depende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help)		
Pagbabahagi ng gastos **Tier 4** para sa mga di-pinapaborang gamot	**$0-$14.40**, depende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help)		
Pagbabahagi ng gastos **Tier 5** para sa mga gamot sa specialty tier	**$0-$14.40**, depende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help)		
Pagbabahagi ng gastos **Tier 6** para sa mga ini-inject na bakuna ng Part D	**$0** (Hindi available ang mail-order para sa mga gamot na nasa Tier 6)		

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung aling mga parmasya ang makakapagbigay sa iyo ng mga pangmatagalang supply, sumangguni sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya.*

D4. Wakas ng Yugto ng Panimulang Coverage

Matatapos ang Panimulang Yugto ng Coverage kapag ang iyong kabuuang gastos mula sa sariling bulsa ay umabot ng **$2,400**. Sa puntong iyon, magsisimula ang Yugto ng Catastrophic na Coverage. Kino-cover namin ang lahat ng iyong gastos sa gamot mula sa panahong iyon hanggang sa katapusan ng taon.

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 **$2,400** na limitasyon. Maraming tao ang hindi umaabot dito sa loob ng isang taon.

E. Yugto 2: Yugto ng Catastrophic na Coverage

Kapag naabot mo na ang limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa na **$2,400** para sa iyong mga 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, wala kang babayaran para sa iyong mga covered na gamot sa Part D.

F. Mga gastos sa iyong gamot kung hindi aabot sa buong isang buwang supply ang inireseta ng iyong doktor

Kadalasan, magbabayad ka ng copay upang ma-cover ang isang buong buwang supply ng coered na gamot. Gayunpaman, maaaring magreseta ang iyong doktor ng hindi aabot sa pang-isang buwang supply ng mga gamot.

- Maaaring magkaroon ng mga pagkakataon na gusto mong magtanong sa iyong doktor tungkol sa pagrereseta ng wala pang isang buwang supply ng gamot (halimbawa, kapag sinusubukan mo ang isang gamot sa unang pagkakataon).

- Kung sasang-ayon ang iyong doktor, hindi ka magbabayad para sa buong 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 pagbabahagi sa gastos”) at imu-multiply namin ito sa bilang ng mga araw ng gamot na kinuha mo.

- Heto ang isang halimbawa: Sabihin natin na 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.

- Maaari mo ring hilingin sa iyong provider na magreseta ng hindi aabot sa pang-isang buwang supply ng gamot upang matulungan kang:
    - Mas mahusay na magplano kung kailan muling pupunan ang iyong mga gamot
    - I-coordinate ang mga refill sa iba pang gamot na iniinom mo para mabawasan ang pagpunta mo sa parmasya

G. Ano ang binabayaran mo para sa mga bakuna sa Bahagi D

Mahalagang mensahe tungkol sa kung ano ang binabayaran mo para sa mga bakuna: Ang ilang bakuna ay itinuturing na mga medikal na benepisyo at kino-cover sa ilalim ng Medicare Part B. Ang iba pang bakuna ay itinuturing na mga gamot sa Medicare Part D. Matatagpuan mo ang mga bakunang ito na nakalista sa aming *Listahan ng Gamot*. Kino-cover ng aming plano ang karamihan sa mga pang-adult na bakuna ng Medicare Part D ng Medicare nang wala anumang kailangan bayaran mula sa iyong panig. Sumangguni sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa mga detalye ng coverage at pagbabahagi sa gastos tungkol sa mga partikular na bakuna.

May dalawang bahagi sa aming coverage sa mga bakuna ng Medicare Part D:

1. Ang unang bahagi ay para sa halaga ng **mismong bakuna**.
2. Ang pangalawang bahagi 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.

G1. Ano ang kailangan mong malaman bago ka kumuha ng bakuna

Inirerekomenda namin na tumawag ka sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung plano mong kumuha ng bakuna.

- Masasabi namin sa iyo kung paano kino-cover ng aming plano ang iyong bakuna.
- Maaari naming sabihin sa iyo kung paano mapapanatiling maliit ang iyong mga gastusin 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 mahiling sa amin na ibalik sa iyo ang bayad para sa aming bahagi sa gastos.

G2. Ang binabayaran mo para sa bakuna na covered ng Medicare Part D

Ang binabayaran mo para sa bakuna ay nakabatay sa uri ng bakuna (kung para saan ka binabakunahan).

- Ang ilang bakuna ay itinuturing na benepisyong pangkalusugan sa halip na mga gamot. May ilang bakuna na itinuturing na mga benepisyo sa kalusugan sa halip na mga gamot. 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.

- Itinuturing ang ibang mga bakuna bilang mga gamot sa Medicare Part D. Matatagpuan mo ang mga bakunang ito sa *Listahan ng Gamot ng aming plano*. Maaaring kailanganin mong magbayad ng copay para sa mga bakuna ng Medicare Part D. Kung inirerekomenda ng organisasyong tinatawag na **Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)** ang bakuna para sa mga nasa hustong gulang, wala kang babayaran para sa bakuna.

Narito ang tatlong karaniwang paraan kung paano ka makakakuha ng bakuna sa Medicare Part D.

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, wala kang babayaran.
   - Para sa iba pang bakuna sa Part D, magbabayad ka ng copay para sa bakuna.
2. Kukunin mo ang bakuna sa Medicare Part D sa opisina ng iyong doktor, at ang iyong doktor ang magbibigay sa iyo ng bakuna.
   - Magbabayad ka ng copay sa doktor para sa bakuna.
   - Binabayaran ng aming plano ang halaga ng pagbibigay sa iyo ng pagbakuna.
   - Dapat tawagan ng tanggapan ng doktor ang aming plano sa sitwasyong ito upang matiyak namin na alam nila na kailangan mo lang magbayad ng copay para sa bakuna.
3. Kukunin mo ang gamot na bakuna sa Medicare Part D sa isang parmasya, at dadalhin mo ito sa tanggapan ng iyong doktor para sa pagbakuna.
   - Para sa karamihan ng mga bakuna sa Part D para sa nasa hustong gulang, wala kang babayaran para sa mismong bakuna.
   - Para sa iba pang bakuna sa Part D, magbabayad ka ng copay para sa bakuna.
   - Binabayaran ng aming plano ang halaga ng pagbibigay sa iyo ng pagbakuna.

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bill na natanggap mo para sa mga covered 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. Magkakasunod ayon sa alpabeto ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito 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 247

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa bayad 251

C. Mga desisyon sa coverage 253

D. Mga apela 253

A. Paghiling sa amin na magbayad para sa iyong mga serbisyo o gamot

Dapat singilin ng aming mga network provider ang plano para sa iyong mga covered na serbisyo at gamot pagkatapos mong makuha ang mga ito. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan.

Hindi namin pinahihintulutan ang mga provider ng Kaiser Permanente na singilin ka para sa mga serbisyo o gamot na ito. Direkta naming binabayaran ang aming mga provider, at pinoprotektahan ka namin mula sa anumang bayarin.

Kung makakatanggap ka ng bill para sa buong halaga ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot, huwag bayaran ang bill at ipadala ito sa amin. Upang magpadala sa amin ng bill, sumangguni sa **Seksyon B**.

- Kung kino-cover namin ang mga serbisyo o gamot, direkta naming babayaran ang provider.
- Kung kino-cover 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 kino-cover na serbisyo 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 pag-reimburse (mabayaran) kung natutugunan mo ang lahat ng sumusunod na kondisyon:
    - Ang serbisyong natanggap mo ay isang covered na serbisyo ng Medi-Cal na dapat naming bayaran. Hindi kami magre-reimburse sa iyo para sa isang serbisyong hindi kino-cover ng Kaiser Permanente Dual Complete na plano.
    - Natanggap mo ang covered na serbisyo pagkatapos mong maging kwalipikadong miyembro ng Kaiser Permanente Dual Complete.
    - Hinihiling mong bayaran ka sa loob ng isang taon mula sa petsa kung kailan mo natanggap ang covered na serbisyo.
    - Magbibigay ka ng patunay na binayaran mo ang covered 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 network ng Kaiser Permanente Dual Complete. Hindi mo kailangang matugunan ang kondisyong ito kung nakatanggap ka ng pang-emergency na pangangalaga, 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 awtorisasyon).
- Kung karaniwang nangangailangan ng paunang pag-apruba (paunang awtorisasyon) ang sakop na serbisyo, kailangan mong magbigay ng patunay mula sa provider na nagpapakita ng medikal na pangangailangan para sa covered na serbisyo.

- Sasabihin ng Kaiser Permanente Dual Complete sa iyo kung magre-reimburse sila sa iyo 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 Kaiser Permanente Dual Complete plan para sa buong halagang binayaran mo. Magre-reimburse kami sa iyo 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 Kaiser Permanente Dual Complete na plano, pero hanggang sa halaga lang na babayaran ng FFS Medi-Cal. Babayaran ka ng Kaiser Permanente Dual Complete para sa buong halaga ng gastos mula sa sariling bulsa para sa mga serbisyong pang-emergency, mga serbisyo sa pagpaplano 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 covered ng Medi-Cal, gaya ng mga serbisyo sa pagpapaganda.

  - Ang serbisyo ay hindi covered na serbisyo para sa Kaiser Permanente Dual Complete.

  - Pumunta ka sa isang doktor na hindi tumatanggap 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 sasagutin ang mga serbisyo o gamot, sasabihin namin ito 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 tungkol dito, 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.

Kabilang ang sumusunod sa mga halimbawa ng mga sitwasyon na maaaring kailanganin mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo o bayaran ang bill na natanggap mo:

1. Kapag kumuha ka ng emergency o agarang kinakailangang pangangalagang pangkalusugan mula sa isang provider na wala sa network

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 ibabalik 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 ang iyong ID Card ng Miyembro kapag tumatanggap ka ng anumang serbisyo o reseta; gayunpaman, nagkakamali minsan ang mga provider na nasa network, at nahihiling nila sa iyo na bayaran ang iyong mga serbisyo o ang 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 sagot namin. Hindi namin pinahihintulutan 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 na magdesisyon kami na hindi magbayad para sa ilang singil, hindi mo pa rin kailangang bayaran ang mga ito.

- Sa tuwing makakatanggap ka ng bill mula sa provider na nasa network na sa palagay mo ay mahigit sa dapat mong bayaran, ipadala sa amin ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aayusin namin ang problema.

- Kung binayaran mo na ang isang bill mula sa isang provider na nasa network para sa mga covered na serbisyo ng Medicare, pero sa tingin mo ay sobra ang binayaran mo, ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo. Ibabalik namin sa iyo ang diperensya sa pagitan ng halagang ibiniyad mo at ang halagang dapat mong bayaran mo sa ilalim ng aming plano.

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, pwede mong hilingin sa aming bayaran ang ibinayad mo.

- Ipadala sa amin ang bill at katibayan ng anumang pagbabayad na ginawa mo.

4. Kapag gumamit ka ng parmasya na wala sa network upang punan ang reseta

Kung gumagamit ka ng parmasya na wala sa network, babayaran mo ang buong halaga ng iyong reseta.

- Sa mga limitadong sitwasyon, kino-cover namin ang mga resetang pinuno sa mga parmasyang wala sa network. Ipadala sa amin ang 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 *Member Handbook* na ito upang matuto pa tungkol sa mga parmasyang wala sa network.
- Maaaring hindi namin ibalik sa iyo ang bayad na sosobra sa pagitan ng halagang binayaran mo para sa gamot sa parmasya na wala sa network at ng halagang dapat naming bayaran sa isang parmasya na nasa network.

5. Kapag binayaran mo ang buong halaga ng reseta sa Medicare Part D dahil hindi mo dala ang iyong ID Card ng Miyembro

Kung hindi mo dala ang iyong ID Card ng Miyembro, pwede mong hilingin sa parmasya na tawagan kami o tingnan ang impormasyon ng iyong pagpapa-enroll sa plano.

- Kung hindi agarang 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
- Ipadala sa amin ang kopya ng iyong resibo kapag hiniling mo sa amin na ibalik sa iyo ang bayad para sa aming bahagi sa gastos.
- Maaaring hindi namin ibalik ang buong halaga ng binayaran mo kung ang halaga sa cash na binayaran mo ay mas mataas sa napagkasunduan nating presyo para sa reseta.

6. Kapag binayaran mo ang buong halaga ng reseta sa Bahagi D ng Medicare para sa isang gamot na hindi covered

Maaaring ikaw ang magbayad ng buong halaga ng reseta dahi hindi covered ang gamot.

- Maaaring wala ang gamot sa aming *List ng mga Covered 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 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 *Member Handbook*) 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), pwede kang humiling ng mabilis na pagpapasya sa coverage (sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Member Handbook*) na ito.

- Ipadala sa amin ang 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 tagareseta upang maibalik sa iyo ang bayad para sa aming bahagi sa gastos sa gamot. Maaaring hindi namin ibalik sa iyo ang buong halaga ng binayaran mo kung ang presyo na binayaran mo ay mas mataas sa napagkasunduan nating presyo para sa reseta.

Kapag nagpadala ka sa amin ng kahilingan para sa bayad, sinusuri namin ito at nagdedesisyon kami kung dapat na i-cover ang serbisyo o gamot. Tinatawag itong paggawa ng “desisyon sa coverage.” Kung magdedesisyon kami na dapat na i-cover ang serbisyo o gamot, magbabayad kami para sa aming bahagi sa gastos nito.

Kung tanggihan 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 na nasa kasulatan. Kung magpapadala ka ng kahilingan sa pamamagitan ng kasulatan, ipadala ang iyong bill at dokumentasyon ng anumang pagbabayad na ginawa mo para sa mga serbisyo ng Medicare. Magandang gumawa ng kopya ng iyong bill at mga resibo para sa mga sarili mong talaan. **Dapat mong ipadala sa amin ang iyong mga claim sa loob ng 12 buwan (para sa mga medikal na paghahabol sa Part C) at sa loob ng 36 na buwan (para sa mga paghahabol sa gamot sa Part D) mula sa petsa na natanggap mo ang serbisyo.**

Upang matiyak na maibibigay mo sa amin ang lahat ng impormasyong kailangan namin upang gumawa ng desisyon, maaari mong punuin 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 maiproseso ang impormasyon nang mas mabilis. Maaari kang maghain ng claim upang humiling ng bayad sa pamamagitan ng:

- Pagkumpleto at pagsusumite ng aming elektronikong form sa kp.org at pag-upload ng pansuportang dokumentasyon.
- Pag-download ng kopya ng form mula sa aming website (kp.org) o pag-tawag ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa 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.

- Ang 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 kung bakit dapat namin bayaran ang 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 nasagutang 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 sa koreo para sa bayad kasama ng anumang bill o resibo sa address na ito.

Mga plano sa South:
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

Mga plano sa North:
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

Upang humiling ng pagbabayad ng gamot sa Part 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 Part 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. Mung 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 magbigay sa amin ng karagdagang 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 pagpasyahan namin kung sasagutin ng aming plano ang iyong serbisyo, kagamitan, o gamot. Pagdedesisyunan din namin ang halaga, kung mayroon man, na dapat mong bayaran.

- Ipapaalam namin sa iyo kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon mula sa iyo.
- Kung mapagdedesisyunan namin na kino-cover 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 o gamot, papadalhan ka namin ng tseke para sa aming bahagi ng gastusin. Kung binayaran mo ang buong halaga ng isang gamot, maaaring hindi ma-reimburse sa iyo ang buong halagang binayaran mo (halimbawa, kung nakuha mo ang gamot sa isang parmasya na wala sa network o kung mas mataas ang cash na presyong binayaran mo kaysa sa napag-usapan nating presyo). Kung hindi ka pa nakakapagbayad, direkta naming babayaran ang provider.

Ipinapaliwanag sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga tuntunin para masakop ang iyong mga serbisyo. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga tuntunin para mai-cover ang iyong mga gamot sa ilalim ng Medicare Bahagi D.

- Kung magdedesisyon kami na huwag magbayad para sa aming bahagi sa gastos ng 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**.

D. Mga apela

Kung sa palagay mo ay nagkakamali kami sa pagtanggi sa iyong kahilingan para sa bayad, maaari mong hilingin sa amin na baguhin ang aming desisyon. Tinatawag itong “paghain 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 **Kanabata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito:

- Upang maghain ng apela tungkol sa pagpapababalik ng ibinayad para sa isang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Seksyon F**.
- Upang maghain ng apela tungkol sa pagpapababalik ng ibinayad para sa isang 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 bigyang-galang ang iyong mga karapatan. Magkakasunod ayon sa alpabeto ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Kabanata 8 Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang iyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan 265

B. Ang aming responsibilidad para sa iyong napapanahong access sa mga sakop na serbisyo at gamot 267

C. Ang responsibilidad naming protektahan ang iyong personal na impormasyong pangkalusugan (PHI) 268

C1. Paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI 268

C2. Ang iyong karapatang tingnan ang iyong mga medikal na talaan 269

D. Ang responsibilidad naming bigyan ka ng impormasyon 269

E. Ang kawalang-kakayahan ng mga provider ng network na singilin ka ng direkta 271

F. Ang iyong karapatan na umalis sa aming plano 271

G. Ang iyong karapatang gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan 271

G1. Ang iyong karapatang malaman ang iyong mga opsyon sa paggamot at gumawa ng mga desisyon 271

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 272

G3. Ano ang gagawin kung hindi nasunod ang iyong mga tagubilin 273

H. Ang iyong karapatang maghain ng mga reklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon 274

H1. Ang gagawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o upang makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan 274

I. Ang iyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano 274

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, audio file, or data CD. To get materials in one of these alternative formats, please call or write to Member Services (refer to **Chapter 2**). Contact Member services to do the following:
    - Request a preferred language other than English and/or alternate format,
    - Keep your information as a standing request for future mailings and communications, and
    - Change a standing request for preferred language and/or format.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

أ. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم **كل** الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، لك بطريقة مؤهلة ثقافيًا ويسهل الوصول إليها بما في ذلك الأفراد أصحاب الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات القراءة المحدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب أن نخبرك أيضًا عن مزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نخبرك بحقوقك كل عام كونك في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تحتوي خطتنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو ملف صوتي أو قرص مضغوط للبيانات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يُرجى الاتصال أو الكتابة إلى خدمات الأعضاء (راجع **الفصل 2**). اتصل بخدمات الأعضاء للقيام بما يلي:
  - طلب لغة مفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو تنسيق بديل، و
  - الاحتفاظ بمعلوماتك كطلب دائم للرسائل البريدية والاتصالات المستقبلية، و
  - تغيير طلب قائم للغة المفضلة و/أو التنسيق.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ա. Ձեր կարիքներին համապատասխանող եղանակով ծառայություններ և տեղեկություններ ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է համոզվենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ թե՛ կլինիկական, և թե՛ ոչ կլինիկական, տրամադրվում են ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացություն, կարդալու սահմանափակ հմտություններ, լսողության խանգարում ունեցող կամ բազմազան մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի արտոնությունների և ձեր իրավունքների մասին այնպիսի եղանակով, որը հասկանալի է ձեզ: Մենք պարտավոր ենք ձեզ տեղեկացնել ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, երբ դուք բաժանորդագրվում եք մեր պլանին:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր պլանը տրամադրում է անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք հասանելի են՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:

- Մեր պլանը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և ձևաչափերով՝ խոշոր տառաչափով, Բրայլի գրատիպով կամ CD-ROM-ով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել Անդամների սպասարկման կոնտրոն (այցելեք **2-րդ Գլուխ**): Դիմեք Անդամների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հարցերի դեպքում՝
    - Անգլերենից բացի այլ նախընտրելի լեզու և (կամ) այլ ձևաչափ պահանջելու համար
    - Հետագայում նամակագրություններ և հաղորդակցություններ ստանալու հարցումների համար, և
    - Նախընտրած լեզուն և (կամ) ձևաչափը փոխելու համար:

Եթե լեզվական խնդրի կամ հաշմանդամության պատճառով մեր պլանի կողմից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:

- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែជានាថា សេវាកម្ម **ទាំងអស់** ទាំងគ្លីនិក និងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមានសមត្ថភាពផ្នែករបួជម៌ និងអាចចូលប្រើបាន រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានកម្រិតជំនាញភាសាអង់គ្លេសកម្រិតទាប ជំនាញអានកម្រិតទាប អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិរបួជម៌ និងជនជាតិចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។

- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ និង ក្នុងទម្រង់ដូចជាការពុម្ពអក្សរធំ អក្សរស្ទាប ឬអូឌីយ៉ូ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់សេវាសមាជិក (សូមមើល**ជំពូកទី 2**)។ ទាក់ទងសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីធ្វើដូចខាងក្រោម៖

  - ស្នើសុំភាសាដែលចង់បានក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស

  - រក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការផ្ញើសំបុត្រ និងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត និង

  - ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយសម្រាប់ភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

- ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។

A. 您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保**所有**服務（臨床和非臨床），都以符合文化要求並可供取得的方式提供給您，包括英語水準或閱讀能力有限、聽力喪失，或具有不同文化和族裔背景的人。我們還必須以您能理解的方式告知您本計劃的理賠福利和您的權利。我們每年都必須告訴您有關您在本計劃中的權利。

- 若要以您可以理解的方式獲取資訊，請致電會員服務。本計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回覆問題。
- 本計劃還會以英語以外的其他語言和大字版、點字版、音訊檔案或資料CD的格式提供您資訊。若要取得這些其他格式的資訊，請致電或寫信給會員服務（請參閱**第2章**）。請致電會員服務以進行下列行動：
    - 要求使用英文以外的慣用語言和/或其他格式，
    - 保留您的資訊作為未來郵寄和溝通時的常規要求，以及
    - 變更慣用語言和/或格式的常規要求。

如果您因為語言問題或身心障礙而無法取得本計劃的資訊，而且您想提出投訴，請致電：

- Medicare的電話為1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線使用者，請撥打1-877-486-2048。
- Medi-Cal民權辦公室的電話為916-440-7370。聽障及語障電話專線使用者，請撥打711。
- 美國衛生與民眾服務部民權辦公室的電話為1-800-368-1019。聽障及語障電話專線使用者，請撥打1-800-537-7697。

A.حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، از لحاظ فرهنگی، به شیوه ای شایسته و قابل دسترس ارائه می شوند ازجمله برای کسانی که مهارت های محدودی در زبان انگلیسی، مهارت های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا پیشینه های فرهنگی و قومی متنوع دارند. ما همچنین باید مزایای طرحمان و حقوقتان را به صورتی که برای شما قابل درک باشد به شما اطلاع دهیم. باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما اطلاع دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتی که برایتان قابل درک باشد، با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان های متفاوت است.

- طرح ما همچنین می تواند مطالبی به سایر زبان ها غیر از انگلیسی و در قالب هایی از جمله چاپ درشت، خط بریل، فایل صوتی یا سی دی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب به یکی از این فرمت های جایگزین، لطفاً با "خدمات اعضا" تماس بگیرید یا مکاتبه کنید. (به فصل 2 مراجعه کنید). برای انجام کارهای زیر با "خدمات اعضا" تماس بگیرید:
  - درخواست زبان ترجیحی غیر از انگلیسی و/یا فرمت جایگزین،
  - حفظ اطلاعاتتان جهت درخواست دائمی برای نامه ها و مکاتبات آینده، و
  - تغییر درخواست قبلی برای زبان و/یا فرمت ترجیحی.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرحمان دچار مشکل هستید، و قصد طرح شکایت دارید، با این شماره تماس بگیرید:

- Medicare از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.

- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTYباید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Koj muaj cai tau txais tej kev saib xyuas thiab cov ntaub ntawv uas koj xav tau ntawd

Peb yuav tsum saib xyuas **tag nrho** cov kev saib xyuas, tsis hais kho mob thiab tsis yog kho mob, uas tau muab saib xyuas rau koj ntawd kom haum raws li kab lis kev cai thiab mus cuag tau suav nrog cov neeg uas tsis paub lus Askiv zoo, nyeem ntawv tsis tau zoo, hnov lus tsis zoo, los sis cov uas muaj kab lis kev cais thiab kev ntseeg sib txawv tib si. Peb kuj yuav tsum qhia rau koj txog peb qhov kev npaj kho mob cov txiaj ntsig thiab koj cov cai kom koj nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia koj txog koj cov cai hauv txhua xyoo uas koj koom rau hauv peb qhov kev npaj kho mob.

- Yuav tau txais cov ntaub ntawv uas koj nkag siab tau, ces hu rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Peb qhov kev npaj kho mob yeej muaj cov kws txhais lus pub dawb uas khoom los teb cov lus nug ua ntau hom lus rau sawv daws.

- Peb qhov kev npaj kho mob kuj yuav muab cov ntaub ntawv sau ua lwm hom lus uas tsis yog lus Askiv thiab muab luam tawm kom loj, sau ua ntawv rau neeg dig muag xua, tso ua suab lus, los sis tso rau hauv CD rau koj thiab. Yuav tau txais cov ntaub ntawv sau ua ib hom ntawm cov no, thov hu los sis sau ntawv mus rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab (saib **Tshooj ntawv 2**). Hu Rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab los mus ua raws li nram qab no:

  - Thov ib hom lus uas koj nyiam uas tsis yog lus Askiv thiab/los sis lwm hom ntawv,

  - Khaws koj cov ntaub ntawv tseg cia siv rau kev thov rau kev xa ntawv thiab kev sib txuas lus yav tom ntej, thiab

  - Kev hloov pauv ib qho kev thov rau hom lus uas nyiam thiab/los sis lwm hom ntawv.

Yog tias koj tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb qhov kev npaj kho ob tau nyuaj vim yog qhov tsis paub lus los sis qhov tsis taus thiab koj xav hais ib qho kev tsis txaus siab, ces hu rau:

- Medicare rau ntawm tus xov toooj 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau1-877-486-2048.

- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Pej Xeem Cov Cai rau ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711.

- Tsoom Fwv Meskas Lub Chaw Ua Hauj Lwm ntsig txog Kev Noj Qab Haus Huv thiab Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Ua Hauj Lwm rau Pej Xeem Cov Cai ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

A. 가입자의 요구에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 제공받을 권리

저희는 영어 유창성, 읽기 능력, 듣기 능력이 부족한 사람들이나 문화적, 인종적 배경이 다른 사람들을 포함하여 가입자가 문화적으로 적합하고 이용하기 쉬운 방식으로 임상 및 비임상이 포함된 **모든** 서비스를 제공해야 합니다. 저희는 또한 저희 플랜의 혜택과 가입자의 권리에 대해 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 알려야 합니다. 저희는 저희 플랜 가입자의 권리에 대해 매년 가입자에게 알려야 합니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 오디오 파일이나 데이터 CD 등의 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이와 같은 대체 형식 중 하나로 된 자료를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하거나 서신을 보내주시기 바랍니다(**제2장** 참조). 다음과 관련하여 도움을 받으려면 가입자 서비스에 문의하십시오.
    - 영어 이외 선호하는 언어로 번역된 통지서 및/또는 대체 형태로 된 통지서 요청
    - 정보를 향후 서신 및 통신문에 대한 상시 요청으로 보관
    - 선호하는 언어 및/또는 형태에 대한 상시 요청 변경.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있어 불만 사항을 접수하려면 다음 연락처로 전화하시기 바랍니다.

- Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- Medi-Cal 민권사무소 전화번호 916-440-7370. TTY 사용자께서는 711번으로 전화해 주십시오.
- 미 보건복지부 민권사무소 전화번호 1-800-368-1019번으로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오.

A. Ваше право на получение услуг и информации таким способом, который отвечает вашим потребностям

Мы должны гарантировать, что **все** услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются с соблюдением принципов культурной компетентности и в такой форме, которая доступна, в том числе, людям с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или людям с различным культурным и этническим происхождением. Мы должны также рассказать вам о льготах плана и ваших правах таким образом, чтобы вы могли их понять. Мы должны рассказывать вам о правах каждый год, когда вы принимаете участие в нашем плане.

- Чтобы получить информацию таким образом, чтобы вы ее понимали, позвоните в отдел обслуживания участников. Наш план предусматривает услуги устного перевода, в рамках которых вы получите ответы на разных языках.

- В рамках нашего плана мы также можем предоставить материалы на разных языках, кроме английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиофайл или компакт-диск с данными. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников или напишите его сотрудникам (см. **главу 2**). Обратитесь в отдел обслуживания участников, чтобы выполнить следующее:

  - отправить запрос на предпочтительный язык, кроме английского, и (или) альтернативный формат;

  - сохранить вашу информацию в качестве долгосрочного запроса для будущих рассылок и сообщений; а также

  - изменить долгосрочный запрос относительно предпочтительного языка и (или) формата.

Если у вас возникли трудности при получении информации из нашего плана из-за проблем с языком или нетрудоспособности и вы хотите подать жалобу, звоните на указанные ниже телефоны.

- Программа Medicare, телефон: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048.

- Управление по гражданским правам программы Medi-Cal, телефон: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 711.

- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам, телефон: 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, clínicos y no clínicos, se le brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. También debemos informarle, de manera que pueda entender, sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicio a los Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.

- Además, nuestro plan puede entregarle materiales en otros idiomas y en formatos como letra grande, braille, archivo de audio o CD de datos. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a Servicio a los Miembros (consulte el **Capítulo 2**). Comuníquese con Servicio a los Miembros para:

    - pedir el idioma que prefiere además de inglés u otro formato;

    - mantener su información como una solicitud abierta, para que sea considerada en las futuras listas de correo y comunicaciones, y

    - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido al idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ang iyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa iyo sa paraang suportado ng kaalaman sa kultura at naa-access kabilang ang para sa mga taong may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kasanayan sa pagbabasa, may problema sa pandinig, o mayroong iba't ibang kultura at etnikong pinagmulan. 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 taong kabilang ka sa 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 na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa mga wikang bukod sa Ingles at nasa mga format na gaya ng malaking titik, braille, audio file, o data CD. Para kumuha ng mga materyal na nasa 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 patuloy na kahilingan para sa mga sulat at komunikasyon sa hinaharap, at
  - Baguhin ang isang patuloy na kahilingan para sa mas gustong wika at/o format.

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). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận được các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và có thể tiếp cận được bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và nguồn gốc dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng có nghĩa vụ phải thông báo cho quý vị biết về các quyền lợi thuộc chương trình của chúng tôi cùng các quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm trong trường hợp quý vị vẫn tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời nhiều câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi braille, tệp âm thanh hoặc CD dữ liệu. Để nhận tài liệu có tuỳ chọn định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc làm đơn gửi đến Dịch Vụ Hội Viên (tham khảo **Chương 2**). Hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để thực hiện những việc sau:

    - Yêu cầu ngôn ngữ ưu tiên khác với tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế,

    - Lưu thông tin thường xuyên sử dụng của quý vị để phục vụ cho việc gửi thư tín hay liên lạc trong tương lai và

    - Thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưa thích mà quý vị thường xuyên sử dụng.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

- Văn Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY hãy gọi số 711.

- Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY hãy gọi số 1-800-537-7697.

B. Ang aming responsibilidad para sa iyong napapanahong access sa mga sakop na serbisyo at gamot

Meron kang mga karapatan bilang miyembro ng aming plano.

- Meron kang karapatang pumili ng primary care provider (PCP) sa loob ng aming network. Ang network provider ay isang provider na nakikipagtulungan sa amin. Maaari mong matagpuan ang karagdagang impormasyon ukol sa mga uri ng provider na maaaring umakto bilang PCP at kung paano pumili ng PCP sa **Kabanata 3** ng *Member Handbook* na ito.
    - Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o magtungo sa *Direktoryo ng mga Provider at Parmasya* upang alamin pa ang tungkol sa mga provider na nasa network at kung sino ang mga doktor na tumatanggap ng mga bagong pasyente.
- Meron kang karapatang magpakonsulta sa isang espesyalista sa pangkalusugan ng kababaihan na hindi kinakailangang kumuha ng referral bukod sa ibang mga provider na inilalarawan sa **Kabanata 3** ng *Member Handbook* na ito. Ang referral ay isang pag-apruba mula sa iyong PCP upang gumamit ng provider na hindi nagsisilbi bilang iyong PCP.
- Meron kang karapatang makatanggap ng mga serbisyong kino-cover mula sa mga network provider sa loob ng napapanahong oras.
    - Kabilang dito ang karapatang makatanggap ng napapanahong serbisyo mula sa mga espesyalista.
    - Kung hindi ka makatanggap ng mga serbisyo sa loob ng makatuwirang panahon, dapat naming magbayad para sa pangangalaga na wala sa network.
- Meron kang karapatang makatanggap ng serbisyang pang-emerhensya o pangangalaga na agarang kinakailangan na hindi nangangailangan ng paunang pahintulot (prior authorization, PA).
- Meron kang karapatang mabigyan ng reseta sa alinman sa aming mga parmasya na nasa network ng walang matagal na pagkaantala.
- Meron kang karapatan have the right to know when you can use an out-of-network provider. Para alamin ng mahigit ang tungkol sa aming mga provider na nasa labas ng network, sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Kapag una kang sumali sa aming plano, meron kang karapatang panatiliin ang iyong mga kasalukuyang provider at awtorisasyon sa serbisyo para sa hanggang 12 buwan kung tumutugon ito sa mga partikular na kondisyon. Upang alamin pa ang tungkol sa pagpapanatili ng iyong mga provider at awtorisasyon sa serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Meron kang karapatang magpasya sa iyong mga sariling desisyon ukol sa pangangalaga ng iyong kalusugan sa tulong ng iyong kopunan ng pangangalaga at koordinador ng pangangalaga.

Ipinapaliwanag sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang maaaring gawin kung sa iyong palagay ay hindi mo natatanggap ang mga serbisyo o gamot sa loob ng makatuwirang panahon. Ipinapaliwanag din nito kung ano ang maaaring gawin kung tinanggihan namin ang cpverage ng iyong mga serbisyo o gamot at hindi ka sang-ayon sa desisyon namin.

C. Ang responsibilidad naming protektahan ang iyong personal na impormasyong pangkalusugan (PHI)

Pinoprotektahan namin ang iyong PHI alinsunod sa mga kinakailangan ng mga pederal at pang-estadong batas.

Kasama sa PHI ang personal na impormasyong ibinigay mo sa amin noong nagpatala ikaw sa plano namin. Kasama rin dito ang iyong mga medikal na rekord at iba pang impormasyong medikal at pangkalusugan.

Mayroon kang mga karapatan pagdating sa impormasyon at sa pagkontrol kung paano ginagamit ang iyong PHI. Bibigyan ka namin ng nakasulat na abiso na nagpapaalam sa iyo tungkol sa mga karapatang ito at nagpapaliwanag kung paano namin pinoprotektahan ang privacy ng iyong PHI. Tinatawag ang abiso na “Abiso ng Kasanayan sa Privacy.”

Ang mga miyembrong maaaring magbigay ng pahintulot na makatanggap ng mga sensitibong serbisyo ay hindi kinakailangang kumuha ng pahintulot mula sa sinumang iba pang miyembro upang makatanggap ang mga sensitibong serbisyo o magsumite ng claim para sa mga ito. Ipapadala ng Kaiser Permanente ang mga komunikasyon tungkol sa mga sensitibong serbisyo sa alternatibong nakatalagang mailing address, email address, o numero ng telepono ng miyembro o, kung wala man, ipapadala ang mga ito sa pangalan ng miyembro sa address o numero ng teleponong nasa mga talaan namin. Hindi isisiwalat ng Kaiser Permanente ang impormasyong medikal na may kaugnayan sa mga sensitibong serbisyo sa sinumang iba pang miyembro nang walang nakasulat na pahintulot mula sa miyembrong tumatanggap ng pangangalaga. Tutugunan ng Kaiser Permanente ang mga kahilingan para sa kumpidensyal na komunikasyon sa anyo at format na hinihiling, kung madali itong maisasagawa sa naturang anyo at format, o sa mga alternatibong lokasyon. Mananatiling may bisa ang kahilingan ng isang miyembro para sa kumpidensyal na komunikasyong may kaugnayan sa mga sensitibong serbisyo hanggang sa bawiin ng miyembro ang kahilingan o magsumite ito ng panibagong kahilingan para sa kumpidensyal na komunikasyon.

Maaaring humiling ang mga miyembro ng kumpidensyal na komunikasyon sa pamamagitan ng pagkumpleto ng form para sa kahilingan ng kumpidensyal na komunikasyon, na makukuha sa kp.org sa ilalim ng “Mga form para sa kahilingan ng kumpidensyal na komunikasyon.

C1. Paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI

Tinitiyak naming walang mga hindi awtorisadong tao ang makakatingin o makakapagbago ng iyong mga talaan.

Maliban sa mga kasong nakasaad sa ibaba, hindi namin ibinibigay ang iyong PHI sa sinumang hindi nagbibigay ng iyong pangangalaga o hindi nagbabayad para dito. Kung gagawin namin ito, kailangan muna naming humingi ng pahintulot sa kasulatan mula sa iyo. Ikaw, o ang isang taong may legal na awtorisasyong gumawa ng mga desisyon para sa iyo, ay maaaring magbigay ng pahintulot sa kasulatan.

Kung minsan, hindi muna namin kailangang humingi ng iyong pahintulot sa kasulatan. Ang mga pagbubukod na ito ay pinahihintulutan o kinakailangan ng batas:

- Kailangan naming ipalabas ang PHI sa mga ahensya ng pamahalaan na nagsusuri sa kalidad ng pangangalagang ibinibigay ng plano namin.
- Maaari naming ibigay ang PHI kung iniutos ito ng isang hukuman, ngunit kung pinahihintulutan lamang ito ng batas ng California.
- Kailangan naming ibigay sa Medicare ang iyong PHI, kabilang ang impormasyon tungkol sa iyong mga gamot sa Medicare Part D. Kung gagamitin ng Medicare ang iyong PHI para sa pananaliksik o iba pang kadahilanan, gagamitin nila ito alinsunod sa mga pederal na batas.

C2. Ang iyong karapatang tingnan ang iyong mga medikal na talaan

- May karapatan kang tingnan ang iyong mga medikal na talaan at humingi ng kopya ng mga ito. Maaari ka naming singilin para sa paggawa ng kopya ng iyong mga medikal na talaan.
- May karapatan kang humiling sa amin na i-update o itama ang iyong mga medikal na talaan. Kung hihilingin mo ito, makikipag-ugnayan kami sa iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan upang magdesisyon kung nararapat na gumawa ng mga pagbabago.
- May karapatan kang malaman kung ibinabahagi namin ang iyong PHI sa iba para sa anumang layuning hindi karaniwan at kung paano namin ito ginagawa.

Kung mayroon kang mga tanong o alalahanin tungkol sa pagkapribado ng iyong PHI, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

D. Ang responsibilidad naming bigyan ka ng impormasyon

Bilang miyembro ng plano namin, may karapatan kang makakuha mula sa amin ng impormasyon tungkol sa plano, sa mga provider na nasa network, at sa mga serbisyong kino-cover ng iyong benepisyo.

Kung hindi ka nagsasalita ng Inggles, mayroon kaming mga serbisyo ng interpretasyon upang sagutin ang iyong mga tanong tungkol sa plano namin. Para makakuha ng interpreter, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Libreng serbisyo ito para sa iyo. Available ang dokumentong ito sa Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, at Vietnamese, sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Maaari ka din naming bigyan ng impormasyon sa large print, braille, audio file, o data file.

Kung nais mo ng impormasyon tungkol sa alinman sa mga sumusunod, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro:

- Paano pumili o magpalit ng plano
- Sa plano namin, kabilang ang:
  - impormasyong pinansyal
  - kung paano kami ni-rate ng mga miyembro ng plano
  - ang bilang ng mga apelang isinumite ng mga miyembro
  - paano umalis sa plano namin
- Sa mga provider at parmasyang nasa network namin, kabilang ang:
  - paano pumili o magpalit ng provider ng pangunahing pangangalaga
  - mga kwalipikasyon ng provider at parmasyang 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 mga gamot (sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito) na kino-cover ng plano namin
  - mga limitasyon sa iyong coverage at mga gamot
  - mga tuntunin na dapat mong sundin upang makakuha ng mga covered na serbisyo at gamot
- Bakit may alinmang bagay na hindi covered at ano ang pwede mo gawin tungkol dito (sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro*) na ito, kabilang ang paghiling sa amin na:
  - ilagay sa kasulatan kung bakit hindi covered ang isang bagay
  - palitan ang desisyon na isinagawa namin
  - magbayad sa isang bill na iyong natanggap

E. Ang kawalang-kakayahan ng mga provider ng network na singilin ka ng direkta

Hindi ka maaaring pagbayarin ng mga doktor, ospital, at iba pang provider na nasa network namin para sa mga covered na serbisyo Hindi ka rin nila maaaring singilin ng balanse o pagbayarin kung magbabayad kami nang mas mababa sa halaga na sinisingil ng provider. Upang malaman kung ano ang gagawin kung 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 sinuman ang maaaring pilitin kang manatili sa aming plano kung hindi mo na ito nais.

- May karapatan kang masulit ang karamihan sa iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng Original Medicare o iba pang Medicare Advantage (MA) na plano.
- Pwede mong kunin ang iyong mga benepisyo sa gamot sa Medicare Part D mula sa isang plano sa 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 pwedeng sumali sa panibagong plano ng MA o plano ng benepisyo sa gamot
  - Para sa impormasyon tungkol sa kung paano mo makukuha ang iyong mga benepisyo ng Medi-Cal kung aalis ka sa aming plano.

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:

- **Alamin ang iyong mga opsyon.** May karapatan kang masabihan ng tungkol sa lahat ng opsyon sa paggamot.

- **Alamin 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.

- **Humingi ng pangalawang opinyon.** May karapatan kang gumamit ng ibang doktor bago magdesisyon 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 paggamit ng iniresetang gamot. Kung tatanggi ka sa paggamot o titigil ka sa paggamit ng iniresetang gamot, hindi ka namin tatanggalin 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 isang serbisyo o gamot na tinanggihan namin o karaniwang hindi namin sinasagot.** Tinatawag itong paggawa ng desisyon sa coverage. **Nakasaad sa Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano kami tanungin tungkol sa desisyon ukol sa coverage.

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, may mga taong hindi kayang gumawa ng mga desisyon para sa pangangalagang pangkalusugan para sa kanilang sarili. Bago ito mangyari sa iyo, pwede mong:

- Punan ang isang nakasulat na form **na nagbibigay sa isang tao ng karapatang gumawa ng desisyon para sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo** kung sakaling hindi ka makakapagdesisyon para sa iyong sarili.

- Give **ang iyong mga doktor ng mga tagubilin sa kasulatan** tungkol sa kung paano pangangasiwaan ang iyong pangangalagang pangkalusugan kung hindi ka na makapagpapasya para sa iyong sarili, kabilang na ang pangangalagang hindi mo nais.

Ang legal na dokumentong ginagamit mo para ibigay ang iyong mga direksyon ay tinatawag na “paunang direktiba.” Mayroong iba’t ibang uri ng mga paunang direktiba at iba’t ibang katawagan para sa mga ito. Ang mga halimbawa ay ang living will at ang power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan.

Hindi mo kinakailangan na magkaroon ng paunang direktiba, ngunit maaari kang magkaroon nito. Narito ang gagawin kung gusto mong gumamit ng paunang direktiba:

- **Kunin ang form.** Pwwede kang kumuha ng form mula sa iyong doktor, abogado, social worker o sa ilang tindahan ng mga kagamitan para sa opisina. 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.

- **Kumpletuhin ang form at lagdaan ito.** Legal na dokumento ang form. Pag-isipang magpatulong sa isang abugado o taong pinagkakatiwalaan mo, gaya ng kapamilya o iyong PCP, sa pagkumpleto nito.

- **Magbigay ng mga kopya ng form sa mga taong kailangang makaalam ng tungkol dito.** Magbigay ng kopya ng form sa iyong doktor. Dapat ka ring magbigay ng kopya sa taong tutukuyin mong tagapagpasya para sa iyo kung hindi mo na ito kaya. 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 nila kung gusto mong lumagda ng form na ito.

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 Kaiser Permanente Dual Complete ang tungkol sa mga pagbabago sa batas ng estado nang hindi lalampas sa 90 araw pagkatapos ng pagbabago.

Ayon sa batas, walang sinuman ang maaaring ipagkait sa iyo ng pangangalaga o mandiskrimina sa iyo batay sa kung lumagda ka sa isang paunang direktiba. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.

G3. Ano ang gagawin kung 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

Ipinapabatid sa iyo ng Kabanata 9 ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang impormasyon tungkol sa kung ano ang maaari mong gawin kung mayroon kang anumang problema o alalahanin tungkol sa iyong mga covered 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 hindi naging patas ang pagtrato sa iyo – at**hindi ito** tungkol sa diskriminasyon para sa mga dahilang nakalista sa **Kabanata 11** ng *Handbook ng Miyembro* na ito – o kung nais mo ang karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan, maaari kang tumawag sa:

- Mga Serbisyo sa Miyembro.
- Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222. Para sa karagdagang detalye tungkol sa HICAP, sumangguni sa **Kabanata 2**, **Seksyon E** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Ang Medi-Cal Ombudsman sa 1-888-452-8609. Para sa karagdagang detalye tungkol sa programang ito, sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 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/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Ang iyong mga 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*** na upang malaman kung ano ang sakop ng aming plano at ang mga panuntunang dapat sundin upang makakuha ng mga sakop na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa iyong:
  - Mga covered na serbisyo, sumangguni sa **Chapters 3 and 4** ng *Handbook ng Miyembro na ito*. Ipinapakita sa iyo ng mga kabanatang iyon kung ano ang covered, ano ang hindi covered, anong mga tuntunin ang kailangan mong sundin, at ano ang binabayaran mo.

- Mga covered na gamot, sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- **Sabihin sa amin ang tungkol sa anumang ibang coverage sa kalusugan o gamot** na meron 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.

- **Tulungan ang iyong mga doktor** at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na maibigay sa iyo ang pinakamahusay 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 gamot, over-the-counter na gamot, bitamina, at 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** kabilang ang pagkumpleto ng taunang pagtatasa sa panganib sa kalusugan.

- **Maging maunawain.** Inaasahan namin sa lahat ng miyembro ng plano na igagalang nila ang mga karapatan ng iba. Inaasahan din naming kikilos ka nang may paggalang sa tanggapan ng iyong doktor, mga ospital, at mga tanggapan ng iba pang provider.

- **Bayaran ang dapat mong bayaran.** Bilang isang miyembro ng plano, ikaw ang responsable para sa mga pagbabayad na ito:

  - Mga premium Medicare Part A ng Medicare Part B. Para sa karamihan ng mga miyembro ng Kaiser Permanente Dual Complete, ang Medi-Cal ang magbabayad para sa iyong premium sa Medicare Part A at para sa iyong premium sa Medicare Part B.

  - Para sa ilan sa mga gamot na sakop ng aming plano, kailangan mong bayaran ang iyong bahagi sa gastos kapag nakuha mo ang serbisyo o gamot. **Ipinapabatid sa iyo** ng Kabanata 6 kung ano ang dapat mong bayaran para sa iyong mga gamot.

- Kung **kukuha ka ng anumang serbisyo o gamot na hindi sakop ng aming plano, dapat mong bayaran ang buong halaga.** (**Tandaan:**Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon na hindi i-cover ang isang serbisyo o gamot, maaari kang umapela. Sumangguni sa **Kabanata 9** Upang matuto kung paano maghain 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.** Tanging ang mga tao lang na nakatira sa aming sineserbisyuhang lugar ang mga maaaring maging miyembro ng planong ito. Ipinapabatid sa iyo ng **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang tungkol sa aming pmga lugar na pinaglilingkuran.

  - Matutulungan ka namin kung malalaman namin na lilipat ka sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar. Sa espesyal na panahon ng pagpapa-enroll, maaari kang lumipat sa Original Medicare o magpa-enroll sa planong pangkalusugan o plano sa 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 at mananatili ka sa aming sineserbisyuhang lugar, kailangan pa rin naming malaman iyon.** Kailangang panatilihin naming napapanahon ang iyong rekord ng membership at alam namin kung paano makikipag-ugnayan sa iyo.

  - **Kung lumipat ka, sabihin sa Social Security (o sa Railroad Retirement Board).**

- **Sabihin sa amin kung mayroon kang bagong numero ng telepono** o may mas madaling paraan para makipag-ugnayan sa iyo.

- **Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro para sa tulong kung mayroon kang mga tanong o alalahanin.**

Kabanata 9. Ano ang dapat gawin kung ikaw ay mayroong problema o reklamo (mga pagpapasiya, apela, at reklamo tungkol sa coverage)

Panimula

Naglalaman ang kabanatang ito 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 (Community Based Adult Services, 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 makuha 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 plano sa pangangalaga. **Kung mayroon kang problema sa iyong pangangalaga, puwede mong tawagan ang Ombudsman Program ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077 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 ang Ombudsman 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 *Member Handbook* na ito.

Kabanata 9 Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ano ang gagawin kapag mayroon kang problema o alalahanin 280

A1. Tungkol sa mga legal na termino 280

B. Saan kukuha ng tulong 280

B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong 280

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela sa Medicare at Medi-Cal sa aming plano 282

D. Mga problema sa iyong mga benepisyo 282

E. Mga desisyon sa coverage 283

E1. Mga desisyon sa coverage 283

E2. Mga Apela 283

E3. Tulong sa mga desisyon at apela sa coverage 284

E4. Aling seksyon sa kabanatang ito ang makakatulong sa iyo 285

F. Pangangalagang medikal 286

F1. Paggamit ng seksyong ito 286

F2. Paghiling ng desisyon sa coverage 287

Karaniwang desisyon ukol sa coverage 288

Mabilisang desisyon ukol sa coverage 288

F3. Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela 290

F4. Pagsasagawa ng Antas 2 na Apela 293

F5. Mga problema sa pagbabayad 300

G. Mga gamot sa Medicare Bahagi D 302

G1. Mga desisyon at apela sa coverage sa Bahagi D ng Medicare 302

G2. Mga pagbubukod sa Medicare Part D 304

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng pagbubukod 305

G4. Paghiling ng desisyon sa coverage, kasama ang pagbubukod 306

G5. Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela 309

G6. Pagsasagawa ng Antas 2 na Apela 311

H. Paghiling sa amin na sagutin ang isang mas mahabang pagkakaospital 313

H1. Pagtuklas ng iyong mga karapatan sa Medicare 314

H2. Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela 315

H3. Pagsasagawa ng Antas 2 na Apela 317

I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsakop sa ilang partikular na serbisyong medikal.....318

I1. Paunang abiso bago matapos ang iyong coverage.....319

I2. Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela.....319

I3. Pagsasagawa ng Antas 2 na Apela.....321

J. Pagdadala ng iyong apela sa susunod na antas pagkatapos ng Antas 2.....322

J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare.....322

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal.....324

J3. Antas 3, 4 at 5 ng Apela para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Medicare Part D.....324

K. Paano maghain ng reklamo.....325

K1. Anong mga uri ng mga problema ang dapat ireklamo.....325

K2. Mga internal na reklamo.....327

K3. Mga external na reklamo.....328

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 at apela sa coverage** at ang isa pa para sa **paghahain ng mga reklamo** (tinatawag ding mga pagdaing).

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 termino

Mayroong mga legal na termino sa kabanatang ito para sa ilang tuntunin 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, sinasabi namin ang:

- "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 "pagpapasya sa 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

Kung minsan, nakakalitong simulan o sundan ang proseso sa paglutas ng 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.

Tulong mula sa aming plano

Maaari mong tawagan ang aming plano sa 1-800-443-0815 (TTY 711) para sa tulong sa anumang problema o para sa anumang kasagutan sa iyong mga tanong.

Tulong mula sa Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP)

Maaari kang tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 1-800-434-0222. Maaari mo ding suriin ang kanilang website sa https://www.aging.ca.gov/HICAP/. 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. Hindi konektado ang HICAP sa aming plano o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang HICAP ay may mga bihasang tagapayo sa bawat kondado, at libre ang mga serbisyo.

Tulong mula sa Medicare Medi-Cal Ombudsman Program

Puwede mong tawagan ang Medicare Medi-Cal Ombudsman Program at kausapin ang isang advocate tungkol sa iyong mga tanong sa coverage sa kalusugan. Maaari silang makapaghatid ng libreng legal na tulong. Hindi konektado ang Ombudsman Program sa aming plano o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang kanilang numero ay 1-855-501-3077, at ang kanilang website ay www.healthconsumer.org.

Tulong at impormasyon mula sa Medicare

Para sa karagdagang impormasyon at tulong, maaari kang makipag-ugnayan sa Medicare. Narito ang dalawang paraan kung paano ka makakahingi ng tulong mula sa Medicare:

- O tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Para sa 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 (Department of Health Care Services, 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 kondado. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. sa at 1-888-452-8609.

Tulong mula sa Departamento ng Pinamamahalaang 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 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.dmhc.ca.gov**.

Ang Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ay responsable sa pangangasiwa ng mga plano ng serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa iyong planong pangkalusugan, kailangan mo munang tumawag sa iyong planong pangkalusugan sa **1-800-443-0815 (TTY 711)** at gamitin ang proseso sa karaingan ng iyong planong pangkalusugan bago ka makipag-ugnayan sa departmento. Hindi ipinagbabawal ng paggamit ng pamamaraan sa karaingan na ito ang anumang potensyal na legal na mga karapatan o mga remedyo na maaaring available sa iyo. Kung kailangan mo ng tulong sa isang karaingan na may emergency, isang karaingan na hindi kasiya-siyang nalutas ng iyong planong pangkalusugan, o sa isang karaingan na nananatiling hindi nalulutas nang mahigit sa 30 araw, maaari kang tumawag sa departamento para sa tulong. Maaari ka ring maging nararapat para sa isang Hiwalay na Pagsusuring Medikal (Independent Medical Review, IMR). Kung ikaw ay kwalipikado 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 panggagamot, mga desisyon sa sakop sa mga paggamot na sinusubukan o sinisiyasat pa lang at mga hindi pagkakasundo sa pagbabayad para sa emergency o mga agarang serbisyong medikal. Ang departmento ay mayroon ding **walang bayad na numero** (**1-888-466-2219**) at isang **linya ng TDD** (**1-877-688-9891**) para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang internet website ng departamento na **www.dmhc.ca.gov** ay may mga form para sa reklamo, application form para sa IMR, at instruksyon sa online.

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela sa Medicare at Medi-Cal sa aming plano

Mayroon kang Medicare at Medi-Cal. Naaangkop ang impormasyon sa kabanatang ito sa lahat ng iyong mga benepisyo sa pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Minsan ay tinatawag itong “pinagsamang proseso” dahil pinag-iisa, o pinagsasama nito, ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal.

Kung minsan, hindi maaaring pagsamahin ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal. Sa mga ganoong sitwasyon, gagamit ka ng isang proseso para sa benepisyo ng Medicare at isa pang proseso para sa benepisyo ng Medi-Cal. Ipinapaliwanag sa **Seksyon F4** ang mga sitwasyong ito.

D. Mga problema sa iyong mga benepisyo

Kung mayroon kang problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa iyong sitwasyon. 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 seksyon ng kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

Tungkol ba sa iyong mga benepisyo 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 (mga medikal na item, serbisyo, at/o mga gamot sa Bahagi B), paano sinasakop ang mga ito, at mga problema tungkol sa pagbabayad para sa medikal na pangangalaga.	
Oo. Tungkol sa mga benepisyo o coverage ang aking problema. Sumangguni sa **Section E,** “Mga desisyon sa coverage at apela.”	**Hindi.** Hindi tungkol sa mga benepisyo o coverage ang problema ko. Sumangguni sa **Seksyon K,** “How to make a complaint.”

E. Mga desisyon sa coverage

Ang proseso para sa paghingi ng desisyon sa coverage at paggawa ng apela ay tumatalakay sa mga problemang nauugnay sa iyong mga benepisyo at coverage para sa iyong pangangalagang medikal (mga serbisyo, item at gamot sa Bahagi B, kasama ang pagbabayad). Upang mapanatiling simple ang mga bagay-bagay, tinutukoy namin sa pangkalahatan ang mga medikal na item, serbisyo, at gamot sa Part B bilang pangangalagang medikal. Pwede mong gamitin ang proseso sa desisyon at apela para sa mga isyu katulad ng kung ang isang bagay ay covered o hindi at ang paraan kung saan ang isang bagay ay covered.

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. 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 isang medikal na serbisyo bago mo ito kunin, puwede mong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa coverage para sa iyo.**

Nagpapasya kami tungkol sa coverage kapag sinusuri namin ang isang kahilingan para sa serbisyo o claim. 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 nasisiyahan sa desisyong ito, maaari mong “iapela” ang desisyon. Ang 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.

Kadalasan, dapat mong simulan ang iyong apela sa Antas 1. Kung pang-agaran ang iyong problema sa kalusugan o may kaugnay itong agaran at seryosong banta sa iyong kalusugan, o kung nakakaramdam ka ng matinding pananakit at kailangan mo ng agarang pagdedesisyon, puwede kang humiling ng Medikal na Pagsusuri ng IMR mula sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dmhc.ca.gov. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang 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 pangangalaga ng Medicare, ipapaalam sa iyo sa sulat na ipinadala na namin ang iyong kaso sa Hiwalay na Organisasyon sa 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 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.
- **Ang Medi-Cal Ombudsman sa 1-855-501-3077.**
- **Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP)** sa 1-800-434-0222.
- **Sa Help Center sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusuga** (DMHC) para sa libreng tulong. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao sa mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o problema sa billing. Ang numero 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.dmhc.ca.gov. Bagama’t maaaring makatulong ang DMHC sa mga tao sa mga Managed Medi-Cal na plano, hindi nito matutulungan ang mga tao sa mga Medicare na plano lamang at sa mga sumusunod na County Organized Health System (COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health, at CalOptima. Pinangangasiwaan ng federal na pamahalaan ang Medicare, mga plano, at kinokontrol ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga ng Kalusugan ang mga plano ng COHS.

- **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.
- **Isang abogado.** May karapatan kang kumuha ng abogado, ngunit **hindi mo kinakailangan na magkaroon ng abogado** para makahiling 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 abugado para sa legal na tulong mula sa Medicare Medi-Cal Ombudsman Program sa 1-855-501-3077.

Kumpletuhin 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 page at humingi ng form na "Pagtatalaga ng Kinatawan. Maaari mo ring makuha ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf **Dapat mo kaming bigyan 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 gamot sa Medicare Part D"
- **Seksyon H**, "Paghiling sa amin na sagutin ang isang mas mahabang pagkakaospital"
- **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 skilled nursing facility at Pasilidad sa Kumprehensibong Rehabilitasyon ng Outpatient (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

Kung hindi ka sigurado sa kung aling seksyon ang gagamitin, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa dulo ng pahina. Maaari ka ring humingi ng tulong o impormasyon mula sa mga organisasyon ng pamahalaan gaya ng iyong Programa ng Pagpapayo at Pagsusulong para sa Insurance sa Kalusugan (**Kabanata 2, Seksyon C,** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ay may 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. Para sa impormasyon tungkol sa paghiling ng mas mahabang pananatili sa ospital, mangyaring sumangguni sa **Seksyon H**.

Ang seksyong ito ay tungkol sa iyong mga benepisyo para sa pangangalagang medikal na inilalarawan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito sa chart ng mga benepisyo. Sa ilang sitwasyon, posibleng magkakaibang panuntunan ang naaangkop sa isang gamot sa Medicare Part B. Kapag ganoon, ipapaliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa mga gamot sa Medicare Part B sa mga tuntunin 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. Naniniwala kang kino-cover namin ang medikal na pangangalagang kailangan mo ngunit hindi mo ito natatanggap.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa coverage. Sumangguni sa **Seksyon F2.**

2. 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.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong i-apela ang aming desisyon. Sumangguni sa **Seksyon F3**.

3. Tumanggap ka ng medikal na pangangalagang sa palagay mo ay kino-cover namin, ngunit hindi namin babayaran.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong i-apela ang desisyon naming hindi magbayad. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

4. Tumanggap ka ng medikal na pangangalagang akala mo ay covered namin at binayaran mo ito, at gusto mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

5. 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.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari kang umapela sa aming desisyong bawasan o ihinto ang medikal na pangangalaga. Sumangguni sa **Seksyon F4.**

   - Kung ang coverage ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pangangalaga sa skilled nursing facility, o mga serbisyo ng CORF, may mga espesyal na panuntunang naaangkop dito. Sumangguni sa **Seksyon H** o **Seksyon I** para sa karagdagang impormasyon.
   - 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.

6. Nakakaranas ka ng mga pagkaantala sa pangangalaga o hindi ka makahanap ng doktor.

   Ano 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 pagdedesisyon ng organisasyon**.

Maaaring makipag-ugnayan ka o ang iyong doktor sa amin para humiling ng desisyon sa coverage sa pamamagitan ng:

- pagtawag: 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Kung kwalipikado ang iyong desisyon sa coverage, apela, o reklamo para sa mabilis na pagdedesisyon, tumawag sa Unit para sa Pinabilis na Pagsusuri sa 1-888-987-7247, 8:30 a.m. hanggang 5 p.m., 7 araw sa isang linggo.
- pag-fax: 1-888-987-2252
- sa pagsulat:
  - Para sa isang karaniwang desisyon sa coverage o reklamo, 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 pagtanggi na ipapadala namin sa iyo. Kung kwalipikado para sa mabilis na desisyon ang iyong desisyon sa coverage, apela, o reklamo, sumulat sa:

    Kaiser Permanente
    Expedited Review Unit
    P.O. Box 1809
    Pleasanton, CA 94566

Karaniwang desisyon ukol 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 sa loob ng:

- **5 araw ng negosyo** pagkatapos naming makuha ang iyong kahilingan para sa isang serbisyong medikal o bagay na napapailalim sa aming mga tuntunin sa paunang awtorisasyon.
- **5 araw ng negosyo**, at hindi lalampas sa **14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos naming makuha ang iyong kahilingan **para sa lahat ng ibang kagamitan o serbisyong medikal**.
- **72 na oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan para sa **gamot sa ilalim ng Medicare Part B**.

Para sa serbisyo o kagamitang medikal, maaari kaming magtagal ng hanggang karagdagan na 14 araw sa kalendaryo kapag humingi kami ng karagdagang oras o kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon para sa iyong benepisyo (katulad ng mga talaang medical mula sa mga provider na nasa labas ng network). Kung kailanganin namin ng karagdagang araw para magpasya, ipapabatid namin ito sa iyo sa kasulatan. **Hindi kami maaaring gumugol ng karagdagang araw kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot na nasa ilalim ng Medicare Part B.**

Kung sa palagay mo na **hindi dapat** kami inabot ng karagdagang araw, maaari kang maghain ng “mabilisang reklamo” tungkol sa aming desisyon na gumugol ng karagdagang araw. Kapag maghain ka ng mabilisang reklamo, sasagutin namin ang iyong reklamo sa loob ng 24 oras. Ang proseso sa paghahain ng reklamo ay magkaiba mula sa proseso ng desisyon sa coverage at apela. Para sa karagdagang impormasyon ukol sa paghahain ng reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Mabilisang desisyon ukol sa coverage

> **Ang legal na termino** para sa mabilisang desisyon sa coverage ay **pinabilis na pagdedesisyon**.

Kapag hiniling mo sa aming gumawa ng desisyon sa coverage tungkol sa iyong medikal na pangangalaga na nangangailangan ng mabilisang sagot, hilingin sa aming gumawa ng “mabilisang desisyon sa coverage.” Ang mabilisang desisyon sa coverage ay nangangahulugang bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng:

- **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan **para sa kagamitan o serbisyong medikal**.
- **24 na oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan para sa **gamot sa ilalim ng Medicare Part B**.

Para sa serbisyo o kagamitang medikal, maaari kaming magtagal ng hanggang karagdagan na 14 araw sa kalendaryo kung may matuklasan kaming impormasyon na maaaring ikabuti mo na nawaala (katulad ng mga talaang medical mula sa mga provider na nasa labas ng network). Kung kailanganin namin ng karagdagang araw para magpasya, ipapabatid namin ito sa iyo sa kasulatan. **Hindi kami maaaring gumugol ng karagdagang araw kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot na nasa ilalim ng Medicare Part B.**

Kung sa palagay mo na **hindi dapat** kami inabot ng karagdagang araw, maaari kang maghain ng "mabilisang reklamo" tungkol sa aming desisyon na gumugol ng karagdagang araw. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo, kasama ang mabilisang reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**. Tatawagan ka namin kapag sa oras na makapagdesisyon kami.

Para makakuha ng mabilisang desisyon sa coverage dapat mong tugunan ang dalawang pamantayan:

- Humihiling ka ng coverage para sa mga kagamitan at/o serbisyong medikal na **hindi mo natanggap**. Hindi ka maaaring humingi ng mabilis na desisyon sa coverage tungkol sa pagbabayad para sa mga item o serbisyo na nakuha mo na.
- Ang paggamit ng mga karaniwang deadline ay **maaaring magdulot ng matinding panganib sa iyong kalusugan** o makasama sa kakayahan mong kumilos.

Awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilisang desisyon sa coverage kung sasabihin 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 magdedesisyon kaming hindi natutugunan ng iyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa mabilisang desisyon sa coverage, papadalhan ka namin ng sulat na nagsasaad nito at ang mga karaniwang deadline na lang ang gagamitin namin. Ipapabatid 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 karagdagang impormasyon ukol sa paghahain ng reklamo, kabilang ang mabilisang reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Kung sasagot kami ng Hindi sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan, papadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag sa mga dahilan.

- Kung sumagot kami ng **Hindi**, may karapatan kang maghain 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 magdedesisyon kang maghain 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 iyon, **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. Ang pagsusuring ito ay tinatawag na apela. Tinatalakay sa susunod na seksyon ang mga apela.

F3. Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela

Upang magsimula ng apela na may kaugnayan sa tinanggihang serbisyo o kagamitan, o upang ipagpatuloy ang serbisyo o kagamitang natatanggap mo na, dapat makipag-ugnayan ka, ang iyong doktor, o ang iyong awtorisadong kinatawan sa amin. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-443-0815 (TTY 711).

Humiling ng karaniwang apela o mabilisang apela sa pagsulat o pagtawag sa amin sa 1-800-443-0815 (TTY 711).

- 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 tukuyin sila bilang iyong kinatawan upang makakilos sila 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. Makukuha mo 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.
- 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 matatanggap ang form bago ang aming deadline para sa paggawa ng desisyon sa iyong apela:
    - Babalewalain namin ang iyong kahilingan, at
    - Papadalhan ka namin ng abiso sa kasulatan na nagpapaliwanag sa iyong karapatan na hilingin sa IRO na suriin ang aming desisyong tanggihan ang iyong apela.
- Dapat kang humiling ng apela sa loob ng 65 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 ihain 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.

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 mag-aapela ka sa isang desisyon na ginawa namin tungkol sa coverage para sa pangangalaga, ikaw at/o ang iyong doktor ay maaaring humiling ng mabilis na apela.

Awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilisang apela kung sasabihin sa amin ng iyong doktor na kailangan ito ng kalusugan mo. Kung hihiling ka ng walang suporta ng iyong doktor, kami ang magdedesisyon kung makakatanggap ka ng mabilisang apela.

- Kung magdedesisyon kaming hindi natutugunan ng iyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa mabilisang apela, papadalhan ka namin ng sulat na nagsasaad nito at ang mga karaniwang deadline na lang ang gagamitin namin. Ipapabatid sa iyo ng sulat:

- Awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilis na apela kung ang iyong doktor ang hihiling nito.

- Kung paano ka makakapaghain ng “mabilisang reklamo” tungkol sa desisyon naming bigyan ka ng karaniwang apela sa halip na mabilisang apela. Para sa karagdagang impormasyon ukol sa paghahain ng reklamo, kabilang ang mabilisang reklamo, sumangguni sa to **Seksyon K**.

Kung sasabihin namin sa iyong ihihinto o babawasan namin ang mga serbisyo o item na natatanggap mo na, posibleng maipagpatuloy mo 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 pagsagot 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.

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.

- Kumakalap 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 tugon namin **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela, o nang mas maaga kung kailangan ng iyong kalusugan ng mas mabilis na tugon.** Kung tanggihan namin ang mabilisang apela, bibigyan ka namin o ang iyong doktor, tagapagreseta, o kinatawan ng kumpirmasyong pasalita ng pagtatanggi.

- 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. Ipapaalam sa iyo ng IRO sa kasulatan kapag natanggap nito ang iyong apela. 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 kagamitan na karaniwang kino-cover ng Medi-Cal, ikaw mismo ay makakapaghain ng Antas 2 na Apela. May isinama kaming 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 kagamitan ng Medi-Cal.

- **Kung sasagot kami ng Oo sa bahagi o kabuuan 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 nang mas maaga kung kailangan ito ng iyong kalusugan.

- **Kung sumagot kami ng Hindi sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan**, ipapadala namin ang iyong apela sa IRO para sa Antas 2 na Apela.

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 gamot sa ilalim ng Medicare Part B drug 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 loob ng deadline, 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 kagamitan na karaniwang kino-cover ng Medi-Cal, ikaw mismo ay makakapaghain ng Antas 2 na Apela. May isinama kaming 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 kagamitan ng Medi-Cal.

Kung sasagot kami ng Oo sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan, dapat pahintulutan o ibigay namin ang coverage na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 30 araw pagkatapos naming matanggap ang iyong apela, o nang mas maaga kung kailangan ito ng iyong kalusugan at sa loob ng 72 oras mula sa petsa kung kailan namin binago ang aming desisyon, 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 gamot sa ilalim ng Medicare Part B.

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 ilan sa o 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 sa sulat na ipinadala na namin ang kaso mo sa IRO para sa Antas 2 na Apela.
- Kung ang problema mo ay tungkol sa coverage ng isang serbisyo o kagamitan ng Medi-Cal, ipapaalam sa iyo ng sulat kung paano ka mismo makakapaghain ng Antas 2 na Apela.

F4. Pagsasagawa ng Antas 2 na Apela

Kung sasagot kami ng **Hindi** sa isang bahagi o sa lahat ng hinihiling mo sa iyong Antas 2 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 kagamitan.

- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o kagamitan na karaniwang kino-cover 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 kino-cover ng **Medi-Cal** ikaw mismo ay makakapaghain ng Antas 2 na Apela. Sasabihin sa iyo ng sulat kung pano ito gagawin. May isinama kaming higit pang impormasyon sa dulong bahagi ng kabanatang ito.

- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na maaaring sagutin ng **Medicare at ng Medi-Cal** may cover, 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 magpatuloy sa panahon ng Antas 2. Sumangguni sa **Section 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 sinasagot 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 iyong problema 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 ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang kino-cover 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 tinatawag minsang **IRE.**

- Walang koneksyon ang organisasyong ito sa amin at hindi ito isang ahensya ng pamahalaan. Ang Medicare ang pumipili sa kumpanyang magiging IRO, at ang Medicare ang nangangasiwa sa 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.

- 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 nagkaroon ka ng mabilisang apela sa Antas 1, magkakaroon ka rin ng mabilisang 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 mabilisang apela sa Antas 1, magkakaroon ka rin ng mabilisang apela sa Antas 2.
- Kung ang kahilingan mo ay para sa isang medikal na item o serbisyo, dapat kang bigyan ng IRO ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 30 araw ng kalendaryo** pagkatapos matanggap ang iyong apela.
- Kung ang kahilingan mo ay para sa gamot sa ilalim ng Medicare Part B, dapat kang bigyan ng IRO ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 7 araw ng kalendaryo** pagkatapos matanggap ang iyong apela.

Kung bibigyan ka ng IRO ng sagot nila 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 kagamitan 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 **14 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 bahagi o kabuuan ng kahilingan para sa gamot sa Medicare Part B, dapat naming pahintulutan o ibigay ang gamot sa Bahagi B ng Medicare na pinagtatalunan:**
    - **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 bahagi o kabuuan ng iyong apela,** nangangahulugan itong sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan, (o ang bahagi ng iyong kahilingan) para sa coverage para sa medikal na pangangalaga. Tinawatag itong “pagsuporta sa desisyon” o “pagtanggi sa iyong apela.”
- Kung matutugunan ng iyong kaso ang mga kinakailangan, makakapili ka kung gusto mong isulong pa ang iyong apela.
- May tatlong karagdagang 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 tungkol sa kung paano ito gawin ay makikita sa nakasulat na abisong matatanggap mo pagkatapos ng iyong Antas 2 na Apela.

- Isang Hukom ng Batas na Pampangasiwaan (Administrative Law Judge, ALJ) o attorney adjudicator ang nangangasiwa sa Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o kagamitan na karaniwang kino-cover ng Medi-Cal

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.

(1) Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC)

Maaari kang maghain ng reklamo sa o mag-apply para sa isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (IMR) mula sa Help Center sa DMHC. Sa pamamagitan ng paghahain ng reklamo, susuriin ng DMHC ang aming desisyon. Magsasagawa ang DMHC ng sarili nilang imbestigasyon sa iyong reklamo o pagdedesisyunan nila kung kuwalipikado ang kaso para sa IMR. Maaaring available ang IMR para sa anumang kino-cover na serbisyo o item ng Medi-Cal na may katangiang medikal. Ang IMR ay isang pagsusuri ng iyong kaso na isinasagawa ng mga eksperto 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 hinihiling mo. Wala kang babayaran para sa isang IMR.

Puwede kang maghain ng reklamo o mag-apply para sa isang IMR kung ang aming plano ay:

- Tatanggihan, babaguhin, o aantalahin ang isang serbisyo o paggamot ng Medi-Cal dahil natukoy ng aming plano na hindi ito medikal na kinakailangan.

- Hindi sasagutin 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 procedure sa operasyon ay para sa pagpapaganda o reconstruction.

- Hindi magbabayad para sa mga serbisyong pang-emergency o agaran 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, kung kinakailangan ito para sa iyong kalusugan, para sa mabilis na apela.

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 ng IMR sa Help Center ng DMHC.

TANDAAN: Kung naghain ang iyong provider ng apela para sa iyo, pero hindi namin natanggap ang iyong form ng Pagtatalaga ng Kinatawan, kakailanganin mong ihain ulit ang iyong apela sa amin bago ka makapaghain para sa Antas 2 na IMR sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan maliban kung nauugnay ang apela mo sa napipinto at seryosong banta sa iyong kalusugan, kabilang ang, pero hindi limitado sa, matinding pananakit, posibleng pagkamatay, pagkawala ng kamay o paa, o pangunahing kakayahan ng katawan.

Maaari kang humiling ng IMR at Pagdinig ng Estado, pero hindi ka pinapayagang pumunta sa IMR kung naghain ka na ng patunay sa Pagdinig ng Estado o nagkaroon na ng Pagdinig ng Estado sa katumbas na isyu.

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 makapag-apply para sa isang IMR.

Kung ang problema mo ay agaran o may kaugnay na agaran at matinding banta sa iyong kalusugan o kung nakakaranas ka ng matinding pananakit, puwede mo itong ilapit na kaagad sa DMHC nang hindi na dumadaan muna sa aming proseso ng apela.

You must **mag-apply para sa isang IMR sa loob ng 6 na buwan** pagkatapos ka naming padalhan ng nakasulat na desisyon 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 kondisyong medikal na nakahadlang 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 maghain ng reklamo o humiling ng IMR

- Kumpletuhin ang Form para sa IMR/Reklamo na makukuha sa: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tumawag sa DMHC Help Center 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 dokumento tungkol sa serbisyo o kagamitanna tinanggihan namin. Mapapabilis nito ang proseso ng IMR. Ipadala ang mga kopya ng mga dokumento, huwag ang mga orihinal. Hindi na maibabalik ng Help Center 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 tumawag sa Help Center ng Department sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-688-9891.

- Isumite ang IMR/Complaint Form at anumang mga attachment sa DMHC online sa: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint

- Isumite sa pamamagitan ng koreo o fax:

  Center para sa Tulong
  Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan
  980 980th Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 1-916-255-5241

Sa loob ng 7 araw, susuriin ng DMHC ang iyong aplikasyon at padadalhan ka nila ng sulat ng pagkumpirma sa pagtanggap. Kung matutukoy ng DMHC na kwalipikado ang kaso para sa IMR, gagawa ng isang desisyon ng IMR sa loob ng 45 araw pagkatapos matanggap ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon.

Kung pang-agaran ang iyong kaso at kwalipikado ka para sa IMR, karaniwang gagawin ang desisyon ng IMR sa loob ng 7 araw pagkatapos matanggap ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon.

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. Kinakailangan ng iyong planong pangkalusugan na magkaroon ng mga kopya ng iyong mga medikal na rekord mula sa mga doktor na nasa network.

Kung mapagdedesisyunan 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. Dapat malutas 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.

(2) Pagdinig ng Estado

Maaari kang humingi ng isang Pagdinig ng Estado para sa mga serbisyo at kagamitan na kino-cover ng Medi-Cal. Kung hihiling ang iyong doktor o ibang provider ng isang serbisyo o kagamitan na hindi namin aaprubahan, o kung hindi namin patuloy na babayaran ang isang serbisyo o kagamitan 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 sa koreo ang abisong “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. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung magpapatuloy ang mga benepisyo sa Antas 2 na mga apela.

Maaari kang humiling ng isang Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng mga sumusnod na paraan:

- Online sa www.cdss.ca.gov.
- Sa pamamagitan ng telepono: Call 1-800-743-8525. Posibleng maging masyadong busy ang numerong ito. Maaari kang makatanggap ng mensahe na tumawag ulit sa ibang pagkakataon. Kung hindi ka nakakapagsalita o nakakarinig nang mabuti, pakitawagan ang TTY/TDD 1-800-952-8349.
- Sa pagsulat: Kumpletuhin ang pormularyo ng Pagdinig ng Estado o sumulat. Ipadala ito sa pamamagitan ng koreo o fax:
- Koreo: California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- Fax: (916) 309-3487 o sa libreng pagtawag sa 1-833-281-0903
- Maaari mong kumpletuhin ang “Paghiling sa Pagdinig ng Estado” sa likod ng abiso ng pagkilos. Tiyaking isama ang iyong pangalan, tirahan, numero ng telepono, numero ng Social Security at/o numero ng CIN at ang dahilan kung bakit gusto mo ng isang Pagdinig ng Estado. Kung mayroong tumutulong sa iyo sa paghiling ng isang Pagdinig ng Estado, ilagay ang kanilang pangalan, address at numero ng telepono sa form o sulat. Kung kailangan mo ng isang tagapagsalin, sabihin sa State Hearings Division kung anong wika ang iyong nais. Hindi mo kailangang magbayad para sa isang tagapagsalin. Bibigyan ka ng State Hearings Division nito. Kung mayroon kang kapansanan, maaari kang kuhaan ng Dibisyon ng Pagdinig ng Estado ng espesyal na akomodasyon na libre upang tulungan kang lumahok sa pagdinig. Mangyaring isama ang impormasyon tungkol sa iyong kapansanan at ang akomodasyon na kailangan mo.

Hindi mo kailangang magbayad para sa isang Pagdinig ng Estado o ng 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 napapasailalim sa proseso ng IMR ang mga desisyon sa benepisyo ng parmasya ng Medi-Cal Rx.

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 sa 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 Pagrepasong Medikal. Kung hindi ka 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 State Hearings Division ang kanilang desisyon sa iyo sa pamamagitan ng sulat at ipapaliwanag nila ang mga dahilan para rito.

- IfKung sasagot ang State Hearings Division ng **Oo** sa bahagi o kabuuan ng 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 State Hearings Division ng **Hindi** sa bahagi o kabuuan ng iyong apela, ibig sabihin nito, sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan (o ang bahagi ng iyong kahilingan) para sa coverage para sa medikal na pangangalaga. Tinawatag itong “pagsuporta sa desisyon” o “pagtanggi sa iyong apela.”

Kung ang desisyon ng IRO o Pagdinig ng Estado ay **Hindi** para sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan, may mga karagdagan kang karapatan sa pag-apela.

Kung dumaan na 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 nakakatugon sa isang partikular na minimum na halaga. Isang ALJ o attorney adjudicator ang nangangasiwa sa Antas 3 na Apela. **Ipapaliwanag sa sulat na makukuha mo mula sa IRO ang mga karagdagang karapatan sa apela na posibleng mayroon ka.**

Ilalarawan sa sulat na makukuha mo mula sa State Hearings Division ang susunod na opsyon sa apela.

Sumangguni sa **Seksyon J** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa pag-apela pagkatapos ng Antas 2.

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 covered na serbisyo o item Hindi mo kailanman kinakailangang bayaran ang balanse ng anumang bill. Ang tanging halagang dapat hilingin sa iyong bayaran ay ang pagbaahagi ng gastusing nakalarawan sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** (kung mawalan ka ng full-scope Medi-Cal) o sa **Kabanata 6** (para sa iyong gamot).

Kung makakatanggap ka ng bill na higit sa iyong copay para sa mga covered na serbisyo at item, ipadala sa amin ang bill. Huwag mong bayaran ang bill ng iyong sarili. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aayusin namin ang problema. Kung binayaran mo ang bill, maaari kang makatanggap ng refund mula sa aming plano kung sinunod mo ang mga tuntunin para sa pagkuha ng mga serbisyo o item.

Para sa karagdagang 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 sinunod mo ang lahat ng panuntunan para sa paggamit ng iyong coverage.

- Kung sakop ang serbisyo o item na binayaran mo at sinunod mo ang lahat ng panuntunan, ipapadala namin sa iyo ang aming bahagi sa gastos para sa serbisyo o item sa loob ng karaniwang 30 araw sa kalendaryo, ngunit hindi lalampas sa 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 sinunod ang lahat ng panuntunan, papadalhan ka namin ng sulat na nagsasabi sa iyong hindi namin babayaran ang serbisyo o item at ipapaliwanag namin kung bakit.

Kung hindi ka sang-ayon sa aming desisyong huwag magbayad, **maaari kang maghain ng apela**. Sundin ang proseso ng mga apela na 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 sasagot kami ng **Hindi** sa iyong apela at karaniwang kino-coverng **Medicare** ang serbisyo o item, ipapadala namin ang iyong kaso sa IRO. Papadalhan ka namin ng sulat kung mangyari 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 ang kasagutan sa iyon apela ay **Oo** ang isasagot sa iyong apela sa anumang yugto 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 “pagtanggi 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 karagdagang impormasyon tungkol sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung sasagot kami ng **Hindi** sa iyong apela at karaniwang kino-cover ng Medi-Cal ang serbisyo o item, maaari kang maghain mismo ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon.

G. Mga gamot sa Medicare Bahagi D

Ang iyong mga benepisyo bilang isang miyembro ng aming plano ay kinabibilangan ng coverage para sa maraming gamot. Karamihan sa mga ito ay nasa ilalim ng Medicare Part D. May ilang gamot na hindi covered ng Medicare Part D maaaring i-cover ng Medi-Cal. **Naaangkop lang ang seksyong ito sa mga apela sa gamot sa Medicare Part D.** Gagamitin namin ang salitang “gamot” sa natitirang bahagi ng seksyong ito sa halip na pagsasabi ng “gamot sa ilalim ng Medicare Part D” sa bawat pagkakataon.

Upang ma-cover, 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 karagdagang 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 Medicare Part D.

- Hiniling mo sa aming gumawa ng pagbubukod, kasama ang paghiling sa aming:
    - Sagutin ang isang gamot sa Bahagi D ng Medicare na wala sa aming *Listahan ng Gamot* o
    - Magpataw ng paghahadlang sa aming coverage para sa isang gamot (tulad ng mga limistasyon sa dami ng pwede mong kunin)
- Tatanungin mo sa amin kung covered ang isang gamot para sa iyo (gaya ng kapag nasa *Listahan ng Gamot* ngunit kailangan namin itong aprubahan para sa iyo bago namin ito sagutin)

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 Medicare Part D ay tinatawag na **“pagdedesisyon sa coverage.”**

- Hihilingin mo sa aming bayaran ang gamot na nabili mo na. Isa itong paghiling ng desisyon sa coverage tungkol sa bayad.

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?

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.	Nais mong sagutin 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.	Nais mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo para sa isang gamot na natanggap mo na at nabayaran na.	Sinabi namin sa iyong hindi namin sasagutin o babayaran ang gamot sa paraang gusto mo.
Maaari mong hilingin sa aming gumawa ng pagbubukod. (Isa itong uri ng desisyon sa coverage.) Magsimula sa **Seksyon G2**, at pagkatapos ay sumangguni sa **Seksyon G3 at G4**.	**Maaari kang humiling sa amin ng desisyon sa coverage.** Sumangguni sa **Seksyon G4**.	**Maaari mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo.** (Isa itong uri ng desisyon sa coverage.) Sumangguni sa **Seksyon G4**.	**Maaari kang maghain ng apela.** (Ibig sabihin nito, hinihiling mo sa aming magsaalang-alang ulit.) Sumangguni sa **Seksyon G5**.

G2. Mga pagbubukod sa Medicare Part D

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.

Ang paghiling ng coverage sa 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."**

Ang paghiling na magbayad ng mas mababang presyo para sa isang covered na hindi-prayoridad na gamot ay kung minsan ay tinatawag na paghingi ng **eksepsyon sa antas**.

Narito ang ilang halimbawa ng mga pagbubukod na maaari mong hilingin o ng iyong doktor o iba pang tagareseta na gawin namin:

1. Pagsakop sa isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*

- Kung sasang-ayon kaming gumawa ng pagbubukod at sasakupin namin ang isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*, babayaran mo ang copay na naaangkop sa lahat ng aming gamot.
- Hindi ka makakakuha ng pagbubukod sa kinakailangang halaga ng copay para sa gamot.

2. Pag-aalis ng paghihigpit para sa isang sakop na gamot

- May mga karagdagang 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 karagdagang impormasyon).
- Kasama sa mga dagdag na panuntunan at paghihigpit para sa ilang partikular na gamot ang:
    - Pangangailangang 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. Tinatawag ito minsang "paunang pahintulot (prior authorization, PA)".
    - Mga limitasyon sa dami. Para sa ilang gamot, may mga paghihigpit sa dami ng gamot na puwede mong makuha.
- Kung sasang-ayon kami sa isang pagbubukod para sa iyo at isasantabi namin ang isang paghihigpit, maaari kang humiling ng pagbubukod sa halaga ng copay na kailangan mong bayaran.

3. Pagbabago ng coverage ng isang gamot sa mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos. Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng Gamot* ay nasa isa sa anim na tier ng pagbabahagi sa gastos. Sa pangkalahatan, kapag mas mababa ang bilang ng tier ng pagbabahagi sa gastos, mas mababa rin ang halaga ng copay na kailangan mong bayaran.

- 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 para sa iyong kondisyong medikal ay nasa mas mababang antas ng pagbabahagi sa gastos kaysa sa gamot na iniinom mo, maaari mong hilingin sa amin na sakupin ito sa halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa alternatibong gamot. Ito ay magpapababa ng halaga ng iyong copay para sa gamot.
    - Kung ang gamot na iniinom mo ay isang biological na produkto, maaari mong hilingin sa amin na sagutin ito sa halaga ng bahagi sa gastos para sa pinakamababang antas para sa mga alternatibong biyolohikal na produkto para sa iyong kondisyon.
    - Kung ang gamot na iniinom mo ay isang brand name na gamot, maaari mong hilingin sa amin na sakupin ito sa halaga ng bahagi sa gastos para sa pinakamababang antas para sa mga alternatibong brand name para sa iyong kondisyon.
    - Kung ang gamot na iniinom mo ay isang generic na gamot, maaari mong hilingin sa amin na sakupin ito sa halaga ng bahagi sa gastos para sa pinakamababang antas para sa alinman sa brand o generic na mga alternatibo para sa iyong kondisyon.
- Hindi mo maaaring hilingin sa amin na baguhin ang antas ng bahagi sa gastos para sa anumang gamot sa Tier 5 (mga gamot na nasa espesyal na antas).
- Kung inaprubahan namin ang iyong kahilingan sa pagbubukod sa antas at mayroong higit sa isang mas mababang antas ng gastos sa mga alternatibong gamot na hindi mo maaaring inumin, karaniwan mong binabayaran ang pinakamababang halaga.

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 side effect o iba pang problema sa kalusugan **don’t** namin inaaprubahan sa pangkalahatan ang iyong kahilingan para sa pagbubukod. Kung hihiling ka sa amin ng eksepsyon sa antas,

hindi namin inaaprubahan sa pangkalahatan ang iyong kahilingan sa pagbubukod maliban na lang kung hindi magiging epektibo sa iyo ang lahat ng alternatibong gamot sa (mga) mas mababang tier ng pagbabahagi sa halaga o malamang na magdulot ang mga ito ng hindi kaaya-ayang reaksyon o iba pang pinsala.

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 nang 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 maghain ng apela. Sumangguni sa **Section G5** para sa impormasyon sa paghahain 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 sa 1-800-443-0815 (TTY 711), pagsulat, o pag-fax sa amin. Magagawa mo ito, ng iyong kinatawan, o ng iyong doktor (ong iba pang tagapagreseta). Mangyaring isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pag-contact, at impormasyon tungkol sa claim.

- Ikaw o ang iyong doktor (o iba pang tagapagreseta) o isang taong kumikilos sa ngalan mo ay maaaring humiling ng desisyon sa coverage. Maaari mo ring hilingin sa isang abugado na kumilos sa iyong ngalan.

- Sumangguni sa **Seksyon E3** upang malaman kung paano tutukoy ng 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 nais mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo para sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Member Handbook* 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 **mabilis na 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, susuriin namin ang iyong kahilingan sa panahon ng mabilisang desisyon sa coverage. Padadalhan ka namin ng sulat na naglalaman ng impormasyong ito.

- 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 magdedesisyon kaming hindi natutugunan ng iyong medikal na kondisyon ang mga kinakailangan para sa isang mabilisang desisyon sa coverage, ang mga karaniwang deadline ang gagamitin namin.
    - Padadalhan ka namin ng sulat na nagsasabi sa iyong gagamitin namin ang karaniwang deadline. Sasabihin din sa iyo sa sulat kung paano maghahain ng apela tungkol sa aming desisyon.
    - Maaari kang maghain ng mabilisang reklamo at makatanggap ng sagot sa loob ng 24 na oras. Para sa karagdagang impormasyon sa paghahain 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 karagdagang impormasyon tungkol sa isang Antas 2 na Apela

- Kung sasagot kami ng **Oo** sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan, ibibigay namin sa iyo ang coverage sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan o ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor.

- Kung sasagot kami ng **Hindi** sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan, padadalhan ka namin ng sulat na may mga nakapaloob na 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 bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan, ibibigay namin sa iyo ang coverage sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan o ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor para sa isang pagbubukod.

- Kung sasagot kami ng **Hindi** sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan, padadalhan ka namin ng sulat na may mga nakapaloob na dahilan. Sasabihin din sa iyo ng sulat kung paano ka makakapaghain 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 IRO.
- Kung sasagot kami ng **Oo** sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan, ibabalik namin ang ibinayad mo sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo.
- Kung sasagot kami ng **Hindi** sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan, padadalhan ka namin ng sulat na may mga nakapaloob na dahilan. Sasabihin din sa iyo ng sulat kung paano ka makakapaghain ng apela.

G5. Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela

> Ang apela sa aming plano tungkol sa isang desisyon sa coverage sa gamot sa Medicare Part D ay tinatawag na **"muling pagpapasya"** 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 (ong iba pang tagapagreseta). Magagawa mo ito, ng iyong kinatawan, o ng iyong doktor (o iba pang tagareseta).
- Dapat kang humiling ng apela **sa loob ng 65 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 ihain 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.

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 karagdagang 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.
- Sinusuri namin kung nasunod namin ang lahat ng 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

- Kapag ginamit 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 Antas 2 ng proseso ng mga apela.
- Kung sasagot kami ng **Oo** sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan, dapat naming ibigay ang coverage na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- Kung sasagot kami ng **Hindi** sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan, magpapadala kami sa iyo ng sulat na nagpapaliwanag sa mga dahilan at sasabihin namin sa iyo kung paano ka makakapaghain ng apela.

Mga deadline para sa mabilisang apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang mga karaniwang deadline, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng pitong 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 Antas 2 ng proseso ng mga apela.

Kung sasagot kami ng **Oo** sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan:

- Dapat naming **ibigay ang sakop** na sinang-ayunan naming ibigay nang mabilis ayon sa kinakailangan para sa iyong kalusugan, pero **hindi lalampas sa pitong 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 bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan:

- Magpapadala kami sa iyo ng sulat na magpapaliwanag sa mga dahilan at magsasabi sa iyo kung paano ka makakapaghain 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 na 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 Antas 2 ng proseso ng mga apela.
- Kung sasagot kami ng **Oo** sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan, dapat ka namin bayaran sa loob ng 30 na araw sa kalendaryo.
- Kung sasagot kami ng **Hindi** sa bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan, magpapadala kami sa iyo ng sulat na nagpapaliwanag sa mga dahilan at sasabihin namin sa iyo kung paano ka makakapaghain 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 maghain 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 tinatawag minsang **“IRE”**.

Para makapaghain ng Antas 2 na Apela, dapat ay makipag-ugnayan ka, ang iyong kinatawan, o ang iyong doktor o iba pang tagareseta sa IRO **sa pamamagitan ng pagsulat** 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 maghain 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 “case file”. **Mayroon kang karapatan sa libreng kopya ng file ng iyong kaso**. Kung kailangan mo ng tulong sa paghiling ng libreng kopya ng iyong case file, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-443-0815.

- 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 sasagot ito sa iyo sa pamamagitan ng kasulatan. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa IRO.

Mga deadline para sa mabilisang apela sa Antas 2

Kung kinakailangan ito para sa iyong kalusugan, humiling ng mabilisang 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 sasagot sila ng **Oo** sa bahagi o kabuuan 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 pitong 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 bahagi o kabuuan ng iyong kahilingan:

- Dapat naming ibigay ang inaprubahang coverage sa gamot **within 72 hours** after we get the IRO’s decision.

- 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 “pagtanggi 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 nakakatugon 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. Padadalhan ka ng IRO ng sulat na nagsasabi sa iyo ng minimum na halaga sa dolyar na kinakailangan para makapagpatuloy 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:
    - Magpapasya kung nais mong maghain 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 maghain ng Antas 3 na Apela.
- Isang ALJ o attorney adjudicator ang nangangasiwa sa mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

H. Paghiling sa amin na sagutin ang isang mas mahabang pagkakaospital

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 karagdagang impormasyon tungkol sa coverage sa ospital ng aming plano, sumangguni sa **Kabanata 4** ng *Member Handbook* na ito.

Sa panahon ng iyong covered na pagkakaospital, 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 pagpapalabas sa iyo sa ospital o nag-aalala ka tungkol sa iyong pangangalaga pagkalabas mo sa ospital, maaari kang humiling ng mas mahabang pagkakaospital. Sasabihin sa iyo ng seksyong ito kung paano humiling.

Sa kabila ng mga apelang tinalakay sa **Section H** na ito, puwede ka ring maghain ng reklamo sa DMHC at humiling sa kanila ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal para maipagpatuloy ang iyong pananatili sa ospital. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo sa DMHC at humiling 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. Pagtuklas ng 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.

IKung 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 dulo ng pahina. Maaari ka ring tumawag 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.

- **Basahin nang mabuti ang abiso** at magtanong kung hindi mo nauunawaan. 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 mo 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 para mayroon ka ng impormasyon kung sakaling kailanganin 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 dulo ng pahina
- Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Pagsasagawa ng Antas 1 na Apela

Upang hilingin sa aming sakupin ang iyong mga serbisyo ng ospital para sa inpatient nang mas mahabang panahon, maghain 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 Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ay isang grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng federal na pamahalaan. Sinusuri at tumutulong ang mga ekspertong ito na pahusayin ang kalidad para sa mga taong may Medicare Hindi sila bahagi ng aming plano.

Sa California, ang Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ay Commence Health. Tawagan sila sa 1-877-588-1123. Makikita rin ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa abisong “Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Iyong Mga Karapatan,” at sa **Kabanata 2**.

Tawagan ang Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) bago ka umalis ng ospital at nang hindi lalampas sa iyong nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital.

- **Kung tatawag ka bago ka umalis,** pwede kang manatili sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital nang hindi nagbabayad para rito habang hinihintay mo ang desisyon ng Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, 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.
- Dahil kino-cover ng parehong Medicare at Medi-Cal ang mga pananatili sa ospital, kung hindi pakikinggan ng Organisasyon para sa Pagpapahusay ng Kalidad ang iyong kahilingang ipagpatuloy ang iyong pananatili sa ospital, o naniniwala kang pang-agaran ang iyong sitwasyon, may kaugnay itong pang-agaran at seryosong panganib sa iyong kalusugan, o kung nakakaranas ka ng matinding pananakit, maaari ka ring maghain ng reklamo sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC) o humiling sa kanila ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal.

Humingi ng tulong kung kailangan mo nito. Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:

- Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa dulo ng pahina.
- Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222.

Humiling ng mabilisang pagsusuri. Kumilos kaagad at makipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) para humiling ng mabilisang pagsusuri sa iyong paglabas sa 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 Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) kung bakit sa palagay mo ay dapat magpatuloy ang coverage pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas sa 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. Isasaad din sa sulat ang mga dahilan kung bakit naniniwala ang iyong doktor, ang ospital, at kami na iyon ang nararapat na 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 sa Ospital."** Makakakuha ka ng sample sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina o sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.) Maaari ka ring sumangguni sa isang halimbawang paunawa online sa www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sa loob ng isang buong araw pagkatapos matanggap ang lahat ng impormasyong kailangan nito, ibibigay sa iyo ng Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ang kanilang sagot sa iyong apela.

Kung sasagot ang Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ng **Oo** sa iyong apela:

- Ibibigay namin ang iyong mga covered na serbisyo ng ospital para sa inpatient hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.

Kung sasagot ang Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ng **Hindi** sa iyong apela:

- Naniniwala silang medikal na naaangkop ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas ng ospital.
- Matatapos ang aming coverage para sa iyong mga serbisyo ng ospital para sa inpatient sa tanghaling tapat sa araw pagkatapos na ibigay sa iyo ng Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ang kanilang sagot sa iyong apela.
- Posibleng kailanganin mong bayaran ang buong gastos sa pangangalaga sa ospital na matatanggap mo sa hapon sa araw pagkatapos ibigay sa iyo ng Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ang kanilang sagot sa iyong apela.
- Puwede kang maghain ng Antas 2 na Apela kung tatanggihan ng Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, 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 Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, 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 na sumagot ang QIO ng **Hindi** to 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 Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, 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 Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ng **Oo** sa iyong apela:

- Dapat naming ibalik ang ibinayad mo para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital simula sa tanghaling tapat sa araw pagkatapos ng petsa kung kailan tinanggihan ng Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ang iyong Antas 1 na Apela.
- Ibibigay namin ang iyong mga covered na serbisyo ng ospital para sa inpatient hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.

Kung sasagot ang Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, 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 DMHC at humiling ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal.

Isang ALJ o attorney adjudicator ang nangangasiwa sa mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 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 skilled nursing facility, **at**
- pangangalagang 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 “Abiso ng Hindi Pag-cover ng Medicare.” Sasabihin sa iyo sa abiso ang petsa kung kailan namin ihihinto ang pagsakop sa iyong pangangalaga at kung paano iaapela 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.

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 naaangkop 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 karagdagang impormasyon tungkol sa mga reklamo.

- **Humingi ng tulong kung kailangan mo nito.** Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:

    - Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa dulo ng pahina.

    - Tawagan ang HICAP sa 1-800-434-0222.

- **Makipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO).**

    - Sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, 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 Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) kung medikal na naaangkop para sa amin na wakasan ang sakop ng iyong mga medikal na serbisyo.

Ang iyong deadline para sa pakikipag-ugnayan sa organisasyong ito

- Dapat kang makipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) para masimulan ang iyong apela bago ang tanghaling tapat ng araw bago ang petsa ng pagkakaroon ng bisa sa “Abiso ng Hindi Pag-cover ng Medicare” na ipinadala namin sa iyo

- Kung hindi pakikinggan ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang iyong kahilingang ipagpatuloy ang coverage ng iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o naniniwala kang pang-agaran ang iyong sitwasyon o may kaugnay itong pang-agaran at seryosong panganib sa iyong kalusugan o kung nakakaranas ka ng matinding pananakit, maaari kang maghain ng reklamo sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalaga ng California (DMHC) at humiling sa kanila ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo sa DMHC at humiling sa kanila ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal.

Ang legal na termino para sa nakasulat na abiso ay **“Abiso Tungkol sa Hindi Pag-cover 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). 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/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Ano ang nangyayari sa panahon ng mabilisang apela

- Tatanungin ka o ang iyong kinatawan ng mga tagasuri sa Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, 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 ospital at 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 Pag-cover”**.

- Ibibigay ng mga tagasuri ang kanilang desisyon sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nila.

Kung sasagot ang Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ng **Oo** sa iyong apela:

- Ibibigay namin ang iyong mga covered na serbisyo hangga't ang mga ito ay medikal na kinakailangan.

Kung sasagot ang Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, 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 magdedesisyon kang ipagpatuloy ang pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pangangalaga sa skilled nursing facility, o mga serbisyo ng CORF pagkatapos ng petsa kung kailan natapos ang iyong coverage
- Magpapasya ka kung gusto mong ipagpatuloy ang mga serbisyong 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 Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, 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 na sumagot ang Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ng Hindi sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari ka **lang** humiling ng pagsusuring ito kung ipagpapatuloy mo ang pangangalaga pagkatapos ng petsa na nagwakas ang iyong coverage para sa pangangalaga.

Gagawin ng mga tagasuri ng Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, 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 Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ng **Oo** sa iyong apela:

- Ibabalik namin ang ibinayad mo para sa bahagi namin sa mga gastusin sa pangangalagang natanggap 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 Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, 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.
- 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 attorney adjudicator ang nangangasiwa sa mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

J. Pagdadala ng iyong apela sa susunod na antas pagkatapos ng 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 makakapag-apela 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 iyong Antas 2 na Apela kung kanino makikipag-ugnayan at ano ang dapat gawin 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 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 magdedesisyon kaming **iapela** ang desisyon, magpapadala kami sa iyo ng kopya ng kahilingan sa Antas 4 na Apela na may kasamang anumang pansuportang dokumento. Maaaring hintayin namin ang desisyon sa Antas 4 bago namin pahintulutan o ibigay ang serbisyong pinagtatalunan.

- Kung magdedesisyon 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 nagsabi ang ALJ o attorney adjudicator ng **Hindi** sa iyong apela, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung **tatanggapin** mo ang desisyong ito na tanggihan ang iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.

- Kung **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 para sa Mga Apela sa Medicare (Konseho) ang iyong apela at bibigyan ka nila ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng federal na pamahalaan.

Kung nagsabi 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 magdedesisyon kaming **iapela** ang desisyon, sasabihin namin ito sa iyo sa sulat.

- Kung magdedesisyon 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 nagsabi ang Konseho ng **Hindi** o tinanggihan nila ang aming kahilingan sa pagsusuri, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung **tatanggapin** mo ang desisyong ito na tanggihan ang 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 magdedesisyon siya ng **Oo** o **Hindi.** Ito na ang kahuli-hulihang desisyon. Wala nang iba pang antas ng apela pagkatapos ng Federal 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 kino-cover ng Medi-Cal. Sasabihin sa iyo sa sulat na matatanggap mo mula sa State Hearings Division 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 Medicare Part D

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 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 nagsabi 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 nagsabi ang ALJ o attorney adjudicator ng **Hindi** sa iyong apela, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung **tatanggapin** mo ang desisyong ito na tanggihan ang iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung **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 para sa Mga Apela sa Medicare (Konseho) ang iyong apela at bibigyan ka nila ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng federal na pamahalaan.

Kung sasagot 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 sasabihin ng Konseho ang **Hindi** sa iyong apela o kung tatanggihan ng Konseho ang kahilingan sa pagsusuri, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.

- Kung **tatanggapin** mo ang desisyong ito na tanggihan ang 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 Federal na Korte ng Distrito ang iyong apela at ang lahat ng impormasyon at magdedesisyon siya ng **Oo** o **Hindi.** Ito na ang kahuli-hulihang desisyon. Wala nang iba pang antas ng apela pagkatapos ng Federal na Korte ng Distrito.

K. Paano maghain ng reklamo

K1. Anong mga uri 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 tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mga tagal ng paghihintay, koordinasyon ng pangangalaga, at serbisyong pangkliyente. Heto ang mga halimbawa ng mga klase ng problemang pinangangasiwaan sa pamamagitan ng proseso ng reklamo.

Reklamo	Halimbawa:
Kalidad ng iyong medikal na pangangalaga	• Hindi ka nasasapatan sa kalidad ng pangangalaga, gaya ng pangangalagang natanggap mo sa ospital
Paggalang sa iyong pagkapribado	• Sa palagay mo, may isang taong hindi gumalang sa iyong karapatan sa privacy o may nagbahagi ng kompidensyal na impormasyon tungkol sa iyo.

Reklamo	Halimbawa:
Kawalan ng galang, hindi maayos na serbisyo sa customer, o iba pang negatibong pag-uugali	• 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 inaalis ka sa aming plano.
Tulong sa accessibility at wika	• 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.
Tagal sa oras ng paghihintay	• 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	• Sa palagay mo ay marumi ang klinika, ospital o tanggapan ng doktor.
Impormasyon na matatanggap mo mula sa amin	• 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.

Reklamo	Halimbawa:
Pagiging nasa oras na kaugnay ng mga desisyon o apela sa coverage	• 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.

May iba't ibang uri ng mga reklamo. Maaari kang magsagawa ng panloob o internal na reklamo at/o panlabas 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 external 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 maghain ng internal na reklamo, tumawag sa Member Services sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Pwede kang maghain ng reklamo sa anumang oras maliban na lang kung tungkol ito sa gamot sa Medicare Part D. Kung ang reklamo ay tungkol sa isang gamot sa Medicare Part D, 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 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 para sa kondisyon ng kalusugan mo na sumagot kami kaagad, gagawin namin 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 maghahain ka ng reklamo dahil gumugol kami ng karagdagang oras upang gawin ang isang desisyon sa coverage o apela, awtomatiko ka naming bibigyan ng “mabilisang reklamo” at tutugon kami sa iyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

Kung hindi kami sumasang-ayon sa bahagi o kabuuan 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 Pagrereklamo ng Medicare sa: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hindi mo kailangang maghain ng reklamo sa Kaiser Permanente Dual Complete na plano bago maghain ng reklamo sa Medicare.

Sineseryoso ng Medicare ang iyong mga reklamo at gagamitin 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, pwede ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa: 1-877-486-2048 Libre ang pagtawag.

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. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 711. Tumawag mula Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8 a.m. hanggang 5 p.m.

Maaari kang maghain ng reklamo sa Departamento ng Pinapamahalaang 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 pang-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 pang-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 TDD, 1-877-688-9891. Libre ang pagtawag.
- Bisitahin ang website ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng Departamento (www.dmhc.ca.gov).

Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights, OCR)

Pwede kang maghain ng reklamo sa OCR ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao (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. Maaari kang bumisita sa www.hhs.gov/ocr para sa karagdagang impormasyon.

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

Center ng Pagtugon sa mga Customer: 1-800-368-1019
FAX: 1-202-619-3818
TDD: 1-800-537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

Maaaring ding meron kang mga karapatan 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:

- Pwede kang direktang maghain ng iyong reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO).
- Puwede kang maghain ng iyong reklamo sa Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) at sa aming plano. Kung maghahain ka ng reklamo sa Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO), makikipagtulungan kami sa kanila para malutas ang iyong reklamo.

Ang Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, 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 Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO), sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sa California, ang Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ay tinatawag na Commence Health. Ang numero ng telepono para sa Commence Health ay 1-877-588-1123.

Kabanata 10: Pagbabago o pagwawakas ng iyong membership sa aming plano

Panimula

Ipinapaliwanag sa kabanatang ito kung paano mo mawawakasan ang iyong membership sa aming plano at ang 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 pwedeng wakasan ang iyong membership sa aming plano 332

B. Paano wakasan ang iyong membership sa aming plano.....333

C. Paano makakakuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay.....334

C1. Ang iyong mga serbisyo ng Medicare 334

C2. Ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal.....339

D. Ang iyong mga medikal na item, serbisyo at gamot hanggang sa matapos ang iyong membership sa aming plano.....339

E. Iba pang sitwasyon kapag nagwakas na ang iyong membership sa aming plano 339

F. Mga panuntunan laban sa pagpapaalis sa iyo sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa kalusugan 341

G. Ang iyong karapatang maghain ng reklamo kung winakasan namin ang iyong membership sa aming plano.....341

H. Paano makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng iyong membership sa plano 341

A. Kailan mo pwedeng 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, mayroon kang ilang mga pagpipilian upang tapusin ang iyong membership sa aming plano anumang buwan ng taon.

Bukod pa rito, maaari mong wakasan ang iyong membership sa aming plano sa mga sumusunod na panahon bawat taon:

- Ang **Open Enrollment Period**, na mula ika-15 ng Oktubre hanggang ika-7 ng Disyembre. 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 ika-1 ng Enero.

- Ang **Medicare Advantage (MA) Open Enrollment Period**, mula ika-1 ng Enero hanggang ika-31 ng Marso at para rin sa mga bagong benepisyaryo ng Medicare na naka-enroll sa isang plano, mula sa buwan ng pagiging karapat-dapat sa Bahagi A at Bahagi B hanggang sa huling araw ng ikatlong buwan ng pagiging karapat-dapat. 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 pagpapa-enroll. Halimbawa, tuwing:

- aalis ka sa aming pinaglilingkurang lugar

- nagbago ang iyong pagiging kwalipikado para sa Medi-Cal o Karagdagang Tulong (Extra Help), **o**

- kung ikaw ay kamakailang lumipat sa, kasalukuyang nakakatanggap ng pangangalaga sa, o kamakailang lumabas ng pasilidad ng pag-aalaga o ospital para sa pangmatagalang pangangalaga

Magwawakas ang iyong pagiging miyembro 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 ika-18 ng Enero, magwawakas ang iyong coverage sa aming plano sa ika-31 ng Enero. Kung mag-enroll ka sa ibang plano, magsisimula ang iyong bagong coverage sa unang araw ng susunod na buwan (sa ika-1 ng Pebrero 1 sa halimbawang ito).

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 dulo ng pahinang ito. Nakalista rin ang numero para sa mga gumagamit ng TTY.

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagsulong sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m., Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bisitahin ang https://www.aging.ca.gov/HICAP.
- Health Care Options sa 1-800-430-4263, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 6 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 a.m. hanggang 5 p.m. o mag-email sa MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

TANDAAN: Kung ikaw ay nasa isang programa sa pamamahala ng gamot (DMP), maaaring 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 wakasan ang iyong membership sa aming plano

Kung magdedesisyon kang wakasan 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 gamot ng Medicare, dapat mong hilingin na maalis sa pagkaka-enroll mula sa aming plano. Mayroong dalawang paraan kung paano ka makakahiling na maalis sa pagkaka-enroll:

- 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.
- Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY (mga taong nahihirapang makarinig o magsalita) ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kapag tumawag ka sa 1-800-MEDICARE, maaari ka ring magpatala sa ibang 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 C1**.
- Tumawag sa Health Care Options sa 1-800-430-4263, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 6 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 mag-enroll 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 anumang buwan ng taon. Mayroon kang karagdagang opsyon na nakalista sa ibaba sa panahon ng ilang partikular na panahon ng taon kabilang ang **Open Enrollment Period** at anh **Medicare Advantage Open Enrollment Period** o iba pang sitwasyong inilalarawan sa **Seksyon A**. Sa pamamagitan ng pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko mong winawakasan ang iyong membership sa aming plano.

1. Maaari kang lumipat sa: **A Ang Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) ay isang uri ng Medicare Advantage plan. Para ito sa mga taong parehong may Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa isang plano. Pinag-uugnay ng Medi-Medi Plans ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa parehong programa, kabilang ang lahat ng sakop na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal o isang Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) plan, kung kwalipikado ka.** **Tandaan:** Ang terminong Medi-Medi Plan ay ang pangalan ng mga pinagsamang dual eligible special needs plan (D-SNP) sa California	**Heto ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa-877-486-2048. Para sa mga katanungan ukol sa Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan mo ng tulong o karagdagang impormasyon: • Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagsulong sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m., dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bisitahin ang https://www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Mag-enroll sa bagong Medi-Medi Plan. Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala sa aming plano ng Medicare kapag nagsimula na ang coverage ng iyong bagong plano. Magbabago ang iyong Medi-Cal plan upang tumugma sa iyong Medi-Medi Plan.

2. Maaari kang lumipat sa: **Original Medicare na may hiwalay na plano sa gamot ng Medicare at Medi-Cal Plan.**	**Heto ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa-877-486-2048. Kung kailangan mo ng tulong o karagdagang impormasyon: • Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagsulong sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m., dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Mag-enroll sa bagong Medi-Medi Plan. Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala sa aming plano ng Medicare kapag nagsimula na ang coverage ng iyong bagong plano. Mananatili kang naka-enroll sa iyong Medi-Cal Plan maliban kung pipili ka ng ibang plano.

3. Maaari kang lumipat sa: **Original Medicare na walang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, kung meron kang wastong dahilan para maalis sa talaan.** **TANDAAN:** Kung lilipat ka sa Original Medicare at hindi ka magpapatala sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, maaari kang ipatala ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung sasabihin mo sa Medicare na hindi mo nais sumali. Dapat lang mong bitawan ang coverage sa gamot kung mayroon kang coverage sa gamot mula sa ibang mapagkukunan, gaya ng employer o union. 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 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bumisita sa www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Heto ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa-877-486-2048. Kung kailangan mo ng tulong o karagdagang impormasyon: • Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagsulong sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m., dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bumisita sa www.aging.ca.gov/HICAP/. Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala sa aming plano ng Medicare kapag nagsimula na ang coverage ng iyong bagong plano. Mananatili kang naka-enroll sa iyong Medi-Cal Plan maliban kung pipili ka ng ibang plano.

4. Maaari kang lumipat sa: **Anumang planong pangkalusugan ng Medicare** sa panahon ng ilang partikular na kapanahunan ng taon kabilang ang **Open Enrollment Period** at ang **Medicare Advantage Open Enrollment Period** o iba pang sitwasyong inilalarawan sa **Seksyon A**.	**Heto ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa-877-486-2048. Para sa mga katanungan ukol sa Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan mo ng tulong o karagdagang impormasyon: • Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagsulong sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m., dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bumisita sa www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Mag-enroll sa bagong Medi-Medi Plan. Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala sa aming plano ng Medicare kapag nagsimula na ang coverage ng iyong bagong plano. Maaaring magbago ang iyong Plano ng Medi-Cal.

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 a.m. hanggang 6 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077. Or bisitahin ang www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. 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.

D. Ang iyong mga medikal na item, serbisyo at gamot hanggang sa matapos ang iyong membership 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 gamot at pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng aming plano hanggang sa magsimula ang iyong bagong plano.

- Gamitin ang aming mga provider na nasa network sa pagtanggap 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 mapunan ang iyong mga reseta.
- Kung naospital ka sa araw na nagwakas ang iyong membership sa Kaiser Permanente Dual Complete, sasakupin ng aming plano ang iyong pananatili sa ospital hanggang makalabas ka. Mangyayari ito kahit na magsimula ang iyong bagong coverage sa kalusugan bago ka lumabas sa ospital.

E. 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 Medicare Part A at Medicare Part B.
- Kung hindi ka na kwalipikado sa Medi-Cal. Ang aming plano ay para sa mga taong kwalipikado para sa parehong Medicare at Medi-Cal. Tandaan: Kung hindi ka na kwalipikado para sa buong benepisyo na Medi-Cal, maaari kang pansamantalang magpatuloy sa aming plano sa mga benepisyo ng Medicare, pakitingnan ang impormasyon sa ibaba sa deeming period. Kung hindi ka na kwalipikado para sa buong benepisyo na Medi-Cal, sasabihin namin sa iyo sa pamamagitan ng sulat na mayroon kang apat na buwang palugit na panahon para maging kwalipikado ulit sa Medi-Cal bago mo kailanganing umalis sa Kaiser Permanente Dual Complete plan. Bago ang pagwawakas ng iyong pagpapa-enroll sa Kaiser Permanente Dual Complete plan, makikipag-ugnayan kami sa iyo para bigyan ka ng pagkakataong magpa-enroll sa isa sa aming mga plano ng Medicare 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 Kaiser Permanente Dual Complete.

- Kung aalis ka sa aming pinaglilingkurang lugar.
- Kung wala ka sa aming pinaglilingkurang lugar sa loob ng mahigit anim na buwan.
    - Kung lilipat ka o bibiyahe ka sa malayong lugar, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang alamin kung kasama sa pinaglilingkurang 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 gamot.
- Kung hindi ka mamamayan ng Estados Unidos o hindi legal ang pananatili mo sa Estados Unidos.
    - Dapat kang mamamayan ng Estados Unidos o legal ang pananatili mo sa Estados Unidos upang maging miyembro ng aming plano.
    - Aabisuhan kami ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) kung hindi ka kwalipikadong manatiling miyembro batay rito.
    - Dapat ka naming alisin sa pagkakatala kung hindi mo natutugunan ang kinakailangang ito.

Kung mawawalan ka ng iyong pagiging kwalipikado sa Medi-Cal ngunit maaaring asahan na mababawi mo ito sa loob ng apat na buwan, patuloy naming ibibigay ang lahat ng benepisyo ng Medicare na kino-cover ng Kaiser Permanente Dual Complete. Kapag natapos na ang iyong coverage ng Medi-Cal, hindi namin babayaran ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal. Magbabago ang iyong pagbabahagi sa gastos para sa mga benepisyong sakop ng Kaiser Permanente Dual Complete gaya ng inilalarawan sa Chart ng Mga Benepisyo sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Maaari ka ring mawalan ng Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare upang tumulong sa pagbabayad ng iyong mga gamot sa Medicare Part D.

Kung maibabalik ang iyong pagiging kwalipikado para sa Medi-Cal habang naka-enroll ka pa rin sa amin para sa iyong Medicare coverage, ipagpapatuloy namin ang pagbabayad para sa iyong mga benepisyo sa Medi-Cal at mananatili ang iyong enrollment sa amin. Kung hindi mo makuha muli ang Medi-Cal sa loob ng apat na buwan, matatanggal ka sa talaan ng Kaiser Permanente Dual Complete. Kung magiging kwalipikado kang muli sa Medi-Cal matapos kang alisin sa pagkaka-enroll, kakailanganin mong makipag-ugnayan sa amin upang muling mag-enroll sa plano.

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 nagpa-enroll ka sa aming plano at nakakaapekto ang impormasyong iyon sa iyong pagiging kwalipikado sa aming plano.
- Kung patuloy kang kikilos sa paraang nakakaabala at pinahihirapan mo kaming makapagbigay ng medikal na pangangalaga para sa iyo at sa 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.)

F. Mga panuntunan laban sa pagpapaalis sa iyo sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa kalusugan

Hindi ka namin maaaring paalisin sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa iyong kalusugan. Kung sa palagay mo ay pinaaalis ka namin sa aming plano para sa dahilang nauugnay sa kalusugan, **tumawag sa Medicare** at 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

G. 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 makapagrereklamo 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 kung paano maghain ng reklamo.

H. 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 dulo ng pahinang ito.

Kabanata 11: Mga legal na abiso

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang mga legal na abisong naaangkop sa iyong membership sa aming plano. Makikita ang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata *nitong Handbook ng Miyembro*.

Kabanata 11 Talaan ng Mga Nilalaman

A. Abiso tungkol sa mga batas 344

B. Federal na abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina 344

C. Paunawa tungkol sa hindi pandidiskrimina para sa Medi-Cal 344

D. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang tagapagbayad at Medi-Cal bilang tagapagbayad ng huling pagkakataon 346

E. Abiso tungkol sa pagbawi ng Medi-Cal mula sa ari-arian ng namatay 346

F. Pangangasiwa sa *Handbook ng Miyembro* na ito 346

G. Mga aplikasyon at mga pahayag 346

H. Pagtatalaga 347

I. Mga Bayarin at gastusin para sa abogado at kinatawan 347

J. Koordinasyon ng mga benepisyo 347

K. Pananagutan ng employer 347

L. Pagbubuklod ng *Handbook ng Miyembro* sa mga miyembro 348

M. Pananagutan ng ahensiya ng gobyerno 348

N. Kawalan ng pananagutan ng miyembro 348

O. Walang waiver 348

P. Mga Abiso 348

Q. Pagbawi ng labis na naibayad 348

R. Pananagutan ng ikatlong partido 349

S. U.S. Department of Veterans Affairs 350

T. Mga benepisyo sa ilalim ng workers' compensation o pananagutan ng employer 350

U. Surrogacy.....350

V. Nagbibigkis na arbitrasyon.....351

A. Abiso tungkol sa mga batas

Maraming batas ang naaangkop 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 naaangkop ay ang mga pederal at pang-estadong batas tungkol sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Maaari ring naaangkop din ang iba pang federal at pang-estadong batas.

B. Federal na abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina

Hindi kami nandidiskrimina nang dahil sa lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, kasarian, edad, kapansanan sa isip o pisikal na kapansanan, kalagayan ng kalusugan, karanasan sa mga paghahabol, medikal na kasaysayan, impormasyon ng genes, katibayan ng pagkakaroon ng insurance, o heograpikong lokasyon sa loob ng pinaglilingkurang lugar. Ang lahat ng organisasyon na nagbibigay ng mga plano ng Medicare Advantage, tulad ng aming plano, ay dapat sumunod sa mga pederal na batas laban sa diskriminasyon, kabilang ang Title VI ng Civil Rights Act of 1964, ang Rehabilitation Act of 1973, ang Age Discrimination Act of 1975, ang Americans with Disabilities Act, Section 1557 ng Batas para sa Abot-kayang Pangangalagang Pangkalusugan, lahat ng iba pang batas na naaangkop sa mga organisasyon na tumatanggap ng pondo mula sa pederal na pamahalaan, at anupamang batas at panuntunan na naaangkop para sa anumang dahilan.

Kung nais mo ng karagdagang impormasyon o mayroon kang mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon 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 hhs.gov/ocr/index.html para sa karagdagang impormasyon

C. Paunawa tungkol sa hindi pandidiskrimina para sa Medi-Cal

Hindi kami nandidiskrimina o nagbibigay ng ibang pakikitungo sa iyo dahil sa iyong lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, kasarian, edad, kapansanan sa isip o pisikal na kapansanan, kalagayan ng kalusugan, karanasan sa mga paghahabol, medikal na kasaysayan, impormasyon ng genes, katibayan ng pagkakaroon ng insurance, o heograpikong lokasyon sa loob ng pinaglilingkurang lugar. Bukod pa 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 nais mo ng karagdagang impormasyon o mayroon kang mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na pagtrato:

- Tumawag sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao sa 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 karaingan sa diskriminasyon, makipag-ugnayan sa:

- 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 makikita sa isang pasilidad ng plano (pumunta sa iyong *Direktoryo ng Provider at Parmasya* o kp.org/facilities para sa mga address).
- Gamitin ang online form sa aming website sa kp.org.
- Maaari ka ring makipag-ugnayan nang direkta sa mga Coordinator 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

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 916-440-7370. Kung hindi ka maayos na nakakapagsalita 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

  Matatagpuan ang form sa pagrereklamo forms 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.

D. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang tagapagbayad at Medi-Cal bilang tagapagbayad ng huling pagkakataon

Kung minsan, dapat merong 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 federal 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 tagapagbayad.

Dapat gamitin ng mga miyembro ng Medi-Cal ang lahat ng iba pang coverage sa kalusugan (OHC) bago ang Medi-Cal kapag available ang parehong serbisyo sa ilalim ng iyong coverage sa kalusugan dahil ang Medi-Cal ang tagapagbayad sa huling pagkakataon. Nangangahulugan ito na sa karamihan ng mga kaso, ang Medi-Cal ang magiging pangalawang tagapagbayad sa Medicare OHC, na sumasakop sa mga pinahihintulutang gastos na hindi binabayaran ng aming plano o iba pang OHC hanggang sa rate ng Medi-Cal.

E. Abiso tungkol sa pagbawi ng Medi-Cal mula sa ari-arian ng namatay

Ang programa ng Medi-Cal ay dapat humingi ng pagbabayad mula sa mga probated estate ng ilang partikular na 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 mga premium/capitation ng pinapamahalaang pangangalaga para sa mga serbisyo ng pasilidad ng pag-aalaga, serbisyo sa bahay at sa komunidad, at nauugnay na serbisyo sa ospital at inireresetang gamot na natanggap noong inpatient ang miyembro sa isang pasilidad ng pag-aalaga o tumatanggap siya ng mga serbisyo sa bahay at 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 mula sa ari-arian ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan sa **dhcs.ca.gov** o tumawag sa 916-650-0590.

F. Pangangasiwa sa *Handbook ng Miyembro* na ito

Maaari kaming magpatupad ng mga makatwirang patakaran, pamamaraan, at interpretasyon upang matiyak ang maayos at episyenteng pangangasiwa ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

G. Mga aplikasyon at mga pahayag

Maaari kaming magpatupad ng mga makatwirang patakaran, pamamaraan, at interpretasyon upang matiyak ang maayos at episyenteng pangangasiwa ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

H. Pagtatalaga

Hindi mo maaaring italaga o ilipat sa iba ang *Handbook ng Miyembro* na ito o ang alinman sa mga karapatan, interes, paghahabol para sa salaping dapat bayaran, mga benepisyo, o mga obligasyong nakapaloob dito nang walang aming paunang pahintulot sa kasulatan.

I. Mga Bayarin at gastusin para sa abogado at kinatawan

Sa anumang hindi pagkakaunawaan sa pagitan ng isang miyembro at ng Health Plan, Medical Group, o Kaiser Foundation Hospitals, ang bawat partido ay sasagot sa sarili nitong mga bayarin at gastusin, kabilang ang mga bayarin sa abogado, mga bayarin ng kinatawan, at iba pang mga gastusin, maliban kung may ibang itinatadhana ang batas.

J. Koordinasyon ng mga benepisyo

Kung mayroon kang iba pang segurong pangkalusugan, kinakailangan mong gamitin ang iba mong sakop ng benepisyo kasabay ng iyong sakop bilang miyembro ng Kaiser Permanente Dual Complete Plan upang mabayaran ang pangangalagang pangkalusugan na iyong natatanggap. Ito ay tinatawag na “koordinasyon ng mga benepisyo” sapagka’t pinagsasama at inaayos nito ang lahat ng mga benepisyong pangkalusugan na maaari mong matanggap. Patuloy mong matatanggap ang iyong mga sakop na serbisyo mula sa mga network provider gaya ng dati, at ang iyong iba pang covereage ng benepisyo ay tutulong lamang sa pagbabayad ng pangangalagang iyong natanggap.

Kung ang iyong iba pang coverage ng benepisyo ang pangunahing tagapagbayad, kadalasan ay direktang ibinabayad nito sa amin ang bahagi nito, kaya hindi mo na kailangang makibahagi sa prosesong iyon. Gayunman, kung ang bayad na dapat matanggap namin mula sa pangunahing nagbabayad ay direktang ipinadala sa iyo, inaatasan ka ng batas ng Medicare na ibigay sa amin ang naturang pangunahing bayad. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga pangunahing bayad sa mga sitwasyong may pananagutan ang ikatlong partido, tingnan ang **Seksyon S** sa kabanatang ito,at para sa mga pangunahing pagbayad sa mga kaso kaugnay ng workers’ compensation, tingnan ang **Seksyon U** ng kabanatang ito.

Dapat mong ipaalam sa amin kung mayroon kang iba pang coverage ng pangangalagang pangkalusugan, at ipabatid sa amin kaagad ang anumang pagbabago sa iyong karagdagang sakop ng benepisyo.

K. Pananagutan ng employer

Para sa anumang mga serbisyo na iniaatas ng batas na ibigay ng isang employer, hindi kami magbabayad sa employer. Kung masasakop namin ang alinman sa mga naturang serbisyo, maaari naming bawiin mula sa employer ang halaga ng mga serbisyong iyon.

L. Pagbubuklod ng *Handbook ng Miyembro* sa mga miyembro

Sa pagpili ng sakop ng benepisyo o pagtanggap ng mga benepisyo sa ilalim ng *Handbook ng Miyembro* na ito, ang lahat ng miyembrong may legal na kakayahang pumasok sa isang kontrata, gayundin ang mga legal na kinatawan ng lahat ng miyembrong walang legal na kakayahang makipagkontrata, ay sumasang-ayon sa lahat ng probisyon ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

M. Pananagutan ng ahensiya ng gobyerno

Para sa anumang mga serbisyo na iniaatas ng batas na dapat lamang ibigay ng o tanggapin lamang mula sa isang ahensiya ng gobyerno, hindi kami magbabayad sa naturang ahensiya ng gobyrno. Kung masasakop namin ang alinman sa mga naturang serbisyo, maaari naming bawiin mula sa ahensiya ng gobyerno ang halaga ng mga serbisyong iyon.

N. Kawalan ng pananagutan ng miyembro

Nakasaad sa aming mga kontrata sa mga network provider na hindi ka mananagot sa anumang halagang kami ang may obligasyong bayaran. Gayunpaman, ikaw ang mananagot sa halaga ng mga hindi covered na serbisyo na natanggap mo mula sa mga network provider o sa mga provider na wala sa network.

O. Walang waiver

Ang hindi namin pagpapatupad ng alinmang probisyon ng *Handbook ng Miyembro* na ito ay hindi nangangahulugan ng pagwawaksi (waiver) sa naturang probisyon o sa alinmang iba pang probisyon, at hindi rin nito nililimitahan ang aming karapatang sa kalaunan ay hilingin ang iyong mahigpit na pagsunod sa alinmang probisyon nito.

P. Mga Abiso

Ang aming mga abiso sa iyo ay ipapadala sa pinakahuling address na nasa aming talaan. Ikaw ang may pananagutang ipaalam sa amin ang anumang pagbabago sa iyong address. Kung lilipat ka ng tirahan, mangyaring tawagan ang Member Services (ang mga numero ng telepono ay nakalimbag sa likod ng booklet na ito) at ang Social Security sa 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778) sa lalong madaling panahon upang ipaalam ang pagbabago ng iyong address.

Q. Pagbawi ng labis na naibayad

Maaari naming bawiin ang anumang labis na bayad (overpayment) na naibayad namin para sa mga serbisyo mula sa sinumang nakatanggap ng naturang labis na bayad o mula sa sinumang tao o organisasyong may obligasyong magbayad para sa mga naturang serbisyo.

R. Pananagutan ng ikatlong partido

Ang mga ikatlong partido na magdudulot sa iyo ng pinsala o sakit (at/o ang kanilang mga kumpanya ng insurance) ay karaniwang dapat maunang magbayad bago ang Medicare o ang aming plano. Kaya, may karapatan kaming ituloy ang mga pangunahing pagbabayad na ito. Kung makakakuha ka ng hatol o settlement mula sa o sa ngalan ng ikatlong partido na sinasabing nagdulot ng pinsala o sakit na dahilan kung bakit ka nakatanggap ng mga sakop na serbisyo, dapat mong tiyaking makakatanggap kami ng bayad para sa mga serbisyong iyon.

Tandaan: Ang seksyon na “Pananagutan ng ikatlong partido” na ito ay hindi makakaapekto sa iyong obligasyon na bayaran ang hati sa gastos para sa mga serbisyong ito.

Sa lawak na pinahihintulutan o hinihiling ng batas, dapat may humalili sa amin sa lahat ng claim, paghahabla, at iba pang karapatan na maaaring mayroon ka laban sa ikatlong partido o insurer, programa ng pamahalaan, o iba pang pagmumulan ng coverage para sa mga idinulot na pinsala sa pera, bayad, o bayad-pinsala dahil sa pinsala o sakit na sinasabing dulot ng ikatlong partido. May hahalili sa amin sa oras na ipapadala namin sa koreo o ihahatid ang nakasulat na abiso ng aming paggamit ng opsyong ito sa iyo o sa abogado mo.

Para ma-secure ang aming mga karapatan, magkakaroon kami ng prenda at mga karapatang mabayaran ng halagang igagawad ng hukuman o settlement na makukuha mo o namin laban sa ikatlong partido na magreresulta sa anumang bayad bilang settlement o mula sa hukuman, mula sa iba pang mga uri ng coverage na kinabibilangan ng ngunit hindi limitado sa: pananagutan, hindi naka-insured na motorista, motorista na walang sapat na insurance, dagdag na pagbabayad sa pananagutan (personal umbrella), bayad-pinsala sa mga manggagawa, personal na pinsala, mga pangmedikal na bayad at lahat ng iba pang uri ng unang partido. Ang bayad na igagawad ng hukuman o settlement na makukuha mo o namin ay dapat munang gamitin para matugunan ang aming prenda, ikaw man ay binayaran nang buo at ang kabuuang halaga man ng gawad ay mas mababa sa aktwal na nawala at mga pinsalang natamo mo. Hindi kami kailangang magbayad ng mga fee ng abogado o mga gastos sa sinumang abogadong kinuha mo para ituloy ang iyong claim para sa mga pinsala. Kung babayaran mo kami nang hindi nangangailangan ng paghahabla, pahihintulutan namin ang diskuwento sa mga gastos sa bayad sa abogado. Kung kailangan naming maghabla para maipatupad ang interes nito, hindi magkakaroon ng diskuwento sa mga gastos sa bayad sa abogado. Sa loob ng 30 araw pagkatapos magsumite o maghain ng claim o paghahabla laban sa ikatlong partido, dapat kang magpadala ng nakasulat na abiso ng claim o paghahabla sa:

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
Fax: 1-502-753-7064

Para matukoy namin ang pag-iral ng anumang mga karapatan na maaaring mayroon kami at para matugunan ang mga karapatang iyon, dapat mong kumpletuhin at ipadala sa amin ang lahat ng pahintulot, paglalabas, awtorisasyon, pagtatalaga, at iba pang mga dokumento, kasama ang mga form ng prenda na nagsasabi sa iyong abogado, ikatlong partido, at ang insurer para sa pananagutan ng ikatlong partido na direkta kaming bayaran. Maaaring hindi ka pumayag na isuko, ipaubaya,

o bawasan ang aming mga karapatan sa ilalim ng probisyon na ito nang wala ang aming pauna at nakasulat na pahintulot.

Kung igigiit ng iyong ari-arian, magulang, tagapag-alaga, o conservator ang isang claim laban sa ikatlong partido batay sa iyong pinsala o sakit, ang iyong ari-arian, magulang, tagapag-alaga, o conservator at anumang settlement o gawad ng hukuman na makukuha ng ari-arian, magulang, tagapag-alaga, o conservator ay dapat sumailalim sa aming mga prenda at iba pang mga karapatan sa parehong lawak na parang iginiit mo ang claim laban sa ikatlong partido. Maaari naming italaga ang aming mga karapatan para maipatupad ang aming mga prenda at iba pang mga karapatan.

S. U.S. Department of Veterans Affairs

Para sa anumang mga serbisyo kaugnay ng mga kondisyong nagmula sa serbisyo militar na iniaatas ng batas na dapat ibigay ng Kagawaran ng mga Ugnayang Pambeterano ng Estados Unidos, hindi kami magbabayad sa naturang kagawaran. Kung sasagutin namin ang alinman sa mga naturang serbisyo, maaari naming bawiin mula sa Kagawaran ng mga Ugnayang Pambeterano ng Estados Unidos ang halaga ng mga serbisyong iyon.

T. Mga benepisyo sa ilalim ng workers' compensation o pananagutan ng employer

Ang mga benepisyo sa ilalim ng workers' compensation ay karaniwang kailangang magbayad muna bago ang Medicare o ang aming plano. Dahil dito, may karapatan kaming habulin ang mga pangunahing bayad (primary payments) alinsunod sa mga batas tungkol sa workers' compensation o pananagutan ng employer. Maaari kang maging kwalipikado sa mga bayad o iba pang benepisyo, kabilang ang mga halagang natanggap bilang kasunduang pag-aareglo (na sama-samang tinutukoy bilang "Pinansyal na Benepisyo"), sa ilalim ng workers' compensation o batas tungkol sa pananagutan ng employer. Magbibigay kami ng mga sakop na serbisyo kahit hindi pa malinaw kung ikaw ay may karapatan sa isang Pinansyal na Benepisyo. Gayunman, maaari naming bawiin ang halaga ng anumang mga sakop na serbisyong ibinigay mula sa mga sumusunod na source:

- Mula sa sinumang pinagmumulan na nagbibigay ng Pinansyal na Benepisyo o may obligasyong magbigay ng naturang Pinansyal na Benepisyo.
- Mula sa iyo, hanggang sa halagang naibigay, dapat bayaran, o sana ay naibigay o nabayaran bilang Pinansyal na Benepisyo kung masigasig mong isinulong ang pagtatatag ng iyong mga karapatan sa naturang Pinansyal na Benepisyo sa ilalim ng anumang batas tungkol sa workers' compensation o pananagutan ng employer.

U. Surrogacy

Sa mga sitwasyong ang isang miyembro ay tumatanggap ng kabayarang salapi kapalit ng pagganap bilang isang surrogate, hihilingin ng aming plano ang reimbursement ng lahat ng Mga Singilin ng Plano para sa mga covered na serbisyong natanggap ng miyembro na may kaugnayan sa paglilihi, pagbubuntis, at/o panganganak ng bata. Ang isang surrogacy arrangement ay isang kasunduan kung saan ang isang babae ay sumasang-ayon na magbuntis at isuko ang sanggol sa ibang tao o mga taong may layuning sila ang magpalaki sa bata.

V. Nagbibigkis na arbitrasyon

Ang sumusunod na paglalarawan ng ipinapatupad na arbitrasyon ay naaangkop sa mga sumusunod na miyembro:

- Lahat ng miyembrong nakatala sa isang Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan na may bisa bago ang Enero 1, 2008; at
- Lahat ng miyembrong nakatala sa isang Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan na nagkabisa noong Enero 1, 2008 o pagkatapos nito at hindi hayagang tumanggi (opt out) sa proseso ng nagbibigkis na arbitrasyon sa loob ng 60 araw sa kalendaryo mula sa petsa ng pagkakabisa ng pagka-enroll.

Para sa lahat ng mga paghahabol na sakop ng seksyong ito na “Nagbibigkis na Arbitrasyon,” kapwa ang mga Naghahabol (Claimants) at ang mga Tinutugunan ng Paghahabol (Respondents) ay isinusuko ang kanilang karapatan sa paglilitis sa hukuman o sa harap ng hurado at sumasang-ayon na lutasin ang usapin sa pamamagitan ng nagbibigkis na arbitrasyon. Hangga’t naaangkop ang seksyong ito ng “Nagbibigkis na Arbitrasyon” sa mga paghahabol na isinampa ng mga Partido ng Kaiser Permanente (Kaiser Permanente Parties), ito ay magkakaroon ng retroaktibong bisa sa lahat ng hindi pa nalulutas na mga paghahabol na nagkaroon bago ang petsa ng pagkakabisa ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Ang naturang retroaktibong aplikasyon ay magiging may-bisang umiiral lamang sa mga Partido ng Kaiser Permanente.

Saklaw ng arbitrasyon

Ang anumang hindi pagkakaunawaan ay isusumite sa nagbibigkis na arbitrasyon kung natutugunan ang lahat ng sumusunod na mga kinakailangan:

- Ang claim ay nagmumula o may kaugnayan sa isang ipinapalagay na paglabag sa anumang tungkuling kaakibat o nagmumula sa, o may kaugnayan sa *Handbook ng Miyembro* na ito o sa ugnayan ng isang partidong miyembro sa Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Kabilang dito ang anumang paghahabol kaugnay ng medikal o pang-ospital na malpractice (isang claim na nagsasaad na ang mga serbisyong medikal o mga item ay hindi kinakailangan o walang awtorisasyon, o naibigay nang hindi wasto, pabaya, o walang sapat na kakayahan), pananagutan kaugnay ng mga lugar (premises liability), o mga usaping may kaugnayan sa sakop ng benepisyo o paghahatid ng mga serbisyo o mga item, anuman ang legal na teoryang pinagbabatayan ng claim.
- Ang claim ay isinampa ng isa o higit pang mga Partidong miyembro laban sa isa o higit pang mga Partido ng Kaiser Permanente, o ng isa o higit pang mga Partido ng Kaiser Permanente laban sa isa o higit pang mga Partidong miyembro.
- Hindi ipinagbabawal ng batas ng gobyerno ang paggamit ng nagbibigkis na arbitrasyon upang lutasin ang naturang claim.

Sa pamamagitan ng pagpapatala sa ilalim ng *Handbook ng Miyembro* na ito, isinusuko ng mga miyembro ang kanilang karapatan sa paglilitis sa hukuman o sa harap ng hurado at sa halip ay sumasang-ayon sa paggamit ng nagbibigkis na arbitrasyon, maliban sa mga sumusunod na uri ng mga claim na hindi sakop ng may bisang arbitrasyon:

- Mga claim na nasa hurisdiksiyon ng Small Claims Court.
- Mga claim na sakop ng proseso ng pag-apela ng Medicare na naaangkop sa mga miyembro ng Kaiser Permanente Dual Complete Plan (tingnan ang **Kabanata 9** para sa impormasyon tungkol sa pag-apela sa Medicare).
- Mga claim na hindi maaaring isailalim sa nagbibigkis na arbitrasyon, alinsunod sa batas ng gobyerno

Gaya ng tinutukoy sa seksyong ito na “Nagbibigkis na Arbitrasyon,” ang “mga Partidong miyembro” ay kinabibilangan ng:

- Isang miyembro.
- Tagapagmana, kamag-anak, o personal na kinatawan ng isang miyembro.
- Sinumang tao na nagsasabing may tungkulin sa kanya ang isa o higit pang mga Partido ng Kaiser Permanente na nagmumula sa ugnayan ng isang miyembro sa naturang mga partido.

Ang “Mga Partido ng Kaiser Permanente” ay kinabibilangan ng:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc
- Kaiser Foundation Hospitals
- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group.
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.
- Sinumang manggagamot ng Southern California Permanente Medical Group o The Permanente Medical Group.
- Sinumang indibidwal o organisasyon na ang kontrata sa alinman sa mga organisasyong nakalista sa itaas ay nag-aatas na ang mga paghahabol na isinampa ng isa o higit pang mga Partidong miyembro ay lutasin sa pamamagitan ng arbitrasyon.
- Sinumang empleyado o kinatawan ng alinman sa mga nabanggit.

Ang “Claimant” ay tumutukoy sa isang Partidong Miyembro o Partido ng Kaiser Permanente na naghahain ng claim tulad ng inilarawan sa itaas. Ang “Respondent” ay tumutukoy sa isang Partidong Miyembro o Partido ng Kaiser Permanente na siyang pinaghahainan ng naturang claim.

Mga Tuntunin sa Pamamaraan

Ang mga arbitrasyon ay isasagawa alinsunod sa **Mga Panuntunan para sa mga Arbitrasyon ng mga Miyembro ng Kaiser Permanente na Pinangangasiwaan ng Tanggapan ng Malayang Tagapangasiwa** (“Mga Tuntunin sa Pamamaraan”). Ang mga panuntunang ito ay binuo ng Office of the Independent Administrator sa pakikipagkonsultasyon sa Kaiser Permanente at sa Arbitration Oversight Board. Maaaring humiling ng mga kopya ng Mga Panuntunan sa Pamamaraan mula sa Member Services.

Pagsisimula ng Arbitrasyon

Dapat simulan ng mga Naghahabol ang proseso ng arbitrasyon sa pamamagitan ng paghahatid ng isang Demanda para sa Arbitrasyon (Demand for Arbitration). Dapat nakasaad sa Kahilingan para sa Arbitrasyon ang batayan ng paghahabol laban sa mga Respondent; ang halaga ng danyos na hinihingi ng mga Claimant sa arbitrasyon; ang mga pangalan, tirahan, at numero ng telepono ng mga Claimant at ng kanilang abogado, kung mayroon; at ang mga pangalan ng lahat ng Respondent. Dapat ding isama ng mga Claimant sa Demand for Arbitration ang lahat ng paghahabol laban sa mga Tinutugunan ng Paghahabol na nakabatay sa iisang insidente, transaksyon, o magkakaugnay na mga pangyayari.

Paghahatid ng Demand for Arbitration

Ang Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, The Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC, at The Permanente Company, LLC ay dapat paglingkuran ng Demand for Arbitration sa pamamagitan ng pagpapadala nito sa koreo na naka-address sa kaukulang Tinutugunan ng Paghahabol, sa pangangalaga ng:

- **South Plans:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  373 E. Walnut Street
  Pasadena, CA 91188

- **North Plans:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  1 Kaiser Plaza, 19th Floor
  Oakland, CA 94612

Ang paghahatid sa naturang Respondent ay ituturing na ganap na naisagawa sa oras na matanggap nito ang Demand for Arbitration. Ang lahat ng iba pang Respondent, kabilang ang mga indibidwal, ay dapat paghatiran alinsunod sa mga itinakda ng California Code of Civil Procedure para sa isang kasong sibil.

Bayarin sa paghahain

Ang mga Claimant ay dapat magbayad ng isang beses na hindi na maibabalik na bayarin sa paghahain (filing fee) na $150 para sa bawat arbitrasyon, na babayaran sa “Arbitration Account.” Ang halagang ito ay pareho anuman ang dami ng mga paghahabol na nakasaad sa Demand for Arbitration o ang bilang ng mga Claimant o Respondent na nakapangalan sa Demand for Arbitration.

Ang sinumang Claimant na nagsasabing siya ay nakararanas ng matinding kahirapang pinansyal ay maaaring humiling sa Office of the Independent Administrator na ipagkaloob ang pagwawaksi (waiver) ng bayarin sa paghahain at ng mga bayarin at gastusin ng walang kinikilingan na arbitrator.
Ang Claimant na humihiling ng naturang pagwawaksi ay dapat kumpletuhin ang Fee Waiver Form at isumite ito sa Office of the Independent Administrator, habang kasabay ding naghahatid ng kopya nito sa mga Respondent. Nakasaad sa Fee Waiver Form ang mga pamantayan para sa pagwawaksi ng mga bayarin at maaari itong makuha sa pamamagitan ng pagtawag sa Member Services.

Bilang ng mga arbitrator

Ang bilang ng mga arbitrator ay maaaring makaapekto sa pananagutan ng mga Claimant sa pagbabayad ng mga bayarin at gastusin ng neutral na arbitrator (tingnan ang Mga Tuntunin sa Pamamaraan).

Kung ang Demand for Arbitration ay humihingi ng kabuuang danyos na $200,000 o mas mababa, ang hindi pagkakaunawaan ay didinggin at pagpapasyahan ng isang neutral na arbitrator, maliban kung ang mga partido ay magkakasundo sa pamamagitan ng nakasulat na kasunduan pagkatapos lumitaw ang hindi pagkakaunawaan at maisumite ang kahilingan para sa nagbibigkis na arbitrasyon, na ang arbitrasyon ay didinggin ng dalawang arbitrator ng mga partido at isang neutral na arbitrator. Ang neutral na arbitrator ay walang kapangyarihang maggawad ng danyos na salapi na higit sa $200,000.

Kung ang Demand for Arbitration ay humihingi ng kabuuang danyos na mahigit sa $200,000, ang hindi pagkakaunawaan ay didinggin at pagpapasyahan ng isang neutral na arbitrator at dalawang arbitrator ng mga partido, kung saan ang isa ay magkasanib na itatalaga ng lahat ng Claimant at ang isa naman ay magkasanib na itatalaga ng lahat ng mga Respondent. Ang mga partidong may karapatang pumili ng isang arbitrator ng partido ay maaaring magkasundo na isuko ang karapatang ito. Kung ang lahat ng partido ay magkakasundo, ang arbitrasyon ay didinggin ng isang neutral na arbitrator lamang.

Pagbabayad ng mga bayarin at gastusin ng mga arbitrator

Ang Kaiser Foundation Health Plan, Inc. ang magbabayad ng mga bayarin at gastusin ng neutral na arbitrator sa ilalim ng ilang kundisyong nakasaad sa Mga Tuntunin sa Pamamaraan. Sa lahat ng iba pang arbitrasyon, ang mga bayarin at gastusin ng neutral na arbitrator ay paghahatian nang pantay ng mga partido: kalahati ay babayaran ng mga Claimant at kalahati ay babayaran ng mga Respondent.

Kung ang mga partido ay pipili ng mga arbitrator ng partido, ang mga Claimant ang mananagot sa pagbabayad ng mga bayarin at gastusin ng kanilang arbitrator ng partido, at ang mga Respondent naman ang mananagot sa pagbabayad ng mga bayarin at gastusin ng kanilang arbitrator ng partido.

Mga gastusin

Maliban sa mga nabanggit na bayarin at gastusin ng neutral na arbitrator, at maliban kung may ibang itinatadhana ang mga batas na naaangkop sa mga arbitrasyong saklaw ng seksyong ito ng "Nagbibigkis na Arbitrasyon," ang bawat partido ay sasagot sa sarili nitong mga bayarin sa abogado, bayarin ng mga saksi, at iba pang gastusing natamo sa pagsasakdal o pagtatanggol laban sa isang paghahabol, anuman ang uri ng paghahabol o ang magiging resulta ng arbitrasyon.

Mga pangkalahatang probisyon

Ang isang claim ay ituturing na tinalikuran at tuluyang hindi na maaaring ihain kung (1) Sa petsa ng paghahatid ng Demand for Arbitration, ang claim, kung ito ay inihain bilang isang kasong sibil, ay hindi na maaaring isampa laban sa Respondent dahil lumampas na sa itinakdang panahon ng preskripsiyon (statute of limitations) na naaangkop, (2) Hindi isinulong ng mga Claimant ang kanilang claim sa arbitrasyon nang may makatwirang kasigasigan at alinsunod sa Mga Tuntunin sa Pamamaraan, o (3) Hindi nagsimula ang pagdinig sa arbitrasyon sa loob ng limang taon mula sa mas naunang (a) petsa kung kailan naihatid ang Demand for Arbitration alinsunod sa mga pamamaraang itinakda rito, o (b) petsa ng paghahain ng kasong sibil na nakabatay sa parehong insidente, transaksyon, o magkakaugnay na mga pangyayaring sangkot sa claim. Maaari ring ibasura ng neutral na arbitrator ang isang claim batay sa iba pang mga dahilan kung mapatutunayang may sapat na batayan. Kung ang isang partido ay hindi dumalo sa pagdinig sa arbitrasyon sa kabila ng wastong abiso, maaaring ipagpatuloy ng neutral na arbitrator ang pagdinig at magpasya sa usapin kahit wala ang naturang partido.

Ang California Medical Injury Compensation Reform Act of 1975 (kasama ang anumang mga susog dito), kabilang ang mga probisyong nagbibigay ng karapatang magharap ng ebidensiya tungkol sa anumang bayad mula sa seguro o benepisyo dahil sa kapansanan na natanggap ng pasyente, ang limitasyon sa kabayaran para sa mga di-ekonomikong pinsala, at ang karapatang ipaayos ang kabayaran para sa mga pinsala sa hinaharap upang mabayaran nang pana-panahon, ay ipatutupad sa anumang paghahabol dahil sa propesyonal na kapabayaan o sa iba pang mga claim kung pinahihintulutan o iniaatas ng batas.

Ang mga arbitrasyon ay pamamahalaan ng seksyong ito ng "Nagbibigkis na Arbitrasyon, **Seksyon 2** ng Federal Arbitration Act, ng mga probisyon ng California Code of Civil Procedure na may kaugnayan sa arbitrasyon at umiiral sa panahong ipinatutupad ang batas, at ng Mga Tuntunin sa Pamamaraan, hangga't ang mga ito ay hindi salungat sa seksyong ito ng "Nagbibigkis na Arbitrasyon." Alinsunod sa tuntuning naaangkop sa **Seksyon 3** at **4** ng Federal Arbitration Act, ang karapatan sa arbitrasyon sa ilalim ng seksyong ito ng "Nagbibigkis na Arbitrasyon" ay hindi maaaring tanggihan, ipagpaliban, o hadlangan dahil lamang ang isang hindi pagkakaunawaan sa pagitan ng isang Partidong Miyembro at isang Partido ng Kaiser Permanente ay may kasamang parehong mga claim na maaaring isailalim sa arbitrasyon at mga claim na hindi maaaring isailalim sa arbitrasyon, o dahil ang isa o higit pang partido sa arbitrasyon ay kasangkot din sa isang nakabinbing kaso sa hukuman laban sa isang ikatlong partido na nagmumula sa pareho o magkakaugnay na mga transaksiyon at maaaring magbunga ng magkasalungat na mga pasya o natuklasan.

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 pagsisipilyo.

Administrative law judge: Ang Administrative Law Judge (ALJ) ay isang hukom na dumidinig at nagdedesisyon sa mga kaso na kinasasangkutan ng mga ahensya ng gobyerno. Isang hukom na sumusuri sa antas 3 na apela.

Programang tulong sa gamot sa AIDS (ADAP): Isang programa na tumutulong sa mga kwalipikadong indibidwal na may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakapagliligtas ng buhay.

Allowance: Isang tiyak na halaga ng credit na maaari mong gamitin patungo sa gastusin sa isang kagamitan at/o serbisyo. Kung ang halaga ng (mga) kagamitan o serbisyo na pinili mo ay lalagpas sa allowance, babayaran mo ang halagang lagpas ng allowance, na hindi naaangkop sa maximum na halaga mula sa bulsa

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, explains appeals, kabilang ang paraan kung paano maghain ng apela.

Balance billing: A kagawian kung saan ang provider ay sisingilin ang isang pasyente para sa diperensya sa pagitan ng full billed charges ng provider at ng halagang binayaran ng health plan ng pasyente.

Kalusugan ng Pag-uugali: Tumutukoy sa ating emosyonal, sikolohikal, at panlipunang kagalingan. Sa madaling salita: ito ay tungkol sa kung paano tayo nag-iisip, nakikiramdam, at nakikipag-ugnayan sa iba. Isa itong all-inclusive na termino na tumutukoy sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip at sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak.

Panahon ng benepisyo: Ang paraan kung saan ang plano at ang Original Medicare sinusukat ang iyong paggamit ng mga serbisyong kaugnay sa skilled nursing facility (SNF). Nagsisimula ang panahon ng benepisyo sa araw na pumasok ka sa isang skilled nursing facility. Nagwawakas ang panahon ng benepisyo kapag hindi ka nakatanggap ng sanay na pangangalaga sa isang SNF sa 60 araw na magkakasunod. Kung ipinasok ka sa isang pasilidad ng sanay an pangangalaga o skilled nursing facility pagkatapos ng isang panahon ng benepisyo, magsisimula ang bagong panahon ng benepisyo. Walang limitasyon sa bilang ng mga panahon ng benepisyo.

Biological na Produkto: Isang gamot na ginawa mula sa mga natural at buhay na pinagkukunan tulad ng mga selula ng hayop, selula ng halaman, bakterya, o yeast. Ang mga biological na produkto ay mas kumplikado kaysa sa ibang mga gamot at hindi maaaring kopyahin nang eksakto, kaya ang mga alternatibong anyo ay tinatawag na mga biosimilar. (Tingnan din ang “Orihinal na Biological na Produkto” at “Biosimilar”).

Biosimilar: Isang biological na gamot na halos kapareho, ngunit hindi kamukha, ng orihinal na biological na produkto. Ang mga biosimilar ay kasing ligtas at epektibo ng orihinal na biological na produkto. Maaaring ipalit ang ilang biosimilar sa orihinal na biological na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta. (Pumunta sa “Interchangeable Biosimilar”).

Branded na gamot: Isang 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 ibang mga kumpanya ng gamot at sa pangkalahatan ay hindi available hanggang sa matapos ang patent sa branded na gamot.

Tagapagkoordina ng 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.”

Pangkat sa pangangalaga: Tingnan ang “Pangkat sa Interdisciplinary na Pangangalaga.”

Yugto ng catastrophic na coverage: Ang yugto sa benepisyo sa gamot sa Medicare Part D 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 na ng $2,100 para sa mga sakop na gamot sa Medicare Part D sa buong taon.

Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS): Ang federal na ahensyang nangangasiwa sa Medicare. Ipinapaliwanag sa Kabanata 2 ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano makipag-ugnayan sa CMS.

Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community Based Adult Services, 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 nakatakdang halaga na binabayaran mo bilang iyong bahagi sa gastos sa bawat pagkakataong kukuha ka ng ilang partikular na serbisyo o gamot. Halimbawa, maaaring magbayad ka ng $2 o $5 para sa isang serbisyo o gamot.

Pagbabahagi sa gastos: Mga halagang kailangan mong bayaran kapag kumukuha ka ng ilang partikular na serbisyo o gamot. (Ito ay karagdagan pa sa buwanang premium ng aming plano.) Kinabibilangan ang pagbabahagi sa gastos ng anumang kombinasyon ng sumusunod na 3 uri ng bayarin: 1) anumang halaga na pwedeng ibawas ng isang plano bago sagutin nito ang mga serbisyo at gamot; 2) anumang nakatakdang halaga ng copayment na kinakailangan ng isang plano tuwing isang tiyak na serbisyo o gamot ay nakuha; o 3) anumang halaga para sa coinsurance, isang porsyento ng kabuuang halaga na ipinangbayad sa serbisyo o gamot, na kinakailangan ng isang plano tuwing isang tiyak na serbisyo o gamot ay nakuha. **Tandaan:** Sa iilang kaso, maaaring hindi mo bayaran ang lahat ng mga naaangkop na pagbabahagi ng bayarin sa pagkakataong matanggap mo ang mga serbisyo, at padadalhan ka namin ng bill pagkatapos nito para sa pagbabahagi ng gastusin. Halimbawa, kung nakatanggap ka ng hindi-prebentibong pangangalaga sa isang nakatakdang pagbisita para sa prebentibong pangangalaga, maaari ka naming singilin pagkatapos nito para sa pagbabahagi ng gastos na naaangkop para sa hindi prebentibong pangangalaga. Para sa mga kagamitang inorder ng naka-advance, babayaran mo ang pagbabahagi ng gastos na naaangkop sa petsa ng order (bagaman hindi namin sasagutin ang kagamitan pwera na lang kung meron ka pang coverage para dito sa petsa kung kelan mo ito matanggap) at maaaring kailanganin mong bayaran ang pagbabahagi ng gastos kapag na-order na ang kagamitan. Para sa mga gamot na inireseta para sa outpatient, ang petsa ng order ay ang petsa kung saan ipinroseso ng parmasya ang order matapos matanggap ang lahat ng impormasyon na kailangan nila para isulat ang reseta.

Tier ng pagbabahagi sa gastos: Isang grupo ng mga gamot na may parehong copay. Ang bawat gamot sa Listahan ng Mga Covered na Gamot (kilala rin bilang *Listahan ng Gamot*) ay nasa isa sa anim na tier ng pagbabahagi sa gastos. Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang tier ng pagbabahagi sa gastos, mas mataas din ang gastos mo para sa gamot.

Mga desisyon sa coverage: Isang desisyon tungkol sa kung anong mga benepisyo ang sasagutin namin. Kabilang dito ang mga desisyon tungkol sa mga covered na gamot at serbisyo o ang halagang babayaran namin para sa iyong mga serbisyo sa kalusugan. Ipinapaliwanag sa Chapter 9 ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano hihiling sa amin ng desisyon sa coverage.

Mga covered na gamot: Ang terminong ginagamit namin para tukuyin ang lahat ng inireresetang gamot at gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC) na sinasakop ng aming plano.

Mga covered na serbisyo: Ang pangkalahatang terminong ginagamit namin para tukuyin ang lahat ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, inireresetang gamot at gamot na hindi kailangan ng reseta (mga OTC na gamot), kagamitan, at iba pang serbisyo na kino-cover ng aming plano.

Creditable Prescription Drug Coverage: Coverage para sa iniresetang gamot (halimbawa, mula sa employer o union) na inaaasahang magbayad, sa average, nang hindi bababa sa standard na coverage ng gamot sa Medicare. Ang mga indibidwal na nagtataglay ng ganitong uri ng coverage kapag naging kwalipikado sila para sa Medicare ay karaniwang maaaring panatiliin ang coverage na iyon na hindi kinakailangan magbayad ng multa kapag nagpasya silang mag-enroll sa coverage ng inireresetang gamot sa Medicare sa hinaharap.

Pangangalagang Kustodyal (Custodial Care): Ang Custodial care ay isang pangangalagang personal na ipinamamahagi sa isang nursing home, hospice, o ibang pasilidad kung hindi ka nangangailangan ng sanay na medikal na pangangalaga o skilled nursing care. Ang custodial care, na siyang ipinamamahagi ng mga indibidwal na walang propesyonal na kakayahan o pagsasanay, ay kinabibilangan ng tulong para sa mga aktibidad ng pangaraw-araw na pamumuhay kagaya ng pagligo, pagbihis, pagkain, pagbangon o paghiga sa kama o upuan, pagkilos, at paggamit ng banyo. Maaari itong kabilangan ng uri ng pangangalagang kaugnay sa kalusugan na ginagawa ng karamihan ng mga tao ng sarili nila, katulad ng paggamit ng eye drops. Hindi nagbabayad ang Medicare para sa custodial care.

Cultural competence training (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.

Departamento ng Mga Serbisyo ng Pangangalaga sa Kalusugan (Department of Health Care Services, DHCS): Ang departamento ng estado sa California na nangangasiwa sa Programa ng Medicaid (tinatawag na Medi-Cal).

Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan o Department of Managed Health Care (DMHC): Ang departamento ng estado sa California na responsable sa pangangasiwa ng karamihan sa mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao sa mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Nagsasagawa rin ang DMHC ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (IMR).

Pag-alis sa pagkaka-enroll (Disenrollment): 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).

Programa sa pamamahala ng gamot o 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 gamot.

Mga antas ng gamot o drug tiers: Mga pangkat ng gamot sa aming Listahan ng Gamot. Ang mga halimbawa ng drug tier o antas ng gamot ay ang generic, brand name, o specialty na mga gamot. Ang bawat gamot sa aming Listahan ng Gamot ay nasa isa sa anim na mga tier o antas.

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.

Matibay na kagamitang pangmedikal o durable medical equipment (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 (at kung ikaw ay isang buntis na babae, pagkawala ng isang hindi pa isinisilang na bata). Ang mga medikal na sintomas ay maaaring isang sakit, pinsala, matinding pananakit, o isang medikal na kondisyon na mabilis na lumalala..

Pangangalagang pang-emergency o emergency care: Mga covered 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 na may kaugnayan sa pag-uugali.

Emergency Medical Condition: Isang medikal o mental na kondisyon na pangkalusugan na ipinapakita ang sarili nito sa pamamagitan ng mga acute na sintomas ng sapat na kalubhaan (kabilang ang malubhang sakit) na ang sinumang tao na may katamtamang kaalaman sa kalusugan at medisina ay maaaring asahan ang agarang atensyong medikal para magresulta sa:

- Malubhang panganib sa kalusugan ng indibidwal o, sa kaso ng isang buntis na kababaihan, ang kalusugan ng babae o ang kanyang hindi pa sinisilang na sanggol;

- Malubhang kapansanan sa mga paggana ng katawan; o
- Malubhang kapansanan ng anumang organo o bahagi ng katawan.

Pagbubukod o exception: Ang permiso upang makakuha ng coverage sa gamot na hindi karaniwang kino-cover o para gamitin ang gamot na walang partikular na tuntunin at limitasyon.

Nakabukod na gamot: Isang gamot na hindi covered sa ilalim ng Part D, batay sa kahukugan nito sa ilalim ng 42 U.S.C. Section 1395w-102(e).

Nakabukod na Serbisyo: Mga serbisyong hindi covered ng planong pangkalusugan na ito.

Karagdagang Tulong (Extra Help): Programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may mga limitadong kita at mapagkukunan para mabawasan ang mga gastusin sa gamot sa Medicare Bahagi D, gaya ng mga premium, deductible, at copay. Ang Karagdagang Tulong (Extra Help) ay tinatawag ding “Subsidiya para sa May Mababang Kita,” o “LIS”.

Generic na gamot: Isang gamot na inaprubahan ng FDA 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 kasing bisa ng branded na gamot.

Karaingan o grievance: 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.

Programa sa Pagpapayo at Pagsulong sa Insurance sa Kalusugan o Health Insurance Counseling and Advocacy Program (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.

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 tagapagkoordina ng 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 o 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 sa kaginhawaan. Ang terminal na prognosis ay nangangahulugan na ang isang tao ay medikal na na-certify na may terminal na karamdaman, ibig sabihin, may life expectancy siya 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 pagbabahagi 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 pagbabahagi sa gastos ng aming plano kapag tumanggap ka ng mga serbisyo na sakop namin. **Hindi** namin pinahihintulutan ang mga provider na singilin ka ng mahigit pa sa halagang ito.

In Home Supportive Services (IHSS): Ang Programa ng IHSS ay tutulong sa pagbabayad sa mga naka-enroll na provider ng pangangalaga 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, gaya ng mga nursing home o board and care facility. Upang makatanggap ng mga serbisyo, isinasagawa ang isang pagtatasa upang matukoy kung aling mga uri ng mga serbisyo ang maaaring pahintulutan para sa bawat kalahok batay sa kanilang mga pangangailangan. 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 (gaya ng pag-ihi at pagdumi, pagligo, pag-aayos at mga serbisyong paramedikal), kasama sa mga medikal na appointment, at nagpoprotektang pangangasiwa para sa mga may kapansanan sa isip. Ang mga ahensya ng serbisyong panlipunan ng kondado ang nangangasiwa sa IHSS.

Hiwalay na Pagsusuring Medikal o 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 ekspertong 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.

Independent review organization o Hiwalay na organisasyon sa pagsusuri (IRO): Isang hiwalay na organisasyon na kinuha ng Medicare na sumusuri sa 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 o Individualized care plan (ICP o Care Plan): 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 Medicare Part D sa **$2,400.** Kabilang dito ang mga halagang binayaran mo, kung ano ang binayaran ng aming plano para sa iyo, at ang subsidiya para sa may mababang kita. **Magsisimula ka sa yugtong ito kapag pinunan mo ang iyong unang reseta ng taon.** 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.

Pinagsama na D-SNP o Integrated D-SNP: Isang plano sa mga espesyal na pangangailangan na may dual na pagiging kwalipikado na sumasakop sa Medicare at sa karamihan o lahat ng serbisyo ng Medicaid sa ilalim ng isang planong pangkalusugan para sa ilang partikular na grupo ng mga indibidwal na kwalipikado para sa parehong Medicare at Medicaid. Ang mga indibidwal na ito ay kilala bilang mga full-benefit na may dual na pagiging kwalipikadong indibidwal.

Interchangeable biosimilar: Isang biosimilar na maaaring palitan sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta dahil nakakatugon ito sa mga karagdagang kinakailangan tungkol sa potensyal para sa awtomatikong pagpapalit. Ang awtomatikong pagpapalit sa parmasya ay napapailalim sa batas ng estado.

Interdisciplinary na Pangkat sa Pangangalaga o Interdisciplinary care team (ICT o care team): 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.

Kaiser Foundation Health Plan (Health Plan): Ang Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Northern and Southern California Regions, ay isang nonprofit na korporasyon at isang organisasyong Medicare Advantage. Ang *Handbook ng Miyembro* na ito ay minsang tinutukoy ang Health Plan bilang “kami” o sometimes refers to Health Plan as “kami” or “tayo.”

Kaiser Foundation Hospital: Isang ospital na nasa network na pagmamay-ari at pinangangasiwa ng Kaiser Foundation Hospitals.

Kaiser Permanente: Health Plan, Medical Group, at Kaiser Foundation Hospitals.

Kaiser Permanente Region (Region): Isang Kaiser Foundation Health Plan na organisasyon na nagsasagawa ng mga programang tuwirang paglilingkod kaugnay sa pangangalagang pangkalusugan. Kapag nasa labas ka ng aming mga pinaglilingkurang lugar, pwede kang makakuha ng kinakailangang medikal na pangangalagang pangkalusugan at patuloy na pangangalaga para sa mga habambuhay na kondisyon mula sa mga nakatakdang provider sa ibang pinaglilingkurang lugar sa ibang Kaiser Permanente Region. Para sa karagdagang impormasyon, mangyaring sumangguni sa **Kabanata 3**, **Seksyon D4**.

Listahan ng Mga Covered na Gamot (*Listahan ng Gamot*): Isang listahan ng mga inireresetang gamot at gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC) na sinasagot namin. Pinipili namin ang mga gamot sa listahang ito sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Isinasaad sa iyo ng *Listahan ng Gamot* tells you kung may anumang panuntunan na kailangan mong sundin upang makuha ang iyong mga gamot. Tinatawag minsan ang *Listahan ng Gamot List* bilang “pormularyo.”

Mga pangmatagalang serbisyo at suporta o long-term services and supports (LTSS): Tumutulong ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na mapabuti ang pangmatagalang medikal na kondisyon. Tinutulungan ka ng karamihan sa mga serbisyong ito na manatili sa iyong bahay para hindi mo kailanganing pumunta sa isang pasilidad ng pag-aalaga o ospital. Kasama sa Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS) na sakop ng aming plano ang Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community Based Adult Services, CBAS), na kilala rin bilang pang-araw-araw na pangangalagang pangkalusugan ng nasa hustong gulang, Mga Pasilidad sa Pag-aalaga (NF), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang IHSS at 1915(c) waiver program ay Medi-Cal na Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS) na ibinibigay sa labas ng aming plano.

Subsidiyo para sa may mababang kita o Low-income subsidy (LIS): Tingnan ang “Karagdagang Tulong (Extra Help)”.

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.

Medicaid (o Medical Assistance): Isang programang pinapatakbo ng federal na pamahalaan at ng estado na tumutulong sa mga taong may mga limitadong kita at mapagkukunan na magbayad para sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta at medikal na gastusin. Ang Medi-Cal ay ang programa ng Medicaid para sa Estado ng California.

Medical Group: Ito ang network ng mga provider ng plano na kinokontrata ng aming plano upang paghatiran ka ng mga serbisyong covered. Ang mga pangalan ng aming mga medical group ay ang The Permanente Medical Group, Inc., isang for-profit na propesyonal na korporasyon at ang Southern California Permanente Medical Group, isang for-profit na propesyonal na pakikipagsanib-pwersa.

Medi-Cal: Ito ang pangalan ng Medicaid na programa ng California. Pinangangasiwaan ang Medi-Cal ng estado at binabayaran ng estado at ng gobyernong federal.

- Tinutulungan nito ang mga tao na may limitadong kita at kakayanan na magbayad para sa mga pangmatagalang serbisyo, suporta, at gastusing medikal.
- Sinasagot nito ang mga karagdagang serbisyo at iilang gamot na hindi sinasagot ng Medicare.
- Iba-iba ang mga programa ng Medicaid para sa bawat estado, ngunit ang karamihan ng mga gastusin sa pangangalagang pangkalusugan ay sinasagot kung kwalipikado ka para sa Medicare at Medi-Cal.

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.

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 tinatanggap na pamantayan ng medical practice.

Medicare: Ang programang insurance sa kalusugan ng federal 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 “Medicare Part C” 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) o Medicare Appeals Council (Council): Isang konseho na sumusuri sa antas 4 na apela. Ang Konseho ay bahagi ng Federal na pamahalaan.

Mga covered na serbisyo ng Medicare: Mga covered na serbisyo ng Medicare Part A at Medicare Part B. Dapat sagutin ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, kabilang ang aming plano, ang lahat ng sakop na serbisyo ng Medicare Part A at Medicare Part B.

Programa sa Pag-iwas sa Diabetes ng Medicare o Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP): Isang nakabalangkas na programa sa pagbabago ng pag-uugali sa kalusugan na nagbibigay ng pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago na may kaugnayan sa pagkain, mas maraming pisikal na aktibidad, at mga diskarte para mapagtagumpayan ang mga hamon sa tuloy-tuloy na pagbawas ng timbang at pagpapanatili ng malusog na pamumuhay.

Nagpa-enroll sa Medicare-Medi-Cal o Medicare-Medi-Cal enrollee: Isang tao na kwalipikado para sa coverage ng Medicare at Medicaid. Ang isang nagpatala sa Medicare-Medicaid ay tinatawag ding “dual na kwalipikadong indibidwal”.

Medicare Part A: Ang programa ng Medicare na sumasakop sa karamihan ng medikal na kinakailangang ospital, skilled nursing facility, kalusugan sa bahay, at pangangalaga sa hospice.

Medicare Part B: Ang programa ng Medicare na sumasagot 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.. Kino-cover din ng Medicare Part B ang maraming serbisyo para sa pag-iwas sa sakit at screening.

Medicare Part C: 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.

Medicare Part D: Ang programa sa benepisyo sa gamot ng Medicare. Tinatawag namin ang programang ito na “Part D” para paikliin. Kino-cover ng Bahagi D ng Medicare: ang mga gamot, bakuna, at ilang supply ng outpatient na hindi kino-cover ng Medicare Part A o Medicare Part B o ng Medicaid. Kabilang sa aming plano ang Medicare Part D.

Mga gamot sa Medicare Part D: Mga gamot na covered sa ilalim ng Medicare Part D. Partikular na ibinubukod ng kongreso ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot sa coverage sa ilalim ng Medicare Part D. Posibleng sagutin ng Medicaid ang ilan sa mga gamot na ito.

Medication Therapy Management (MTM): Isang programa ng Medicare Part D para sa mga kumplikadong pangangailangang pangkalusugan na ibinibigay sa mga taong nakakatugon sa ilang partikular na kinakailangan o nasa isang Programa sa Pamamahala ng Gamot. Karaniwang kasama sa mga serbisyo ng MTM ang isang pakikipag-usap sa isang pharmacist o provider ng pangangalagang pangkalusugan upang suriin ang mga gamot. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa karagdagang impormasyon.

Medi-Medi Plan: Ang Medi-Medi Plan ay isang uri ng Medicare Advantage plan. Para ito sa mga taong parehong may Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa isang plano. Pinag-uugnay ng mga Medi-Medi Plan ang lahat ng benepisyo at serbisyo ng dalawang programa, kabilang ang lahat ng mga covered na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.

Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano): Isang taong may Medicare at Medi-Cal na kwalipikadong makakuha ng mga covered 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 pagpapahayag ng impormasyon:** Ang dokumentong ito, kasama ng iyong form sa pagpapatala at anupamang kalakip, o rider, na nagpapaliwanag ng iyong sakop, ang dapat naming gawin, iyong mga karapatan, at ang dapat mong gawin bilang miyembro ng aming plano.

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 karagdagang impormasyon ukol 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 planombers. 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.

Physician o doktor na nasa network: Ang sinumang lisensyadong physician o doktor na partner o empleyado ng Medical Group, o sinumang lisensyadong physician o doktor na nangongontrata para mamahagi ng serbisyo sa aming mga miyembro (ngunit hindi kabilang ang mga doktor na nangongontrata lamang para mamahagi ng serbisyo para sa referral).

Provider na nasa network: Mga provider na nagtatrabaho kasama ang aming plano. Ang mga provider na ito ay sumasang-ayon na tanggapin ang pagbabayad namin bilang buong pagbabayad. 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 ng pangangalagang pangkalusugan.
- Tinatawag namin silang “mga provider na nasa network” kapag sumang-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 covered 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 dalhin sa ospital.

Ombudsperson: 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 ombudsperson. Makakakita ka ng higit pang impormasyon sa **Kabanata 2 at 9** ng *Handbook ng Miyembro na ito*.

Pagdedesisyon ng organisasyon: Nagsasagawa ang aming plano ng pagdedesisyon ng organisasyon kapag kami, o ang isa sa aming mga provider, ang gumagawa ng desisyon tungkol sa kung sasakupin ang mga serbisyo o magkano ang babayaran mo para sa mga sakop na serbisyo. Ang mga pagdedesisyon ng organisasyon ay tinatawag na “mga desisyon sa coverage.” Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga desisyon ukol sa coverage.

Original biological product: Isang biological na produkto na inaprubahan ng FDA at ginagamit ng mga manufacturer sa paghahambing para sa paggawa ng biosimilar na bersyon Tinatawag din itong reference na produkto.

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 Estados Unidos.
- 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 magkoordina o magbigay ng mga sakop na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Hindi sinasakop ng aming plano ang karamihan sa mga gamot na natatanggap mo mula sa mga parmasyang wala sa network maliban na lang kung may mga naaangkop na ilang 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 mula sa sariling bulsa: Ang kinakailangang pagbabahagi sa gastos na babayaran ng mga miyembro para sa bahagi sa mga serbisyo o gamot na kinukuha nila ay tinatawag ding kinakailangan na gastos “mula sa sariling bulsa.” Sumangguni sa kahulugan para sa “pagbabahagi sa gastos” sa itaas.

Mga gamot na hindi kailangan ng reseta o over-the-counter (OTC) na gamot: 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.

Part A: Sumangguni sa “Medicare Part A.”

Part B: Sumangguni sa “Medicare Part B.”

Part C: Sumangguni sa “Medicare Part C.”

Part D: Sumangguni sa “Medicare Part D.”

Mga gamot sa Part D: Sumangguni sa “mga gamot sa Medicare Part D.”

Personal na impormasyong pangkalusugan o Personal health information (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.

Mga bayarin sa plano: Ang mga bayarin sa plano ay nangangahulugang:

- Para sa mga serbisyong inihatid ng Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals, ang mga bayarin sa schedule ng Helath Plan ng Medical Group at ng Kaiser Foundation Hospitals ay naningil para sa mga serbisyong inihatid sa mga miyembro.
- Para sa mga serbisyo kung saan ang provider (bukod sa Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals) ay binabayaran sa capitation basis, o ang mga bayarin sa schedule ng mga bayarin na pinagkakasunduan ng Kaiser Permanente sa capitated na provider.
- Para sa mga kagamitang nakuha mula sa parmasya na pagmamay-ari at pinatatakbo ng Kaiser Permanente, ang halaga na sinisingil na parmasya para sa kagamitan kung ang plano ng benepisyo ng miyembro ay hindi kino-cover ang kagamitan (ang halagang ito ay ang tantyadong halaga ng bayarin ng pagbili, pag-imbak, at pagpapakalat ng gamot, ang tuwiran at di-tuwirang bayarin ng paghahatid ng serbisyo ng parmasya ng Kaiser Permanente sa mga miyembro at ang serbisyo sa mga miyembro; at ang ambag ng pharmacy program sa net review requirements ng Health Plan).
- Para sa lahat ng ibang serbisyo, ang mga pagbayad na ipinapatupad ng Kaiser Permanente para sa lahat ng mga serbisyo o, kung binawasan ng Kaiser Permanente ang pagbabahagi ng gastusin mula sa pagbayad nito, ang halaga na babayaran sana ng Kaiser Permanente kung hindi nito binawasan ang pagbabahagi ng gastusin.

Pangangalaga pagkatapos ng estabilisasyon o Post-stabilization care: Mga kinakailangang medikal na serbisyo kaugnay sa iyong kondisyong medikal na emergency na natatanggap mo matapos tukuyin ng iyong nanggagamot na doktor na ang kondisyon na ito ay clinically stable. Tinuturing kang clinically stable kapag naniniwala ang iyong nanggagamot na doktor na sa loob ng makatuwirang medikal na probabilidad at batay sa mga kinikilalang pamantayan sa panggagamot na ligtas ka na para palabasin sa opsital o ilipat at ang iyong kondisyon ay hindi na inaasahang lumala pa sa kahabaan ng o dahil sa pagdischarge o paglipat sa iyo.

Mga serbisyong prebentibo: Pangangalagang pangkalusugan upang maiwasan ang pagkakasakit o matukoy ang karamdaman nang maaga, kung kailan malamang na pinakamabisa pa ang paggamot (halimbawa, kabilang sa mga serbisyong pang-iwas sa sakit ang mga Pap test, flu shot, at screening na mammogram).

Provider ng pangunahing pangangalaga o Primary care provider (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.

- Pwede 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 (prior authorization, (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. Maaaring hindi sagutin ng aming plano ang serbisyo o gamot kung hindi ka muna kukuha ng pag-apruba.

Kino-cover lang ng aming plano ang ilang medikal na serbisyong nasa network kung kukuha ng PA mula sa amin ang iyong doktor o iba pang provider na nasa network.

- Ang mga covered na serbisyong nangangailangan ng PA ng aming plano ay minarkahan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Kino-cover lang ng aming plano ang ilang gamot kung kukuha ka ng PA mula sa amin.

- Ang mga covered na gamot na nangangailangan ng PA ng aming plano ay minarkahan sa *Listahan ng Covered na Gamot* at naka-post ang mga tuntunin sa aming website.

Programa ng All-Inclusive na Pangangalaga para sa Nakatatanda o Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): Isang programa na magkasamang sumasakop sa 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.

Prosthetics at Orthotics: Ang mga medikal na device na ibinilin 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.

Mga provider: Mga doktor, nars, at ibang taong pinaglilingkuran ka ng serbisyo at pangangalaga at lisensyado ng estado. Kasama rin sa mga provider ang mga ospital, ahensya sa kalusugan sa tahanan, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, medikal na kagamitan, at ilang partikular na Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS).

Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad o Quality improvement organization (QIO): Isang grupo ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong na pahusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Binabayaran ng federal na pamahalaan ang Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) para suriin at pahusayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon ukol sa Organisasyon sa Pagpapaganda ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO).

Mga limitasyon sa dami: Limitasyon sa dami ng gamot na puwede mong makuha. Puwede naming limitahan ang dami ng gamot na kino-cover 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 nagpa-enroll na mga covered na gamot at impormasyon ng benepisyo. Kabilang dito ang mga halaga ng pagbabahagi sa gastos, alternatibong gamot na maaaring gamitin para sa parehong kondisyon ng kalusugan bilang isang partikular na gamot, at paghihigpit sa coverage (paunang awtorisasyon, step therapy, mga limitasyon sa dami) na naangkop sa mga alternatibong gamot.

Referral: Ang referral ay tumutukoy sa pag-apruba namin o ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) para gumamit ng provider na bukod 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 karagdagang impormasyon tungkol sa mga referral sa **Kabanata 3 at 4** ng *Member Handbook* na ito.

Mga serbisyo ng rehabilitasyon: Paggamot na matatanggap mo para makatulong sa iyong gumaling mula sa isang sakit, aksidente, o major na operasyon. Kabilang sa mga serbisyong ito ay pangangalaga sa rehabilitasyon ng inpatient, physical therapy (outpatient), speech at language therapy, at occupational therapy. Sumangguni sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa karagdagang impormasyon ukol sa serbisyo sa rehabilitasyon.

Mga sensitibong serbisyo: Mga serbisyong nauugnay sa kalusugan ng isip o pag-uugali, kalusugang may kaugnayan sa pakikipagtalik at pag-aanak, pagpaplano ng pamilya, mga impeksyong naipapasa sa pakikipagtalik (STI), HIV/AIDS, sekswal na pananalakay at mga pagpapalaglag ng sanggol sa sinapupunan, sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak, pangangalaga para sa paghahayag ng kasarian, at karahasan ng karelasy.

Pinaglilingkurang 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 pinaglilingkurang lugar ang makakapag-enroll sa aming plano.

Inilalarawan ang pinaglilingkurang lugar sa **Kabanata 1** para sa layunin ng pagbabahagi ng gastusin, enrollment, at disenrollment. Para sa mga layuin ng pagtanggap ng mga covered na serbisyo, makakatanggap ka ng pangangalaga mula sa mga provider na nasa network saanman sa loob ng pinaglilingkurang lugar ng iyong Region (sumangguni sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*).

Mga serbisyo: Mga serbisyo ng pangangalaga sa kalusugan, kagamitan, o item.

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 o Skilled nursing facility (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 isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga o skilled nursing facility (SNF) care: Mga serbisyo ng sanay na pag-aalaga at rehabilitasyong ibinibigay nang tuloy-tuloy, araw-araw, sa isang skilled nursing facility. Kasama sa mga halimbawa ng pangangalaga sa skilled nursing facility ang physical therapy o mga intravenous (IV) na iniksyon na puwedeng ibigay ng isang rehistradong nars o doktor.

Special Enrollment Period: Isang nakatakdang oras kung kailan maaaring baguhin ng mga miyembro ang kanilang planong pangkalusugan o gamot o bumalik sa Original Medicare. Ang mga sitwasyon kung saan maaari kang maging kwalipikado para sa Special Enrollment Period ay kinabibilangan ng: kung lumipat ka sa labas ng pinaglilingkurang lugar, kung nakakatanggap ka ng Karagdagang Tulong (Extra Help) sa iyong gastusin sa iniresetang gamot, kung nilipat ka sa isang nursing home, o kung lumabag kami sa kontrata namin sa iyo.

Espesyalista: Isang doktor na gumagamot ng ilang partikular na uri ng mga problema sa pangangalagang pangkalusugan. Halimbawa, isang orthopedic surgeon na gumagamot sa mga baling buto; isang allergist na gumagamot sa mga allergy; at isang cardiologist na gumagamot ng mga problema sa puso. Sa karamihan ng mga kaso, mangangailangan ang isang miyembro ng referral mula sa kanyang PCP upang makapagpatingin sa isang espesyalista.

Specialized na parmasya: Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman pa ang tungkol sa mga specialized na parmasya.

Mga gamot sa antas ng specialty o Specialty-Tier Drugs: Mga gamot na napakamahal na aprubado ng FDA na nasa pormularyo namin.

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 serbisyong hinihiling mo.

Supplemental Security Income (SSI): AIsang 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 o Urgently needed care: Ang pangangalagang makukuha mo para sa isang hindi inaasahang sakit, pinsala, o kondisyong hindi isang emergency pero nangangailangan ng agarang pangangalaga. Maaari kang makakuha ng agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network kapag imposibleng makapunta sa kanila dahil sa iyong oras, lugar, o mga sitwasyon, o hindi posibleng makakuha ng mga serbisyo mula sa mga provider na nasa network (halimbawa kapag ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng plano at nangangailangan ka ng mga medikal na kinakailangang agarang serbisyo para sa isang hindi inaasahang kondisyon, ngunit hindi ito isang medikal na emergency).

Mga Serbisyo sa Miyembro ng Kaiser Permanente Dual CompleteMga Serbisyo sa Miyembro ng Kaiser Permanente Dual Complete

TUMAWAG	1-800-443-0815 Ang mga tawag sa numero na ito ay libre. 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 Ang mga tawag sa numero na ito ay libre. 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 (sa Ingles)

Pahayag ng Paghahayag (Disclosure Statement) ng PRA *Alinsunod sa Paperwork Reduction Act ng 1995, hindi kailangan ng sinuman na tumugon sa pangongolekta ng impormasyon maliban na lang kung mayroon itong valid na OMB control number. Ang valid na control number ng OMB para sa pangongolekta ng impormasyong ito ay 0938-1444. Kung mayroon kang mga komento o mungkahi para mapabuti ang form na ito, sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*

Abiso ng Hindi Pagdidiskrimina

Sa dokumentong ito, "kami", "amin", o "ang aming" ay nangangahulugan ng Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., at ang Southern California Medical Group). Ang abisong ito ay makikita sa aming website sa **kp.org**.

Labag sa batas ang diskriminasyon. Sinusunod namin ang mga batas ng estado at pederal tungkol sa mga karapatang sibil.

Hindi kami nandidiskrimina, 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 sa napapanahong paraan:

- 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
  - ♦ Mga nakasulat na impormasyon sa ibang mga format (braille, malalaking titik, audio, mga naa-access na 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 mga wika

Kung kailangan mo ng mga serbisyong ito, tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro (Member Services) sa mga numerong nasa ibaba. Libre ang tawag. Ang Mga Serbisyo sa Miyembro ay sarado sa mga pangunahing holiday.

- Medicare, kasama ang D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
- Ang lahat ng iba pa: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

Kapag hiniling, makukuha ang dokumentong ito sa braille, malalaking letra, audio, o sa mga elektronikong format. Para makakuha ng isang kopya sa isa sa mga alternatibong format na ito, o ibang format, tawagan ang aming departamento para sa Serbisyo sa Miyembro at hilingin ang kailangan ninyong format.

Paano maghain ng karaingan sa Kaiser Permanente

Maaari kayong maghain ng karaingan sa diskriminasyon sa amin kung naniniwala kayo na hindi namin naibigay ang mga serbisyong ito o labag sa batas na nandiskrimina sa ibang paraan. Maaari kayong maghain ng karaingan sa telepono, sa koreo, nang personal, o sa online.

Mangyaring sumangguni sa iyong *Katunayan ng Coverage* (*Evidence of Coverage) o Sertipiko ng Insurance (Certificate of Insurance)* para sa mga detalye. Maaari ninyong tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang impormasyon sa mga opsyon na naaangkop sa inyo, o para sa tulong sa paghain ng karaingan. Maaari kang maghain ng karaingan sa pagdidiskrimina sa mga sumusunod na paraan:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang mga numero ng telepono ay nakalista sa itaas.
- **Sa pamamagitan ng koreo:** I-download ang form sa **kp.org** o tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro at hilingin sa kanila na padalhan kayo ng form na maaari ninyong ipadala pabalik.
- **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 Plano (pumunta sa direktoryo ng inyong provider sa **kp.org/facilities** para sa mga address)
- **Sa online:** Gamitin ang online form sa aming website sa **kp.org**

Maaari ka ring makipag-ugnayan ng direkta sa Tagapag-ugnay 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 karaingan sa Opisina para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California *(Para sa mga Benepisyaryo ng Medi-Cal Lang)*

Maaari ka ring maghain ng reklamo sa mga karapatang sibil sa Opisina para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California sa pagsulat, sa pamamagitan ng telepono o sa pamamagitan ng email:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Tawagan ang Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS) Opisina ng Mga Karapatang Sibil sa **916-440-7370** (TTY **711)**
- **Sa pamamagitan ng koreo:** Punan ang form para sa reklamo o magpadala ng sulat sa:

  Office for Civil Rights
  Department for Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Ang mga form sa Reklamo sa Opisina ng Mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California ay makukuha sa: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **Sa Online:** Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov

Paano maghain ng karaingan sa Opisina para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Kalusugan at Pantao ng Estados Unidos

Maaari kayong maghain ng reklamo sa diskriminasyon sa Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Kalusugan at Pantao ng Estados Unidos Opisina para sa Mga Karapatang Sibil. Maaari kayong maghain ng reklamo sa pamamagitan ng sulat, sa telepono, o sa online:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Tumawag sa **1-800-368-1019** (TTY **711** o **1-800-537-7697**)
- **Sa pamamagitan ng 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

  Ang mga form sa Reklamo ay makukuha sa Opisina ng Mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Kalusugan at Pantao ng Estados Unidos sa: https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **Sa online:** Bumisita sa **Portal Reklamo ng Opisina ng Mga Karapatang Sibil sa: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**